GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

— 1901 —

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

DEUX ÉDITIONS PAR SEMAINE

Le Jeudi  **Le Dimanche**



L. LEREBOULLET

CH. ACHARD. — A. BROCA

DIRECTEURS

NOUVELLE SÉRIE. — TOME VI. — 1901

PARIS

MASSON ET CIE, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE

Directeurs : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

L'écriture de Léonard de Vinci

(Contribution à l'étude de l'Écriture en miroir),

D'après M. Gilbert Ballet (1).

Tout le monde a vu et admiré ces immortels chefs-d'œuvre qui s'appellent *la Joconde* et *la Cène;* mais beaucoup ignorent peut-être que Léonard de Vinci fut, en même temps qu'un grand peintre, un savant de premier ordre; la plupart ne savent point sans doute qu'on a de lui de nombreux et intéressants manuscrits, et que ces manuscrits présentent cette particularité curieuse d'être écrits d'une écriture à rebours.

Pourquoi Léonard de Vinci écrivait-il en miroir? Une pareille habitude, si contraire à celle en usage, ne pouvait pas ne pas surprendre et ne pas provoquer des interprétations. L'explication qui a trouvé le plus de crédit suppose que Léonard avait adopté l'écriture en miroir pour dérouter les curieux ; c'était, a-t-on dit, un homme à recettes, à secrets, à mystères qui, né dans un temps où l'alchimie était encore en honneur, cherchait à soustraire ses inventions à l'indiscrétion et à la curiosité.

Cette interprétation résiste difficilement à la critique. Si Léonard avait eu l'intention de dissimuler aux lecteurs indiscrets le contenu de ses écrits, il aurait été singulièrement mal inspiré en adoptant l'écriture à rebours, dont la clef est facilement saisissable et qui devient très vite déchiffrable pour quiconque y prête attention. L'hypothèse paraît tellement inadmissible que l'inverse serait aussi bien soutenable : à supposer que l'écriture à rebours ait été un procédé graphique simplement intentionnel chez Léonard, il serait moins invraisemblable d'admettre qu'il l'ait adoptée pour solliciter l'attention des curieux en leur soumettant une écriture qui présentait le double caractère d'être au moins originale et de pouvoir cependant se lire assez aisément.

On n'a peut-être pas suffisamment remarqué que, s'il avait eu simplement la pensée un peu enfantine de cacher le sens de ses écrits, le peintre aurait été un dissimulateur bien maladroit, car il a pris soin de fournir lui-même la clef qui permet de déchiffrer son écriture.

En effet, les lettres, facilement reconnaissables bien que renversées, qui servent à indiquer les parties diverses de ses figures et de ses dessins sont à l'envers comme celles du texte. Est-il admissible que Léonard de Vinci ait été à ce point naïf et simple? La supposition est choquante, il faut en chercher une autre.

Mais au préalable, il est nécessaire d'entrer dans quelques développements au sujet de l'*écriture en miroir*, de sa signification et de sa raison d'être.

Carl Vogt, étudiant la question, arriva à formuler cette opinion, que l'*écriture en miroir est l'écriture ordinaire de la main gauche*. La formule est exacte, avec quelques additions complémentaires toutefois.

Voici d'ailleurs résumée une observation typique qui permettra de résoudre quelques points litigieux de la question : une enfant née *gauchère* apprend à écrire *seule*; elle écrit spontanément de la main gauche *en miroir*; ce n'est que plus tard, sous l'influence de l'enseignement qu'on lui donne et des habitudes qu'on lui inculque, qu'elle prend l'habitude d'écrire en *écriture droite*, de la main droite et aussi de la main gauche.

Il apparaît déjà nettement que chez cette enfant gauchère l'écriture naturelle a été l'écriture en miroir de la main gauche, tandis que les autres (écriture droite de la main droite ou de la main gauche) ont été le résultat

1. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, n° 6.

d'un effort luttant contre une tendance originelle. Or tout le mystère de l'écriture en miroir se dissipe et s'éclaircit si l'on se donne la peine de préciser ce qui, dans l'écriture de chacun de nous, correspond aux tendances naturelles ou combat ces tendances.

Quand on a dit que l'écriture en miroir était l'écriture de la main gauche, on a donné une formule vraie mais incomplète. Pour qu'il y ait une écriture *normale* de la main gauche, encore faut-il qu'il y ait une écriture de cette main. Mais tous les peuples écrivent de la main droite; étant droitiers, nous n'avons aucune raison d'écrire de la main gauche.

Font seuls exception les gauchers; *l'écriture en miroir et de la main gauche est l'écriture normale chez les gauchers.* Mais tous les gauchers n'écrivent pas en miroir; c'est que l'éducation intervient pour modifier les tendances naturelles. Comme chez la petite fille donnée en exemple, l'écriture en miroir de la main gauche est chez les gauchers l'écriture de prédilection, celle qui s'apprend toute seule. Les écritures droites sont le produit d'une éducation laborieuse. La formule complète s'énonce en fin de compte : *l'écriture en miroir et de la main gauche est l'écriture normale chez les gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance naturelle.*

Il résulte de ce qui précède que certaines conditions sont nécessaires pour que l'écriture en miroir (de la main gauche) soit courante et facile : il faut d'une part que le sujet *soit gaucher*, d'autre part qu'on n'ait pas fait dans l'enfance de grands efforts pour s'opposer au développement de sa tendance naturelle à écrire de la main gauche.

Léonard de Vinci réalisait-il ces conditions? Si oui, les hypothèses peu plausibles qu'on a faites pour expliquer sa manière d'écrire doivent tomber d'elles-mêmes et faire place à une interprétation plus simple et plus conforme aux enseignements de la physiologie.

Il réalisait certainement la seconde : esprit primesautier comme pas un, il était peu fait pour se plier à une contrainte et à une règle qui eût contrarié ses tendances. Au reste, cette discipline il est peu vraisemblable qu'on ait cherché à la lui imposer : fils naturel d'un tabellion du village de Vinci et d'une paysanne nommée Catarina, il ne connut pas sa mère avec laquelle son père rompit aussitôt après sa naissance, pour épouser presque immédiatement Albiera di Giovanni Amadori. Il semble donc avoir été un peu abandonné à lui-même, circonstance favorable au libre développement de ses dispositions originelles.

D'autre part il réalisait aussi la première condition : *il était gaucher*, le fait ne semble pas contestable. Les preuves ne sont peut-être pas très nombreuses, mais il y en a de décisives. Au dire de Gallichon, Léonard esquissait rapidement *de la main gauche* les figures qui l'avaient beaucoup frappé, et de la main droite celles qui étaient le fruit suffisamment mûri de ses raisonnements.

Vasari parle des *caratteri scritti con la mancina a revescio* (caractères écrits à rebours avec la main gauche). Mais le témoignage le plus concluant est celui de Luca Pacioli. Le mathématicien Pacioli, surnommé de Burgo, était très lié avec Léonard. Léonard avait illustré de planches le livre de Pacioli : *De divina proportione.* Les relations ont donc été très étroites entre les deux hommes, et les renseignements fournis par Pacioli sur Léonard peuvent être considérés comme de bonne et authentique source : Or voici ce qu'il dit : « Il écrivait encore à rebours *de la main gauche* une écriture qui ne pouvait se lire qu'avec un miroir ou en regardant le papier à l'envers à contre jour. »

Toute l'explication de l'écriture de Léonard de Vinci réside dans ce fait qu'il écrivait habituellement de la main gauche (*e mancina*). Il n'est donc pas besoin pour en interpréter les causes de recourir à des hypothèses invraisemblables. *Il écrivait naturellement à l'envers simplement parce qu'il était gaucher.*

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 Décembre 1900.

Relations physiologiques de l'albuminurie.

M. Charrin. — Chez plusieurs malades atteints d'albuminurie intermittente, l'albumine, sensiblement nulle au réveil, augmentait lentement jusqu'à midi, brusquement, suivant la règle, après le déjeuner, pour diminuer à partir de 4 ou 5 heures, tout en offrant parfois une minime élévation à la suite du dîner.

Il est clair que, dans ces conditions, l'influence indéniable, au moins en apparence, de l'alimentation ou de la station verticale n'était pas suffisante, puisque le repas du soir, composé à diverses reprises d'une façon identique à celui du milieu du jour, n'a pas notablement relevé le taux de l'albumine, pas plus que la continuation des allées et venues à partir de 5 heures. D'autre part, l'histoire de 3 de nos malades ne présentait aucune des tares incriminées (arthritisme manifeste, tuberculose, lésion hépatique ou rénale, etc.) pour expliquer la genèse de ces albuminuries.

Chez des sujets porteurs de cette affection, j'ai reconnu que les maxima d'une série de phénomènes (absorption de l'oxygène, température du corps, toxicité, densité, degré cryoscopique, température de l'urine, pression vasculaire, parfois pulsations) coïncidaient sensiblement avec la plus grande quantité d'albumine éliminée. En général, chez nos malades, c'est de 3 à 5 heures que se produisait ce maximum d'élimination; aussi de 3 à 5 heures, le plus souvent, que les autres phénomènes arrivaient à leur apogée.

L'albuminurie intermittente, si commune dans la période de croissance, à une époque où cette croissance s'accompagne de désordres dans les échanges (déminéralisation de certains tissus, à rapprocher du rôle des principes minéraux ou de l'alcalinité des plasmas dans la désassimilation et la production qualitative des albumines), apparaît pour bien des motifs comme un trouble de la nutrition. Or, précisément, les rapprochements opérés établissent entre l'apparition de cette albumine intermittente et les principales manifestations de l'activité de cette nutrition (absorption d'O, marche de T, cryoscopie, densité et toxibité urinaires) un parallélisme manifeste : les maxima se superposent.

D'un autre côté, le passage de l'albumine du sang dans l'urine comporte un élément physique; or nos constatations prouvent que ce passage a surtout lieu à l'instant où la circulation est active (élévation de pression).

Dans certains cas, l'albuminurie intermittente apparaît comme un trouble de la nutrition subissant l'influence et d'un facteur principal, de nature avant tout clinique (activité des échanges), et d'un facteur secondaire, de nature physique (activité de la circulation).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 Décembre 1900.

Formule histologique des épanchements pleuraux chez les animaux.

MM. Widal et Ravaut ont étudié la formule histologique des épanchements pleuraux provoqués chez des animaux, soit par l'injection sous-cutanée ou intrapéritonéale de cultures tuberculeuses, soit par l'injection directe de bacilles de Koch dans la plèvre.

Dans le premier cas où les expériences ont été faites sur des cobayes, le liquide pleural renfermait presque exclusivement des lymphocytes, et répondait très exactement à la formule du liquide de la pleurésie *a frigore* chez l'homme.

Dans le second cas où les bacilles ont été injectés dans la plèvre des chiens, le liquide de la pleurésie tuberculeuse renfermait, à côté de quelques lymphocytes, un grand nombre de polynucléaires. La formule histologique se rapprochait donc dans ce cas de celle des épanchements pleurétiques qui se produisent chez les tuberculeux.

On voit donc que les réactions leucocytaires provoquées par les bacilles tuberculeux ne sont pas toujours les mêmes.

La réaction de Haycroft pour la recherche des acides biliaires et sa valeur clinique.

M. H. Frenkel. — Si l'on verse dans un verre contenant de l'urine un peu de soufre en fleurs, on voit le soufre rester à la surface du liquide si l'urine ne contient pas de bile et tomber, au contraire, au fond du vase en présence des acides biliaires. M. Frenkel montre que, de même que les acides biliaires, un certain nombre d'autres substances font tomber le soufre, à savoir : l'acide acétique, l'acétone, le formol, l'eau phéniquée, le pétrole, l'essence de térébenthine, la benzine, le xylol, l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'aniline, le sulfure de carbone, l'huile d'olives, l'eau de savon, la potasse, etc.

Bien que la réaction de Haycroft ne soit pas pathognomonique de la présence de la bile dans l'urine, elle n'en est pas moins précieuse en urologie clinique, précisément parce que les diverses substances ci-dessus mentionnées ne se trouvent ni dans l'urine normale ni dans l'urine pathologique.

Par contre, cette réaction ne convient pas pour rechercher la bile dans le contenu stomacal ou dans les selles.

La réaction de Haycroft et la tension superficielle.

MM. J. Cluzet et H. Frenkel ont déterminé expérimentalement la tension superficielle, d'une part, des liquides qui ne laissent pas tomber le soufre, et, d'autre part, des liquides qui le laissent tomber. Pour la première catégorie des substances ils ont trouvé une tension superficielle toujours plus grande que 50 dynes par centimètre ; pour la deuxième catégorie la tension superficielle a toujours été inférieure à 50 dynes par centimètre. Enfin dans les mélanges limites dont la réaction avec le soufre était douteuse, la tension superficielle se maintenait dans les environs de 50 dynes.

Colibacilles et capsules bactériennes.

M. G. Legros. — Boni a tout récemment décrit (*Centralbl. f. Bakteriologie*) un procédé pour la mise en évidence de capsules chez toutes les espèces microbiennes (sarcines, microcoques, bacilles, vibrions). La technique employée, qui utilise l'introduction de glycérine albumineuse dans la préparation, et la dessiccation à la flamme, prête à des critiques faciles. De même, la variabilité des résultats sous l'influence de la variation de deux facteurs. Chez des colibacilles types, dans le sang et les sérosités des animaux, on peut d'une manière très inconstante rencontrer des pseudo-capsules qui nous paraissent comparables aux précédentes ; bien qu'obtenues par des procédés classiques de mise en évidence des capsules, elles ne peuvent être comparées aux capsules typiques et constantes de certaines espèces bactériennes.

Fonction sécrétoire du placenta.

M. Nattan Larrier a démontré que le placenta est le siège d'une sécrétion interne se montrant sous forme de boules qui se produisent aux dépens du plasmodium d'origine ectodermique et qui sont versées dans le sang. Sur le placenta de certains animaux (rat et cobaye) on voit de plus les cellules périvasculaires se transformer en une sorte d'humeur qui est absorbée par les villosités fœtales. Aujourd'hui, l'auteur insiste sur la signification des boules dont il a suivi l'évolution, qu'il a vu dans les vaisseaux et qui pour lui sont absolument physiologiques.

M. Letulle. — Dans tous les placentas humains on trouve à la surface des villosités des boules en tous points analogues à celles que M. Nattan Larrier a décrites chez le cobaye.

Elles sont arrondies et en contact avec les prolongements épithélïdes des villosités. Il y a donc là la preuve d'une fonction sécrétoire du placenta. D'ailleurs, on sait que plusieurs accoucheurs pensent que le placenta joue un rôle important dans la pathogénie des accidents éclamptiques. Ils supposent que l'éclampsie serait un empoisonnement fœto-maternel.

M. Gley rappelle que Wertheimer a montré que si l'on fait une injection de peptone à une chienne pleine tandis qu'on rend son sang incoagulable, le sang des petits reste normal. Le placenta aurait donc un rôle plus complexe qu'on ne le croit; en l'espèce il arrêterait ou neutraliserait la substance anticoagulante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 Décembre 1900.

La laparotomie dans les perforations de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde.

M. Lejars fait un rapport sur une observation de M. Legueu, relative à une perforation typhique opérée en janvier.

Le malade de M. Legueu était un garçon de 15 ans, soigné dans le service de M. Chantemesse; au 20e jour de sa fièvre typhoïde, il fut pris très brusquement de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, en même temps que la température s'abaissait de plus d'un degré, que le pouls devenait petit et filant et le facies grippé. M. Legueu intervint 6 heures après ce début. Il fit la laparotomie médiane, trouva une certaine quantité de liquide puriforme dans le ventre, et une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes, siégeant à 25 centimètres du cæcum, sur le bord libre de l'intestin; la paroi était, tout autour, si faible, que tous les fils rompirent, et que M. Legueu dut recourir à la greffe épiploïque. Il recouvrit la perte de substance d'un capuchon épiploïque, qui fut suturé à la paroi voisine. Au 5e jour, il se produisit une fistule stercorale, qui dura peu et se ferma seule, et l'opéré est aujourd'hui entièrement guéri et de sa fièvre typhoïde et de la complication terrible qui était survenue.

Ce fait, ajouté au cas analogue de M. Loison et aux observations qu'il a réunies, porte à 16 le nombre de guérisons obtenues par la laparotomie, dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Il faut ajouter que, même dans les cas malheureusement opérés trop tard, la laparotomie améliore le plus souvent la situation et retarde le dénouement : et l'impression que M. Lejars a gardée des 3 interventions qu'il a faites a été celle-là : le regret d'être venu trop tard, la conviction qu'une initiative plus précoce pourrait être le salut; et la volonté d'y recourir, le cas échéant.

Cette impression se dégage surtout du dernier cas opéré par M. Lejars. Il s'agissait d'un malheureux étudiant qui avait contracté la fièvre typhoïde, en quelque sorte expérimentalement, en aspirant, par mégarde, dans une pipette mal obturée, une culture très virulente de bacille d'Eberth. Soigné dans le service de M. le professeur Chantemesse, il était à la période d'état (au 8e ou 10e jour), lorsqu'il fut pris, lui aussi, brusquement, de douleurs dans la fosse iliaque droite; le pouls devint très fréquent et mauvais, le facies grippé, le ventre dur et ballonné. La situation paraissait désespérée lorsque l'opération

a été faite. On trouva le ventre rempli de pus fétide et stercoral, et, à 2 ou 3 doigts du cæcum, sur l'iléon, une perforation large comme une pièce d'un franc, par laquelle continuait à s'échapper du liquide stercoral. La perforation fut fermée par 2 plans de sutures de Lembert; on fit passer 6 litres d'eau bouillie très chaude dans le ventre, et on termina en drainant le bassin.

Cette opération, presque *in extremis*, fut parfaitement supportée; le pouls devint plus fort et meilleur, et, pendant l'après-midi qui suivit, il y eut une amélioration évidente de l'état général. Mais il était trop tard pour que ce résultat fût durable, et, dans la nuit, le pauvre jeune homme succombait.

Tous les faits démontrent donc que le seul recours doit être, en pareil cas, la laparotomie aussi hâtive que possible, et nous savons qu'à ces conditions elle peut être heureuse.

Il y a deux éléments qui règlent surtout le pronostic de ces interventions : l'âge de la fièvre typhoïde, la date de la perforation. Le plus grand nombre des succès se rapporte à des perforations survenues après la 3e semaine, mais on ne saurait voir là rien de constant, et des exemples en témoignent. Quant à la date de la perforation, au nombre d'heures écoulées depuis l'accident, c'est là aussi un point capital, et sur lequel nous pouvons agir.

Or la précocité de l'intervention suppose la précocité du diagnostic. Ce diagnostic du début est moins difficile, peut-être, qu'on ne le croit généralement : la douleur brusque, si souvent signalée, l'écart thermique, brusque aussi, élévation ou abaissement, l'altération du pouls et du facies, la contraction douloureuse de la paroi, constituent un ensemble de signes suffisants.

Ajoutons que les laparotomies ne présentent pas, en général, des difficultés particulières : la perforation est aisément trouvée, sur les 50 derniers centimètres de l'iléon, sur le cæcum, quelquefois sur l'appendice; elle est parfois moins aisée à fermer, et l'on doit recourir à divers artifices, tels que la greffe épiploïque, dont M. Legueu s'est servi.

La grosse pierre d'achoppement, ce sont les perforations multiples dont une ou plusieurs passent inaperçues. L'accident est, d'ailleurs, plus rare qu'on ne l'a dit, et la multiplicité des perforations, comme l'ont montré les statistiques de Kaen et de Mauger, est, en somme, exceptionnelle.

Ce qui est plus grave, ce sont les perforations successives, et MM. Brun et Routier ont rapporté ici des faits où l'opéré, qui avait bien supporté l'intervention première, succombait, au bout d'un certain nombre de jours, à la rupture d'une autre ou de plusieurs autres plaques de Peyer.

Malgré les incertitudes de ces mauvaises chances, la laparotomie d'emblée reste l'unique traitement de ces perforations typhiques : elle peut être une opération de salut, et notre devoir est de la pratiquer, quoi qu'il arrive.

M. Rochard a fait cinq laparotomies dans ces circonstances un certain temps après le début de la perforation; c'est probablement la cause pour laquelle les malades ont succombé. Il est un point particulièrement intéressant, c'est celui qui a rapport au diagnostic, souvent assez difficile à porter. En voici un exemple. Il y a une vingtaine de jours M. Rochard était appelé, comme chirurgien de garde, auprès d'un malade du service de M. Debove qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, avait été pris subitement d'une très vive douleur dans un point du ventre avec phénomènes de collapsus. On fait la laparotomie et on ne trouve qu'un peu de rougeur sur le colon sans aucune perforation. Le malade a guéri.

Dans un autre cas on avait pensé à une appendicite chez une femme qui présentait des vomissements, une température de 39° à 40° et des douleurs abdominales. Le ventre ouvert, M. Richard a constaté de la rougeur sur l'iléon et l'engorgement de quelques ganglions. Quelques signes faisant présumer une fièvre typhoïde, on a fait le séro-diagnostic qui a été positif et l'affection a ensuite suivi sa marche régulière.

M. Routier croit qu'il y a lieu de tenir compte de l'époque à laquelle apparaissent les accidents ; ils diffèrent suivant que la perforation se produit au début ou au déclin de la maladie ; d'autre part ils ne présentent pas la même gravité.

M. Delorme est intervenu l'année dernière chez un de ses malades qui présentait quelques-uns des symptômes énumérés par M. Lejars. On n'a pas trouvé de perforation. L'appendice était un peu congestionné, mais n'était pas la cause des accidents. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde qui a suivi son cours normal.

M. Walther cite comme exemple des difficultés le cas d'une malade dont la fièvre typhoïde s'était compliquée de néphrite et de pleurésie; cependant la période de déclin ne paraissait plus donner d'inquiétude, lorsque subitement se montrèrent des accidents de perforation.

24 heures après leur début, M. Walther constatait de l'accélération du pouls avec un peu de fièvre, mais avec un ventre souple et de la défense au-dessus de l'arcade crurale. Il refusa d'intervenir, et dans la suite on assista à l'enkystement d'un foyer purulent qui vint s'ouvrir dans la vessie. Il en résulta une fistule vésico-intestinale qui a fini par disparaître spontanément.

Quant au diagnostic d'avec l'appendicite, la question mériterait une longue discussion. Fréquemment on voit commettre des erreurs, et l'année dernière 3 malades ont été adressés à M. Walther avec le diagnostic d'appendicite, alors qu'il s'agissait d'un début de fièvre typhoïde.

M. Lejars estime qu'il peut distinguer les cas où la perforation a lieu au début de la fièvre typhoïde et ceux où ils apparaissent au déclin de la maladie. En outre, la question des rapports des perforations et de l'appendicite est toute différente. On peut trouver, au cours d'une fièvre typhoïde, un cæcum ou un appendice perforé, mais alors c'est au niveau d'une plaque que la perforation s'est produite. Ce sont des faits qui diffèrent des appendicites perforantes ordinaires.

Le pronostic, comme on l'a dit, n'est pas le même suivant l'époque de la perforation. Toutefois à part certains cas particuliers, il vaut mieux intervenir le plus tôt possible.

Plaie de l'abdomen par coup de couteau.

M. Chaput analyse une observation de **M. Morestin** ayant traité un homme de 20 ans qui reçut, dans le bas ventre, un coup de couteau suivi d'hémorrhagie et syncope. On l'apporte à Tenon. M. Morestin constate, 4 heures après, que le malade est pâle, couvert de sueur, délirant, pouls à 130, ventre tendu, contracturé. La plaie siège au-dessus de l'arcade crurale. Il débride la plaie, lie une veine spermatique et une veine épigastrique; une plaie large du cæcum laissant proéminer des matières fécales, il trouve des caillots dans le péritoine.

Suture du cæcum, ligature de l'artère. Drainage pendant 8 jours; guérison. Légère éventration consécutive.

Dans ce cas le succès est dû à la précocité de l'intervention qui a été parfaitement conduite. M. Chaput approuve M. Morestin de n'avoir pas dévidé l'intestin grêle, car la faiblesse du blessé commandait d'agir rapidement. Le drainage a laissé consécutivement une légère éventration. Ce drainage ne paraît pas à M. Chaput indispensable étant donné que l'infection était limitée (puisque les matières n'étaient pas passées dans le ventre), et qu'elle avait duré peu de temps. La situation de la plaie sur une anse fixe, loin de l'intestin grêle, permettait d'espérer que l'infection aurait été bénigne et rapidement circonscrite. On aurait pu, tout au moins, faire un drainage moins volumineux et moins prolongé.

M. Morestin a fait le diagnostic d'hémorrhagie abdominale en se basant sur le siège de la blessure qui pouvait être pénétrante, sur les symptômes d'hémorrhagie, sur la rigidité de la paroi abdominale; ce dernier signe indique l'infection, ou la plaie viscérale, ou l'hémorrhagie abdominale ; il est excellent, surtout quand la contracture est généralisée à tout l'abdomen.

Même en l'absence d'hémorrhagie, l'intervention était urgente, sur la seule présomption de pénétration. Cette règle est encore méconnue trop souvent.

Le débridement de la plaie est un mauvais moyen pour s'assurer de la pénétration, à moins qu'il ne soit très large, auquel cas il se transforme en une véritable laparotomie. Le débridement limité ne doit s'appliquer qu'aux hémorrhagies de la paroi.

Pour vérifier la pénétration, il faut faire la laparotomie médiane s'il y a présomption de blessure des organes médians.

La présomption de plaie des organes fixes latéraux (foie, reins, rate, côlons verticaux) indique la laparotomie latérale.

Si, au cours de cette laparotomie latérale, on constate une hémorrhagie provenant des organes médians, on fera la laparotomie médiane complémentaire qui, seule, permet de trouver rapidement la source de l'hémorrhagie.

Actuellement, les indications chirurgicales dans les plaies de l'abdomen peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Pénétration douteuse : laparotomie large ;

2° Hémorrhagie pariétale : débrider la plaie pour l'hémostase. Faire ensuite une laparotomie en bon lieu ;

3° Présomptions de blessure des organes situés sur la ligne médiane (intestin grêle, estomac, côlon transverse) : laparotomie médiane ;

4° Présomptions de blessures des organes fixes situés latéralement (côlon ascendant ou descendant, foie, reins, rate) : laparotomie latérale ;

5° Hémorrhagie abdominale grave provenant des organes médians (intestin grêle et mésentère) et constatée par la laparotomie latérale : laparotomie médiane complémentaire.

De l'état du sang chez les cancéreux,

M. Hartmann signale les renseignements que peut fournir l'examen du sang au point de vue du diagnostic du cancer viscéral.

Ainsi dans un cas qui concerne une femme de 46 ans atteinte de divers troubles de l'estomac avec vomissements et amaigrissement considérable, l'examen du liquide gastrique avait été fait : pas de chlorhydrie ; un peu d'acide lactique et asepsie absolue. On fait la cœliotomie sans rencontrer de néoplasme. Chez cette malade, l'examen du sang ne dénota que de l'anémie, sans leucocytose.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 48 ans, chez lequel on relevait les principaux signes de l'ulcère de l'estomac. Or, la laparotomie a mis en présence d'un cancer type. Par l'examen du sang, le dosage de l'hémoglobine a accusé une anémie notable, et, de plus, il existait une leucocytose très marquée.

Ces observations permettent de conclure que, s'il y a association d'une anémie bien caractérisé avec de la leucocytose très accentuée, il faut penser à l'existence d'un cancer.

M. Routier cite comme nouvelle preuve de l'insuffisance des renseignements fournis par l'examen de l'estomac au point de vue du diagnostic, le fait d'une jeune femme atteinte de douleurs stomacales avec hyperchlorhydrie et amaigissement. Se fiant à l'examen de la malade fait par plusieurs médecins, M. Routier ne fit pas chez elle d'exploration détaillée et se décida à pratiquer une laparotomie, qui l'a conduit sur deux kystes de l'ovaire.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 20 Décembre 1900.

Déformation congénitale d'une jambe.

M. Chavane. — Il s'agit d'un enfant qui présentait à sa naissance une malformation très remarquable de la jambe gauche. Au niveau du tiers inférieur, il existait une coudure très marquée à angle regardant en dehors et mesurant 130 degrés. La radiographie permit de voir que le tibia était fortement coudé à ce niveau. Après de nombreuses séances de redressement manuel, une radiographie a montré que la déformation est notablement corrigée. La pathogénie de ce cas est assez obscure. On peut cependant admettre qu'il s'agit d'une compression intra-utérine, d'autant plus que la mère présentait de l'oligoamnios.

Diabète insipide et grossesse.

MM. Chavane et **Faure-Miller** ont observé une femme qui, à chaque grossesse, présente de la polyurie extrêmement marquée. C'est une nerveuse urinant 5 à 6 litres à l'état normal, mais, dès qu'elle devient enceinte, la quantité d'urine s'élève à 15 ou 18 litres par 24 heures. Peu de temps après l'accouchement, le taux des urines retombe à 5 ou 6 litres. On ne constate ni albumine, ni sucre, mais les urines sont très peu chargées en principes minéraux. L'état général est toujours excellent, et à part une soif très violente, on peut considérer cette femme comme étant bien portante.

Il n'en est pas toujours ainsi des polyuries de la grossesse. Vinay signale, en effet, 2 cas qui se sont terminés par la mort.

M. Boissard a observé à l'hôpital Tenon un cas qui peut se rapprocher du précédent. La femme urinait de 10 à 15 litres par 24 heures, son état général était satisfaisant, et elle a quitté l'hôpital en bonne santé.

M. Bar croit que cette question des diabètes insipides est plus complexe qu'elle n'en a l'air. Il y a des malades qui n'urinent pour ainsi dire que de l'eau, et dans ces cas le pronostic est bénin. Mais il y en a d'autres qui perdent, en outre, une grande quantité d'azote ; le cas est alors grave, car cette dénutrition par azoturie mène rapidement à la tuberculose. La malade de M. Chavane semble surtout être une phosphaturique, ce qui est encore une raison pour admettre l'origine nerveuse de cette polyurie.

Histoire obstétricale d'une grande multipare.

M. Boissard. — La malade dont il s'agit est une rachitique dont le bassin est peu rétréci (diamètre promontoire souspubien, 11,5). Elle a eu 9 accouchements dont voici le résumé :

1er accouchement : craniotomie ; enfant de 3 kilos.

2e accouchement : accouchement prématuré par la bougie ; enfant de 2 kilos.

3e accouchement : accouchement prématuré par l'écarteur Tarnier, forceps.

4e accouchement : accouchement prématuré par ballon Tarnier ; accouchement spontané.

5e accouchement : accouchement prématuré par ballon ; accouchement spontané, enfant 2 500 grammes.

6e accouchement : accouchement à terme symphyséotomie ; enfant 3 250 grammes.

7e accouchement : accouchement spontané à terme ; enfant 3 000 grammes.

8e accouchement : accouchement spontané à terme ; enfant 3 420 grammes.

9e accouchement : version par manœuvre interne ; enfant 4 150 grammes.

Cette série d'accouchements, qui se sont terminés différemment, prouve que plusieurs procédés peuvent donner de bons résultats, et qu'en fait de viciations pelviennes il ne faut pas être exclusif.

Etablissement tardif de la sécrétion lactée.

MM. Budin et **Perret** rapportent l'observation d'une femme accouchée le 31 octobre 1900, d'un enfant pesant 2 040 grammes. Ne pouvant le soigner chez elle, elle le place dans un établissement de couveuse où il reste 15 jours, et en sort pesant 2 060 grammes.

La mère n'ayant pas de lait nourrit son enfant au biberon, mais bientôt il est pris de diarrhée, de fièvre et il dépérit. Un médecin lui conseille de l'apporter à la clinique, où elle entre le 9 novembre, son enfant pesant 1 870 grammes. On reprend la mère et l'enfant dans le service.

Le débile est mis au sein d'une nourrice, son tube digestif est remis en état, il augmente de poids, et aujourd'hui, après une courbe superbe, il pèse 2 660 grammes.

On fit teter la mère par un gros enfant ; peu à peu la sécrétion lactée s'établit chez elle, si bien que cette femme qui, pendant 3 semaines, n'a pas eu une goutte de lait, non seulement nourrit aujourd'hui seule son enfant, mais encore elle aide à en élever d'autres, puisqu'elle peut donner facilement aujourd'hui 960 grammes de lait par jour.

D'autres faits du même genre ont déjà été rapportés par M. Budin, et ces observations montrent qu'on peut et qu'on doit faire tout son possible pour que les débiles soient nourris par leur mère.

Qu'arrive-t-il, en effet, si l'enfant, séparé de sa mère, est mis dans un service de débiles?

D'abord il peut se faire que la mère, ne voyant plus son enfant, s'en désintéresse et finisse par l'abandonner, et malheureusement cela se produit assez souvent.

En tout cas, la mère, n'ayant pas de lait, est obligée, lorsque son enfant lui est rendu, de l'élever soit au biberon, soit de le confier à une nourrice au sein.

Dans le premier cas, les recherches de M. Budin montrent que les enfants meurent dans la proportion de 41 p. 100; dans le second cas, la mortalité est seulement de 15 p. 100, par conséquent pas plus forte que celle des enfants nés à terme et placés également en nourrice au sein.

Il faut donc que les débiles soient élevés par leur mère, et le moyen à employer est simple : il faut donner une nourrice au débile et faire teter la mère par un gros enfant.

Ces faits montrent encore que, chez les nourrices, la quantité de lait varie suivant la demande qui leur est faite.

Résistance exagérée de l'amnios.

M. Brindeau a été appelé dernièrement par une sage-femme auprès d'une de ses clientes qui n'accouchait pas. La dilatation était complète depuis 4 heures, et cependant les douleurs portaient mal, s'arrêtant, pour ainsi dire, dès leur début. L'accoucheuse, croyant avoir rompu les membranes, n'avait déchiré que le chorion, et l'amnios résistant empêchait la tête de sortir. Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, c'est qu'après la délivrance on put voir que l'amnios était complètement décollé au niveau des membranes et du placenta, et que ce décollement avait même gagné le cordon. Cette membrane tiraillait ainsi sur le placenta en jouant le rôle d'un cordon trop court. On comprend que si le cordon s'était rompu à sa base on aurait assisté à l'expulsion d'un œuf amniotique intact, comme on a observé quelques rares exemples.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 26 Novembre 1900.

Les locaux disciplinaires des corps de troupe et l'hygiène.

M. Granjux. — Il y a quelques années, il a été décidé que les journées passées à la prison régimentaire ne compteraient plus dans le temps de service dû par le soldat; par suite, au départ de la classe, les hommes ayant subi cette peine sont conservés au corps un laps de temps égal à celui qu'ils ont passé en prison. Cette punition a donc pris un caractère moral qu'elle n'avait pas jusqu'alors, et qui doit, logiquement, entraîner la disparition des locaux anti-hygiéniques dont elle a hérité d'un passé lointain.

Du reste, les salles de police ne le cèdent en rien aux prisons comme erreurs hygiéniques, de telle sorte qu'on peut englober tous les locaux disciplinaires dans la même réprobation hygiénique, les deux points principaux où portent les critiques étant incontestablement le lit de camp inamovible et le baquet!

Dans les casernements construits depuis 10 ans, ces deux *desiderata* ont été réalisés et voici comment :

Les locaux disciplinaires sont adossés contre un mur et s'ouvrent sur un préau. Dans ce préau on a construit de petits édicules en tôle ou en maçonnerie qui renferment un cabinet complet du système Goux (tinette) et communiquent, par une porte à fermeture hermétique chacun, avec une salle de police ou une prison. Une porte, ménagée dans l'édicule, permet l'enlèvement de la tinette par l'extérieur.

La faible largeur des cellules (1 m. 30) ne permet pas de les doter d'un édicule, mais chacune d'elles est pourvue d'un seau hygiénique logé dans une niche pratiquée dans le mur de façade donnant sur le préau, et fermée tant à l'extérieur qu'à l'intérieur par une porte en tôle; ce qui permet d'enlever le seau du dehors.

Quant au lit de camp amovible, voici comment le problème a été résolu :

Toutes les parties du lit de camp, sauf le sommier (planche où repose l'homme) et la têtière (planche où l'on appuye la tête) sont métalliques. Chaque planche est engagée du côté de la têtière dans la gorge d'un fer en U, scellé au mur; elle repose du côté de la talonnière sur l'aile horizontale d'une cornière. Pour empêcher que les hommes punis ne puissent à volonté démonter ces lits de camp, on a placé au-dessus des planches une deuxième cornière, que l'on a fixée contre l'aile verticale de la première, au moyen de boulons et d'écrous fortement serrés. Ils ne peuvent être desserrés qu'avec une clef déposée au poste de police.

Ces modifications, si importantes au point de vue de l'hygiène, ne se trouvent que dans les nouveaux casernements, c'est-à-dire dans une infime minorité, et il y aurait un intérêt capital à réaliser dans les autres casernements ces *desiderata*. Il serait digne de notre Société de tenter de faire disparaître de toutes les casernes de France le lit de camp inamovible et l'immonde baquet.

M. Berthod insiste sur la façon défectueuse dont sont organisés les locaux disciplinaires, et rappelle que le fils d'un médecin de Paris y est mort brûlé, ses cris n'ayant pas été entendus.

Sur la proposition du Dr **A.-J. Martin**, la Société décide que le travail du Dr Granjux sera adressé au ministre de la Guerre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance de Novembre 1900.

Pied bot valgus congénital avec atrophie de la jambe.

M. Frœlich présente une petite fille de 3 mois, atteinte de pied bot valgus congénital avec atrophie congénitale de la jambe.

A la naissance, le pied était en valgus talus, le dos du pied relevé contre la face antérieure et externe de la jambe, et logé dans une dépression de cette dernière.

La plante du pied est convexe et très allongée, le talon saillant. Les orteils sont en syndactylie complète, sauf le pouce. L'atrophie du pied et de la jambe par comparaison au côté sain est notable. Le pied malade a une circonférence de 5 centimètres et une largeur de 6 centimètres; le pied sain, 10 et 9. La jambe malade a une circonférence de 7 centimètres et une longueur de 8 centimètres, la jambe saine a 12 et 10. Le genou est légèrement plié par rétraction des muscles. Le tendon d'Achille est saillant et luxé en dehors.

Rien comme antécédents, sauf un frère atteint de bec de lièvre.

Les auteurs allemands, Küstner entre autres, décrivent le pied valgus congénital comme pied plat congénital; il n'y a là qu'une question de mots, l'une et l'autre appellation ayant leurs raisons d'être.

Le pronostic du cas particulier dépend du pied bot valgus d'une part et d'autre part de l'atrophie.

Le pied et la jambe atrophiés se sont développés depuis la naissance; ce développement continuera et la différence entre les deux membres ne s'accentuera pas. Quant à la déviation en valgus et en talus, le redressement méthodique et la fixation par une attelle externe en feutre ont déjà notablement redressé le pied.

Ce traitement a donc des chances d'amener le pied dans la rectitude, dans quelques mois.

L'intérêt de cette observation réside dans la rareté du pied bot valgus ou pied plat congénital, et dans la rareté plus grande encore de l'atrophie notable concomitante du pied et de la jambe.

Actinomycose cervico-faciale.

M. André présente des photographies d'une femme atteinte d'actinomycose cervico-faciale. La malade, âgée de 25 ans, ayant

une dentition en très mauvais état, avait l'habitude, étant aux champs (elle habite la campagne), de mâcher des brins de paille et des grains de blé.

L'affection commença en avril 1900 par une petite tuméfaction du volume d'une noix, à la région massétérienne gauche. Peu à peu la tuméfaction envahit de proche en proche toute la joue puis tout le côté gauche, de la face et du cou, depuis la région temporale jusqu'à la clavicule. Trois semaines après le début, survint la constriction des mâchoires. Environ un mois après le début, la peau rougit par places, des abcès se formèrent qui furent ouverts par le médecin de la malade ou s'ouvrirent seuls. Bientôt il existait sur le côté gauche de la face et du cou une douzaine d'orifices fistuleux, suppurant abondamment.

Le diagnostic d'actinomycose fut confirmé par l'examen bactériologique.

Le traitement consista dans l'administration de l'iodure à forte dose et dans l'intervention suivante. Les fistules, foyers, décollements, furent largement incisés, curettés énergiquement à la curette tranchante, débarrassés des tissus fongueux, friables, infiltrés de grains jaunes, puis le thermocautère fut passé et repassé sur tous les tissus malades.

Sous l'influence de pansements iodoformés, les plaies prirent en moins d'un mois un bon aspect. Plusieurs étaient déjà fermées et l'amélioration très notable, quand la malade, qui était enceinte et presque à terme, voulut repartir pour accoucher chez elle.

Anatomie du sinus frontal.

M. Jacques présente une série de préparations ostéologiques relatives à l'anatomie normale du sinus frontal et à ses variations. Nul ou négligeable jusque vers la 7e année où il ne constitue guère qu'un diverticule globuleux très modeste des cellules ethmoïdales antérieures, il se présente à l'état de développement complet sous forme d'une cavité prismatique triangulaire à base médiane et à faces sourcilières, craniennes et orbitaires. Cette disposition typique est très fréquemment modifiée par l'adjonction de prolongements diverticulaires creusés dans l'épaisseur du toit de l'orbite. L'examen des pièces montrant de ces cavités démesurément agrandies et anfractueuses, dédoublant le toit orbitaire tout entier jusqu'au sphénoïde et à l'apophyse externe, fait bien comprendre l'abondance extrême que peut atteindre la suppuration dans l'empyème chronique de cavités pareilles, ainsi que les difficultés auxquelles on se heurte quand on en entreprend la cure radicale.

Luxation de la hanche dans la fièvre typhoïde.

M. G. Etienne présente un malade de 19 ans, atteint d'une luxation de la hanche survenue insidieusement au cours d'une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Elle est vraisemblablement la conséquence d'une arthrite typhoïdique, de la 3e division de Volkmann (mono-articulaire), ayant atteint la hanche ; c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent, puisque sur 30 de ces arthrites réunies par Keen, cette articulation a été intéressée 27 fois.

Keen attribue à ces lésions articulaires un point de départ osseux et les considère comme produits par une ostéite typhoïdique chassant petit à petit la tête fémorale hors de la cavité.

Chez notre malade, l'hypertrophie très considérable du grand trochanter semble confirmer cette hypothèse qui expliquerait l'impossibilité de la réduction dans la plupart des cas.

M. Vautrin, après examen du patient, croit que la luxation pourrait être compliquée de fracture et exprime l'avis qu'une résection de la hanche permettrait au sujet de s'appuyer sur le membre inférieur droit actuellement inutilisable pour la marche.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 19 Décembre 1900.

Glosso-ectopie pharyngée.

M. Mailland présente une pièce provenant d'un nouveau-né mort dans le service de M. A. Pollosson. Cet enfant présentait une malformation de la langue et du voile du palais qui a été la cause de la mort.

La mère, une femme de 34 ans, bien portante, ne présentait aucune trace de syphilis, ni d'aucune autre maladie infectieuse ; elle a eu 3 grossesses antérieures dont les enfants sont venus à terme et sont bien portants. La dernière grossesse a été également normale, l'enfant est venu à terme et l'accouchement s'est fait spontanément.

Immédiatement après la section du cordon, on vit que l'enfant présentait les plus grandes difficultés pour respirer : la respiration était sifflante, entrecoupée et accompagnée d'une cyanose généralisée, il expirait 10 minutes après, malgré la respiration artificielle.

A l'autopsie, on constata une brièveté anormale de la voûte palatine, une bifidité avec atrophie de la luette ; l'absence des piliers postérieurs et le rapprochement des piliers antérieurs, la brièveté du maxillaire inférieur, la langue retenue tout entière dans le cavum, constituent les points anormaux de cette pièce.

L'intérêt de cette pièce réside dans la rareté extrême de cette malformation. Si la brièveté de la voûte palatine et la bifidité de la luette ne sont pas extrêmement rares, il n'en est pas de même du rejet de la langue en arrière ; aussi il n'existe dans la littérature médicale aucune observation analogue.

M. A. Pollosson. — Cette malformation est curieuse et extrêmement rare, puisqu'on n'a pu trouver de cas équivalent. Il y avait une division complète de la luette, du palais mou et du palais osseux ; il n'en reste qu'une toute petite portion à la partie antérieure et dirigée plus en bas et en arrière que normalement.

Hypotonie oculaire consécutive à l'emploi de l'extrait de capsules surrénales.

M. Grandclément rappelle l'observation du malade qu'il a présenté à la dernière séance. Depuis lors, il a changé presque complètement d'opinion et ne croit plus pouvoir incriminer la surrénine.

L'hypotonie considérable de l'œil malade a cessé. Le 2e œil, qui n'avait jamais présenté d'hypotonie, commence à devenir plus mou à son tour ; or il y a 21 jours qu'il n'emploie plus d'extrait de capsule surrénale ; bien plus, à aucun moment, cet œil qui était relativement sain n'a reçu de surrénine, il lui faut donc abandonner son interprétation antérieure et revenir à sa première impression, qu'il s'agit là d'une sorte d'ophthalmomalacie ou plutôt d'une affection encore indéterminée, liée à une diminution de la sécrétion de l'humeur aqueuse, soit sous l'influence d'un trouble d'innervation du grand sympathique, soit sous toute autre influence.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 10 Décembre 1900.

Paralysie faciale gauche avec hémianesthésie droite par embolie protubérantielle.

M. Duplant expose les résultats de l'autopsie d'un malade présenté l'an dernier, au mois de juin. Il était atteint à ce moment de paralysie faciale gauche avec hémianesthésie droite.

Entré dans le service de M. Lépine, il ne présentait comme antécédents que quelques atteintes de paludisme. Quelques jours avant son entrée il avait eu une première attaque d'apoplexie avec hémiplégie complète à gauche. Après un séjour de 1 mois à la clinique il était sorti à peu près complètement guéri, sauf une légère dilatation de la crosse aortique sans signe d'anévrysme.

Quelque temps après, deuxième séjour à la clinique pour paralysie complète de la moitié gauche de la face, portant aussi bien dans le domaine du facial supérieur que dans celui du facial inférieur. Cette paralysie faciale était survenue brusquement avec vomissements et vertiges, mais sans perte de connaissance. Il y avait en même temps une hémianesthésie com-

plète du côté droit. Pendant son séjour sa paralysie faciale s'amenda considérablement surtout dans le domaine du facial supérieur, et l'hémianesthésie disparut à peu près complètement, sauf au tronc.

Il entra pour la troisième fois à l'hôpital, au mois d'octobre, dans le service de M. Chappel, avec des signes marqués d'asystolie : hypertrophie cardiaque, pointe dans le sixième espace en dehors de la ligne mamelonnaire, bruit de galop, œdème, ascite, hydrothorax, albuminurie. Il eut, dans le service, un ictus léger avec parésie droite.

Le diagnostic porté fut : hémiplégie ancienne par lésion embolique du cortex; paralysie faciale récente avec hémianesthésie due à une lésion de la protubérance dans la région du noyau du facial et du ruban de Reil par embolie.

La tumeur cérébrale fut éliminée à cause de l'apparition brusque des accidents, l'hémorrhagie cérébrale et la thrombose à cause de la limitation des accidents.

Ce diagnostic a été vérifié par les résultats de l'autopsie, ainsi que le montrent les pièces apportées.

Le cœur était gros, il pesait 750 grammes, il était flasque, le ventricule gauche contenait de nombreux petits caillots adhérents à l'endocarde; caillots anciens, organisés, actifs, origine probable de l'embolie ancienne. Nulle part dans le système vasculaire, on ne trouvait trace d'inflammation ancienne ou récente.

La protubérance, comme on le voit d'après les coupes présentées, présente une zone de ramollissement nettement circonscrite à l'étage inférieur de la protubérance, au niveau des noyaux du facial et du ruban de Reil.

Les lésions corticales de la première attaque ont complètement disparu, il n'en reste plus trace.

M. Duplant fait remarquer que son malade présentait, en même temps que son hémianesthésie, des troubles du goût; il se pourrait donc que les fibres du goût passent dans le ruban de Reil avec les autres fibres sensitives.

Il fait remarquer, en même temps, que la paralysie faciale était complète. Les deux noyaux du facial seraient donc réunis en un seul amas cellulaire au niveau de la protubérance et non en deux amas distincts. De même, la prétendue indépendance vasculaire des noyaux du bulbe ne serait rien moins que certaine, puisqu'une lésion embolique a pu produire simultanément des lésions du facial et du ruban de Reil.

Traitement de la chorée par le cacodylate de soude.

M. Lannois communique quelques cas de chorée traités par le cacodylate de soude.

Depuis longtemps on a préconisé l'emploi de l'arsenic dans le traitement de la chorée, mais il fallait, pour obtenir des résultats, employer de fortes doses de préparations arsenicales : XV, XX gouttes de Fowler, 2 ou 3 fois par jour. Des phénomènes rapides d'intoxication obligeaient à suspendre le traitement, M. Weill a depuis peu repris ce traitement en donnant l'acide arsenieux associé à du beurre. On peut donner de cette façon jusqu'à 30 milligrammes d'acide arsenieux aux enfants sans danger. Les résultats sont bons, mais il est difficile de se rendre compte exactement de la quantité d'arsenic absorbé.

M. Lannois a repris ce traitement chez des choréiques de son service. Il leur a fait des injections de 2 centigrammes, puis de 4 centigrammes de cacodylate de soude qui, toutes, ont été bien supportées.

La première malade, fille de 15 ans, avec chorée classique à forme hémiplégique droite, survenue à la suite de l'extraction d'une dent, est revenue à l'état normal au bout de 8 jours de traitement.

Une deuxième malade, jeune fille de 16 ans, atteinte d'hémichorée droite survenue au décours d'une rougeole, a été guérie en moins de 15 jours.

Une troisième malade hystérique (observation plus discutable), âgée de 16 ans, a été guérie en 3 semaines.

Une quatrième malade, jeune fille de 20 ans, atteinte gravement au cours d'un rhumatisme articulaire aigu avec céphalée, délire, mouvements choréiques désordonnés, contracture des mâchoires, hallucination, état psychique délirant, s'est améliorée rapidement sous l'influence d'injections de cacodylate de soude; elle a pu se lever au bout de 3 semaines avec disparition complète des accidents.

Un cinquième malade, jeune homme, 19 ans, d'une agitation extraordinaire, est rapidement guéri par le cacodylate de soude associé au chloral.

Enfin, chez une sixième malade, hystérique devenue choréique par imitation en soignant une choréique, le traitement a échoué.

Les cas traités sont en nombre trop restreint pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes. D'un autre côté, il s'agissait soit de malades déjà âgés, soit d'hystériques, on pourrait suspecter la véritable nature de leur chorée.

M. Lannois a l'impression d'avoir été certainement utile à ses malades.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 12 Décembre 1900.

Poche amniotique expulsée, complètement décollée au début du travail.

MM. Fieux et **Allain**. — Il s'agit d'une primipare non albuminurique qui entre en travail le 30 novembre. Le 1er décembre, la dilatation est à 2 francs, une poche se rompt et il s'écoule un litre de liquide; puis, issue d'une poche amniotique complète; enfin, l'enfant qui pesait 3 kilogrammes. Le placenta est uniquement constitué par le chorion. La poche qui s'était rompue pour donner issue au liquide est une poche amnio-choriale située entre l'amnios et le chorion.

Délivre d'une grossesse trigémellaire.

M. Fieux. — Une primipare accouche à 7 mois : un enfant est vivant et 2 morts. Les 2 derniers étaient-ils morts pendant la grossesse ou le travail? Le premier ne survécut que 4 jours.

A l'examen du délivre, on voit 3 cavités qui sont séparées de la façon suivante : 2 poches choriales, c'est-à-dire un œuf formé par un chorion et 2 autres par un chorion unique. En un point, il y a une cloison à 4 feuillets, 2 chorions et 2 amnios; les 2 autres œufs sont séparés par une cloison amniotique; il y a une triple insertion vélamenteuse.

Il s'agit donc d'une grossesse triple, vélamenteuse, formée de 2 œufs; l'un a évolué vers le type simple, l'autre vers le type double univitellin. Ce dernier a dû être fécondé par 2 spermatozoïdes et, au lieu de former une monstruosité double, a formé 2 membres distincts.

A signaler comme particularité de la pièce : les 2 cordons de la grossesse double univitelline ont une insertion vélamenteuse. Or, toutes les fois qu'il y a grossesse double univitelline, l'insertion du cordon est vélamenteuse et divergente.

M. Chambrelent. — Pour assurer le diagnostic, il serait intéressant de savoir quel était le sexe des enfants, car dans la grossesse univitelline, les enfants sont de même sexe. De plus, les malformations fœtales sont très fréquentes dans la grossesse univitelline; car ici, en somme, c'est seulement l'existence de cet amnios simple qui a fait porter le diagnostic de grossesse univitelline.

M. Fieux ne peut renseigner sur le sexe des enfants.

Grossesse double et hydramnios.

M. Chambrelent. — Jeune femme de 31 ans, ayant eu deux grossesses, la première il y a 2 ans. Au mois de mars 1900, deuxième grossesse; 1 mois 1/2 après, pleurésie, et, pendant 3 semaines, dyspnée, etc. On ne pratique pas de ponction. Au mois de mai de cette année, la malade est frappée de la grosseur du ventre qui se développe progressivement. Au mois de septembre, le ventre, extrêmement gros, fait porter le diagnostic de grossesse avec hydramnios. Deux jours après, l'état de la malade semble désespéré; la respiration est gênée, le ventre a

considérablement augmenté de volume. Une intervention s'imposait. On ponctionne alors les membranes : il s'écoule en tout 7 à 8 litres de liquide. Le lendemain matin, accouchement avec application de forceps; on retire d'abord un enfant du sexe masculin pesant 1 000 grammes, et un du sexe féminin plus petit; les deux enfants sont vivants. Le plus faible est mis en couveuse, l'autre est mis auprès de sa mère. Au moment de l'accouchement, on constate que les deux cordons sont noués l'un à l'autre.

Deux jours après, on constate chez l'un des enfants une imperforation de l'anus. On tente, vainement d'ailleurs, la recherche de l'ampoule rectale par la voie périnéale. De plus, on constate une imperforation de l'urèthre. L'enfant succombe au bout de 10 jours.

L'autre enfant, mis en couveuse, n'a pas tardé à succomber.

M. Fieux se demande si, dans ces cas d'asphyxie mécanique, il ne faudrait pas s'attaquer à la cause même et soutirer du liquide, comme l'on fait Tillaux et Pinard, par ponction abdominale. On gagnerait ainsi, pour les enfants, 25 jours de vie intra-utérine.

M. Chambrelent préférerait ponctionner l'œuf hydropique par la voie intra-utérine.

Annexite double à début cataclysmique.

MM. Bégouin et Andérodias. — Femme de 18 ans, domestique, n'ayant aucun antécédent morbide; pas de pertes blanches, jamais de douleurs dans le bas ventre. Un samedi soir, à 7 heures, elle fut prise d'une douleur du côté gauche du bas ventre, qui s'irradie à tout l'abdomen et qui détermine une syncope. On porte la malade à la Clinique. Une laparotomie est pratiquée, et l'on trouve une salpingite gauche très volumineuse et, à droite, une masse du volume d'un gros œuf.

L'examen de ces organes, les coupes pratiquées, démontre qu'il s'agit bien d'une salpingite, mais non d'une salpingite tuberculeuse, et ne permet de retrouver aucune villosité.

M. Lannelongue cite l'histoire d'une malade qui montre aussi le silence absolu et l'absence de phénomènes généraux au cours d'une salpingite. C'était une femme qui n'avait jamais présenté le moindre accident génital. Elle avait eu un accouchement très normal et, longtemps après, elle constata que son ventre grossissait peu à peu sur la ligne médiane et en bas. Aucun trouble génital ni utérin. Peu à peu, la grosseur avait atteint l'ombilic. En bas elle repoussait l'utérus en avant, le rectum en arrière. Cette tumeur ayant une apparence fluctuante, on pensa à un kyste hydatique développé entre le rectum et l'utérus. On fit une ponction, et il s'écoula une grande quantité de pus : c'était une salpingite énorme. Le pus devait être stérile comme celui des abcès de foie.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 23 Octobre 1900.

Ostéomyélite aiguë du sternum.

M. E. Fraenkel. — Il s'agit d'un malade qui, au cours de sa fièvre typhoïde, a présenté les symptômes typiques de l'ostéomyélite aiguë du sternum ayant amené une solution de continuité de cet os, à la hauteur de l'insertion du 3e cartilage costal, et le détachement complet de la 3e côte.

L'ostéomyélite s'était déclarée entre la 5e et la 6e septennaire de la maladie, et le malade a succombé 8 jours plus tard.

L'examen du sang, fait lors de l'apparition de l'ostéomyélite, a montré la présence des staphylocoques qui existaient également dans le pus des abcès multiples qui ont paru à ce moment. A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans les reins et les poumons, dont le pus contenait également des staphylocoques. Il a été impossible d'établir si le point de départ de l'infection a été l'ostéomyélite du sternum, ou si celle-ci était une simple manifestation de la pyohémie.

Ce cas est intéressant en ce sens qu'il montre que, chez les typhiques, la suppuration de la moelle osseuse, comme les ostéomyélites en général, peut être provoquée par le staphylocoque.

Volvulus de l'estomac.

M. Wiesinger. — Ce cas a été observé chez un homme de 41 ans, chez lequel les premiers symptômes d'iléus aigu apparurent avec douleur violente et formation d'une tumeur dans la région hypogastrique gauche. Les vomissements n'ont existé qu'au début; plus tard le malade n'avait que des nausées, et les aliments revenaient aussitôt ingérés, mais sans effort de vomissement.

La laparotomie, faite au 4e jour après le début des accidents, a montré la présence d'un liquide sanguinolent dans la cavité abdominale, et le commencement d'une péritonite. A gauche, sous la paroi abdominale, se trouvait une grosse tumeur immobile, recouverte par l'épiploon. Après la section de l'épiploon, on constata que la tumeur était formée par l'estomac qui semblait la coiffer. Une incision de la paroi stomacale, qui a donné issue à 4 litres de liquide, a permis alors de reconnaître le côlon transverse qui avait passé au-dessus de l'estomac sous le foie. L'estomac était tordu sur son axe de 180° environ, si bien que la grande courbure avait passé sous les fausses côtes. Le pancréas était en place.

Après la section de nombreuses adhérences, il fut facile de remettre les viscères à leur place habituelle, Le malade guérit sans avoir présenté de complications.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LIVERPOOL

Séance du 22 Novembre 1900.

Abcès sous-diaphragmatique au cours de la fièvre typhoïde.

MM. Caton et Thelwall Thomas. — Il s'agit d'un homme de 32 ans atteint de fièvre typhoïde et chez lequel la défervescence se fit au 23e jour. Trois semaines plus tard, quand il devait déjà quitter l'hôpital, se produisit une élévation brusque de la température. L'examen montra alors l'existence d'un épanchement à la base du poumon gauche, et une ponction exploratrice donna issue à du pus verdâtre.

Croyant qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente, on réséqua une portion de la 8e côte et on ouvrit la plèvre : celle-ci était normale. Par contre, la palpation du diaphragme, qui se trouvait tout près de l'incision, montra l'existence, dans la cavité abdominale, d'une tumeur à parois solides. Le diaphragme fut donc incisé, mais pour ouvrir la tumeur dont les parois paraissaient calcifiées, il a fallu recourir à l'ostéotome. On pénétra alors dans la cavité qui renfermait du pus contenant des bacilles typhiques. Drainage.

Un mois plus tard, on fit une large résection costale et, après incision du diaphragme, on excisa la tumeur qui adhérait au foie, à la rate, au côlon et à l'épiploon.

Le malade guérit.

Il s'agissait probablement d'un ancien abcès du foie ou d'un ancien kyste hydatique dont le contenu a été infecté au cours de la fièvre typhoïde par les bacilles de Eberth.

Invagination de l'appendice.

M. Keith Monsarrat a eu l'occasion d'intervenir chez un garçon de 4 ans qui depuis 1 mois présentait dans la fosse iliaque droite des douleurs paroxystiques survenant par accès. L'examen du malade permit de constater l'existence d'une invagination du côlon transverse. Mais la laparotomie, tout en con-

firmant ce diagnostic, montra que cette invagination était secondaire à celle de l'appendice dans le cæcum. La désinvagination n'a présenté aucune difficulté, et le malade guérit. A noter que le malade n'a eu qu'une seule fois du sang dans les selles et qu'il n'a jamais vomi.

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 14 Décembre 1900.

Péricardiotomie pour péricardite suppurée.

MM. Fawiett et **Steward** communiquent l'observation d'un garçon de 8 ans entré à l'hôpital au 6e jour d'une pneumonie lobaire du côté droit. Le lendemain on constata les signes d'une péricardite, et 11 jours plus tard la ponction exploratrice ayant ramené du pus contenant du pneumocoque, on incisa et on draina le sac péricardique après résection du 5e cartilage costal gauche.

L'opération a eu pour résultat une amélioration de tous les symptômes ainsi que de l'état général, mais 15 jours plus tard survint une pleurésie enkystée à streptocoques du côté droit, et le malade succomba.

A l'autopsie on a pu constater que le péricarde, à part un épaississement de ses parois et la présence d'un léger exsudat séreux, ne présentait rien d'anormal. Il semble donc que sans la pleurésie à streptocoques le malade aurait guéri.

M. Bosauquet estime que l'état grave dans lesquels se trouvent ces malades doit faire préférer, pour l'opération, l'anesthésie locale à l'anesthésie générale.

M. Wallis a vu ces malades succomber presque toujours quand ils étaient opérés sous le chloroforme. Pour l'anesthésie locale on pourrait se servir de l'eucaïne qui ne produit pas de symptômes toxiques.

M. Percy Kidd a fait la péricardiotomie avec de l'eucaïne : l'incision et toute l'opération ont été très douloureuses pour le malade.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 21 Décembre 1900.

Des applications d'air chaud dans le traitement de certaines affections articulaires et des plaies infectieuses et chroniques.

M. Carl Ullmann a présenté plusieurs malades atteints d'affections articulaires, blennorrhagiques ou syphilitiques, qui, après avoir été soumis sans résultats à différents traitements, ont guéri en quelques semaines par l'application d'air chaud d'après le procédé de Bier.

L'orateur a traité, en outre, par la même méthode 150 cas d'ulcérations des organes génitaux, des membres et du tronc. Les lésions des muqueuses sont naturellement peu accessibles à ce mode de traitement ; mais celles du tégument cutané, les ulcères du pied en particulier, sont modifiées très avantageusement dès la première application d'air chaud.

Quant à la température à atteindre, elle varie suivant la nature et le degré des lésions : il faut une température plus élevée pour déterger les ulcères que pour tonifier les plaies et les rendre granuleuses. Chez tous les sujets anémiques, cachectiques, dyscrasiques, ou débilités par une cause quelconque, le traitement par l'air chaud donne de meilleurs résultats que les antiseptiques chimiques.

Plus la partie traitée est petite, plus l'hyperémie résultant de la dilatation des vaisseaux est vive et active. Cette dilatation dure plusieurs heures et peut devenir le point de départ d'un œdème qui jouerait un rôle très important dans la guérison. En effet, la sérosité qui le constitue serait douée, d'après l'orateur, de propriétés bactéricides et aurait l'avantage de dissoudre les masses exsudatives, ainsi que de favoriser le développement d'un tissu conjonctif de nouvelle formation.

Les applications d'air chaud sont indiquées surtout en cas d'ulcérations syphilitiques, mais elles peuvent également être utilisées contre tous les ulcères gangreneux, serpigineux, atoniques, etc.

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 17 Décembre 1900.

Traitement des adhérences des osselets consécutives à l'otite moyenne suppurée.

M. I. Müller a fait connaître un nouveau procédé de traitement contre la soudure des osselets à la suite des suppurations de l'oreille moyenne ; dans ce but, il glisse contre eux à travers la perforation, agrandie ou non, du tympan de petites lamelles d'or qu'il laisse en place jusqu'après la guérison de l'otite. L'introduction de ces petites plaques d'or n'a donné lieu à aucun accident et a toujours été suivie de bons résultats.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'avenir de l'Association générale des médecins de France. Création d'œuvres nouvelles.

En attendant que j'aie pu obtenir, ainsi que je l'ai demandé maintes fois, sinon un Bulletin officiel de l'Association des médecins de France, du moins la publication rapide des délibérations de son Conseil général, ce n'est que par la voie de la presse qu'il m'est loisible de faire connaître à nos confrères de province les résolutions votées. Il m'est impossible, en effet, de répondre individuellement à tous ceux qui me demandent ce qu'a décidé le Conseil général, et l'on sait que les circulaires officielles sont toujours tardives.

Or il importe, aujourd'hui surtout, d'éclairer les Sociétés locales sur les mesures que nous allons leur proposer. Les bulletins qu'elles nous envoient semblent montrer, en effet, que plusieurs de leurs membres n'ont pas encore compris ni les termes précis de la loi du 1er avril 1898, ni les obligations qu'elle nous impose et qu'ils ne lisent même pas nos annuaires (1). Cependant une décision récente prise par M. le Ministre de l'Intérieur, envers une Société qui comptait 300 000 adhérents et possédait plus de 25 millions, a eu assez de retentissement pour montrer à tous que le Gouvernement entend faire respecter la loi.

Il y a 2 ans, nous étions seuls, mon ami le Dr Lande et moi, à soutenir que l'Association générale ne pourrait, sans perdre la plus grande partie de son capital de réserve, renoncer à rester *Société de secours mutuels*. Et voici que l'arrêté du 3 avril dernier signé par M. le Ministre de l'Intérieur, sur la proposition du Directeur de la Sûreté générale, déclare formellement que toute société qui poursuit un des buts que les Sociétés de secours mutuels se proposent d'atteindre (il s'agissait en en l'espèce de la constitution de pensions de retraite)

1. Je ne fais nulle allusion ici à la singulière protestation que je trouve à l'instant dans le dernier numéro de la *Défense médicale* de Bordeaux. L'auteur de cet article intitulé : *la Situation*, travestit mes paroles en me faisant dire tout juste le contraire de ce que j'ai toujours dit (*Gazette*, 1899, p. 130). Il ignore lui aussi et la loi et nos délibérations. Il ne connaît même pas le fonctionnement de l'Association. A quoi bon répondre ?

doit modifier ses statuts de façon *à rentrer dans le cadre de la mutualité*, ou se dissoudre immédiatement.

Nous avions raison, dès lors, de ne pas admettre les objections de tous ceux qui, malgré son titre, malgré les termes formels de l'autorisation qui lui avait été accordée, malgré les subventions qu'elle avait acceptées, déniaient à l'Association générale le caractère de société de secours mutuels.

Nous supplions donc ceux de nos confrères, qui se laissent encore égarer par de séduisants sophismes, de bien lire et les comptes rendus de nos annuaires et tous les articles, surtout l'article 37, de la loi nouvelle. Ils ne soutiendront plus que l'Association des médecins de France pouvait devenir une Société de bienfaisance libre de toute entrave administrative. Ils conviendront qu'elle devait rester Société de secours mutuels approuvée (art. 37), et qu'en maintenant le *statu quo* en ce qui concerne la Caisse des allocations viagères et la Caisse des veuves et orphelins, nous avons obtenu tout ce qu'il nous était possible de réclamer.

Mais, d'après nos statuts nouveaux et pour répondre aux vœux exprimés par un grand nombre de nos confrères, il nous a fallu rechercher comment pourraient se constituer au sein de l'association ou avec son patronage des Caisses de retraites garanties (retraites de droit) et et des Caisses d'indemnité contre la maladie.

Si l'étude des conditions à remplir pour arriver à rendre viables ces créations nouvelles a été longue et laborieuse, la faute en est aux circonstances; nous en déclinons la responsabilité.

Alors, en effet, qu'avec un zèle des plus louables, notre Conseil judiciaire, Me Liouville, rédigeait sur la demande de notre président, et avec l'appui de notre notre actuaire, M. Marie, des projets de statuts qui sont inattaquables à tous les points de vue, j'ai toujours demandé qu'on essayât au préalable de s'entendre avec les œuvres déjà existantes, déjà prospères et, dans notre dernière assemblée générale, une grande majorité a paru favorable à ces vues.

En ce qui concerne la création d'une caisse de retraite, c'est depuis 10 années au moins, que nous nous efforçons, M. Lande et moi, d'établir un accord entre l'administration de la *Caisse des pensions du corps médical français* et l'*Association générale*. Mais il fallait, pour que cet accord pût être signé : 1° que l'avenir de la Caisse des pensions de retraite, présidée par M. le Dr Lande, fût assuré par une approbation nouvelle; 2° que, par un procédé quelconque, on pût faire inscrire tous les membres de cette société parmi les membres de l'association générale.

Or, en même temps que l'on invitait la *Société des Prévoyants de l'avenir* à modifier ses statuts pour les rendre conformes à la loi du 1er avril 1898, une injonction semblable était adressée à la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, et l'approbation qu'elle avait reçue le 22 décembre 1884 lui était retirée. Il nous a donc fallu, ainsi que je l'avais fait prévoir à notre dernière assemblée générale (1), attendre que les statuts de cette société fussent modifiés et que les taux des cotisations exigibles de ses membres fussent majorés pour pouvoir signer, avec ses administrateurs, le contrat qui doit nous unir. Le temps d'arrêt ne sera plus trop long, j'en ai le ferme espoir, et les nouveaux statuts pourront dès lors ne pas différer sensiblement de ceux qu'avait rédigés Me Liouville.

1. Voir *Annuaire*, 1900, p. 178.

Ces statuts donneront satisfaction à tous les médecins qui auront le désir de faire acte de prévoyance en versant des cotisations spéciales pour *avoir droit*, à l'âge de 60 ans, à une pension dont le chiffre pourra être, d'après la cotisation versée, de 600 francs, 1 200 francs ou 2 400 francs.

Afin de ne laisser sans réponse aucune des questions qui m'ont été faites, je dois déclarer que, d'après les calculs de M. Marie, le chiffre des cotisations annuelles exigibles pour obtenir à 60 ans (après 15 années au moins de sociétariat) une pension de 1 200 francs serait :

à 20 ans de.	111 fr. 60
à 30 —	201 fr. 60
à 35 —	273 fr. 60
à 40 —	390 fr.
à 45 —	561 fr. 60

Dans les compagnies d'assurances les primes sont :

à 35 ans de.	296 fr. 75
à 40 —	416 fr. 30
à 45 —	624 fr. 50

On voit qu'à ce seul point de vue il y aurait avantage à s'inscrire à la Caisse des pensions de retraite dont nous espérons le succès.

Mais il y a plus. L'Association générale s'engagerait à subventionner, conformément à ses statuts (art. 17), la caisse nouvelle et à se substituer, pour le règlement de leurs cotisations, à ceux de ses membres que les infirmités, la maladie ou toute autre cause mettraient dans l'impossibilité de continuer leurs versements (art. 78); une caisse auxiliaire, alimentée par des dons et des legs, pourrait même au besoin servir à assurer aux médecins momentanément gênés le règlement de leurs cotisations.

Nous pensons que cette combinaison pourra satisfaire tous ceux qui, désireux de faire acte de prévoyance pour s'assurer à l'âge de 60 ans une retraite de droit, se feront inscrire le plus tôt qu'il leur sera possible comme sociétaires de la caisse des pensions de retraite.

Plus complexe était la question des indemnités contre la maladie. La nécessité de se soumettre à une visite préalable, et d'accepter toutes les vérifications qu'exige le règlement des indemnités écarte des caisses d'assurances-maladies, et pourrait éloigner de l'Association générale un assez grand nombre de nos confrères.

D'un autre côté, il existe, sous le nom d'*Association amicale* et sous le nom d'*Association Lagoguey*, deux œuvres très méritoires, très prospères, organisées d'après des règlements et des barèmes de cotisation auxquels nous ne saurions presque rien modifier. Mais l'une et l'autre de ces caisses d'assurances contre la maladie comprennent un assez grand nombre de sociétaires qui ne font pas partie de l'Association des médecins de France. Or l'article 5 de nos statuts nous interdit de contribuer à la création ou au développement de Sociétés qui ne seraient pas exclusivement recrutées parmi nos membres.

Créer, sur le modèle de l'Association amicale, une caisse nouvelle avait semblé à plusieurs membres du Conseil général la solution préférable. Un projet de statuts a été rédigé dans ce sens par notre dévoué conseil judiciaire, Me Liouville. Il sera imprimé, et les Sociétés unies qui voudront l'accepter trouveront toutes les facilités d'organisation que peut leur offrir le trésorier de l'Association générale.

Je persiste à penser cependant qu'il est préférable encore d'engager ceux de nos sociétaires qui tiennent à

s'assurer contre la maladie à se faire inscrire à l'*Amicale* ou à l'*Association Lagoguey* qui ont fait leurs preuves et dont le fonctionnement ne saurait inspirer aucune inquiétude pour l'avenir.

Ceux qui voudront bien lire, dans l'*Annuaire* de l'Association, le compte rendu de la dernière assemblée générale seront d'ailleurs convaincus, je l'espère, qu'une fusion ou tout au moins une union entre ces caisses d'assurances et l'Association générale n'est point impossible.

Le bon vouloir des administrateurs de l'*Amicale* s'est affirmé par des paroles que nous avons été très heureux d'entendre.

Et si cette union pouvait être réalisée, les médecins, trop peu nombreux encore, qui font acte de prévoyance, approuveraient certainement une mesure qui, en réduisant les frais d'administration et en assurant contre l'infortune ceux qui auraient fait acte de bonne volonté, aurait très rapidement pour effets de réveiller au sein du corps médical les idées de confraternité et de concorde.

A côté de ces œuvres de prévoyance, qui, pour être approuvées, exigent des cotisations assez élevées, destinées à garantir les risques qu'elles doivent couvrir, l'Association générale des médecins de France gardera toujours les œuvres d'assistance mutuelle qui ont été sa raison d'être et qui restent plus que jamais nécessaires.

Bien qu'en aient pu penser quelques-uns de nos adhérents, les pensions viagères et les allocations annuelles resteront acquises à tous les médecins âgés de plus de 50 ans, ayant acquitté leurs cotisations depuis quinze ans et se trouvant dans l'impossibilité d'exercer la profession médicale. Bien plus, d'après la nouvelle rédaction de nos statuts (art. 32), des indemnités journalières pourront être allouées aux sociétaires atteints de maladies ou d'infirmités incurables qui les mettent dans l'impossibilité absolue et permanente de se livrer à l'exercice de la médecine.

Ces pensions, allocations ou indemnités journalières ne seront accordées que dans les limites des ressources de la caisse des pensions et allocations. Elles ne seront allouées qu'aux médecins qui en auront fait la demande, et sur l'avis conforme de la Société dont ils font partie, et de l'assemblée générale de l'Association qui statue en dernier ressort.

Il demeure bien entendu que, du jour où il existera des caisses de prévoyance, ces pensions, allocations et indemnités journalières seront réservées à ceux de nos adhérents qui se trouveront, de par leur infortune, plus dignes de notre sollicitude.

Ainsi se trouveront réalisés les vœux si souvent exprimés dans les rapports lus à nos assemblées générales.

L'Association des médecins de France a été créée en vue d'éteindre, par tous les moyens compatibles avec la loi qui la régit, le paupérisme médical, et de donner aide et assistance à tous ses sociétaires.

Aux heureux de la profession, à ceux qui n'ont besoin ni de retraite, ni d'indemnités de maladies, elle demandera d'accroître par des dons et des legs les fonds destinés à l'assistance confraternelle.

Tous ceux qui ont quelque souci de l'avenir, et qui trouvent le moyen d'économiser les cotisations exigées par les œuvres de prévoyance, seront invités à s'inscrire aux caisses de retraite garantie et aux caisses d'indemnité maladie. S'ils se trouvent eux-mêmes momentanément gênés et dans l'impossibilité de verser leurs cotisations, une caisse spéciale leur permettrait (en vertu de l'art. 5 de nos statuts) de ne pas être exclus et d'attendre, en toute sécurité, l'âge de la retraite.

Enfin les médecins, trop nombreux encore, qui n'auront jamais pu faire partie des sociétés de prévoyance trouveront, au déclin de leur vie, l'assistance confraternelle qui n'a jamais été refusée aux propositions faites par les sociétés locales. Ils seront assurés qu'après leur mort les veuves et orphelins demeurés sans ressources seront, dans la mesure du possible, aidés et soutenus.

Si tous les médecins, pour qui les mots de confraternité et de solidarité ont un sens, voulaient bien oublier des dissentiments qui ne sont souvent que des malentendus et se joindre à nous pour réaliser ce que nous croyons sinon facile, du moins possible, les Sociétés de prévoyance et l'Association générale donneraient au corps médical de tous les pays une preuve éclatante de ce que peuvent, dans l'intérêt de tous, l'union et la convergence d'efforts désintéressés.

L. Lereboullet.

CORRESPONDANCE

A propos des sérums cytolytiques proposés par M. Louis Dor (de Lyon) pour la guérison des cancers.

La proposition de M. Louis Dor, de préparer des sérums cytolytiques pour traiter les cancers, est assurément très logique ; mais, si l'idée est nouvelle, elle a été cependant devancée par la pratique, et cette pratique n'a pas donné les résultats décisifs que l'on en attendait.

Il est bien exact que, dans les essais de sérothérapie anticancéreuse que M. Charles Richet et moi avons institués, nous étions guidés surtout par l'hypothèse de la nature parasitaire des cancers.

Mais, de fait, ce que nous inoculions à nos animaux, c'était du suc cancéreux *total*, cellules incontestables et parasites problématiques. Nous filtrions bien nos tumeurs, broyées et dissociées par l'action du pilon en présence d'éclats de verre avec addition d'eau ; mais *nous filtrions grossièrement sur un linge ou sur une toile métallique*, pour nous débarrasser des éclats de verre et des gros grumeaux capables d'obturer les aiguilles à injection. Le liquide obtenu était en somme extrêmement riche en cellules, qui lui donnaient l'aspect laiteux.

Nous avons même réalisé l'expérience idéale que propose M. Dor, quand il demande qu'un cancer provenant d'un malade puisse servir à préparer un sérum pour d'autres malades atteints d'un cancer du même organe ; et nous avons fait mieux encore, car une partie d'une tumeur enlevée à un malade servit à la préparation d'un animal, qui donna ensuite son sérum pour le traitement du même malade qui n'avait pu être complètement opéré. Finalement, le résultat fut nul.

Tous ces faits ont été relatés en détail dans la thèse de M. Beretta (Paris, 1896) et dans mon livre sur « la Sérothérapie » (1899).

Les auteurs qui voudront se renseigner aux sources y verront que la sérothérapie anticancéreuse a donné des résultats très frappants et très heureux, mais que son action n'a jamais été que temporaire, et que, finalement, aucun cancéreux n'a pu être guéri.

Nous souhaitons ardemment que l'on puisse trouver mieux dans la même voie ; mais nous tenions à indiquer que les essais proposés comme nouveaux par M. Dor ne l'étaient pas en réalité.

Dr J. Héricourt.

Le Gérant : Pierre Masson.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE

DIRECTEURS : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Un nouveau cas de télangiectasies acquises généralisées,

PAR MM.

Léopold LÉVI,

Ancien interne, lauréat des hôpitaux,

ET

Louis DELHERM,

Interne des hôpitaux.

Les cas de télangiectasies acquises généralisées, en dehors des états d'asphyxie, sont encore peu nombreux, puisqu'on en compte en tout 7 observations dans la science, Tanturri (1) (1879), Hillairet, Vidal (2) (1880), Morrow (3) (1894), Gastou (4) (1894), Léopold Lévi et Lenoble (5) (1896), Brocq (6) (1897).

Tout nouveau fait mérite donc d'être étudié, car il est susceptible de fournir quelque renseignement pour l'étude de ces dilatations vasculaires.

1. TANTURRI, Un caso de Dermatose venota generale ed idiopathica (*Il Morgagni*, t. XXI. p. 561).
2. VIDAL, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 juin 1880, p. 186.
3. MORROW, Un cas de télangiectasies anormalement développé (*Journal of Cutaneous and Venereal diseases*, 8 févr. 1894, p. 74.
4. GASTOU, *Ann. de la Soc. de dermat. et syphil.*, 1894; p. 212.
5. Léopold LÉVI et LENOBLE, *Presse médicale*, 1er juil. 1896.
6. BROCQ, *Ann. de la Soc. de dermatol.* 1897, p. 41.

A ce titre, nous publions le cas suivant, que nous ferons suivre de quelques considérations générales sur cette affection.

OBSERVATION. — *Obésité. Néphrite chronique. Myocardite. Nervosisme. Télangiectasies acquises généralisées,*

Mme O..., âgée de 33 ans, entre dans le service de M. le Dr Mathieu à l'hôpital Andral le 5 mars 1900.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à l'âge de 32 ans; la malade ne peut préciser la maladie à laquelle il a succombé.

Sa mère est morte tuberculeuse à l'âge de 32 ans.

Elle a eu 5 frères ou sœurs. 2 sont morts en bas âge de maladie inconnue. 2 sont vivants et bien portants, une sœur âgée de 35 ans tousse un peu et est obèse.

Antécédents personnels. — La malade n'a point eu de maladie dans son enfance. Elle a été réglée à 13 ans et a toujours eu des règles normales. Vers l'âge de 17 ans, elle a été prise d'anémie qui malgré un traitement par le fer et le quinquina a duré une année. La malade n'avait pas d'albuminurie à cette époque de sa vie.

Elle a 2 enfants vivants, l'aînée est une fille âgée de 13 ans, l'autre un enfant de 9 ans; tous les deux sont bien portants.

En 1893, elle a fait une fausse couche de 4 mois 1/2, à la suite de laquelle s'est déclarée une péritonite qui a nécessité un séjour de 5 mois à Lariboisière.

En 1897, elle est prise de grippe à forme nerveuse et articulaire avec douleurs dans les poignets, les coudes, les épaules. Elle a craché un peu de sang, et n'a pas eu de fièvre durant cette attaque.

On aurait fait à ce moment le diagnostic de myocardite, et l'on soumit la malade à la digitale. A cette époque on n'a pas constaté la présence d'albumine dans les urines, C'est un peu avant cette grippe qui fut soignée à Laënnec dans le service de M. Hirtz que la malade constata l'apparition de trois premières taches télangiectasiques : à l'avant-bras, au genou, au pied.

En 1898, et jusqu'en mars 1899 la malade fut en très bonne santé. A ce moment elle se plaignit de céphalalgie, de crachements de sang, d'œdème des jambes. Elle vint à Andral et l'on put constater qu'elle urinait fort peu, on la mit au régime lacté et après un séjour de 3 semaines elle sortit considérablement améliorée.

Le 22 août de la même année elle entra de nouveau à Andral pour des accidents du même genre. La céphalée était presque continuelle et s'exaspérait vers le soir, elle se plaignait de sensations d'étouffement; l'examen des urines montra la présence d'albumine.

On la mit au régime lacté et 6 semaines après elle partait pour le Vésinet avec le diagnostic de néphrite.

Le 25 mars 1900, nouveau séjour à Andral, elle vient pour des symptômes d'albuminurie et de petite urémie, et nous procédons à son examen complet.

Examen de la malade. — C'est une femme de taille moyenne, très obèse, au teint pâle, qui présente sur le ventre un pannicule adipeux très considérable.

L'examen du cœur montre l'existence d'un léger bruit de galop. Le poumon ne présente rien d'anormal dans ses deux

tiers supérieurs, mais il existe aux bases des râles de congestion pulmonaire. La langue est saburrale, et il existe un peu de constipation.

La malade est très nerveuse. Elle n'a jamais eu de crises d'hystérie mais elle a parfois une sensation de boule remontant vers la gorge. La recherche de la sensibilité montre qu'elle est partout normale. Les réflexes sont également normaux.

La malade est atteinte de pollakiurie nocturne, elle est obligée de se lever 3 et 4 fois par nuit. La quantité totale d'urine dans les 24 heures était de 1 200 grammes le 1er jour, et est montée rapidement à deux litres et demi. Elle avait un peu d'albumine quand elle est entrée. Cette albumine a disparu au bout de 4 ou 5 jours. Elle présente, enfin, certains signes du petit brightisme, elle se plaint en outre d'avoir depuis quelque temps la vue plus faible.

Grâce au traitement et au repos, la malade ne tarde pas à s'améliorer, le pouls reprend son ampleur et sa régularité normales, l'albumine disparaît des urines, et la malade peut quitter le service guérie des phénomènes albuminuriques qui avaient déterminé son entrée à l'hôpital.

Le 3 octobre 1900, nouveau séjour à Andral où elle entre encore pour les signes de brightisme qu'elle présentait autrefois. La vue est un peu basse, et le matin au réveil elle a de la bouffissure des paupières, il existe aussi de l'œdème des jambes. Le bruit de galop que l'on avait constaté persiste; la pointe bat dans le 5e espace intercostal, est difficile à rechercher. Les bases sont congestionnées. La quantité d'urine émise en 24 heures est de 1 litre environ. Le 13 novembre il n'y avait plus d'albumine.

La tension artérielle était de 21 centimètres de mercure le 8 octobre dernier.

Une analyse d'urine due à l'obligeance de Mlle Mazot, pharmacienne du service, donne les résultats suivants :

Volume en 24 heures	1 850 cent. cubes.
Couleur	Jaune clair.
Aspect	Trouble.
Consistance	Normale.
Odeur	Normale.
Réaction	Acide.
Densité	1,010.

Eléments normaux :

	Par litre.	Par 24 heures.
Urée	10 gr. 90	20 gr. 165
Chlorures	6 gr. 20	11 gr. 047
Phosphates	1 gr. 27	2 gr. 349

Eléments anormaux :

Sucre	Néant.
Albumine	0 gr. 50 par litre.
Indican	Un peu.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, une injection de bleu de méthylène de 5 centigrammes a été faite le 4 novembre. Le chromogène a apparu au bout d'une demi-heure, le bleu 2 heures seulement après la piqûre, il existe donc un retard dans le début de l'élimination. Cependant la durée totale du passage du bleu dans l'urine peut être considéré comme normale (48 heures).

Une analyse complète des urines a été pratiquée le 25 novembre 1900 et est due à l'obligeance de Mlle Mazot, interne en pharmacie, qui a bien voulu nous remettre en même temps les résultats de l'examen cryoscopique.

Volume total	1 625 gr.
Couleur	Jaune clair.
Aspect	Trouble.
Dépôt	Floconneux.
Consistance	Normale.
Odeur	Normale.
Réaction	Acide.
Densité	1,017

Urée	21 gr. 26 par litre.
Chlorures	9 gr. 50 —
Phosphates	1 gr. 92 —
Sucre	Néant.
Albumine	0 gr. 30 —
Indican	Un peu.

Cryoscopie :

$\Delta = -1°475.$
$P = 91$ kg. 700.
$V = 1625$ cent. cubes.

Diurèse moléculaire totale $\Delta V/P = 2613$.
Diurèse des molécules élaborées $\Delta\delta V/P = 1586$.
Taux des échanges moléculaires $\Delta/\delta = 1.64$.

On a enfin pratiqué l'examen oculaire qui a donné les résultats suivants :

Réaction faible.

Contraction de la pupille qui ne persiste pas. Astigmatisme inverse surtout à droite. Papille normale à gauche et à droite.

Examen des télangiectasies. — Des examens successifs ont été pratiqués, au mois de mai et au mois d'octobre 1900.

Les premières télangiectasies se sont montrées il y a 3 ans, en mars 1897, c'est-à-dire très peu de temps avant que la malade ait eu contracté la grippe. Elle s'en est aperçue accidentellement, elle croyait avoir été mordue par des insectes.

La première tache s'est montrée sur la face antéro-interne de l'avant-bras à 10 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Elle était plus rouge que maintenant.

A la même époque s'est développée une 2e tache sur la cuisse droite, à 5 centimètres au-dessus du genou, un peu sur la région externe; elle a actuellement 8 millimètres sur 4, elle est rouge vif; elle paraît avoir augmenté de volume depuis son apparition.

Enfin, au même moment, sur la face dorsale du pied droit, 2 autres télangiectasies se sont produites, une immédiatement au-dessous de la malléole externe, une autre à la racine du 2e orteil. Cette dernière a environ 8 millimètres sur 4.

Donc il y a eu, en mars 1897, un première poussée de 4 éléments.

Plus tard 2 autres taches actuellement beaucoup plus rouges que les précédentes, sur lesquelles on peut distinguer de petits vaisseaux, ont apparu sur la face proximale du 5e métatarsien.

Il y a 8 mois, sur la face externe de la jambe gauche à 4 travers de doigt de l'interligne articulaire, une nouvelle télangiectasie, autrefois beaucoup plus rouge, et 3 fois moins petite, actuellement d'un centimètre de diamètre, s'est manifestée.

Une 4e poussée de 4 éléments s'est localisée au-dessus de la malléole externe de la même jambe.

Une 5e série s'est localisée sur la malléole interne de la jambe gauche.

Sur le mollet gauche existent des plaques que la malade dit être tout à fait récentes.

Sur la cuisse gauche il s'en est formée 3 distantes, l'une de l'autre, de 7 et de 4 centimètres, placées sur une ligne horizontale à 17 centimètres au-dessus du genou. La plus externe a un centimètre de diamètre.

Sur l'abdomen se concentrent aussi 2 télangiectasies, une à droite et une à gauche de la ligne médiane, toutes les 2 sont d'acquisition récente.

Au dos, au-dessus du sillon anal, et à 5 centimètres en dehors, on voit 2 plaques de coloration rouge vif distantes l'une de l'autre de 7 centimètres.

En résumé, les télangiectasies ont apparu par poussées : première poussée télangiectasique en mars 1897, composée d'éléments, un à l'avant-bras, un à la cuisse droite, deux à la face dorsale du pied droit;

2e poussée quelques mois plus tard, sur le pied droit;

3e poussée il y a 8 à 10 mois, à la jambe gauche;

4e poussée composée de 4 éléments, sur le malléole externe de la jambe gauche;

5e poussée sur la cuisse gauche;

Enfin sur l'abdomen et le dos, dernière création.

Le 18 novembre, nous pratiquons un nouvel examen des télangiectasies.

La plaque de la cuisse droite qui a apparu il y a 3 ans nous semble légèrement desquamée et furfuracée, elle s'efface à la pression et à la distension de la peau.

Deux nouvelles plaques ont apparu au niveau des 2e et

3e métatarsiens : elles ne sont apparentes que lorsque la malade marche ou qu'elle s'expose à la chaleur.

Les plaques apparues dans les 10 derniers mois ont une tendance à devenir beaucoup plus pâles, et même très légèrement brunâtres.

Sur la fesse gauche ont apparu 7 nouvelles plaques. Deux sont distantes de 13 centimètres de la partie supérieure de l'échancrure anale, et séparées l'une de l'autre par une distance d'un centimètre environ. Leur coloration est rouge violacé. Leur dimension de 5 à 6 millimètres.

A 5 centimètres au-dessous et écartée de la ligne médiane de 18 centimètres environ, existe une autre télangiectasie de la même dimension.

A 13 centimètres de la ligne médiane, existe une tache plus particulière, elle est volumineuse et elle entoure un petit espace de peau saine.

Sur la fesse droite il y a 3 plaques nouvelles qui n'ont pas toutes le même volume; l'une est près du sillon ano-rectal à 8 centimètres de haut de l'échancrure, une 2e est à 4 centimètres de la ligne médiane.

La 3e, distante de 10 centimètres de l'échancrure, ne s'efface pas complètement sous la pression du doigt.

Caractères des télangiectasies. — Après avoir étudié la topographie des télangiectasies, il est utile de reprendre d'ensemble leurs caractères.

Ces taches sont au nombre de 35. Elles sont disséminées sans disposition régulière au niveau des membres inférieurs, des fesses, de l'abdomen, du membre supérieur gauche. Fait à signaler, le bras gauche ne présente qu'une télangiectasie, — la première en date, — le bras droit est absolument indemne, il en est de même de la face. Il semble donc que ces taches soient plus particulièrement localisées aux parties déclives.

Ces télangiectasies ne sont pas saillantes, elles sont maculeuses, non perceptibles au toucher. Une seule, celle qui siège sur la face externe du genou droit présente une légère saillie qui est plus lente à disparaître à la pression, et réapparaît la première dès qu'on a cessé d'exercer une compression.

La forme générale de ces télangiectasies est d'apparence ovalaire, arrondie, triangulaire, mais en réalité elles n'ont aucune limite définie.

L'examen à la loupe montre que la partie centrale est en général formée d'un fin chevelu de vaisseaux capillaires. Quand on distend légèrement la peau, le fond violacé disparaît d'abord, il ne reste que le lacis vasculaire; quand on distend au maximum tout disparaît (cette description a été faite d'après la tache du genou droit).

Il existe à la surface des télangiectasies une légère desquamation furfuracée.

Il n'y a pas de cicatrices à leur niveau. Au centre d'une de nos plaques une parcelle de peau saine se trouve englobée : ce fait aurait pu prêter à confusion.

Les télangiectasies ne sont pas le siège de démangeaisons.

La coloration est variable; certaines sont rouges, d'autres violettes, d'autres beaucoup plus sombres. Quelques-unes même ont une tendance à devenir brunâtres.

Leurs dimensions oscillent entre 1 et 2 millimètres et plusieurs centimètres.

La pression du doigt les efface complètement.

L'action du froid et du chaud est nulle, de même que la compression exercée à la racine du membre.

Compression sous l'action de la marche.

La sensibilité des télangiectasies a été plusieurs fois recherchée. Nous avons constaté une absence de sensibilité à la chaleur, au froid et à la douleur à deux reprises différentes. Une troisième épreuve a été douteuse.

La température locale au niveau des plaques est difficile à prendre, elles sont, en effet, plus petites que la cuvette du thermomètre. Nous avons pu constater néanmoins qu'il n'y avait aucune différence avec la température du reste de la peau.

Ajoutons, enfin, en ce qui concerne la peau, qu'elle est le siège de bouquets de varices profondes et qu'il existe en assez grande quantité des nævi pigmentaires, de coloration toute différente des télangiectasies, et ne s'effaçant pas sous la pression du doigt.

Il s'agit en somme d'une malade de 33 ans, obèse, de tempérament nerveux et qui présente peut-être à la suite d'une grippe contractée en 1897 de phénomènes plus ou moins accentués de néphrite avec hypertrophie cardiaque.

Depuis 3 ans ont apparu par poussées successives des taches télangiectasiques dont nous avons trouvé les caractères.

La première poussée remonte même avant la grippe.

Cette observation jointe aux autres cas permet de retracer l'histoire des télangiectasies acquises généralisées. Nous n'envisagerons que les chapitres : étiologie, symptomatologie, pathogénie.

Nous terminerons en appliquant la pathogénie invoquée au cas que nous relatons.

Etiologie. — Le plus grand nombre de faits concerne des *femmes*. Seules deux observations sont relatives au sexe masculin : un petit garçon (Morrow), un homme adulte (Gastou).

Les télangiectasies s'observent à tous les *âges* : 10 ans (Morrow), 14 ans (Tanturri), 30 ans (Widal), homme adulte (Hillairet), 33 ans (cas présent), 45 ans (Gastou), 59 ans (Brocq), 70 ans (Léopold Lévi et Lenoble).

Des *maladies infectieuses* se retrouvent dans les antécédents : fièvre typhoïde (Gastou), érysipèle récidivant (Tanturri), grippe (Brocq, cas actuel). La syphilis a été notée expressément dans les cas de M. Gastou et de M. Brocq; malgré des recherches dirigées dans ce sens elle fait absolument défaut dans notre cas.

Comme *maladies chroniques*, on trouve signalée la lithiase biliaire dans l'observation de M. Brocq. La néphrite a figuré dans le cas de Tanturri, le malade a même succombé à cette affection. Mais cette maladie semble avoir évolué tardivement par rapport à l'apparition des télangiectasies. Nous verrons ultérieurement le rôle qu'il convient d'attribuer à la néphrite dans le cas qui nous occupe. Le malade de M. Gastou était entaché de cardiopathie (2e bruit cardiaque légèrement soufflant). Dans notre observation nous relevons des antécédents de myocardite, des phénomènes d'hypertrophie cardiaque. L'association des télangiectasies et d'un néoplasme du cœur a frappé MM. Léopold Lévi et Lenoble.

Au point de vue du *tempérament*, l'obésité se trouve dans le cas de M. Brocq, a été notée chez la mère du malade de M. Gastou et figure dans notre observation.

Le *terrain nerveux* est réalisé chez bon nombre de sujets. L'enfant examiné par Morrow était sujet à des convulsions. Il avait jusqu'à 200 crises par jour.

Le malade de M. Gastou était entré dans le service du professeur Fournier pour des troubles névropathiques. La femme observée par M. Brocq était très nerveuse. Le sujet de M. Widal était hystérique. Notre malade n'a jamais eu de crises d'hystérie, et sa sensibilité et ses réflexes sont normaux, mais elle a parfois une sensation de boule qui lui remonte à la gorge.

La lecture des différents cas montre la possibilité des causes adjuvantes : troubles cérébraux (Gastou), accouchement (Gastou), crises convulsives (Morrow).

Symptomatologie. — Le début des télangiectasies se fait parfois très tôt. C'est dès l'âge de 5 ans qu'elles ont apparu dans le cas de Morrow. Par contre, dans le cas de M. Brocq, elles ont pris naissance après la ménopause vers l'âge de 50 ans. L'observation de MM. Léopold Lévi et Lenoble concernait même une femme de 70 ans. Il est vrai qu'en réalité les télangiectasies ont été remarquées par elle déjà 25 ans auparavant.

Le siège initial des télangiectasies est variable. Les premières régions atteintes furent la face postérieure des bras et la partie inférieure des seins (Léopold Lévi et Lenoble). Puis ce furent les membres supérieurs et les membres inférieurs. La première tache a apparu à la face antéro-interne de l'avant-bras, les suivantes se sont développées sur les cuisses (Léopold Lévi et Delherm).

Lorsque les télangiectasies sont généralisées, elles apparaissent sous des formes différentes : *Forme maculeuse ou maculo-papuleuse*. Les télangiectasies ne sont pas ou sont à peine saillantes, et la peau qui sépare les dilatations conserve ses caractères habituels.

Cette forme est discrète ou confluente.

Forme musculeuse et pseudo-érythémateuse. — Outre les taches, il existe des placards, ou bien les taches se développent sur une peau rouge vineux ou foncé.

Forme réticulaire. — On voit sous la peau des mailles d'un réseau polygonal (Tanturri), un réseau formant mailles de couleur rouge vineux, lie de vin, violet, ayant l'apparence des sugillations d'un cadavre (Gastou).

Ce qui légitime ces formes variées, bien qu'en ce qui concerne la forme réticulaire il s'agisse peut-être seulement de troubles vaso-moteurs généralisés et persistants, c'est la coïncideuce possible dans les différents cas d'apparences diverses. Mais c'est les télangiectasies à forme maculeuse qui seront surtout l'objet de la description.

On retrouve les télangiectasies sur toutes les parties du corps. Cependant la face était épargnée (Gastou, Brocq, Léopold Lévi et Delherm) ou elles étaient moins nombreuses à ce niveau (Léopold Lévi et Lenoble). Au contraire, elles étaient très marquées (Tanturri, Vidal). Au visage, les régions des pommettes, du nez, les oreilles, le front, sont le plus atteints. Rarement on en a constaté au menton (Morrow). La paume des mains et la plante des pieds sont indemnes.

Le nombre des télangiectasies est variable, mais elles sont toujours nombreuses (télangiectasies généralisées). Elles étaient confluentes (Vidal). M. Brocq en a compté 500 environ. La malade de MM. Léopold Lévi et Lenoble en était pour ainsi dire criblée. Le nombre des télangiectasies est plus discret dans le cas que nous relatons. Il faut toutefois ajouter que l'affection n'a débuté que depuis 3 ans, et que deux examens successifs, pratiqués à un court intervalle, ont montré la production en grand nombre de nouvelles télangiectasies.

Les dimensions sont également variables. Les plus petites ont la volume d'une tête d'épingle. En général, elles ont 2 ou 3 millimètres de diamètre. Certaines atteignent l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc.

La coloration est rouge, mais avec des teintes variables. Sur un même individu on peut rencontrer des taches rose vif, rouge cinabre, violettes. Elles viennent sous l'influence de causes particulières ; action de la chaleur et du froid, compression de la racine du membre, marche, fatigue, émotion), et de leur évolution.

Les lésions sont parfois disposées d'une façon symétrique (Léopold Lévi et Lenoble, Brocq). Peut-on faire intervenir la notion du métamérisme? Nous n'en avons trouvé l'application dans aucun cas.

La température locale au niveau des taches est diminuée de quelques dixièmes par rapport à la peau voisine (2 à 5 dixièmes, Léopold Lévi et Lenoble).

L'état de la sensibilité a été étudié par M. Brocq, qui a noté que la sensibilité à la douleur et au tact paraissait être diminuée.

Les contours des macules sont parfois limités en apparence; mais souvent, comme dans notre cas, on trouve les limites assez vagues. Les dilatations sont constituées, en effet, par de petits vaisseaux distincts à la périphérie de la plaque, mais qui viennent se confondre à la partie centrale. Ils apparaissent d'ailleurs sur un fond érythémateux qu'on peut faire disparaître parfois isolément par la simple pression de la peau.

Caractère essentiel : les télangiectasies s'effacent sous la pression du doigt.

Les télangiectasies sont parfois le siège de cicatrices (Brocq), de desquamation (Brocq), qui est purpuracée, lamelliforme.

A côté des macules, disséminées sur la peau saine d'une façon discrète ou confluente, on voit quelquefois les placards pouvant avoir jusqu'à 15 centimètres d'étendue (Lévi et Lenoble), qui s'effacent complètement sous la pression du doigt et offrent une différence de température avec la peau avoisinante, et de véritables réseaux.

La peau est soit normale, soit modifiée dans sa teinte, dans sa consistance, épaissie (Vidal) en desquamation (Brocq). Il existe du prurit sur toute son étendue.

On voit enfin souvent une coïncidence de télangiectasies et de bouquets variqueux.

Pathogénie. — Pour expliquer la formation des télangiectasies, trois théories peuvent être invoquées :

1° *Théorie névropathique :* il se produirait une dilatation paralytique des réseaux vasculaires du derme.

Cette théorie s'appuie sur la fréquence du terrain nerveux relevé chez les malades, sur l'existence d'une forme réticulaire que nous avons proposée;

2° *Théorie mécanique.* — C'est sous l'influence des troubles circulatoires que se produiraient mécaniquement les dilatations vasculaires. On sait, en effet, que l'asphyxie chronique s'accompagne de télangiectasies généralisées terminales. Les cardiopathies qui se retrouvent dans quelques observations ne pourraient-elles entraîner des conséquences analogues?

3° *Théorie toxique.* — L'un de nous a démontré l'existence de télangiectasies chez des hépatiques alcooliques, en état d'hépato-toxémie. La toxémie rénale peut, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, conduire aux dilatations des petits vaisseaux. La néphrite se retrouve dans l'observation de Tanturri, mais elle a peut-être été simplement terminale.

Après avoir proposé ces hypothèses, il faut noter que certains cas, tel que celui de MM. Lévi et Lenoble, ne trouvent leur explication dans aucune d'elles.

Dans quelle classe pathogénique pouvons-nous placer notre malade?

On retrouve chez elle de la névropathie, mais nous ne pensons pas que cet état ait joué un rôle important dans le développement de ses télangiectasies. Son état nerveux est ancien et ses télangiectasies sont de date récente.

Si nous nous rapportons à l'histoire de la malade, nous voyons que ses taches se sont montrées très peu de temps avant sa grippe. Nous savons d'autre part que cette grippe a été grave puisqu'elle a été accompagnée de myocardite. Quoique l'albumine n'ait pas été constatée dans les urines à cette époque, il est possible que la néphrite existait déjà à l'état latent. En tout cas depuis 1897 c'est cette néphrite qui a été la cause de ses nombreux séjours dans les services hospitaliers et qui l'a toujours inquiétée.

La lésion indéniable et persistante du rein qui montre à la fois l'insuffisance vasculaire et l'insuffisance rénale nous est prouvée ici par les phénomènes de petit brightisme qui existent depuis presque le début de l'affection cutanée, la présence de l'albumine dans les urines depuis deux années, le retard du début de l'élimination du bleu de méthylène, et enfin la cryoscopie.

Ces faits constituent, pour nous, un faisceau de preuves que nous croyons suffisant pour admettre que les télangiectasies de notre malade sont dues à la toxémie rénale.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1899-1900.

M. Cassuto (Emile). *Les abcès du foie d'origine typhique.* N° 626. (Jouve et Boyer.)

M. Garrigues (Jean-François-Albert). *Gangrène. Sclérodermie (Syncope et asphyxie locales).* N° 514. (Imp. de la Faculté de médecine.)

M. Desbonnets (Louis). *Contribution à l'étude de certains troubles cérébraux (troubles moteurs, sensitifs, visuels et aphasie) dans le diabète sucré.* N° 69. (Jouve et Boyer.)

M. Audy (Pierre). *Etude critique sur un signe précoce d'adénopathie bronchique (signe d'Eustace Smith).* N° 630. (Jouve et Boyer.)

Les abcès du foie surviennent très rarement au cours de la fièvre typhoïde, surtout en Europe, mais rarement dans les pays tropicaux ou intertropicaux; M. Cassuto, qui en fait une très complète étude, montre que les suppurations hépatiques d'origine typhique revêtent, au point de vue anatomo-pathologique, deux modalités principales. L'une est caractérisée par la petitesse et la multiplicité des foyers, foyers métastatiques multiples, secondaires à la suppuration d'une autre partie du corps, formes diffuses de la péri-angiocholite d'origine typhique par ulcération typhoïdique des voies biliaires, formes diffuses de la péripyléphlébite d'origine typhique consécutive à une suppuration juxta-intestinale ou à une lésion ulcéro-gangréneuse de l'intestin et en particulier de l'appendice. La seconde modalité absolument assimilable au point de vue anatomo-pathologique à l'hépatite circonscrite suppurée d'origine dysentérique correspond à des collections purulentes uniques. Dans ces cas, pas de lésions ulcéro-gangréneusess de l'intestin, pas de foyers purulents juxta-intestinaux, rien dans l'appendice : les ulcérations intestinales typhoïdiques sont dans ces cas en voie de cicatrisation et on ne constate pas à leur niveau de processus gangréneux.

Les germes infectieux, partis des ulcérations intestinales typhoïdiques, peuvent pénétrer par trois voies : voie biliaire; voie artérielle; voie portale.

Dans tous les cas d'abcès multiples par pyléphlébite ou par lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin, on a noté que le pus du foie présentait les caractères du pus gangréneux fétide.

Aussi, dans les cas d'abcès du foie multiples d'origine typhique et consécutifs à une pyléphlébite, à une suppuration juxta-intestinale ou à des lésions ulcéro-gangréneuses de l'intestin, il conviendrait dorénavant de rechercher toujours la présence dans le pus d'espèces microbiennes strictement anaérobies que l'on trouverait probablement associées au bacille typhique.

Dans les deux cas d'abcès unique où on a pratiqué des recherches bactériologiques, l'examen microscopique direct du pus, comme d'ailleurs les cultures en divers milieux n'ont révélé la présence que du bacille d'Eberth pur, dans un cas, et associé à de très rares colonies de staphylocoques dans l'autre cas. Le bacille d'Eberth, seul, est capable de faire du pus au sein du tissu hépatique, mais il est à noter que, dans le foie, ce bacille semble perdre beaucoup de sa virulence.

Les symptômes de l'hépatite suppurée d'origine typhique sont à peu de chose près les mêmes que ceux de l'hépatite suppurée en général.

La suppuration hépatique est, dans certains cas, passée inaperçue. Le diagnostic de cette complication de la dothiénentérie est très souvent impossible. Néanmoins, averti de son existence possible, le praticien doit s'imposer l'examen journalier du foie dans le cours de la dothiénentérie et il pourra probablement diagnostiquer l'hépatite suppurée.

D'après l'auteur, deux enseignements importants doivent être retenus :

1° De même qu'une pleurésie purulente droite chez un ancien dysentérique doit faire penser à l'existence possible d'un abcès du foie, de même un empyème à bacille d'Eberth doit faire porter l'attention sur le foie;

2° Il faut apprendre à dépister les appendicites para-typhoïdes, causes fréquentes d'hépatite suppurée diffuse.

Dans sa fort importante thèse, M. Garrigues établit une comparaison très documentée entre tous les points de la pathologie de la syncope locale, de la gangrène symétrique et de la sclérodermie. Il pense que gangrène de Raynaud et sclérodermie sont des modes de réaction nettement distincts vis-à-vis de la cause initiale qui produisit les troubles circulatoires du début. Il est cependant des cas intermédiaires au sujet desquels il est difficile de se faire une opinion. L'auteur, sans rien préjuger de la théorie pathogénique à adopter, considère qu'il n'est pas étonnant, alors que seulement sont en scène quelques troubles prodromiques, de voir l'orientation de l'affection ne pas se faire toujours franchement vers la gangrène ou la sclérodermie. De là, ces observations où il semble que l'affection ait un moment d'incertitude, où elle n'arrive pas à se décider, associant le processus gangréneux au processus sclérodermique. Dans les cas où ils sont associés, celle-ci précède toujours celle-là. C'est l'aggravation du processus qui a fait la sclérodermie qui amène la gangrène.

M. Desbonnets divise les troubles cérébraux dans le diabète sucré en permanents ou transitoires.

Dans les troubles permanents, l'hémiplégie s'observe presque constamment; seule ou accompagnée d'autres phénomènes; la mort est la règle dans un bref délai, en général.

Les troubles transitoires disparaissent très rapidement, sont très variés et sujets à de fréquentes récidives.

Ces accidents s'établissent souvent sans perte de connaissance.

Au point de vue anatomo-pathologique, les troubles permanents sont produits par une hémorrhagie ou un ramollissement du cerveau.

Quant aux accidents transitoires, on ne trouve aucune lésion.

M. Audy étudie le signe de Smith dans l'adénopathie bronchique. Ce signe, qui indique la compression veineuse, consiste en un murmure veineux, perçu à l'aide du stéthoscope placé sur la première pièce du sternum, lorsque la tête de l'enfant est renversée en arrière presqu'à l'horizontale. L'observation a montré à l'auteur la valeur de ce signe dont la présence, même isolée, est une forte présomption en faveur de l'adénopathie. Sa recherche ne devra jamais être négligée chez un enfant suspect. D'une façon générale, les indications thérapeutiques et hygiéniques relevant de son existence seront celles de l'adénopathie.

Année 1900-1901.

M. David. *Des corps étrangers des fosses nasales.* N° 3. (Steinheil.)

M. Jahan. *Des caries récidivantes.* N° 2. (Boyer.)

M. Delcamp. *Des difficultés du diagnostic de l'appendicite.* N° 13. (Boyer.)

M. Vallée. *Situation du cæcum et de l'appendice chez l'enfant.* N° 14. (Steinheil).

M. Mauger. *Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée.* N° 1. (Steinhel.)

M. Mézard. *De la cystite pseudo-membraneuse.* N° 15. (Rousset.)

M. Boricaud. *De la carpectomie dans l'arthrite fongueuse du poignet chez les jeunes sujets.* N° 4. Imprimerie des Sourds-Muets.)

Pour M. David, les corps des fosses nasales ne sont pas très fréquents; les symptômes auxquels ils donnent naissance peuvent égarer le praticien; mais avec l'étude attentive de ceux ci, et en admettant comme possible la présence de corps étrangers, — quitte à l'abandonner si l'on reconnaît son absence — on sera prévenu contre les erreurs nuisibles au médecin et parfois très préjudiciables au malade.

D'après M. Jahan, une carie peut continuer à évoluer sous une obturation bien faite. Elle peut même récidiver au bout de nombreuses années, parce qu'une certaine quantité de micro-organismes restent dans les canalisations de la dentine, malgré tous nos antiseptiques;

A fortiori, lorsque l'obturation est défectueuse, soit qu'on ait mal choisi la matière obturatrice, soit qu'on ait mal préparé la cavité. Dans ce cas, la nouvelle lésion commence sur les bords.

On ne saurait trop recommander de veiller à ce que ces derniers ne soient ni fragiles, ni crénelés, et de ne prendre parmi les matières obturatrices que celles qui ne sont pas susceptibles de se désagréger, ou de se rétracter : l'or et l'amalgame de cuivre, par exemple.

Si l'on ne peut employer pour l'obturation une substance qui soit antiseptique par elle-même, tels que les ciments à l'hydronaphtol, ou l'amalgame de cuivre, il est de première nécessité de laisser au fond de la cavité un antiseptique à demeure.

La cataphorèse, qui rend de si grands services lorsqu'on veut obtenir l'anesthésie de la dentine, nous paraît être encore le moyen le plus sûr d'assurer l'antisepsie de cette dernière avant l'obturation.

M. Delcamp pense qu'il est des cas où le diagnostic de l'appendicite offre des difficultés insurmontables.

Il faut, autant que possible, s'efforcer de faire un diagnostic approfondi, afin d'en déduire l'opportunité d'une intervention.

Avec l'état actuel de nos connaissances, il est encore possible, malheureusement, de mourir d'appendicite, comme le montrent les observations que cite l'auteur.

D'après M. Vallée, le cæcum occupe, chez l'enfant, une position élevée. Dans 72 p. 100 des cas, il est situé plus bas chez l'adulte et le vieillard. Il peut être tout entier à gauche de la ligne médiane, sans inversion des organes abdominaux (1 cas). La situation de l'appendice est commandée par la situation du cæcum, sur lequel il s'insère; il occupe donc une position élevée : 78 fois sur 100, il est en totalité au-dessus du plan passant par les épines iliaques antéro-supérieures.

Il s'abouche généralement à 7 millimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. Sa longueur moyenne est de 5 centimètres et sa direction la plus fréquente est verticale ascendante ou descendante.

Le côlon est maintenu par un méso qui se réfléchit sur la paroi abdominale postérieure, au niveau de la crête iliaque. Ce méso-côlon peut manquer, et la face postérieure du côlon ne pas avoir d'enveloppe séreuse.

Le méso-appendice vient du mésentère; il vient quelquefois, mais rarement, du péritoine côlique.

Dans la moitié des cas, un feuillet péritonéal part du mésentère, ou de la base de l'appendice, pour se rendre sur les vaisseaux iliaques.

D'autres replis péritonéaux, venant de l'appendice, vont à l'iléon pour former les fossettes iléo-cæcales,

M. Mauger pense qu'il y a lieu de faire un chapitre spécial pour l'ovarite suppurée en tant que maladie distincte ayant à elle sa symptomatologie, son étiologie, sa pathogénie spéciales.

L'ovarite suppurée existe souvent seule. La lésion est presque toujours unilatérale. Quand la trompe est prise, elle présente des lésions pariétales.

Le ligament large est épaissi, œdématié, infiltré. Il cravate en avant la tumeur ovarienne et présente quelquefois dans son intérieur de petits abcès lymphangitiques.

L'ovarite suppurée peut rester absolument latente pendant des années (forme latente) jusqu'au jour où par le palper et le toucher on découvre la *collection ovarienne*.

Elle procède souvent par crises subaiguës, s'échelonnant sur une très longue période, et dans l'intervalle des crises la santé est parfaite.

L'ovarite suppurée se révèle brusquement par une crise aiguë que rien ne faisait prévoir, éclatant en pleine santé.

La plupart du temps, il y a des antécédents de métrite ancienne dont la malade ne se souvient plus.

M. Mézard étudie la cystite pseudo-membraneuse caractérisée, par la production à la surface interne de la muqueuse vésicale d'un exsudat fibrineux englobant des leucocytes, des cellules épithéliales, des micro-organismes et des sels, sans jamais présenter la moindre trace d'organisation. Elle se distingue par ce caractère, de la cystite membraneuse ou exfoliante, qui, elle, est caractérisée par l'expulsion de lambeaux de muqueuse vésicale. Elle se distingue également de la cystite cantharidienne.

La cystite pseudo-membraneuse n'est jamais primitive, elle succède généralement à une cystite chronique.

Rare chez la femme et chez l'enfant, elle est au contraire commune chez les rétrécis et les prostatiques ayant dépassé l'âge mûr.

C'est l'hyperhémie produite par la rétention qui en explique la pathogénie. Sous son influence, le sang transsude hors des parois des vaisseaux de la vessie, et sous l'influence des toxines sécrétées par un microbe spécial, le sérum se transforme en fibrine et constitue les fausses membranes qui englobent les éléments les plus divers.

Le bacterium coli commune ne semble pas être plus qu'un autre la cause de cette transformation, car tous les micro-organismes contenus dans la vessie (et ils sont nombreux), se trouvant dans une cavité close et dans un milieu de culture excellent, ont atteint leur maximum de virulence.

La cystite pseudo-membraneuse débute en général par une rétention, quelquefois aussi par une hématurie due à cette rétention.

A la période d'état, outre les signes communs à toute cystite : douleur, fréquence de la miction et pyurie, ce qui domine, c'est l'arrêt du jet au milieu de la miction, le rejet de fausses membranes, et surtout l'obstruction rapide des sondes à demeure.

Les symptômes physiques particuliers de cette cystite sont : la purulence des urines, leur odeur de macération anatomique, leur action destructive sur les instruments et leur action irritante sur les tissus.

Elle peut se compliquer d'intoxication générale, de septicémie, de phlegmon de la région pré-vésicale, de rupture de la vessie et de péritonite. Il y a encore une complication éloignée, c'est la formation d'un calcul secondaire autour d'un débris de membrane.

Pour M. Boricaud, la tuberculose radio-carpienne du jeune âge, s'attaquant à des éléments en grande partie cartilagineux et partant rebelles à la prolifération bacillaire, demeure souvent bénigne et échappe à toute intervention sanglante.

Lorsqu'il survient une menace d'aggravation et que la lésion résiste à l'ignipuncture ou aux injections modificatrices, il y a

avantage à pratiquer hâtivement l'évidement du carpe, complet ou partiel, selon le degré de la désorganisation : méthode plus hardie que le simple curetage articulaire, moins mutilatrice que la résection totale, facilitant la cautérisation directe des foyers et leur drainage, qu'il s'agisse de foyers à diverticules métacarpiens, carpiens ou antibrachiaux.

Lorsque la propagation n'a pas dépassé le massif carpien ou métacarpien, siège initial fréquent de la lésion, l'intervention pratiquée à temps parvient souvent à préserver les épiphyses cartilagineuses de l'avant-bras, source d'accroissement du membre.

Cliniquement, l'opportunité de cette carpectomie et son étendue sont subordonnées soit à la tendance envahisante du processus fongueux, à la suppuration abondante ou précoce, révélatrice d'un travail actif de désorganisation, soit à la fistulisation du poignet qui accuse un besoin d'élimination ; soit aux phénomènes généraux quand ils traduisent l'infection microbienne associée au bacille tuberculeux.

Dans les cas graves, entrepris tardivement, l'évidement du carpe doit être toujours tenté avant la résection typique ou l'amputation qui restent les derniers recours.

L'intervention ainsi comprise, associée à une hygiène réparatrice, hâte la guérison.

Thèses de la Faculté de Lyon

Année 1899-1900.

M. Vallin (Henri). *De la gangrène sèche chez les diabétiques.* N° 56. (Imp. Rey.)

M. Schnæbelé (René). *Les affections de l'oreille chez les diabétiques.* N° 24. (Imp. Legendre.)

Pour M. Vallin, il y a lieu de distingner dans le cadre des gangrènes diabétiques, telles qu'elles sont classiquement décrites, les formes humides et les formes sèches, d'une inégale fréquence en clinique. Elles présentent des différences assez tranchées pour qu'il soit nécessaire d'individualiser chacune d'elles.

La gangrène sèche des diabétiques, qui est seule étudiée par M. Vallin, affecte au point de vue symptomatique les caractères de la gangrène sénile, par artérite oblitérante. Elle se confond presque en tous points avec cette dernière, les phénomènes locaux qui caractérisent chacune d'elles présentant des différences presque insensibles. La séparation entre ces deux affections si voisines ne peut être faite que par la présence du sucre dans les urines.

L'une et l'autre, suivant toutes probabilités, semblent relever d'une même pathogénie : l'oblitération vasculaire par artérite ou artério-sclérose. La mortification des tissus qui en est la conséquence, évoluant plus aisément sur l'organisme débilité des diabétiques, la gangrène sèche se complique plus facilement chez eux d'accidents infectieux, d'où plus grande gravité de pronostic.

L'indication thérapeutique paraît être surtout de maintenir aussi longtemps que possible l'asepsie, et de laisser l'élimination de tout ou partie du membre sphacélé se faire spontanément. Seuls, des accidents locaux menaçants amèneraient à une intervention chirurgicale active, qui ne sera, d'ailleurs, décidée qu'autant que l'état général du malade ne s'y opposera pas d'une façon formelle.

Les affections auriculaires sont relativement fréquentes chez les diabétiques.

D'après M. Schnæbelé les causes de cette fréquence sont :

a) L'arthritisme, terrain sur lequel se développe si souvent le diabète et facteur étiologique important des otites scléreuses ;

b) L'excès de sucre dans l'économie qui paraît favoriser le développement du staphylocoque, ce qui explique les otites purulentes ;

c) La fréquence, dans le diabète, des lésions cutanées, qui se localisent facilement à l'oreille externe.

Du côté de l'oreille externe on constate : du prurit, de la furonculose, de la desquamation furfuracée, de l'eczéma, qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic ;

Du côté de l'oreille moyenne : des otites catarrhales, des otites purulentes, des otites scléreuses.

On ne sait presque rien sur les affections labyrinthiques.

Le diabète imprime à ces affections certains caractères spéciaux : les lésions cutanées s'installent lentement, récidivent fréquemment, sont très tenaces.

Dans les otites on constate : un début brusque, une grande intensité des douleurs, un écoulement très abondant et souvent hémorrhagique.

Dans un certain nombre de cas la propagation au périoste et à l'os est très rapide, d'où complications possibles de nécrose et de mastoïdite.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Contribution à l'étude de la rougeole et de la scarlatine, par J. Elgart (*Archives bohêmes de médecine clinique*, t. II, f. 1, 1900, p. 23). — Pendant le temps où l'auteur était attaché au service d'ophthalmologie de l'hôpital Sainte-Anne de Brun (Moravie), on y transportait fréquemment des enfants atteints de rougeole ou de scarlatine dans un moment où l'exanthème spécifique ne s'était pas encore déclaré et où les malades ne souffraient que d'une conjonctivite intense. Il est arrivé souvent que des cas semblables furent la source d'une petite épidémie parmi les autres enfants dont ils ne pouvaient pas être séparés, l'hôpital étant très restreint. Pour soustraire les petits malades à l'infection morbilleuse ou scarlatineuse, l'auteur administrait deux fois par jour à tous les enfants du service des inhalations antiseptiques et légèrement astringentes, p. e. acide borique, chlorure de sodium, trichlorure d'iode). Pendant 10 mois on a traité de cette manière 314 enfants et l'épidémie ne se révéla plus. On doit recommander les inhalations antiseptiques régulières dans tous les cas où l'on veut éviter les petites épidémies rubéoliques ou scarlatineuses.

Albumosurie myélopathique (Myelopatic albumosuria), par T. R. Bradshaw (*British med. Journ.*, 3 nov. 1900, t. II, 1304). — On peut définir l'albumosurie myélopathique comme une affection caractérisée par l'invasion du tissu médullaire des os par une tumeur cellulaire avec disparition du tissu osseux et présence dans l'urine d'une quantité considérable d'une substance albuminoïde particulière appartenant à la classe des albumoses.

L'anatomie pathologique de la maladie consiste dans des altérations remarquables du tissu osseux, surtout des côtes, des os du tronc, du sternum et des corps vertébraux. La substance dure est réduite à une coque mince qui se brise dans la pression des doigts, aussi les fractures spontanées sont-elles fréquentes. L'intérieur de l'os est occupé par une masse gélatineuse rougeâtre, analogue à la pulpe splénique ; au microscope on y reconnaît une masse cellulaire, formée de cellules rondes ou cylindriques, quelquefois avec des îlots cartilagineux.

Rustisky a décrit en 1873, 4 cas de tumeurs multiples des os.

La maladie apparaît dans la seconde moitié de la vie ; elle est plus fréquente chez l'homme. Parfois les troubles urinaires marquent le début. En général ce sont les douleurs osseuses, en particulier un lumbago persistant. Le malade s'anémie et cette anémie résiste au traitement. Les douleurs augmentent progressivement d'intensité et les fractures spontanées se révèlent par les signes ordinaires.

Le fait caractéristique est la présence dans l'urine d'une substance protéique ressemblant à première vue à l'albumine, mais

pouvant cependant en être différenciée par un certain nombre de caractères :

1° La coagulation se fait à une température relativement basse, 60°C. ;

2° Le coagulum est dissous par l'ébullition;

3° Il est précipité par HCl et AzO^5 et le précipité se redissout par l'ébullition.

L'albumosurie myélopathique à une marche chronique progressive fatale. La mort survient généralement par pneumonie. Voici la liste des cas jusqu'ici publiés:

1847, Macintyre et Bence Jones; 1883, Küsine; 1889, Kahler (Prague); 1891, Stokvis (Amsterdam); 1875, Stinzing (Iéna); 1897, Senator (Berlin); 1897, Bozzolo (Turin); 1898, Naunyn (Strasbourg); 1898, Bradshaw (Liverpool); 1899, Ellinger (Königsberg); 1900, Fitz (Boston).

Les souffles cardiaques d'origine adhérentielle, par M. Duponchel (*Gazette des hôpitaux*, 13 septembre 1900). — Certains souffles cardiaques peuvent reconnaître pour cause des adhérences pleuro-péricardiques

L'auteur dans deux cas constata l'existence de ces adhérences sur deux malades. L'examen du cœur ne révéla aucune lésion organique, alors que l'auscultation pendant la vie avait fait reconnaître dans un cas un souffle rude de la pointe, sans propagation axillaire, de l'autre un souffle cardiaque systolique au niveau du 3e espace intercostal gauche.

M. Duponchel poursuivit ses recherches et constata que, sur 28 malades ayant eu une pleurésie gauche, 26 présentaient des souffles cardiaques; — sur 747 jeunes soldats pris à leur arrivée, 39 présentaient des souffles cardiaques dont 15 coïncidaient avec des pleurésies anciennes.

Ces souffles observés avaient le caractère des souffles anorganiques, en ce sens qu'ils étaient variables dans leur force, leur intensité, leur existence même, suivant la position du malade, assise, couchée et génu-pectorale. Le siège le plus fréquent, le plus constant de ces souffles était au niveau du 2e et 3e espace intercostal, dans la région pré-infundibulaire, c'est-à-dire à l'origine de l'artère pulmonaire; de plus ils étaient, en général, systoliques et de timbre très doux.

Ces soufles ne se différencient guère des soufles f cardio-pulmonaires que par une hypertrophie du cœur modérée, mais constante.

La reconnaissance de ces souffles cardiaques, d'origine adhérentielle, semble utile à deux points de vue :

1° Au point de vue médico-légal militaire, pour ne pas les confondre avec des souffles organiques;

2° Au point de vue clinique, afin de pratiquer au moins un traitement hygiénique.

Il y a lieu de recommander aux adhérentiels d'éviter le surmenage physique qui amènerait vite l'essoufflement, et de leur donner une hygiène appropriée.

Constatations anatomo-pathologiques les plus importantes au cours de l'anémie pernicieuse progressive avec remarque particulière sur les altérations du sympathique (I più importanti reperti anatomo patologici nella anemia perniciosa progressiva con una osservazione propria riguardante alterazioni del simpatico), par Vincenzo (*Gazz. degli ospitali et del clin*, 1900, n° 114). — L'auteur croit que dans l'étude de l'étiologie de l'anémie essentielle il faut accorder plus d'importance qu'on ne l'a fait jusqu'ici aux altérations du sympathique. Brigidi et Bandi, en 1871 et en 1878, ont constaté dans cette affection une infiltration parvicellulaire des ganglions du sympathique pouvant avoir une action sur les chylifères et sur la résorption. Le ganglion cœliaque a une action retardante sur l'activité cardiaque. Il en résulte un moindre apport d'oxygène, d'ou tendance à la dégénérescence graisseuse des viscères.

Examen bactériologique du sang chez les pneumoniques (Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Pneumoniers), par Prochaska (*Centralbl. f. Innere Medicin*, 17 novembre 1900). — Les avis sont assez partagés sur l'état du sang au cours de la pneumonie. Certains auteurs n'y ont jamais trouvé le pneumocoque, les autres l'y ont trouvé souvent. La différence de méthode suivie dans les différents cas en est cause. L'auteur dans 10 cas a recherché le pneumocoque dans le sang et l'a trouvé dans tous les cas.

CHIRURGIE

Carcinome primitif de l'urèthre (Ueber einem Fall von primären Urethralkarcinom), par Hottinger (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.-u. Sex. org.*, 1900, vol. XI, p. 449). — Il s'agit dans cette observation d'un homme de 58 ans qui s'est aperçu, 2 ans auparavant, d'un écoulement uréthral. Dans la suite le pénis augmenta de volume, se déforma, et il s'établit deux fistules par lesquelles il sortait de l'urine ainsi que du pus mélangé avec du sang. Lorsque l'auteur vit le malade, le diagnostic de cancer de l'urèthre était manifeste, Les ganglions inguinaux étaient infiltrés, ainsi que la paroi antérieure du scrotum.

L'auteur fit tout d'abord l'amputation du pénis et la résection du scrotum, en remettant à plus tard l'extirpation des ganglions inguinaux.

Les suites opératoires n'ont présenté rien de particulier, si ce n'est, que le malade étant couché et ses urines recueillies, on constata qu'il était diabétique et que ses urines, dont la quantité dépassait 10 litres dans les 24 heures, contenai 10 p. 100 de sucre et de l'acétone. Néanmoins, 3 semaines plus tard, quand la plaie fut cicatrisée, on procéda à l'extirpation des ganglions inguinaux. Mais cette fois la plaie devint gangréneuse, et la malade succomba dans le coma diabétique 8 jours après l'opération.

Carcinome de l'urèthre (Weitere Beiträge zum Carcinoma Urethræ), par Oberlander (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn-u. Sex. Organ.*, 1900, t. XI, p. 454). — Un homme de 68 ans subit la résection d'une portion de l'urèthre antérieur atteint de carcinome, et l'examen des parties réséquées confirme le diagnostic. Les ganglions inguinaux extirpés en même temps sont reconnus sains.

Quatre ans plus tard, le malade se présente de nouveau, et l'uréthroscopie permet de constater l'existence de papillomes sur l'urèthre postérieur. Rien du côté de la vessie, mais une indication dans la prostate.

On fend l'urèthre par la voie périnéale, et avec la cuiller tranchante on enlève les papillomes. En même temps on extirpe dans l'aine droite un ganglion gros comme une prune.

Le malade succombe au bout de 10 jours à une pneumonie. A l'autopsie, on trouve un volumineux noyau cancéreux dans la prostate et des noyaux métastatiques dans les poumons.

On trouvera également cette observation publiée par Rupprecht (*Centr. f. Chir.*, 1900, n° 31, p. 785.)

Rôle de l'antisepsie mécanique dans le traitement de la gonorrhée (Bemerkungen zur Rolle der mechanischen Antisepsis in der Behandlung der Gonorrhoe), par J. Kiss (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn-u. Sex. Org.*, 1900, t. XI, p. 342). — L'auteur attire l'attention sur l'importance du nettoyage mécanique (par un courant d'eau) de l'urèthre dans le traitement de la gonorrhée. Il cite plusieurs cas dans lesquels il a obtenu une amélioration en faisant passer dans l'urèthre un litre d'eau bouillie : les gonocoques diminuent, la sécrétion tarit. Mais si l'on interrompt les lavages, les phénomènes morbides ne tardent pas à reparaître.

Les solutions antiseptiques valent donc mieux que l'eau simple. Mais ce qui est certain, c'est qu'à côté de l'action antiseptique, ces liquides exercent un effet mécanique : celui de laver l'urèthre et de le débarrasser du pus qui baigne sa muqueuse.

La curabilité du cancer de l'urèthre diagnostiqué de bonne heure (Zur Heilbarkeit der fruhzeitig erkannten Harnrohrenkrebses beim Nanne), par Rupprecht (*Centralb. f. Chir.*, 1900, n° 31, p. 785). — Un homme de 68 ans subit en 1893 la résection de l'urèthre envahi dans une partie limitée par le cancer. Le diagnostic fait par l'uréthroscopie a été confirmé par l'examen histologique de la muqueuse réséquée-

Quatre ans plus tard le malade retourne à l'hôpital pour une infiltration cancéreuse des ganglions inguinaux. L'examen montre que du côté de l'urèthre il n'y a pas de récidive. On extirpe les ganglions, et le malade succombe 12 jours plus tard à une pneumonie intercurrente.

A l'autopsie, on trouve des noyaux métastatiques peu avancés dans la prostate, les ganglions rétro-péritonéaux et les poumons. Dans l'urèthre, on trouva, au voisinage de la cicatrice, quelques taches blanches formées par l'épithélium hyperplasié, quelques papillomes, mais pas de cancer.

Les glandes vaginales et les kystes du vagin (Zur Kentniss der Scheidendrüsen und der aus ihnen hervorgehenden Cysten), par Davidsohn (*Arch. f. Gynaekol.*, 1900, vol. LVI, p. 418). — Ce travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les glandes vaginales constituent une véritable malformation et correspondent à une hétéroplasie des glandes cervicales dans la portion vaginale des canaux de Muller. On peut encore se demander si les glandes de la partie inférieure du vagin ne sont pas formées par une hétéroplasie des glandes sébacées du vagin ou par une partie des glandes de Bartholin;

2° Toutes les particularités histologiques des glandes cervicales (aspect extérieur, épithélium, stroma) se retrouvent dans les glandes vaginales ;

3° La provenance des kystes du vagin de véritables glandes vaginales n'est pas contestable. Les kystes ainsi fournis correspondent aux œufs de Naboth. Les quelques modifications dans la structure et le contenu de ces derniers s'expliquent par une modification des conditions de leur lieu de développement;

4° Les caractères communs des kystes vaginaux d'origine glandulaire sont leur multiplicité, leur petit volume, leur revêtement par une seule couche d'épithélium.

Influence de la narcose chloroformique sur les contractions de l'utérus pendant l'accouchement physiologique (Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Chloroformharkose auf die Wehenthätigkeit der menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt), par Westermark (*Arch. f. Gynäkol.*, 1900, vol. XXXI, p. 134). — Les recherches expérimentales faites par l'auteur lui ont donné les résultats suivants :

La narcose chloroformique complète diminue la fréquence et la durée des douleurs et augmente la durée de la période de repos entre deux accès de douleurs, sans exercer aucune influence sur la pression intra-utérine pendant cette période de repos;

Pendant la narcose complète, la pression intra-utérine pendant les douleurs est diminuée, mais elle augmente quand on cesse la chloroformisation.

La chloroformisation obstétricale agit de la même façon. Elle est donc toujours préférable à la chloroformisation obstétricale.

NEUROPATHOLOGIE

Un nouveau cas de maladie de Erb (Un nuovo caso di malattia di Erb, myasthenia gravis pseudo-paralytica, paralisi bulbare senza reperto anatomico), par G. Guastoni et L. Lombi (*Il Policlinico*, t. VII-M, fasc. 9, p. 413, et fasc. 10, p. 468, 1er septembre et 1er octobre 1900. — Les auteurs reprennent l'étude de la maladie de Erb en s'appuyant sur l'ensemble des 50 cas, y compris le leur, publiés jusqu'ici. Il y a eu en tout 15 autopsies, dont 10 négatives. Malgré cette absence de lésions qui peut être dite habituelle, il faut bien reconnaître que ce n'est pas là une raison suffisante pour séparer définitivement la maladie de Erb de la poli-encéphalomyélite avec laquelle elle a tant de points de contact. Dans l'avenir, de nouvelles observations et des méthodes de recherche plus rigoureuses décideront si réellement il s'agit d'une variation de degré dans un processus unique, ou si au contraire l'on doit considérer la maladie de Erb comme une entité morbide autonome. Si dès maintenant nous pouvons fixer avec grande probabilité le siège de la maladie de Erb (noyaux moteurs bulbo-spinaux) et sa nature (toxique), nous ne connaissons pas encore la forme des lésions de l'affection, et par suite nous ne savons comment la classer dans la pathologie.

Etude sur l'ophthalmoplégie congénitale, par Cabannes et Barneff (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIII, n° 6, p. 615-630, nov.-déc. 1900). — A côté des formes isolées et partielles des paralysies congénitales des muscles des yeux, formes qui sont parfaitement connues, il en existe une, plus rare, et qui n'a pas été nettement séparée au point de vue nosographique. Les auteurs proposent de l'appeler ophthalmoplégie complexe, par opposition avec les premières, et de lui réserver une place à part dans la pathologie en raison de sa physionomie clinique bien spéciale. Cette forme, qui mérite le nom de paralysie complexe à cause du nombre considérable des muscles oculaires atteints et des physionomies cliniques dont le détail varie avec le degré plus ou moins marqué de l'intensité du trouble fonctionnel des divers muscles, est, à proprement parler, l'ophthalmoplégie congénitale. Il est à remarquer que cette ophthalmoplégie est externe; la musculature interne de l'œil reste toujours indemne. Il convient aussi d'ajouter que l'ophthalmoplégie congénitale peut être associée à d'autres troubles paralytiques congénitaux (paralysie faciale congénitale, anesthésie trigémellaire) ou à des déformations. C'est en prenant pour base 43 observations que les auteurs décrivent ce type complexe de l'ophthalmoplégie congénitale.

Le neuro-sérum. Sérum destructeur et sérum protecteur du système nerveux, par E. Centanni (*Riforma medica*, 7 novembre 1900, vol. IV, n° 32, p. 374). — Après des essais variés, l'auteur est arrivé à obtenir un sérum neurotoxique suffisamment actif d'une brebis qui reçoit depuis 7 mois de l'émulsion de cerveau de lapin dans le péritoine. Le sérum de cette brebis, à la dose d'un demi centimètre cube en injection intra-cérébrale, tue un lapin en 48 heures : à l'examen microscopique du cerveau de ce lapin on observe des lésions des cellules nerveuses.

D'autre part ce sérum de brebis (neurotoxine), en injection intra-veineuse, est complètement inoffensif. Et si un lapin a reçu à plusieurs reprises dans les veines du sérum neurotoxique, son propre sérum devient protecteur du système nerveux contre la neurotoxine; c'est-à-dire que la dose mortelle de neurotoxine ne tue pas le lapin si elle est poussée en injection intra-cérébrale, une fois additionnée d'une égale quantité de sérum protecteur.

Mort par une cause inaccoutumée dans un cas de démence paralytique, par H. J. Berkley (*American Journal of insanity*, 1900, n° 1). — Paralytique général de 43 ans, mort subitement au cours d'une pneumonie lobaire. A l'autopsie, en plus des lésions cérébrales caractéristiques, on vit que nombre de veines de l'encéphale étaient thrombosées ; les pièces étant durcies et coupées, on observa au microscope que les thrombus étaient pleins d'une quantité extraordinaire de bactéries. Cette thrombose multiple d'origine bactérienne avait été la cause de la mort subite.

Une observation de Trophœdème chronique héréditaire, par Lannois (de Lyon), *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, an XIII, n° 6, p. 631-638, novembre-décembre 1900. — H. Meige a bien mis en évidence, dans le groupe si confus des œdèmes d'origine névropathique, une forme spécifiée par son caractère héréditaire et familial et lui a donné le nom de dystrophie œdémateuse héréditaire ou trophœdème chronique héréditaire. C'est « une affection œdémateuse héréditaire et familiale, capable d'envahir progressivement de bas en haut les membres inférieurs, tantôt un seul, tantôt les deux à la fois, s'arrêtant soit au cou-de-pied, soit au genou, soit à la racine de la cuisse, affection indolore, apyrétique, chronique et permanente, qui n'entraîne aucun trouble de la santé générale et peut persister jusqu'à un âge avancé ».

Dans le cas de l'auteur, le caractère héréditaire est des plus nets puisqu'il porte sur trois générations qui se suivent. Il est à noter cependant qu'un des chaînons peut manquer comme c'est le cas pour la 4e malade dont le père est resté indemne.

Les 4 malades appartiennent au sexe féminin ainsi qu'il est habituel. Enfin il est bon de souligner, à côté de l'hérédité maternelle dans le cas de l'auteur, l'épilepsie du père qui n'est peut-être pas sans avoir joué un rôle dans le développement de l'œdème névropathique des descendants.

L'anatomie pathologique qui reste tout entière à déterminer pour les cas de ce genre ne manque pas d'intérêt, car s'il faut admettre avec H. Meige que le trophœdème n'est qu'une anomalie évolutive du système vasculo-conjonctif — une dystrophie conjonctive; — il faut aussi remonter plus haut pour en chercher la cause dans une disposition anormale, congénitale, véritablement tératologique, des centres nerveux trophiques.

Les réflexes chez les enfants affectés d'helminthiase, par CARLO BESTA,) *Gazzetta medica di Torino*, n°s 45, 46-47, 48; 8-15-22-29 novembre 1900). — La présence d'helminthes, dans le tube intestinal des enfants ne cause aucune modification des réflexes. Si l'on parcourt les 22 observations de l'auteur, on voit que les réflexes pupillaire, pharyngé, bicipital, cubital, radial, rotulien, crémastérien et plantaire sont toujours normaux, sauf dans quelques cas où il existe avec l'helminthiase une affection à laquelle se rapporte évidemment l'altération des réflexes.

Le réflexe abdominal est souvent exagéré chez les enfants; mais, après discussion, M. Besta écarte tout rapport entre cette exagération et la présence de vers dans le tube digestif.

La conclusion générale de ce travail, c'est que la façon de réagir du système nerveux des enfants n'est pas modifiée par la présence d'helminthes dans l'intestin. Si quelquefois l'influence de l'helminthiase ne peut être niée, c'est que le tube intestinal subit une irritation excessive par suite de la présence d'une quantité énorme de vers intestinaux, ou que, ce qui semble beaucoup plus probable, le système nerveux est déjà par lui-même altéré de telle sorte que ses réactions ne peuvent plus être normales.

MÉDECINE PRATIQUE

Effets physiologiques de l'alitement thérapeutique chez les aliénés,

D'après M. le Dr PAUL MEUNIER,

Ancien interne des asiles de la Seine.

Quelles sont les modifications physiologiques provoquées par l'alitement chez les aliénés? Tel est le problème dont M. le Dr P. Meunier a cherché la solution. Pour 19 arrivés il a employé une série de moyens dont son maître, M. le Dr Toulouse, avait donné la description dans une communication au Congrès international de psychiatrie de 1900 (1). Voici les conclusions auxquelles le très concencieux travail de M. Meunier (2) l'a conduit.

1° *Alitement et poids.* — Il y a lieu de considérer les effets de l'alitement court et ceux de l'alitement prolongé.

a). *Alitement court* (15 jours). — Il y a chez tous les malades un amaigrissement continu et progressif, jusqu'au 3e jour.

Cet amaigrissement se poursuit presque constamment jusqu'au 7e jour, où il atteint un chiffre variant entre 500 et 1 500 grammes.

Passé 7 jours, le poids tend à remonter dans la moitié des cas sans pourtant avoir atteint le chiffre initial au bout de 15 jours; dans l'autre moitié des cas, le poids continue à décroître progressivement jusqu'à 1 kilog. 200 en moyenne.

1. ED. TOULOUSE et MARCHAND. — Influence de l'alitement sur le poids du corps. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 4 mars et 8 juillet 1899.) — ED. TOULOUSE. — Méthode de mesures de modifications physiologiques durant l'alitement. (*Congrès international de Psychiatr.*, Paris, 1900.)

2. P. MEUNIER. Mesure de quelques modifications physiologiques provoquées chez les aliénés par l'alitement thérapeutique. (*Th.* de Paris, 1900, n° 39.)

b). *Alitement prolongé* (1 et 2 mois). — α). *Excitation maniaque.* — La comparaison de ce qui se passe chez les mêmes malades alternativement levées ou couchées, montre que 4 sur 9 malades maigrissent par le lit, au lieu que, sur les mêmes malades levées, le nombre de celles qui maigrissent n'est plus que de 2 sur 9. On peut dire que parmi les excitations maniaques, quelques-unes subissent réellement de par le lit une influence amaigrissante, les autres engraissent dans des proportions au moins aussi considérables que si elles étaient levées.

Pour celles qui maigrissent, l'amaigrissement continue pendant le second mois, mais dans des proportions moins considérables que pendant le premier.

β). *Etats mélancoliques.* — L'influence amaigrissante du lit est très nette. Sur 7 malades, 7 maigrissent; parmi elles, 2 seulement ont présenté, chacune à une période, une tendance au relèvement du poids, tendance qui se trouve au total plus que compensée par le déficit.

Cet amaigrissement des mélancoliques doit être considéré comme révélant une action propre du lit et non pas seulement un symptôme de l'affection, puisque sur les mêmes malades levées, on peut dire aux mêmes périodes, il n'y en a plus que 2 sur 7 qui maigrissent, et chacune dans une proportion moins considérable.

Du reste, l'influence amaigrissante du lit tend à s'effacer dès le 2e mois; après 2 mois, la diminution du poids est moindre qu'après 1 mois. Cet effet est plus net ici que chez les maniaques.

2° *Alitement et agitation.* — La première méthode que nous avons employée nous permet d'affirmer que, dans les périodes de 14 à 20 jours, le seul passage du lever au coucher aussi bien, du reste, que le passage du coucher au lever, détermine dans la plupart des cas une diminution totale, aux dépens presque constamment de l'agitation diurne. Mais, au lieu que ces heures, soustraites à l'agitation, se reportent sur le sommeil dans les périodes de lever, elles viennent grossir la moyenne des heures de calme pendant les périodes de coucher.

Ces conclusions, du reste, ne reposent pas sur des différences très considérables.

Passant à l'examen de l'effet dans son ensemble, périodes courtes et périodes longues comprises, on peut affirmer que dans les cas que nous avons envisagés, le lit détermine au total une augmentation de l'agitation, et surtout de l'agitation nocturne, un effet moins évident sur le calme et une diminution très certaine du sommeil. Quelques malades font exception à cette loi sans que l'on puisse déterminer si ces malades appartiennent à une catégorie nosologique spéciale. En tout cas les deux méthodes sont concordantes pour affirmer cet effet. Les différences ne portent que sur la valeur à lui attribuer. Il est entendu qu'il n'est parlé ici de l'agitation qu'au point de vue de sa *durée* et non de son intensité.

3° *Alitement et pouls.* — Il n'y aucune corrélation apparente entre la fréquence du pouls et la durée de l'agitation quotidienne d'un malade. Quant à l'effet de l'alitement, il semble qu'il consiste à augmenter le nombre des pulsations quand ce nombre est relativement faible — au-dessous de 83 — et à le diminuer d'autant plus qu'il s'éloigne davantage au-dessus de cette moyenne. En outre, cet effet est plus marqué le soir que le matin, ce qui tient à ce que dans le régime du lit on ne voit plus entre le soir et le matin les écarts que l'on constate chez les mêmes sujets levés.

4° *Alitement et température.* — Il n'y a aucune corrélation apparente entre l'élévation de la température et la durée de l'agitation quotidienne d'un malade. L'influence du lit sur la température se compte par dixièmes de degré. Le lit semble jouer le rôle de régulateur de la température, relevant celle-ci quand elle se trouve au-dessous de 36°,8—36°,9 et l'abaissant d'autant plus qu'elle s'éloigne davantage de cette moyenne. En outre, ici encore, l'effet est plus marqué le soir que le matin, à cause de l'égalité qui tend à s'établir entre la température du soir et celle du matin dans le régime de l'alitement.

5° *Alitement et pression sanguine.* — Il n'y a aucune corrélation étroite entre l'alitement et la pression du sang; mais on observe des variations de pression qui paraissent en rapport à la fois avec la maladie mentale (manie, mélancolie, etc.) et avec

l'état actuel d'agitation ou de dépression, lequel est lui-même plus ou moins déterminé par l'alitement.

Chez les maniaques, la pression sanguine est, au bout de 3 semaines environ, légèrement augmentée par rapport à l'état normal du sujet; et l'excitation spontanée paraît avoir moins d'action que l'excitation réflexe que l'on peut désigner par le terme d'irritation.

Dans la paralysie générale on ne remarque aucune différence sensible; le même fait négatif est observé, mais moins accusé dans l'idiotie, l'imbécillité et les mélancolies. Cependant dans certains cas de mélancolie où l'état mental est relativement irritable, on remarque une légère diminution de la pression sanguine. Dans les démences on ne peut tirer aucune conclusion précise. Le coefficient individuel joue un rôle considérable qui se manifeste chez tous les sujets atteints de la maladie mentale.

Effets thérapeutiques de l'aspirine,

D'après M. le Dr Abel Liron (1).

L'aspirine est une combinaison de l'acide acétique avec l'acide salicylique. Elle se présente sous la forme de cristaux blancs en fines aiguilles, fusibles à 135°, très peu solubles dans l'eau qui n'en dissout que 1 p. 100 à 37°, très soluble dans l'alcool. Ce composé, assez stable, ne se dissocie que très faiblement dans un milieu acide; il se décompose au contraire rapidement dans un milieu alcalin, en mettant en liberté de l'acide salicylique.

Dans l'organisme, l'aspirine se décompose très rapidement et 20 minutes environ après l'absorption de 1 gramme l'urine donne déjà avec le perchlorure de fer la réaction violette caractéristique de l'acide salicylique. Elle s'élimine plus lentement que le salicylate de soude, et la durée de son élimination est plus longue et plus intense par la synovie que par l'urine.

L'aspirine est donc un médicament de premier ordre. Dans le rhumatisme articulaire aigu franc, son action est rapide et pour ainsi dire infaillible; c'est un véritable spécifique. Il présente sur le salicylate de soude l'avantage d'être bien toléré.

Dans les affections rhumatismales chroniques, dans la goutte, son action est moins sûre, mais cependant très marquée encore. Il a donné de bons résultats dans certains cas de névralgies tenaces, névralgie sciatique, névralgie du trijumeau.

M. le Dr Liron, qui a étudié avec soin ce médicament dans sa thèse inaugurale, résume ainsi les principales références cliniques de l'aspirine.

Wohlgemuth a expérimenté l'aspirine dans 10 cas, dont deux surtout intéressants. Dans ces 2 cas il s'agissait de rhumatisme articulaire aigu chez des malades ayant été traités sans résultat par l'acide salicylique et l'antipyrine. Dans les 8 autres cas, le rhumatisme articulaire ou les douleurs rhumatismales étaient sous la dépendance d'autres affections (scarlatine, diphthérie, angine). A chacun de ces malades il ordonna l'aspirine à la dose de 1 gramme trois fois par jour; le succès fut complet et il n'observa jamais d'effet secondaire fâcheux. Il en conclut que l'aspirine dépasse en valeur le salicylate de soude, parce qu'à pouvoir thérapeutique égal, elle ne provoque pas d'effets secondaires désagréables, malaises gastriques, perte d'appétit, etc.

Le Dr Witthauer, médecin de l'Institut des diaconesses à Halle, a prescrit dans le courant de l'année 1899 à peu près 1 kilogramme 1/2 d'aspirine à plus de 50 malades, et il fait remarquer que pas un seul d'entre eux ne s'en est plaint d'une façon quelconque. Les malades prennent en général le remède avec facilité et sans dégoût.

Witthauer expérimenta l'aspirine dans toutes les affections qui sont habituellement traitées par le salicylate de soude, particulièrement dans le rhumatisme articulaire et musculaire, dans la pleurésie sèche et exsudative. « L'effet, dit-il, fut au moins équivalent à celui du salicylate de soude, quelquefois même j'obtins un bon résultat là où le salicylate n'avait rien donné. Il m'a semblé que dans la goutte l'effet de l'aspirine était incontestablement supérieur à celui du salicylate. J'ai toujours observé après l'administration de l'aspirine une chute rapide de la température, la cessation des douleurs et du gonflement articulaire. Un seul malade, très anémique, se plaignit durant un jour d'un léger bourdonnement d'oreilles. Chez aucun autre on n'observa ce symptôme désagréable. »

Il résulte des observations cliniques recueillies par Witthauer que l'aspirine n'exerça jamais aucune influence fâcheuse ni sur le cœur ni sur l'estomac, même dans les cas les plus graves. Un phénomène étonnant est la conservation parfaite de l'appétit même chez les malades qui se voyaient forcés de continuer très longtemps l'usage de l'aspirine.

Le Dr Lengyel, de Budapest, cite 2 cas en détail où il eut l'occasion d'apprécier la valeur de l'aspirine. Il insiste surtout sur ce fait que les fonctions du cœur sont régularisées, alors que l'acide salicylique donné à hautes doses pendant longtemps n'est pas précisément favorable au cœur, surtout dans l'endocardite et la myocardite où l'activité cardiaque est quelquefois au-dessous de la normale. Dans les 2 cas cités par Lengyel, le cœur était devenu si faible à la suite de l'administration du salicylate de soude qu'on se demandait pendant quelque temps s'il y avait chance d'amélioration. Après l'administration de l'aspirine, le travail cardiaque devint bon et s'affermit. De plus, l'appétit qui était diminué pendant la cure par le salicylate de soude s'améliora rapidement après qu'on lui eut substitué l'aspirine. On ne constata jamais ni bourdonnements d'oreilles ni pesanteur d'estomac.

Le Dr Manasse employa avec avantage l'aspirine dans 12 cas de rhumatisme articulaire aigu et de rhumatisme chronique. Les douleurs, le gonflement et la fièvre rétrocédèrent rapidement dans les cas de rhumatisme aigu sous l'influence du médicament. Dans les cas chroniques et récidivants, on put constater une rapide amélioration et bientôt la cessation complète des douleurs.

Les observations rapportées par le Dr Habermann, de Wismar, ne sont pas moins concluantes. Ayant traité plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu par l'aspirine, il vit les douleurs s'atténuer rapidement ou même cesser, la fièvre tomber, l'enflure et les taches purpurines disparaître après l'administration de 1 ou 2 grammes d'aspirine; dans un cas l'aspirine réussit alors que l'acide salicylique, donné pendant 5 jours consécutifs, avait échoué. Dans des cas chroniques, il donna pendant longtemps l'aspirine à la dose de 1 gramme seulement soir et matin; dès le premier jour les douleurs furent adoucies ou disparurent; la soirée et la nuit se passèrent tranquillement et le sommeil ne fut pas troublé. Même chez les vieux goutteux, cette influence fut encore très remarquable. Il n'observa jamais ni troubles digestifs, ni malaises d'aucune sorte.

Le professeur Grawitz rapporte plusieurs observations très intéressantes. Chez 3 malades qui, à la suite de fortes doses de salicylate, avaient eu de l'albumine et dont l'urine contenait des cylindres et des cellules épithéliales du rein, on observe après 2 jours de traitement par l'aspirine une disparition complète de l'albumine.

Chez 6 malades atteints de rhumatisme articulaire chronique et chez un autre atteint d'arthrite gonococcique, les douleurs et l'enflure des articulations furent très rapidement et très favorablement influencées par l'aspirine (3 grammes *pro die*).

L'aspirine trouve une autre indication dans les symptômes nerveux de l'influenza. Les douleurs de tête et les différents malaises sont calmés avec 1 ou 2 grammes d'aspirine sans le moindre effet secondaire fâcheux. Et le professeur Grawitz ajoute que l'aspirine lui rendit les plus grands services durant la grave épidémie d'influenza qui sévit à Charlottenbourg.

Le Dr Ketly, de Budapest, traita par l'aspirine 12 cas de polyarthrite aiguë et 6 cas de douleurs rhumatismales. Le résultat fut remarquable dans tous les cas. L'endocardite ne compliqua jamais la maladie et, dans aucun cas, il n'y eut d'effet secondaire désagréable. L'action de l'aspirine se faisait sentir une demi-heure au plus après son administration, sous forme d'une abondante transpiration, toujours plus forte que celle provoquée par le salicylate de soude. Le Dr Ketly cite le cas d'un de ses malades atteint de polyarthrite qui a absorbé 3 grammes par jour d'aspirine pendant 4 mois sans que son estomac s'en ressentît le moins du monde. Dans ces cas de polyarthrite, l'aspirine, comme le salicylate de soude, agit

1. Abel Liron. Étude chimique, physiologique et clinique sur l'aspirine (acide acétylsalicylique). — *Thèse* de Paris 1900, n° 27.

d'autant plus énergiquement et plus vite qu'elle est donnée non pas à de longs intervalles, mais au contraire à doses concentrées et le soir d'heure en heure. Employée de la même façon dans 8 cas de douleurs rhumatismales, l'aspirine donna les mêmes résultats.

Le Dr Schellschmidt, de Louisville, fit prendre l'aspirine à un grand nombre de rhumatisants. Il vante la rapidité de son action et son innocuité à l'égard des voies digestives.

Dans un cas rapporté par le Dr Friedeberg, de Magdebourg, l'aspirine réussit, alors que l'acide salicylique, la salipyrine et le salol avaient successivement échoué. Friedeberg confirme les bons effets de l'aspirine dans certaines névralgies (sciatique surtout) et dans le traitement de la pleurésie exsudative.

Le Dr Flœckinger, de La Grange (Texas), administra l'aspirine à 17 rhumatisants. Une seule fois il observa des bourdonnements d'oreilles chez une jeune fille de 16 ans souffrant d'une pleurésie sèche. Dans un cas de cancer avancé de l'estomac, il prescrivit l'aspirine 3 fois par jour à la dose de 1 gramme chaque fois. Dans le suc gastrique retiré une heure après l'administration du médicament, une réaction fut obtenue par le chlorure de fer en solution, montrant ainsi que l'acide salicylique avait été libéré dans l'estomac. Le second jour, après l'absorption totale de 7 grammes, des troubles gastriques, douleur à l'épigastre, nausées, etc., se développèrent, troubles qui disparurent après un lavage de l'estomac. Flœckinger recommande de ne pas administrer l'aspirine dans des cas semblables; car par suite de l'acidité ou superacidité qui règne alors dans l'estomac, l'aspirine subit une décomposition partielle.

Le Dr Roelig, de Nuremberg, a traité par l'aspirine 31 cas d'affections nerveuses et rhumatismales différentes. « Nous possédons, dit-il, dans l'aspirine, une médication qui agit promptement et sûrement dans toutes les affections rhumatismales, elle adoucit les douleurs, fait disparaître l'enflure et la fièvre, et possède, en un mot, toutes les remarquables propriétés des salicylates sans en avoir aucun des effets secondaires désagréables. »

Le Dr Otto Lehmann, de Charlottenbourg, a trouvé dans l'aspirine un bon analgésique : « Bien des fois, dit-il, les malades qui s'étaient plaints de leurs douleurs et n'avaient pu trouver aucun repos pendant la nuit, me témoignèrent leur satisfaction et me déclarèrent qu'une heure après la première dose d'un gramme d'aspirine, les douleurs avaient cessé et le sommeil était venu rapidement. Dans différents cas de sciatique et de névralgie occipitale, cette action de l'aspirine s'est fait sentir grandement, mais le cas le plus brillant est celui d'une névralgie typique intra-orbitale qui chaque jour se déclarait à 11 heures du matin et durait environ 1 h. 1/2. »

Le Dr Luis Serrate signale les bons effets de l'aspirine dans les cas de douleurs rhumatismales générales avec état typhique. Dans ces cas, 10 grammes d'aspirine suffirent pour provoquer un abaissement sensible de la température et une diminution des douleurs. Le médicament se montra étonnamment efficace dans la fièvre gastrique et le typhus bénin. Avec une simple dose de 1 gramme toutes les 6 heures, la sensation de brûlure de l'estomac disparaissait, ainsi que tous les malaises subséquents et les douleurs de tête. La digestion s'améliorait, la diarrhée s'amendait, la fièvre décroissait, l'appétit augmentait, et en gédéral après 8 jours les malades pouvaient quitter le lit. L'auteur remarqua tout particulièrement que l'aspirine, à l'encontre des préparations salicylées, n'amoindrissait pas la pression sanguine et n'attaquait pas les centres nerveux. Dans les cas de typhus grave, l'aspirine réussit à abaisser rapidement la température sans qu'il y ait eu à craindre les dangers que provoque l'emploi de la quinine. Dans les cas les plus graves, l'aspirine fut administrée en lavements selon la formule suivante :

Aspirine.	10 grammes.
Alcool	q. s. p. dissoudre.
Eau froide	125 grammes.
Glycérine stérilisée.	10 grammes.

On a traité également en Espagne, avec succès, un grand nombre de fièvres gastro-intestinales avec complications très douloureuses, et l'auteur croit posséder dans l'aspirine un médicament des plus sûrs contre toutes les maladies intestinales infectieuses.

Le Dr Goldberg et le Dr Weil relatent une intéressante et nouvelle indication de l'aspirine. Cette nouvelle indication concerne le carcinome utérin, le cancer du rectum, le tabes et la névralgie de la 5e paire. Dans les premiers cas, on employait la morphine et autres agents calmants en piqûres. L'aspirine, employée comme dernière planche de salut, donna dès les premières doses de surprenants résultats. Deux prises de 1 gramme en 24 heuresr éussirent à rendre supportables les douleurs d'une malade qui souffrait depuis 3 mois d'une façon intolérable d'un cancer utérin. L'aspirine eut aussi une action calmante sensible bien que moins éclatante, dans un cas de cancer du rectum, car, là, son effet dut être renforcé par la morphine. Par contre, on obtint des résultats absolument remarquables dans un cas de tabes dorsalis à la suite de douleurs terribles à fleur de peau; le malade passait des nuits entières sans sommeil, et tous les remèdes n'avaient pu réussir à diminuer l'intensité des douleurs. Après une dose de 1 gramme d'aspirine, les douleurs disparurent complètement en 10 à 15 minutes.

Le dernier cas mentionné par Weil n'est autre qu'une névralgie du trijumeau dont la cause n'était pas exactement connue, et qui avait vraisemblablement une origine rhumatismale. Les douleurs furent apaisées par une simple dose de 1 gramme d'aspirine, et l'emploi de ce remède par la suite rendit leur réapparition de plus en plus rare.

Enfin M. le Dr L. Rénon vient de signaler, à la *Société médicale des hôpitaux*, dans sa séance du 22 juin, une nouvelle indication de l'aspirine, M. Rénon a mis à profit les propriétés antipyrétiques de l'aspirine contre la fièvre habituellement si tenace des tuberculeux. Il administra le médicament à doses variant entre 1 et 3 grammes. Dans les 3/4 des cas, l'effet antipyrétique a été immédiat, avec une baisse de un, deux et même trois degrés de température dans l'après-midi; très rarement, l'abaissement thermique ne s'est produit que le lendemain. Quand on supprimait l'aspirine, la température remontait presque toujours aux degrés élevés qu'elle marquait avant l'emploi de ce produit.

M. Rénon se demande si cette action antipyrétique de l'aspirine peut être utilisée en thérapeutique. Le grand inconvénient, en effet, de l'aspirine réside dans les transpirations abondantes qu'elle provoque : il en résulte un affaiblissement temporaire qui doit être pris en considération. Par contre, certains malades ont éprouvé un réel bien-être du fait de la cessation de la fièvre, une fois la période de transpiration passée. Chez tous, l'appétit s'est maintenu, et il est même devenu meilleur chez quelques-uns; la tolérance gastrique a été absolue. En un mot, et c'est la conclusion de M. Rénon, l'état des malades, après cette médication, s'est montré peut-être un peu moins précaire qu'auparavant.

M. A. Liron a expérimenté l'aspirine surtout chez les rhumatisants aigus ou affectés de poussées aiguës de rhumatisme chronique, et n'a eu à enregistrer que des succès. Il prescrit le médicament à la dose de 1 gramme 4 à 5 fois par jour, soit en cachets, soit mélangé à 3 ou 4 fois son poids de sucre, dans un peu d'eau, sous forme de limonade. L'aspirine n'est soluble dans l'eau que par l'addition d'un peu d'alcool : aussi est-il préférable de ne pas le donner sous cette forme. Presque toujours elle fut prise par les malades sans répugnance, grâce à la saveur agréable et légèrement acide dont elle est douée.

Avec l'unanimité des auteurs précédents, M. Liron croit pouvoir dire que l'action de l'aspirine fut en général rapide et très marquée. Elle porta principalement sur les douleurs, sur le gonflement des articulations et la température.

Dès le premier jour, les douleurs sont considérablement atténuées et la fièvre est abaissée; en même temps, les fluxions articulaires diminuent.

M. Liron n'a jamais observé ni troubles gastriques, ni bourdonnements d'oreille, ni, en général, aucun des effets secondaires, qui, trop souvent, suivent l'administration du salicylate de soude. Il signale cependant un léger inconvénient relatif à l'emploi de l'aspirine : l'ingestion du médicament est suivie de sueurs profuses qui laissent assez souvent après elles de la fatigue et de l'épuisement.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur un cas d'ictère grave chez l'enfant,

Par Mlle Nourrit,
Interne des hôpitaux.

Le tableau de l'ictère grave chez l'enfant ne diffère pas sensiblement de ce qu'il est chez l'adulte; cette affection est cependant beaucoup plus rare à cet âge. En effet, Rénon, dans son article « Ictères » du *Traité des Maladies de l'enfance,* rappelle que la littérature médicale est très pauvre en documents à ce sujet; au mois de janvier 1897, le nombre total d'observations connues était d'environ une vingtaine.

C'est cette rareté même qui nous a engagée à publier cette observation, bien qu'elle remontât à 3 ans.

Le 6 décembre 1897, se présente à la consultation de M. le Dr Monod, à l'hôpital des Enfants, une fillette de 2 ans, Jeanne L..., envoyée des Captieux pour être opérée de cicatrices vicieuses de la face dorsale des deux mains.

L'enfant est placée salle 7, lit n° 2; c'est une fraîche petite blonde, aux joues pleines et roses, et qui a toutes les apparences d'une santé parfaite. Au dire des parents, elle est absolument bien portante, et n'a jamais été malade; dix mois auparavant, en jouant près du feu, elle avait enflammé ses vêtements et s'était brûlée aux deux mains; il en était résulté la formation d'une cicatrice dorsale, surtout à gauche, cicatrice rétractile qui avait attiré le petit doigt et le pouce, de manière à empêcher complètement les mouvements d'opposition de se produire. L'opération est fixée au surlendemain mercredi 8 décembre.

Dans la journée du mardi, Jeanne présente quelques vomissements alimentaires; elle accuse une soif intense; mais, comme l'état général est bon, qu'il n'y a pas de fièvre, ces accidents sont mis sur le compte de la fatigue du voyage, du changement de nourriture, et l'opération n'est pas différée. Le 8 décembre, M. Monod libère le petit doigt et le pouce des brides qui les retiennent en extension forcée; l'opération est très délicate, elle dure plus de deux heures, et si l'enfant perd très peu de sang, elle absorbe en revanche pas mal de chloroforme, sans toutefois présenter le moindre accident pendant l'anesthésie.

Après autoplastie et sutures, la plaie est pansée et Jeanne est rapportée dans son lit, réveillée. Le soir même, la température est de 36°,8; l'enfant a eu d'abondants vomissements chloroformiques. Le jeudi 9 décembre, elle continue à vomir; elle paraît un peu abattue; température 36°,4 le matin, 36°,5 le soir.

Le vendredi matin 10 décembre, M. Monod est frappé par son état de stupeur et par ses vomissements persistants; la langue est sale, la constipation opiniâtre; on examine la plaie qui est en parfait état, et l'on pratique une piqûre de 10 centigrammes de caféine. Température 36°,4.

Le soir, au moment de la contre-visite, Jeanne, qui repose dans le décubitus dorsal, est dans un état d'abattement voisin du coma; elle pousse des cris analogues aux cris hydrencéphaliques; les yeux sont demi ouverts et sans regard, les pupilles paresseuses et dilatées; légère photophobie; on retrouve un peu de raideur de la nuque. Quant aux vomissements, ils ont cessé depuis 3 heures de l'après-midi. La respiration est inégale, entrecoupée, le pouls petit, à 80; la température de 36°.

On fait une injection de 150 grammes de sérum et une piqûre de caféine. A 10 heures du soir, piqûre d'éther; l'enfant paraît se réchauffer un peu, sa température atteint 36°,8.

Le samedi 11 décembre, l'enfant est toujours très abattue, cependant elle ne crie plus; elle a présenté dans la nuit de légères convulsions du visage et des mains; elle a maintenant du trismus, de la raideur de la nuque et de la colonne vertébrale. Les pupilles sont dans le même état, la percussion du crâne semble douloureuse. Le ventre est souple; l'enfant se mouille bien et a eu une selle spontanée et normale. La température est à 38°, la respiration et le pouls sont comme la veille.

Le diagnostic de ces accidents inquiétants est fort embarrassant; sans doute les phénomènes nerveux dominent la scène, mais par quoi sont-ils causés? La dentition est normale, les selles ne renferment pas de lombries, et il n'existe rien de gastro-intestinal en apparence; aurait-on affaire à de l'urémie?

Quoi qu'il en soit, on applique de la glace sur la tête, on met à l'enfant des bottes ouatées, saupoudrées de farine de moutarde. Pour diminuer l'intensité des convulsions, on ordonne deux lavements de chloral; enfin, on pratique une injection de 150 grammes de sérum artificiel. Un tampon d'ouate est disposé au niveau de la vulve, afin de recueillir l'urine.

Le soir, à 4 heures, l'aspect est le même; les contractures ont presque disparu, la températaure s'est abaissée de 2 degrés, et l'enfant n'a pas uriné depuis le matin. Le cathétérisme ramène un verre à bordeaux d'urine un peu colorée, présentant un louche lorsqu'on la traite par la chaleur et l'acide acétique.

On pose quatre ventouses scarifiées dans la région lombaire, la petite malade est dans une telle torpeur qu'elle ne réagit pas au bistouri. Injection de 150 grammes de sérum, piqûre d'éther.

Pour la première fois, la peau paraît légèrement safranée, les conjonctives sont à peine teintées. A 5 heures du matin, le 12 décembre, l'enfant s'agite un peu et meurt brusquement.

Pour des raisons diverses, l'autopsie n'a pu être faite que 50 heures après la mort.

Le cadavre n'est nullement amaigri; on constate qu'il a con-

servé la teinte subictérique observée quelques heures avant la mort; aux différents points où l'on a pratiqué des injections sous-cutanées, on observe une petite ecchymose.

Les soupçons s'étant portés sur les méninges, on ouvre le crâne; la dure-mère est fortement adhérente; il existe un peu d'œdème cérébral. Le cerveau est extraordinairement volumineux pour une enfant de cet âge, il pèse 1350 grammes; à la coupe, il ne présente rien de particulier; les méninges et la moelle sont saines. Rien au cœur, rien aux poumons, pas même un léger degré de congestion à la base.

Du côté du tube digestif, on note les particularités suivantes :

L'estomac est distendu par une bouillie très liquide formée par du sang couleur lie de vin, non altéré par le suc gastrique; la muqueuse est ecchymotique par places, mais on ne retrouve en aucun point d'ulcération pouvant expliquer pareille hémorrhagie.

L'intestin est détaché de son mésentère, et ouvert; le duodénum et la première partie du jéjunum renferment du sang présentant les caractères signalés plus haut; la paroi montre des suffusions sanguines sous forme de piqueté noirâtre; au voisinage du gros intestin, quelques rares matières teintées en noir. Le gros intestin lui-même est normal, renfermant des matières d'abord décolorées, puis parfaitement normales et moulées. Pas de vers intestinaux.

Le foie est volumineux, débordant les fausses côtes d'un travers de doigt; il est blanc jaunâtre et présente à la coupe l'aspect d'un foie ayant subi la dégénérescence graisseuse, avec, çà et là, de petites hémorrhagies presque punctiformes. La vésicule biliaire est augmentée de volume, mais elle renferme peu de bile et ne contient pas de calculs.

La rate est molle, couleur lie de vin.

Les reins sont normaux quant au rapport des deux substances, corticale et médullaire, mais ils sont décolorés et ont l'aspect de reins gras.

Quant à la plaie opératoire, elle est en parfait état.

Les résultats de l'autopsie venaient jeter un jour tout nouveau sur la nature de l'affection qui avait emporté notre petite malade; nous n'avions plus de doute : phénomènes nerveux, ictère, état du foie, hémorrhagie, tout était en faveur de l'ictère grave. Si le diagnostic n'avait pas été porté plus tôt, c'est que deux phénomènes manquaient à la triade : l'ictère, qui ne s'est manifesté que quelques heures avant la mort, et l'hémorrhagie qui se serait certainement produite si l'enfant avait vécu davantage. Seuls, les symptômes nerveux avaient existé et pouvaient faire songer à de la méningite, de l'urémie, du méningisme même. L'erreur de diagnostic ou plutôt son absence était parfaitement excusable.

Mais il ne suffisait pas de savoir que nous avions méconnu un cas d'ictère grave; nous devions encore nous demander quelle en était la cause.

Le début de l'affection au milieu d'une bonne santé parfaite (les parents étaient très affirmatifs sur ce point), l'évolution rapide, en 4 ou 5 jours, d'une maladie mortelle, l'état du foie, la marche de la température, qui s'est maintenue au-dessous de 37°, tout cela nous faisait songer à un ictère grave primitif. La ressemblance des phénomènes et des lésions observées avec ce que nous savions déjà de l'empoisonnement phosphoré nous fit émettre l'hypothèse que l'enfant avait pu s'intoxiquer, soit avant son départ de chez elle, soit dans le trajet en chemin de fer, en suçant des bout d'allumettes.

Nous confiâmes à M. Garraud, alors pharmacien de l'hôpital des Enfants, une partie des viscères en le priant de vouloir bien rechercher le phosphore. Il est vrai de dire que nous n'avions jamais retrouvé cette odeur alliacée des vomissements et des déjections que l'on considère comme pathognomonique de l'intoxication phosphorée. La recherche du poison faite par le procédé de Mitscherlich demeura absolument négative. Et cependant c'était bien à de l'ictère grave que nous avions eu affaire, ainsi que le montraient les énormes lésions du foie; au microscope, on ne retrouvait plus la disposition ordinaire des travées hépatiques; par places, les cellules étaient complètement détruites, transformées en gouttelettes graisseuses agglomérées; ailleurs, si le contour cellulaire était conservé, le protoplasma était criblé de fines granulations se colorant en noir par l'acide osmique. Il ne nous a pas été possible de retrouver une seule cellule hépatique normale.

Puisque cet ictère grave ne pouvait pas être primitif, il fallait bien admettre que le foie de cette enfant était atteint antérieurement à l'affection dont elle était morte.

Jamais elle n'avait été malade, au dire des parents; cela est fort possible, mais on sait combien sont fréquents et inaperçus les troubles gastro-intestinaux de la première enfance. Cette fillette avait été nourrie au sein, mais dans quelles conditions? Elle avait pu présenter de la surcharge gastrique se traduisant par de la diarrhée verte, quelques vomissements, un peu d'état fébrile sans que le père et la mère s'en soient fort inquiétés.

Cet état gastro-intestinal chronique avait dû, à la longue, retentir sur le foie d'une façon fâcheuse et le mettre en état de moindre résistance, de sorte qu'à la première infection, à la première intoxication, le syndrome ictère grave pouvait être constitué.

Nous ne devons pas oublier aussi que cet enfant avait présenté des brûlures quelques mois auparavant, et que là se trouvait peut-être la porte d'entrée d'une infection, la cause d'une intoxication.

Mais nous est-il permis de faire le départ entre ces deux causes occasionnelles? Y a-t-il eu infection, y a-t-il eu intoxication? tel est le point qui nous reste à discuter.

Nous savons que, à l'exemple de Hanot, l'allure générale d'un ictère grave peut être distinguée par l'une des deux qualifications suivantes: ictère grave hypothermique, ictère grave hyperthermique.

Dans le cas qui nous occupe, la température était demeurée très basse, et c'est justement une des meilleures raisons que nous ayons eues pour émettre l'hypothèse d'une intoxication phosphorée. Cependant, il ne faut pas oublier que Hanot et Boix chez l'adulte, Coyne et Auché chez l'enfant, ont décrit des ictères graves ayant évolué en hypothermie; dans ces cas, l'infection était due au coli-bacille, et ce que nous savons des infections coli-bacillaires en général nous permet de supposer que la toxine de ce microbe est hypothermisante; dans l'ictère grave en particulier, où il existe d'autres causes d'abaissement de la température : urémie, biliémie, cholestérémie, cette influence hypothermisante se fait d'autant plus sentir.

Dans tous les autres cas, alors qu'il y avait hyperthermie, la recherche bactériologique a montré que l'agent infectieux était autre : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, etc.

Par conséquent, en l'absence d'un examen microbien du sang ou des voies biliaires, nous sommes en droit de supposer que notre petite malade a succombé à de l'ictère grave causé par une infection coli-bacillaire.

Mais nous avions été frappée par la marche foudroyante prise par les accidents à la suite de l'intervention chirurgicale. Cette enfant avait, le 7 décembre, une physionomie pleine de gaieté; elle mangeait avec appétit, causait et s'amusait, et si elle avait eu quelques vomissements, ils n'avaient nullement paru la fatiguer. Cet état s'est maintenu jusqu'au moment de l'opération.

Puis, après une chloroformisation de plus de 2 heures, la scène change; les vomissements sont incoercibles, l'enfant est très abattue; elle parle à peine, tombe dans le coma, présente des accidents graves, et meurt moins de 4 jours après après l'intervention chirurgicale.

Il y a là une coïncidence qui étonne, et nous nous sommes demandé si, au même titre qu'une infection coli-bacillaire, le chloroforme n'a pas donné un coup de fouet à un organe malade. Quelle est la part qui lui revient dans l'évolution de l'affection, c'est ce qu'il nous reste à déterminer.

La quantité de chloroforme absorbée par la malade ne pouvait pas nous renseigner sur le chapitre intoxication. Nous savons qu'elle est variable, non seulement suivant le temps et l'individu, mais encore suivant la température et l'agitation de l'air, suivant que l'anesthésie est ou n'est pas suspendue par intervalles, et de ce qu'il aurait manqué 100 grammes au flacon, nous ne pouvions pas prétendre que l'enfant les avait absorbés.

D'autre part, si nous consultons les auteurs qui se sont occupés de la question, nous voyons que le chloroforme, comme l'alcool, ne se transforme pas dans l'économie; même lorsqu'il est absorbé par voie respiratoire, il séjourne en nature pendant quelque temps dans les organes, puis s'élimine par les voies ordinaires. D'après Perrin, Lallemand et Duroy, il se fixerait dans la proportion de 1 sur le sang, 2 sur le foie, 4 sur le cerveau.

Si l'on veut bien se rappeler que les accidents nerveux ont été au moins contemporains de l'ictère, le fait ne doit plus nous étonner, puisque le chloroforme se fixe surtout sur ces 2 organes.

Mais une objection se pose : pourquoi n'avoir pas cherché le poison dans ces viscères? C'est que nous ne l'aurions pas trouvé; la fixation se produit au moment de l'anesthésie et l'élimination commence à se faire bientôt après.

Dans son passage à travers les organes, au moment où il s'accumule comme à celui où il s'élimine, le chloroforme peut provoquer des désordres, léser la cellule hépatique ou nerveuse et produire le syndrome ictère grave avec phénomènes nerveux prédominants, traduisant la mort cellulaire du foie et la lésion cérébrale.

Il résulte de cette longue discussion au sujet d'un cas peu fréquent que notre petite malade a succombé à un ictère grave hypothermique; sans doute, il était facilité par l'état antérieur du foie que des infections intestinales ou une brûlure longtemps suppurante avaient mis en état d'opportunité morbide. Mais il est probable que l'infection coli-bacillaire a pu jouer un rôle, et même que l'embarras gastrique présenté le premier jour par l'enfant a été transformé par l'action du chloroforme en une affection mortelle.

D'ailleurs, les deux hypothèses peuvent se concilier et il est facile de concevoir la cellule hépatique troublée dans son fonctionnement par l'élimination du toxique, devenue incapable de se défendre contre une infection microbienne, et succombant en laissant l'organisme livré aux intoxications endogènes (1).

1. *Gaz. heba. des Sc. médic.*, Bordeaux, 1901, p. 4.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 Décembre 1900.

Recherches cytométriques et caryométriques sur les cellules nerveuses motrices après section du cylindre-axe.

M. G. Marinesco. — Les recherches entreprises jusqu'à présent ont montré que la section d'un nerf moteur provoque une réaction caractéristique dans le centre d'origine de ce nerf, mais elles n'ont pas déterminé les modifications que subissent, dans les mêmes conditions, le noyau et le nucléole. Or il était à prévoir qu'un traumatisme aussi violent que celui qui résulte de la section du cylindre-axe devait retentir non seulement sur le protoplasma cellulaire, mais aussi sur le noyau et sur le nucléole. Comme l'analyse en est des plus délicates, on s'explique que ces lésions, quoique constantes, ainsi que nous le verrons, aient complètement échappé aux observateurs.

Pour percevoir nettement les altérations en question, il faut s'adresser à un centre bien défini et homogène au point de vue de la morphologie cellulaire; sous ce rapport, le noyau de l'hypoglosse est très favorable. De nombreuses mensurations des cellules, des noyaux et des nucléoles, évaluées en μ, ont montré qu'à l'état normal il n'y a pas, entre les deux noyaux de l'hypoglosse, de différence sensible, mais que les dimensions de ces noyaux varient avec la taille de l'animal. En pratiquant la section du nerf hypoglosse d'un côté, on constate, dès le 3e jour, en dehors de la réaction bien connue du cytoplasma, une augmentation de volume du noyau et du nucléole, augmentation qui persiste avec quelques changements pendant les phases de réaction et de réparation, et qui suit de près l'hypertrophie du corps cellulaire; au bout de trois mois, lorsque cette dernière a à peu près cessé, les parties constituantes des cellules ont repris sensiblement les mêmes dimensions dans les deux noyaux.

Cette augmentation de volume du noyau et du nucléole apparaît également, mais un peu différente, lorsqu'on fait la ligature du nerf ou sa résection. Dans ce dernier cas, elle peut même manquer suivant la longueur de nerf réséqué. Ainsi, si on extirpe un peu plus de 2 centimètres du nerf, au lieu de l'hypertrophie habituelle, il survient, au bout de 15 à 20 jours, une diminution du noyau et du nucléole, accompagnée de pâleur de ce dernier. En même temps le corps cellulaire s'atrophie et la cellule nerveuse, bien loin de passer de la phase de réaction à la phase de réparation, finit par disparaître.

Après la désarticulation expérimentale de la jambe chez le chien, M. Marinesco a vu succéder, à la phase de réaction avec augmentation du volume de la cellule, du noyau et du nucléole, une atrophie lente de la cellule; la réparation, dans ce cas, n'arrive jamais à être parfaite, comme elle l'est après la simple section d'un nerf moteur.

Ces recherches démontrent que le défaut de régénérescence d'un nerf moteur entraîne à sa suite l'atrophie et la disparition des cellules qui constituent le centre de ce nerf.

Les relations entre la constitution chimique des produits sexuels et celles des solutions capables de déterminer la parthénogénèse.

MM. Y. et M. Delage. — L'an passé, M. Lœb a observé la transformation en larves normales d'œufs d'oursin non fécondés, replacés dans de l'eau de mer pure après un séjour de quelques heures dans de l'eau de mer contenant une proportion déterminée de chlorure de magnésium; de ce fait, cet auteur avait conclu que la fécondation normale pourrait bien consister simplement en un apport de magnésium par le spermatozoïde à l'œuf.

Dans le but de vérifier cette hypothèse, qui ne serait admissible que si les éléments mâles contenaient une proportion de magnésium plus forte que les éléments femelles, nous avons dosé ce métal dans les glandes génitales des deux sexes, chez le

Strongylocentratus lividus. Or nous avons trouvé que les glandes mâles contiennent 8,83 p. 100 de magnésium et que les glandes femelles en renferment 7,88 p. 100. Cette différence est certainement trop faible pour qu'on puisse adopter la théorie de Lœb.

Nous devons ajouter, d'ailleurs, que dans un mémoire plus récent l'auteur américain admet que les solutions capables de déterminer la parthogénèse agissent, non par une action spécifique de leurs composants, mais uniquement par leur pression osmotique qui leur permet de soustraire de l'eau à l'ovule. Cette hypothèse paraît plus plausible que la précédente.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 Décembre 1900.

De l'hyperleucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'abcès du foie.

M. Boinet (de Marseille) adresse une note montrant l'importance de l'examen hématologique lorsqu'on soupçonne un abcès du foie, cet examen révélant alors une proportion de leucocytes de 6 à 10 fois plus considérable qu'à l'état normal; cette augmentation porte spécialement sur les polynucléaires. Chez 2 malades ayant eu autrefois la dysenterie, M. Boinet a pu, en s'appuyant sur la présence d'une quarantaine de polynucléaires dans le champ du microscope, affirmer l'existence d'un abcès du foie dont le pus fut évacué quelques jours après par incision.

Essais de sérothérapie antirabique.

MM. Rodet et Galavielle. — Il résulte des expériences que nous venons de faire que, chez le mouton traité par une série d'injections intraveineuses de virus rabique, le sérum acquiert des propriétés antirabiques, mais qui ne se manifestent nettement que lorsque le sérum est introduit dans l'organisme en même temps que le virus; en pareil cas, la période d'incubation est prolongée et la mort plus ou moins retardée, tandis que la maladie affecte ordinairement la forme paraplégique.

Sur les « plasmazellen » du grand épiploon.

M. Jolly. — On ignore encore à l'heure actuelle si, dans le tissu conjonctif normal des mammifères, il existe des plasmazellen.

Comme objet d'étude, j'ai choisi le grand épiploon de mammifères adultes (rat, chien, cobaye, lapin, etc.). L'épiploon de ces animaux, soigneusement étalé, est fixé par l'alcool ou par le liquide de Flemming et coloré ensuite par la thionine. Sur de pareilles préparations apparaissent tout de suite les mastzellen qu'on reconnaît bien à leur protoplasma granuleux coloré en violet rouge. Mais à côté de ces cellules on en remarque d'autres, plus nombreuses, réunies en amas au voisinage des vaisseaux et formant une notable proportion des cellules agglomérées au niveau des bouquets capillaires.

Ces cellules, dont le protoplasma se colore en bleu ou en violet sans métachromasie, ont tous les caractères des plasmazellen d'Unna. Les différences qu'on trouve parfois entre elles et les plasmazellen de l'homme ne sont sans doute qu'une question d'espèce.

Recherches histologiques sur le liquide des hydrocèles.

MM. Widal et Ravaut. — L'étude histologique du liquide de 8 hydrocèles essentielles, faite suivant le procédé que nous avons indiqué pour l'étude des pleurésies, nous a montré dans 5 cas des placards endothéliaux plus ou moins confluents, mêlés parfois à des globules rouges et à des lymphocytes peu nombreux.

Dans 2 cas nous avons constaté seulement la présence de quelques cellules endothéliales dissociées, plus ou moins altérées, et dans un cas nous avons constaté l'absence presque complète d'éléments figurés. Cette formule générale, semblable à celle que nous avons décrite dans les pleurésies aseptiques observées, par exemple, chez des cardiaques et des brightiques, est un argument contre l'origine infectieuse de cette variété d'hydrocèle dont le liquide est d'ailleurs stérile et plaide en faveur d'une origine purement mécanique.

Dans les vaginalites symptomatiques, la formule histologique du liquide est, en effet, tout autre. C'est ainsi que dans l'épanchement d'une vaginalite développée autour d'une orchite blennorrhagique, nous n'avons guère trouvé que des polynucléaires. D'autre part, dans l'épanchement d'une vaginalite inflammatoire avec fausses membranes et suffusions hémorrhagiques, nous avons constaté un mélange abondant de polynucléaires et de lymphocytes sans cellules endothéliales.

Recherches sur l'action antitoxique « in vitro » du glycogène hépatique.

M. P. Teissier. — Ces recherches sont la suite de nos expériences sur l'action bactéricide *in vitro* du glycogène hépatique. Les premiers résultats de ces nouvelles recherches sont relatifs à l'influence exercée par le glycogène hépatique en solution aqueuse, dans des proportions variant de 25 millimètres à 20 centimètres vis-à-vis des doses toxiques de nicotine, de sulfate neutre de strychnine ou de toxine diphthérique.

Il résulte de ces expériences que le glycogène hépatique *in vitro* atténue nettement l'action toxique de la nicotine, n'agit pas sur le sulfate neutre de strychnine, renforce dans une certaine mesure l'action diphthérique expérimentale.

La richesse de la solution en glycogène (pour les proportions utilisées), la durée de contact du mélange, le mode de conservation de ce mélange, n'exercent aucune influence.

Ces résultats divers peuvent s'adapter aux notions acquises sur le rôle antitoxique du foie. Positifs, ils démontrent, tout au moins, la contribution du glycogène aux fonctions antitoxiques du foie. Négatifs, ils sont d'accord avec cette notion : que le foie n'arrête ni ne modifie tous les poisons; avec cette opinion basée sur un certain nombre d'expériences, que l'intoxication diphthérique ou pneumobacillaire, par exemple, peut être renforcée par son passage à travers le foie (Teissier et Guinard) que le suc de certains organes atténue, renforce certaines substances toxiques ou n'excrce aucune action sur elles (Roger et Josué, Thomas et G. Brouardel).

Ils pourraient, quoi qu'il en soit, expliquer pourquoi les inflammations hépatiques sont le plus souvent de nature toxique, pourquoi par les poisons générateurs de ces inflammations, la première place revient à ceux sur lesquels le suc hépatique agit moins ou n'agit pas, et peut-être à ceux à l'égard desquels le glycogène n'exerce aucune action protectrice.

Séance du 5 Janvier 1901.

Recherches cytologiques sur l'hydrocèle.

MM. Th. Tuffier et G. Milian. — Conformément aux résultats obtenus par MM. Widal et Ravaut pour la cavité pleurale, il est possible d'obtenir des renseignements importants pour le diagnostic étiologique des hydrocèles.

L'hydrocèle simple est très pauvre en éléments cellulaires (50 par millimètre cube); on n'y rencontre guère que de grandes cellules ovalaires à noyau excentrique, vraisemblablement endothéliales.

L'hydrocèle symptomatique de tuberculose testiculaire est riche en éléments cellulaires (2 200 par millimètre cube) et il s'agit exclusivement de lymphocytes.

Après une ponction d'hydrocèle tuberculeuse et réformation du liquide, les auteurs ont vu apparaître les grandes cellules à noyau excentrique de l'hydrocèle simple, en même temps que l'épanchement devenait hémorrhagique. Ils considèrent le fait comme favorable à l'hypothèse de la desquamation mécanique de ces grandes cellules.

Interprétation des boules placentaires.

M. Pinoy. — Nous confirmons l'existence de boules sarcodiques dans le placenta normal du cobaye. Dans l'empoison-

nement par le cantharidate de potasse la formation des boules par le processus normal est augmentée ; il s'en forme en même temps aux dépens de travées plasmodiales qui se détruisent. Les boules représentent non pas une sécrétion mais un déchet.

Elles sont, dans les espaces sangui-maternels l'équivalent de cellules d'épithélium desquamées.

Fonction sécrétoire du placenta.

M. Letulle a pu établir que les boules hyalines, rondes, produite de sécrétion signalées par MM. Natan-Larrier et Pinay chez le cobaye, existent aussi chez la femme. Ces boules, de forme ovoïde, sont jaunâtres et se trouvent non seulement dans la grossesse normale mais aussi dans la grossesse extra-utérine.

Il est certain que la substance dont se compose ces boules n'est pas de la mucine, ni du glycogène, ni de la graisse.

Le volume de ces boules est variable et oscille entre 3 et 37 μ. Pour les colorer, il faut avoir recours aux méthodes de coloration lentes.

Cytodiagnostic des méningites.

M. V. Griffon. — Depuis que M. Widal, en collaboration avec MM. Sicard et Ravaut, a montré le parti que le clinicien peut tirer de l'examen cytologique des liquides recueillis par ponction lombaire, pour le diagnostic de l'existence et de la nature des méningites, il nous a été donné d'étudier 4 cas de méningite aiguë de l'adulte.

Chez 2 malades, l'examen des globules blancs du liquide céphalo-rachidien montrait exclusivement des lymphocytes; dans une 3e observation, aux lymphocytes se trouvaient adjoints quelques leucocytes polynucléaires, peu nombreux d'ailleurs et ne prêtant pas à l'erreur, car la prédominance de la lymphocytose était évidente au premier coup d'œil. Il s'agissait dans ces 3 cas de méningite tuberculeuse avérée.

Chez un 4e malade (du service de M. le professeur Dieulafoy), la constatation d'une polynucléose nous fit porter d'emblée le diagnostic de méningite aiguë non tuberculeuse, diagnostic pathogénique que confirma, dès le lendemain, la culture, en nous donnant des colonies de méningocoque de Weichselbaum.

Nous avons mené de pair l'examen cytologique et la culture du liquide sur sang gélosé glycériné; la culture ayant pour objet de donner, pour le contrôle des cas caractérisés par la lymphocytose, des colonies de bacille tuberculeux. C'est la marche que nous suivons, avec M. Bezançon, pour l'étude des épanchements pleuraux : cytodiagnostic et culture. Facile quand il s'agit du liquide céphalo-rachidien, cette culture est plus délicate quand on opère sur des sérosités pleurétiques, dont la fibrine englobe les microbes en se rétractant, et les isole de la surface nutritive du milieu de culture. Aussi, pour nous débarrasser de la fibrine et ensemencer le plus grand nombre possible d'éléments microbiens, avons-nous pris le parti de centrifuger les liquides fibrineux aussitôt qu'ils sont sortis de l'organisme, et de n'ensemencer que le culot.

M. Widal. — Je crois comme M. Griffon que, pour avoir chance d'ensemencer tous les bacilles tuberculeux contenus dans le liquide séro-fibrineux des pleurésies, il faut centrifuger immédiatement après la prise.

Pour les recherches cytologiques, la centrifugation, après défibrination, est, comme nous l'avons indiqué avec M. Ravaut, la seule méthode applicable en clinique; elle doit rester la méthode de choix. Des recherches comparées faites sur les liquides pathologiques humains nous ont montré, en effet, que le sens général de la formule histologique reste le même que si, avant toute formation de coagulum, on a pris soin immédiatement après la prise de centrifuger pendant 5 à 8 minutes avec un appareil à tours rapides. La pleurésie dite idiopathique (pleurotuberculose de Landouzy), par exemple, est toujours caractérisée, quoi qu'on fasse, par la lymphocytose. Au cas de centrifugation immédiate, on trouve seulement, en plus, de très rares polynucléaires et quelques grandes cellules mononucléaires un peu plus nombreuses qu'après défibrination.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 17 Décembre 1900.

Tic douloureux de la face.

M. Grandclément présente une malade atteinte de cette terrible affection que Trousseau appelait *la névralgie épileptiforme* ou *tic douloureux de la face.*

Contre cette affection tout échoue : quinine, opium, etc. On en est arrivé à essayer le traitement chirurgical et à tenter la névrectomie, la résection du ganglion de Gasser, mais le résultat est loin d'être toujours définitif, la récidive étant habituelle. M. Grandclément a eu l'occasion de traiter quatre cas de tic douloureux de la face, depuis 15 ans; par des injections sous-cutanées d'un mélange d'*antipyrine et de cocaïne*, il a toujours soulagé ses malades, peut-être les a-t-il définitivement guéris : la malade qu'il présente en fait foi.

Les deux premiers malades qu'il ait vus et traités de cette façon sont rentrés guéris chez eux, malheureusement il ne peut affirmer que les résultats aient été définitifs, n'ayant pu, depuis, avoir de leurs nouvelles.

Le premier malade était atteint depuis cinq ans; il souffrait comme un damné, il ne pouvait faire aucun mouvement, ni boire, ni manger, ni parler, sans réveiller de violentes douleurs. Ce malade, après une série d'injections, fut complètement guéri.

Le deuxième malade était atteint depuis moins longtemps, les crises étaient moins graves et ne revenaient que trois à quatre fois par jour. Il fut complètement guéri. La guérison se maintint au moins un an sans récidive. Depuis lors, le malade a été perdu de vue.

Dans le 3e cas, il s'agissait de la religieuse que M. Grandclément présente. Elle habite Vienne où elle fait la classe. Il y a 9 ans, en septembre, elle vint trouver M. Grandclément, disant souffrir depuis un an de douleurs revenant, depuis peu, toutes les deux à trois minutes, ne lui laissant de répit ni jour, ni nuit, la condamnant à l'immobilité absolue, le plus petit mouvement provoquant des paroxysmes douloureux. On lui fit des injections du mélange antipyrine et cocaïne tous les jours, pendant 3 semaines, dans les téguments de la face. Au bout de ce temps la guérison était complète. Elle se maintint un an. Récidive. Nouvelles injections. Guérison cette fois en 6 ou 7 jours. Nouvelle récidive un an après; nouvelle série d'injections. Guérison rapide et complète. Depuis 3 ans, la malade ne ressent plus rien.

Le 4e malade est en traitement depuis moins de temps. Il s'agit de la femme d'un professeur de Lyon, atteinte de névralgie épileptiforme épouvantable; traitée de la même façon, elle guérit rapidement. La guérison se maintient depuis un mois et demi.

Par quel mécanisme se produit cette guérison? Les régions injectées restent insensibles pendant très longtemps, 28 jours dans un examen. M. Grandclément croit que ces injections agissent en détruisant les nerfs de la région. Chez la religieuse qu'il présente, il y a, en effet, un peu d'atrophie du côté de la face anciennement malade.

Gangrène sénile avec délire.

M. Lépine a vu dans son service 2 cas de gangrène sénile, avec délire à la période moyenne, au moment de la limitation de l'eschare. Il n'a pas trouvé de cas semblables signalés nulle part.

Le 1er malade, alcoolique, a eu de la gangrène avec chute des orteils. Le 2e, encore dans le service, est à la période de limitation de l'eschare. Chez ces 2 malades, il y a eu du délire au moment de la formation du sillon de délimitation. Chez le 1er, le délire, très violent, a duré 8 jours, sans changement de température, ni élévation, ni abaissement, puis le délire a cessé brusquement sans raison. Chez le 2e, le délire, survenu brusquement aussi, s'est terminé par un état de démence qui dure encore 3 semaines après.

Ni chez l'un, ni chez l'autre, il n'y avait de troubles mentaux antérieurs ou d'antécédents.

M. Vincent a vu, chez un homme de 75 ans, du délire apparaître au cours d'une gangrène, mais il ne fut jamais violent. Il explique ce délire par plusieurs facteurs : les souffrances qui étaient terribles et empêchaient le malade de dormir, le condamnant à une insomnie absolue ; l'infection du sillon escharotique ; enfin l'artério-sclérose cérébrale. Tous ces facteurs réunis peuvent bien donner un syndrome nerveux.

M. Arloing rappelle que jadis on fit des expériences dans son laboratoire montrant que l'extrait des tissus, en voie de destruction dans les eschares, injecté au lapin, produit des effets toxiques manifestes.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 10 Décembre 1900.

Kératose sénile et calcification des oreilles.

M. Dubreuilh présente un vieillard âgé de 72 ans, soigné il y a plusieurs années pour un épithélioma de l'angle de l'œil gauche. On voit actuellement la cicatrice. A quelque distance s'est développé un nouveau foyer traité par une pâte arsenicale, la pâte de Marsden (formée d'acide arsénieux et de gomme arabique, parties égales).

Cette pâte ayant été conservée plus longtemps qu'il n'aurait fallu, il y a eu production d'eschare au delà des limites du mal. Ce qui prouve que, malgré ses propriétés électives très réelles, la pâte arsenicale peut nuire quelquefois.

Ce malade présente en outre sur la face une série de petites plaques de kératose sénile. On en trouve aussi sur le dos des mains.

Il est probable et même certain que ces lésions se transforment en épithélioma. L'examen clinique ne montre pas cette transformation, mais elle existe déjà au point de vue histologique.

Au point de vue étiologique, l'hérédité paraît jouer le rôle principal dans la production de cette affection.

Comme le xéroderma pigmentosum, qui lui ressemble beaucoup, c'est une maladie familiale. Ce malade a un frère atteint également de kératose qui a fini par mourir d'un cancer du larynx.

C'est cette prédisposition familiale héréditaire qui fait que la kératose sénile s'observe plus particulièrement dans certains pays, notamment en Saintonge.

Ce malade a eu pendant toute sa jeunesse des engelures aux deux oreilles. Elles ont amené un état lisse et atrophique de celles-ci. La plus grande partie du pavillon est calcifiée, pierreuse, on dirait que les oreilles sont en porcelaine.

Cette altération est rare dans les engelures.

Épithélioma primitif du rein.

M. Bahans présente un rein provenant d'un homme mort de gangrène pulmonaire dans le service de M. Rondot, et qui n'avait jamais présenté de troubles ni de signes du côté des voies urinaires. A l'autopsie, on trouva à la surface externe du rein droit une tumeur de la grosseur d'une noix, tumeur molle à la coupe, diffluente, semée par endroits de points hémorrhagiques, intéressant le parenchyme rénal et communiquant même avec le bassinet.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma primitif du rein, cylindrique, dont le point de départ est dans les tubes urinifères avec dégénérescence colloïde d'un grand nombre de ces tubes.

Guérison d'un symblépharon suite de brûlure.

M. Aubaret. — Il s'agit d'un malade porteur d'un symblépharon cicatriciel au niveau de l'angle interne affectant la forme d'un ptérygion et limitant les mouvements du globe en dehors et en haut. Ce malade a été opéré par M. le Dr Badal par le procédé de Teale, légèrement modifié pour la circonstance. Une bande de conjonctive a été prise du côté opposé au niveau de la partie externe de la cornée et transportée pardessus la cornée au niveau de la partie interne, c'est-à-dire au niveau du symblépharon dont les replis avaient été préalablement séparés de la cornée. Ce procédé a donné un excellent résultat.

Corps étrangers de la mamelle.

M. Bouvier. — Il s'agit d'un drain égaré dans la mamelle et ayant déterminé un abcès pour lequel on mit un 2e drain qui s'égara de la même manière. C'est à l'occasion d'un 3e abcès déterminé par la présence des deux drains que l'on fit une incision qui amena leur expulsion.

Ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur pris pour une tumeur blanche du genou.

M. Fraikin. — Il s'agit d'un cas d'ostéosarcome dont les signes cliniques, l'évolution, la marche, etc., firent croire à une tumeur blanche du genou. L'intervention montra qu'il s'agissait bien d'un ostéosarcome.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 14 Décembre 1900.

Traumatisme abdominal et déchirures du foie.

M. Le Fort rapporte l'histoire d'un malade qui mourut quelques heures après avoir reçu un coup de tampon, au niveau de la base du thorax, du côté gauche. L'autopsie montra une rate saine, une cavité péritonéale renfermant une grande quantité de sang provenant du foie ; celui-ci, en effet, présentait une première déchirure située près du ligament suspenseur et produite probablement par la résistance du ligament au refoulement du foie sous l'action du traumatisme, une seconde déchirure, sur le lobe gauche et une dernière sous-capsulaire, à la partie externe du lobe droit. Il existait, en outre, une petite plaie au niveau du bord médiastinal du poumon gauche, mais, à part une suffusion sanguine sur le bord mésentérique de l'intestin, il n'y avait pas d'autres lésions des viscères, ni de fracture de côte.

M. Lambret rappelle que, dans son travail présenté à la Société des sciences de Lille, il a rapporté le cas d'un homme de 38 ans, qui, après avoir été victime d'un tamponnement, mourut à la porte de l'hôpital, où il ne fut amené que quelques heures après l'accident, d'une hémorrhagie abdominale, déterminée par une rupture de la rate qui aurait pu être arrêtée par une simple ligature.

M. Oui a observé un cas comparable à celui de M. Le Fort. Un ouvrier terrassier présenta, après une chute de la hauteur d'un quai, l'abdomen ayant porté sur un madrier, tous les signes d'une hémorrhagie ; la mort survint au bout de 3/4 d'heure. A l'autopsie, on trouva de nombreuses déchirures du foie, et même un certain degré d'écrasement du lobe carré et du lobule de Spiegel ; en outre, la rate était déchirée, les deux reins l'étaient aussi, l'un d'eux était même presque complètement coupé au niveau du hile, l'intestin était sain. On nota encore l'absence de fracture de côte, mais une luxation des cartilages sur les côtes.

Fracture du maxillaire supérieur.

M. Moty présente un malade qui reçut, le 12 septembre, un coup de pied de cheval dans la figure, du côté droit. A l'examen, il avait noté une plaie contuse verticale, laissant voir des parcelles d'os brisé, des éraflures de la face, une orbite droite gonflée, un état subcomateux, une température de 38°,9 et un pouls battant à 100. Le soir même de l'accident, M. Moty pratiqua, sous le chloroforme, une désinfection et une régularisation de la région traumatisée. Le lendemain, une ecchymose palpébrale gauche, non conjonctivale, apparaissait pour

disparaître rapidement. Les suites opératoires évoluèrent normalement.

Vers le 15 novembre, le malade se plaignit de douleurs de tête exagérées par les vents froids, et fit remarquer une petite saillie osseuse, située au-dessous du trou sous-orbitaire gauche. En procédant à un nouvel examen, M. Moty constata que la vue et l'ouïe étaient normales, qu'il existait une sensibilité des dents prémolaires, et de ces constatations il crut pouvoir conclure que la fracture du maxillaire supérieur droit s'est accompagnée d'une fissure osseuse, qui, descendue jusqu'à l'arcade dentaire, a traversé la voûte palatine et a gagné ensuite le rebord orbitaire, du côté opposé au traumatisme. Il rappelle les faits analogues présentés à la Société par MM. Mariau et Le Fort, et signale le cas d'un maréchal-ferrant qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, eut une fracture des deux condyles du maxillaire inférieur, dont le diagnostic ne fut pas fait à cause du gonflement de la face, et qui fut reconnue à l'autopsie.

Kyste sacculaire.

M. Le Fort présente un kyste sacculaire, enlevé chez un individu qui déclarait avoir, depuis 25 ans, une hernie qui n'était devenue irréductible que depuis une vingtaine de jours. Le diagnostic de kyste sacculaire, obturé par une frange épiploïque, fut vérifié par l'opération, qui, montra un kyste constitué par un sac déshabillé, dont le collet s'était rétréci par un processus de guérison naturelle de la hernie, au point de ne plus admettre qu'un stylet.

Un cas d'ostéomyélite proliférante chronique.

M. Le Fort rapporte l'histoire d'un homme de 30 ans, marié à une femme saine, père de 4 enfants, entré dans le service de M. Folet, pour une grosseur siégeant au niveau du fémur, qui était apparue, il y a 3 ans, consécutivement à une chute. A l'examen, on notait, à l'extrémité inférieure du fémur, une tuméfaction, traversée par 4 fistules, 2 externes et 2 internes, ne communiquant pas avec l'os et dont l'incision donna issue à un peu de pus contenant du streptocoque et du staphylocoque.

Comme il ne peut s'agir ni d'un sarcome, ni de lésions tuberculeuses, syphilitiques ou actinomycosiques, M. Le Fort croit que la tuméfaction osseuse, qui a d'ailleurs été constatée à l'épreuve radiographique, est due à l'ostéomyélite chronique proliférante.

M. Moty a vu un cas analogue, à propos duquel un diagnostic précis fut impossible. Il existait, au niveau de l'humérus gauche, une fistule profonde siégeant au milieu d'une induration gommeuse et dont l'incision donna issue à une sorte de pus solide ressemblant à de la matière phymatoïde. Le tissu osseux était sain, il n'y avait pas de fongosités, et le malade guérit.

M. Curtis, qui a fait l'examen histologique d'un fragment de l'induration, n'accepte pas le diagnostic d'ostéomyélite; il croit qu'il s'agit d'un phlegmon chronique avec induration lardacée du tissu conjonctif environnant.

M. Charmeil soutient cette hypothèse; l'hypertrophie osseuse s'observe, en effet, en dehors de l'ostéomyélite primitive; elle est très fréquemment constatée chez les vieux variqueux atteints d'ulcères, de sorte que, dans le cas de M. Le Fort, l'ostéomyélite pourrait être considérée comme secondaire.

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par les courants continus d'intensité élevée.

M. Doumer communique le résultat de ses recherches sur cette question, et il en conclut que les courants continus d'intensité élevée, facile à administrer par voie cutanée, sont inoffensifs et exercent une action curative sur l'entérite muco-membraneuse.

M. Charmeil déclare que l'entéro-colite muco-membraneuse ne saurait être admise, au point de vue anatomique, comme une véritable maladie. Elle représente un accident survenant par crise chez les constipés, et se manifestant par de la douleur, de la sténose du côlon transverse et l'expulsion de fausses membranes; par conséquent, la thérapeutique de l'entéro-colite muco-membraneuse doit être dirigée contre l'accès. Les grands lavements chauds continués une dizaine de jours déterminent une grande amélioration des phénomènes aigus; mais seul, par un régime, le traitement de la constipation permet de lutter contre la fréquence des accès.

M. Oui croit que cette affection est continue, les douleurs seules sont intermittentes, donc en luttant contre la constipation, on pourra guérir le malade. Il demande à M. Doumer si le traitement électrique donne une guérison définitive.

M. Carlier attribue au système nerveux, et plus particulièrement à la fatigue cérébrale, une certaine influence sur la production de l'entéro-colite muco-membraneuse et il croit que l'électrothérapie agit sur ce système.

M. Ausset a fréquemment observé l'entéro-colite chez les enfants suralimentés dont les selles portaient de petits lambeaux de muqueuse, en dehors des périodes de constipation. La guérison s'obtient par un régime spécial, sans aucune médication. Les lavements chauds à forte dose lui ont paru douloureux, aussi ne donne-t-il que de petits lavements, à faible pression.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE LILLE

Séance du 12 Décembre 1900.

Préparation d'hématozaires. Cas de paludisme déclaré après 6 mois d'incubation.

M. Bosquier rapporte un cas très intéressant de paludisme, déclaré après 6 mois d'incubation, chez un individu ayant séjourné en Afrique et qui, depuis son retour en France, n'avait manifesté aucun accident d'impaludisme. Le premier accès eut lieu sous les yeux de M. Bosquier, qui, aussitôt, fit un examen du sang et réussit à voir l'hématozoaire de Laveran et fit des perforations qu'il montre aujourd'hui à la Société.

M. Bosquier fait remarquer le long intervalle qui s'est écoulé entre le moment de contamination et l'époque d'apparition de la première crise fébrile, puisque le sujet de l'observation s'était éloigné depuis 6 mois de tout foyer de contagion paludéenne. Il rappelle l'hypothèse imaginée par Laveran, qui, pour expliquer cette particularité, admettait l'existence d'une période de latence consécutive à la période d'incubation. M. Bosquier croit qu'il serait plus plausible d'admettre que le retard observé est dû à ce fait que la contamination s'est opérée au moyen de spores dont le développement a exigé un certain temps avant de permettre la pullulation de l'hématozoaire.

M. Lemière, à propos du mode de contagion du paludisme, croit à l'action de la piqûre des moustiques, dans le corps desquels il se produit un stade intermédiaire, analogue à celui qui se passe dans l'évolution du tannin et qui semble absolument nécessaire, car la piqûre faite avec le sang d'un paludéen, chez un individu sain, n'a jamais transmis le paludisme. Quand le corps des moustiques tombe dans l'eau, les parasites sont mis en liberté par la putréfaction et l'eau devient un agent de transmission de la maladie.

M. Delassus cite le cas d'ouvriers employés à la construction de chemins de fer en Italie, qui, mis à l'abri de la piqûre des moustiques par un ensemble de précautions très bien comprises, ont contracté le paludisme.

M. Lemière déclare que cette affection peut se transmettre à la fois par l'eau, l'air et les moustiques.

Déglutition d'un sou.

M. Lavrand a observé un enfant de 9 ans, qui avait avalé une pièce de 10 centimes, chez lequel l'extraction du corps étranger, arrêté au niveau du larynx, fut très facile. Chez un autre enfant, l'exploration clinique fut impuissante à reconnaître la présence d'une pièce de cinq centimes, que la radioscopie montra située dans l'œsophage.

L'extirpation avec les pinces à polype étant impossible, M. Lavrand se servit d'une longue pince flexible, qui lui permit de reconnaître et de saisir un obstacle qui résista aux tentatives

d'extraction. Un second cathétérisme, pratiqué aussitôt après, fut négatif, de même qu'un examen radioscopique. Le surlendemain, la pièce de monnaie était évacuée avec les selles. Par conséquent, le corps étranger, mobilisé par le premier essai d'extraction, était descendu dans l'estomac; ce qui explique les différents résultats donnés par le cathétérisme et la radioscopie.

M. Toison croit que le crochet de Kirmisson est supérieur à tout instrument de ce genre pour l'extraction des corps étrangers ronds de l'œsophage. Cet instrument, très simple, qui se compose d'une tige métallique, flexible, terminée par un crochet, est très facile à nettoyer et permet de lâcher la prise, pour la reprendre aussitôt après.

Scarlatine grave.

M. Augier rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans 1/2, qui présenta une éruption intense, des lésions peu marquées des amygdales et de la gorge, sans exsudat, et une température très élevée qui fut peu influencée par la balnothérapie froide. Le 3e jour après son entrée à l'hôpital, le petit malade présenta un gonflement de chaque côté de la mâchoire; puis son état général s'aggrava, quoique l'examen clinique eût révélé l'absence de toute complication du côté des viscères; le pouls devint très fréquent et la mort survint le 5e jour. A l'autopsie on ne trouva rien au cœur, aux poumons, aux reins, ni dans les centres nerveux, mais les amygdales et le rhino-pharynx étaient tapissés d'un magma putrilagineux, de mauvaise odeur, au niveau desquels l'examen microscopique montra une infiltration pure de streptocoques; en outre, les ganglions maxillaires présentaient un aspect nécrosé avec taches hémorrhagiques et renfermaient de nombreux streptocoques.

M. Augier croit pouvoir attribuer la mort de son malade à l'action des toxines streptococciques.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 21 Novembre 1900.

Note sur un cas d'attaque d'apoplexie.

M. Courteville donne la relation d'un cas d'attaque apoplectiforme survenue chez un homme de 26 ans qui, depuis 6 semaines, se plaignait d'un malaise généralisé, et qui, 8 jours avant l'attaque, était tombé brusquement, en marchant, n'avait pas perdu connaissance, mais avait présenté, consécutivement, une hémiplégie gauche, transitoire, sans aucun autre trouble.

Le jour de la seconde attaque, le malade avait eu un peu d'hallucination visuelle. Quand il fut examiné, il offrait de la contracture du bras droit, de la paralysie de la jambe droite, des mouvements cloniques, en pédale, de la jambe gauche, rien au bras gauche. Aux yeux, on notait un strabisme double, convergent, de l'insensibilité des pupilles. Il existait, en outre, des troubles sensoriels et de l'exagération des réflexes.

La mort survint 30 heures après l'accident.

M. Courteville demande quelle est la nature des symptômes présentés par son malade.

M. Besson croit qu'il s'agit peut-être d'accidents urémiques.

M. Duret déclare que l'on doit être en présence d'un cas d'épilepsie jacksonienne consécutive à une lésion cérébrale en foyer, située probablement dans la région supérieure de la zone motrice, car la face n'était pas prise. Les phénomènes d'excitation : attaque convulsive et contracture, peuvent encore s'expliquer par l'hypothèse d'une tumeur médiane, retentissant des deux côtés du cerveau.

Fibro-lipome de la capsule adipeuse du rein.

M. Ledoux lit l'observation d'un nouveau cas de tumeur péri-rénale.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, dont les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier et qui, depuis 2 ans, avait remarqué une augmentation de volume du ventre dans la région ombilicale, ne déterminant que des sensations de gêne et de pesanteur. A l'examen, pratiqué le 8 octobre 1900, on trouva un abdomen distendu, mesurant 1 m. 08 de circonférence dans sa portion sous-ombilicale; la distance du pubis à l'ombilic était de 21 centimètres, celle de l'ombilic à l'appendice xiphoïde de 27 centimètres. Au palper, on sentait une masse dure, du volume d'une tête d'adulte, flanquée de chaque côté de 2 autres masses moins volumineuses et coupée par une bande de sonorité. Le ventre paraissait rénitent et offrait la sensation de flot à gauche, sur une étendue de 30 centimètres environ. Le toucher vaginal montrait un utérus mobile, repoussé en arrière et rétroversé, des culs-de-sac libres.

Le diagnostic hésitait entre une tumeur polykystique des ovaires, une tumeur rétro-mésentérique, et une tumeur du rein.

La laparotomie, pratiquée par M. Duret, montra une masse gris-jaunâtre, recouverte par le gros intestin et son méso-côlon. Afin d'éviter la section des vaisseaux nourriciers de l'intestin, plus nombreux à droite qu'à gauche, une large incision fut faite de ce dernier côté, par laquelle on décortica la tumeur, puis on l'enleva par morcellement. Un drain transpéritonéal fut posé, sortant d'un côté par une incision lombaire et débouchant, en avant, par le milieu de l'incision abdominale, le méso-côlon suturé et la paroi refermée après toilette du péritoine.

La tumeur, composée de lobes graisseux et de parties fibro-sarcomateuses, pesait 9 kil. 500 et paraissait développée aux dépens de la capsule adipeuse du rein.

Les suites opératoires furent exeellentes : la malade sortait guérie 25 jours après l'opération.

M. Ledoux fait remarquer la rareté de ce genre de tumeurs, la littérature médicale n'en compte que 40 cas environ. Le diagnostic est souvent difficile à cause de l'absence de symptômes bien marqués.

Sur un cas de maladie de Basedow avec amélioration notable par la faradisation.

M. Besson a observé, chez une dame de 55 ans, une tumeur thyroïdienne accompagnée d'exophthalmie, de tremblement, de troubles cardiaques, qui fut traitée d'abord par l'opothérapie thyroïdienne et une cure à la mer, à la suite desquelles tous les symptômes s'accentuèrent pendant qu'apparaissaient une fièvre quotidienne, dépassant 39°, 5 le soir, et une cachexie à marche rapide.

Vers la fin d'octobre, la malade présentant, en outre, une aphonie presque complète et une impossibilité absolue d'avaler les liquides, M. Besson institua le traitement suivant : tous les matins, séance d'électrisation faradique du goître, suivant la méthode de Vigouroux, pendant 10 à 15 minutes; 2 grammes de bromure par jour; tous les 2 jours, XX à XXV gouttes de la solution de digitaline cristallisée (pendant les premiers jours); applications locales, froides en cas de poussées congestives; reconstituants variés, cacodylate de soude en injection sous-cutanée. Très rapidement, la fièvre tomba, l'appétit revint, la déglutition devint possible et la tumeur diminua de volume, mais la malade mourut d'une syncope cardiaque.

M. Besson fait remarquer l'influence désastreuse du traitement thyroïdien, et cite les cas analogues de Canter, Juffroy, Dreyfus-Brisac, etc., et l'action favorable de la faradisation.

M. Duret demande si la malade ne présentait pas, en plus de la tachycardie, des lésions valvulaires, et déclare que le séjour au bord de la mer occasionne l'aggravation de l'état de cette catégorie de malades.

Anesthésie à la cocaïne par l'injection sous-arachnoïdienne.

M. Delassus emploie généralement une dose de 1 cent. 3/4 et obtient ainsi une anesthésie qui dure 1 heure. L'anesthésie débute 7 à 8 minutes après la piqûre : le patient sent des fourmillements dans les pieds, puis dans les mollets; les jambes lui semblent lourdes; peu à peu l'insensibilité gagne les cuisses, le tronc et atteint le mamelon, qu'elle ne dépasse généralement pas. L'anesthésie à la douleur est absolue.

Au bout de 20 minutes, le malade a des nausées, rarement

un peu de vomissements, la figure pâlit, le pouls monte à 120, quelquefois 150, puis redescend et reste autour de 120 pendant la durée de l'anesthésie. Après une heure, la sensibilité réapparaît en suivant une marche inverse; elle se montre d'abord au thorax, à l'abdomen et finit par les pieds. Dans la journée, on note quelques maux de tête, de la pâleur de la face, un état nauséeux; dans un cas, M. Delassus a observé une syncope.

Il n'y a pas de suites lointaines, la cocaïne n'altérant pas la structure de la moelle.

Cette méthode d'anesthésie permet de faire toutes les opérations sur l'abdomen et les membres inférieurs. M. Delassus, qui s'en est servi avec un plein succès, dans 14 cas, a pu enlever des fibromes, opérer une appendicite, faire une double cure radicale de hernie, une périnéorrhaphie, etc., et n'a jamais observé d'hémorrhagie secondaire, comme cela se produit après l'injection locale de cocaïne. Il déclare qu'elle doit remplacer la chloroformisation dans les opérations longues; dans les opérations de courte durée, on emploiera le chlorure d'éthyle ou le chloroforme à faible dose; enfin, dans les opérations très courtes, on fera l'anesthésie locale à la cocaïne.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 17 Décembre 1900.

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. W. Körte est intervenu dans 37 cas d'ulcère, 20 fois chez des hommes et 17 fois chez des femmes. On sait cependant que cette affection est plus fréquente dans le sexe féminin; mais les hommes, à cause de l'incapacité de travail qui résulte de l'ulcère, se font admettre plus tôt à l'hôpital et acceptent plus volontiers l'opération.

Chez 31 de ces malades, il y avait gastrectasie; le plus souvent, c'est la sténose pylorique qui a constitué l'indication opératoire; dans 2 cas cependant l'intervention a eu pour cause des malaises causés par l'ulcère, et dans 1 cas à une hémorrhagie.

En ce qui concerne le choix du procédé, la résection est l'opération idéale; mais c'est aussi la plus grave, de sorte qu'elle n'est indiquée que dans un nombre restreint de faits; elle exige, d'ailleurs, que les lésions soient facilement accessibles et mobilisables et qu'il n'existe pas d'adhérences trop fortes avec les organes voisins. Elle a été pratiquée 5 fois avec 4 succès.

M. Körte a fait 28 gastro-entérostomies, avec 7 décès consécutifs; comme causes de mort, il relève 2 fois le collapsus post-opératoire, 1 fois la pneumonie, 2 fois des hémorrhagies secondaires; un patient qui, outre son rétrécissement pylorique, avait aussi une sténose de l'œsophage ayant nécessité l'établissement d'une bouche gastrique et le cathétérisme œsophagien, succomba à une péricardite purulente bien qu'il n'y eût pas perforation de l'œsophage; enfin le 7e décès fut déterminé par un phlegmon de la paroi stomacale. Deux fois on a eu des accidents de *circulus viciosus* après une gastro-entérostomie antérieure; jamais cette complication n'a été observée à la suite de la gastro-entérostomie postérieure.

Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie, l'opération que l'on est le plus fréquemment appelé à faire en cas d'ulcère stomacal, sont excellents; dans un cas M. Körte a vu survenir, au bout de 3 ans, un ulcère peptique du duodénum, chez un sujet dont le suc gastrique était hyperacide.

Enfin les 4 derniers malades ont été traités par la pyloroplastie selon la méthode de von Mikulicz; cette opération n'a donné qu'un succès.

Emploi thérapeutique de la chaleur.

M. S. Munter. — On a essayé de suppléer, par une sudation artificielle, à l'insuffisance de la diurèse; mais il importe de remarquer que la sueur contenant proportionnellement beaucoup moins de matériaux solides que l'urine, il ne faudrait pas moins de 18 à 24 litres de sécrétion sudorale pour éliminer la quantité de déchets organiques qui sont excrétés journellement par le rein.

Néanmoins l'application de la chaleur par divers procédés (bains romains, bains russes, bains de soleil, bains électriques, bains de sable, etc.) peut rendre des services en thérapeutique. Elle est utile parfois en déterminant un simple accroissement de la sudation, et c'est ce que l'on vise, par exemple, en cas de stase diverse (à condition que le cœur soit sain), d'obésité, d'intoxication, de maladies par refroidissement; c'est encore par le même mécanisme que la chaleur donne des succès dans les affections inflammatoires des yeux, des poumons, dans les maladies cutanées; à ce groupe d'indications se rattache aussi le traitement de la chlorose par la sudation. Mais, dans d'autres cas, on se propose d'activer par ce procédé la destruction de matériaux azotés, accumulés dans l'organisme. Le bain chaud (à 35° ou 40°) prolongé agit particulièrement dans les altérations des échanges organiques.

La thermothérapie est contre-indiquée chez les artério-scléreux, les cardiaques, les cachectiques, ainsi que dans les maladies fébriles.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 19 Octobre 1900.

Anévrysme de l'aorte.

M. Stiénon présente le cœur d'un homme mort subitement. A l'autopsie, tous les organes étaient normaux, à part les lésions suivantes : un peu au-dessus de l'origine de l'aorte, la crosse était dilatée en un énorme anévrysme plein de caillots qui avait crevé près du hile du poumon gauche; le sang s'était infiltré dans le tissu pulmonaire en longeant les lymphatiques et les vaisseaux sanguins. Le sujet, qui était âgé de 30 ans, avait eu, il y a 10 ans, la syphilis pour laquelle, du reste, il ne s'était jamais soigné.

M. Velleman a vu le malade pendant la vie : on sentait des battements très nets au-dessus du manubrium; il n'y avait aucun symptôme subjectif, sauf de l'essoufflement rapide.

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 24 Novembre 1900.

Un cas de sclérème.

M. Verriest. — La malade est une marchande âgée de 40 ans, réglée régulièrement à partir de 14 ans. Elle a eu 8 enfants, dont 6 sont encore vivants; les accouchements se sont passés normalement, sauf que, régulièrement, 3 ou 4 jours plus tard, il y eut de la raideur musculaire, puis du malaise durant 6 semaines. L'hérédité n'offre rien de remarquable.

L'examen de la malade révèle une anémie assez profonde; les cheveux sont rares, et après chaque accouchement il y eut chute des cheveux dégarnissant le front. La peau est sèche. Le ventre est peu développé; il n'y a rien du côté de la rate ni du foie. L'analyse du sang montre qu'il existe 4 ou 5 fois plus de leucocytes qu'à l'état normal.

La maladie a débuté, il y a 7 mois, par de la tension, de la raideur de la peau de la région antérieure du cou; en 3 ou 4 semaines, ces phénomènes s'étendirent aux bras, aux coudes, au dos, aux omoplates et aux parois latérales du thorax. En ce moment, la malade nourrit un enfant.

La malade se plaint d'une certaine raideur des jambes le soir. La peau du cou est tendue; l'extension de la tête est limitée, ainsi que la rotation latérale. La peau de la partie antérieure du thorax ne peut être pincée, elle est lisse et tendue; il en est de même aux épaules, aux bras, à la nuque. Les altérations de la peau descendent jusqu'au poignet et à la poitrine jusqu'à la base du thorax; les mouvements des bras sont limités, la face n'est pas envahie.

Les sensations tactile et douloureuse sont intactes. La malade a parfois des bouffées de chaleur. Au dynamomètre, elle donne 27 des deux côtés. Les réactions électriques sont normales.

Durant 25 jours le traitement consista en administration d'extrait thyroïdien, à dose de 10 centigrammes par jour; il n'y eut qu'une très faible amélioration jusqu'au 8 novembre; mais à partir de ce jour, on prescrivit en outre 15 centigrammes d'iodure de potassium.

Depuis 3 semaines, il s'est produit une amélioration des plus nettes. La malade peut en effet remuer les bras presque sans difficulté. La peau est encore dure, mais la tension en a diminué considérablement. On peut palper le corps thyroïde, qui ne pouvait être senti il y a 3 semaines, et qui semble en état de dépression.

On n'oserait conclure de là que la glande thyroïde soit restée inactive; en tout cas, il semble que ce soit l'iode contenu tant dans l'iodo-thyroïdine que dans l'iodure qui a agi. Aucune autre médication n'a en effet été employée.

Un cas d'hémorrhagie cérébrale.

M. Sano. — Le malade est tombé, il y a 7 ans, dans les escaliers; il se produisit d'abord du coma, puis du délire et du gâtisme durant 2 mois; il y eut ensuite de la démence simple durant 7 ans. Il y a un mois, une nouvelle chute se produisit; coma, délire et mort. Le malade avait 60 ans. A l'autopsie, on trouva une pachyméningite hémorrhagique. La dure-mère des hémisphères cérébraux est rouge, avec des tons variés, provenant de la résorption de l'hémoglobine. Les lobes frontaux adhèrent fortement, ce qui fait croire à une pachyméningite hémorrhagique chronique. Le crâne est épaissi du côté droit, où a eu lieu l'hémorrhagie. On pourrait supposer que la lésion était due au traumatisme; mais un petit kyste hémorrhagique ancien dans la protubérance annulaire prouve que la première chute a été due probablement à cette hémorrhagie. Quant au réflexe de Babinski, il était aboli du côté paralysé, mais se produisait au contraire du côté contro-latéral.

SOCIETE BELGE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 25 Octobre 1900.

Un cas de torticolis d'origine oculaire.

M. Lor poésente une petite fille de 3 ans, atteinte d'un torticolis de plus en plus persistant, et chez laquelle les parents avaient remarqué, dès le 2e ou 3e mois, une anomalie dans la direction des yeux. L'accouchement a été laborieux et a nécessité l'emploi du forceps. En redressant la tête inclinée sur l'épaule gauche, ce qui a lieu facilement, on voit l'œil gauche qui continue à fixer, tandis que l'œil droit est dirigé en haut et un peu en dedans. Dans toutes les autres directions du regard, il y a parallélisme des yeux, sauf dans la vision à gauche, et à gauche et en haut, où persiste le strabisme en haut et en dedans de l'œil droit.

M. Lor conclut à une paralysie du muscle oblique inférieur gauche, ayant provoqué chez l'enfant un torticolis à gauche, et la fixation avec l'œil paralysé lors du redressement forcé de la tête, tandis que l'œil droit est dévié par pseudo-spasme du droit supérieur droit.

Un cas d'épithélioma du limbe scléro-cornéen.

M. Gauthier. Il s'agit d'une femme de 61 ans, présentant sur le quadrant interne de la cornée de l'œil gauche une tumeur partant du limbe et s'avançant vers le centre de la cornée, sur une étendue de 5 millimètres. D'une couleur brunâtre et d'un aspect granuleux, le néoplasme avait une consistance molle et adhérait à la cornée par tous les points où il la recouvrait. La tumeur fut excisée et l'ablation suivie d'une cautérisation au galvanocautère. Un mois après, une récidive nécessita une nouvelle excision et cautérisation, mais celle-ci très large et très profonde cette fois. Depuis 7 à 8 mois, le résultat se maintient bon, avec persistance d'un ulcère à caractère asthénique. Sans qu'on puisse parler encore de guérison, on peut dire que c'est la seconde cautérisation qui a enrayé le mal et qu'il convient, dans ces cas d'épithélioma du limbe, de ne pas craindre d'entamer par le galvanocautère la majeure partie des lamelles cornéennes et sclérales rendues suspectes par le voisinage de la tumeur.

L'examen microscopique a établi le diagnostic d'épithélioma pavimenteux avec perles épidermiques.

REVUE DES CONGRÈS

XVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE CHIRURGIE

Tenu à Rome du 27 au 30 Octobre 1900.

Deux cas de papillome vésical.

M. Betagh présente 2 cas de papillome vésical où le diagnostic ne put être déterminé par les moyens ordinaires y compris l'examen cystoscopique en raison du trouble du contenu vésical.

La taille sus-pubienne fut pratiquée. Dans un cas la tumeur était unique, implantée sur le trigone; dans le second cas il y avait 5 papillomes, 4 près du trigone, 1 sur la paroi antérieure de la vessie.

Influence de la ligature des vaisseaux spermatiques sur la nutrition de la prostate.

M. De Rizzo expose les résultats des expériences qu'il a pratiquées sur le chien, en pratiquant la ligature simple ou bilatérale des vaisseaux prostatiques pour étudier l'effet produit sur la prostate. Il affirme avoir noté dans tous les cas l'atrophie de la prostate et pense que, dans tous les cas où l'on ne peut employer la méthode de Bottini, on peut substituer à la castration ou à la résection des déférents la ligature ou la résection des vaisseaux spermatiques.

M. Salomoni rappelle le travail qu'il a publié il y a 4 ans en collaboration avec M. Colombini et où ils montraient que les expériences sur les animaux n'ont qu'une valeur physiologique et ne peuvent être citées comme preuve de l'efficacité thérapeutique, car ces animaux ont la prostate saine, alors que l'ischurie prostatique est due à un fibro-myo-adénome de la prostate.

M. D'Antona n'est pas partisan de la castration et pense que tous les procédés employés pour combattre l'ischurie prostatique sont inférieurs à l'incision thermo-galvanique de Bottini.

Conservation des ovaires dans l'hystérectomie totale pour myo-fibromes utérins.

M. Pascale. — Cette question est intimement connexe à celle de l'histogénèse et de la physiologie de l'ovaire. Ce n'est pas une question nouvelle, car elle est nécessairement liée à la castration et à ses médications, et on peut dire qu'elle fut la conséquence de l'abus qui fut fait de la castration ovarique surtout en Amérique.

Un écho de cette question a été porté au Congrès de chirurgie de Paris en 1891, où Spencer Wells et Lawson Tait se montrèrent complètement en désaccord avec les chirurgiens

français. L'année suivante, en 1892, la question fut discutée au Congrès d'obstétrique de Bruxelles, puis en 1896, au Congrès de Genève, et finalement au dernier Congrès de Paris, 1900, par Mauclaire et Jayle, les partisans de la conservation des ovaires, par Pozzi et Bouilly, qui dirent ne pas croire à la cachexie ovarique et ne se montrèrent partisans ni de la conservation, ni de l'implantation des ovaires, ni du traitement consécutif par le suc ovarique.

La question est donc loin d'être résolue.

L'auteur s'est proposé les questions suivantes : dans les fibromes est-il nécessaire de laisser l'ovaire dans le seul but d'assurer la sécrétion ovarique interne? Cela est-il sans inconvénient pour la malade? En d'autres termes, l'ovaire laissé en place conserve-t-il sa fonction? En outre, la castration utérine a-t-elle ou non une influence sur la glande? Enfin des données cliniques des malades opérées, quelles déductions peut-on tirer?

Pour répondre à ces questions, M. d'Antona s'est proposé :

1° L'étude des altérations que l'on rencontre dans les ovaires de femmes atteintes de myofibromes;

2° L'étude des ovaires laissés expérimentalement en place dans les différents modes d'hystérectomie;

3° Les rapports et l'interprétation difficile des lésions rencontrées;

4° Les faits cliniques observés chez les malades, soit avant, soit après l'opération.

Les premières recherches anatomiques concernent surtout mes opérées. La première remonte à 3 ans (1897). En outre j'ai fait des recherches sur la riche collection du professeur Antona et de M. Spinelli.

Les altérations constantes peuvent se résumer ainsi :

A. *Troubles circulatoires*, qui ordinairement sont d'origine mécanique. Développement des vaisseaux surtout dans la portion médullaire mais aussi dans la portion corticale. Stase veineuse. Gros vaisseaux communiquant librement entre eux, donnant l'aspect d'un tissu caverneux ;

B, *Troubles de dégénérescence* : épaississement notable du tissu conjonctif, dégénérescence microkystique, rareté des follicules ;

C. *Processus d'atrophie* sur les follicules et surtout sur l'épithélium germinatif qui a complètement perdu ses caractères.

Ces résultats infirment les faits contradictoires signalés par Gloswecke, Grammatikati, Bordé et Mauclaire. Les expériences de M. Pascale furent faites sur des chiens et des lapins après hystérectomie abdominale :

1° En laissant un seul ovaire soit en connexion avec la circulation de l'artère utérine on de la spermatique, soit avec la seule utérine, soit en supprimant complètement l'utérine et la spermatique;

2° En laissant un seul ovaire en place, l'autre étant enlevé après ligature, puis inséré dans la paroi abdominale;

3° En pratiquant la simple hystérectomie avec le moins de dégât possible, puis enlevant les ovaires à époques différentes suffisamment espacées.

M. Bastianelli pense que les faits intéressants signalés par M. Pascale ne peuvent être encore généralisés.

M. Ceci rapporte 3 cas qui prouvent la réalité de la cachexie ovarienne.

Recherches expérimentales sur la production de la hernie vésicale,

M. Alessandri rapporte 4 cas de hernie vésicale et dit que la pathogénie de la hernie vésicale ne peut être regardée comme univoque; il existe certainement des cystocèles primitives dans lesquelles, indépendamment de la flaccidité et de la distension des parois vésicales, l'action éventuelle de la graisse prévésicale peut être due à la présence de diverticules ou de cellules vésicales congénitales.

Dans les cystocèles secondaires il faut tenir compte de l'importance des tractions du péritoine sur le sac herniaire ayant primitivement contracté des adhérences péricystique.

M. Parlavecchio a opéré 6 cas de cystocèle, et dans aucun il n'a noté de lésions rénales ou urétérales.

M. Bonomo insiste sur l'importance des diverticules vésicaux dans la pathogénie de la cystocèle.

Action de l'iode dans la péritonite tuberculeuse.

M. Biagi a traité de cette façon 6 cas.

1er cas (février 1896), femme 20 ans, ayant depuis 3 mois une forme de péritonite chronique exsudative. Etat général grave, fièvre vespérale. Laparotomie. On retire 3 litres de liquide purulent; amélioration puis récidive.

Injection iodo-iodurée : 1 centigramme d'iode par jour. Guérison en 1 mois.

2e cas (janvier 1896), femme de 21 ans, péritonite chronique depuis 3 mois, à forme exsudative, fièvre, état général grave. Injections iodo-iodurées. Guérison en 2 mois.

3e cas (novembre 1898), femme 31 ans, péritonite tuberculeuse avec lésions pulmonaires droites graves; fièvre vespérale élevée. On pratique 41 injections iodo-iodurées de 2 centigrammes. Guérison de la péritonite sans amélioration des lésions pulmonaires.

4e *cas* (mai 1893), femme 18 ans, péritonite chronique, 22 injections iodo-iodurées. Guérison et amélioration de l'état général.

5e cas (janvier 1900), femme de 31 ans, péritonite tuberculeuse depuis 1 an; fièvre; état général grave, 93 injections. Guérison complète. L'amélioration commença dès la 20e injection.

6e cas, enfant de 5 ans avec péritonite exsudative chronique datant de 3 mois; lésions pulmonaires; sujet éminemment scrofuleux; lichen; eczéma des narines; kératite et conjonctivite. 60 injections iodo-iodurées. Grande amélioration.

Diagnostic. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse dans tous ces cas s'imposa par la marche progressive et chronique des premiers symptômes, l'affaiblissement rapide et grave de l'état général, l'anémie, la fièvre, l'existence de lésions pulmonaires, les antécédents.

Action de l'iode. L'efficacité du traitement iodé est prouvé par la chute de la fièvre dès la première injection, par la résorption concomitante du liquide exsudé, par l'amélioration notable de l'état général.

La dose des injections a varié entre 1 et 3 centigrammes en injections sous-cutanées.

M. Biondi dit qu'assurément l'iode est un traitement héroïque contre la tuberculose chirurgicale, et dans 47 cas de tuberculose chirurgicale à siège variable il en a obtenu de bons résultats.

M. Parlavecchio dit que l'iode n'agit pas tant comme spécifique de la tuberculose que comme modificateur de la nutrition.

M. Alessandri a présenté au dernier Congrès 3 cas de tuberculose articulaire (une du coude, une de l'articulation radio-carpienne, une des os du carpe) parfaitement guéris.

M. Ceci pense que le traitement iodo-ioduré est une des plus remarquables acquisitions thérapeutiques de ces temps. Il a obtenu la guérison dans des cas de péritonite tuberculeuse qui ont récidivé à la laparotomie.

M. Roth reconnait le mérite de Durante qui a introduit cette méthode de traitement et dit avoir obtenu par ce moyen de meilleurs résultats que par n'importe quel autre procédé.

M. de Gaetano rapporte un cas d'otite moyenne tuberculeuse bilatérale, opérée 2 fois en 6 ans par craniectomie, en raison de l'extension du processus à la mastoïde gauche et au cerveau. Depuis la seconde opération le malade a été soumis aux injections iodo-iodurées. Après une cinquantaine d'injections, il y eut une amélioration générale.

M. Bonomo rapporte les bons résultats qu'il a obtenus par cette méthode chez un syphilitique rebelle au traitement.

M. Martini explique comment le professeur Sclavo obtient son liquide iodé.

M. Durante essaye de mettre la question au point. L'iode n'est pas un médicament spécifique de la tuberculose, car dans ce cas il devrait agir dans les tuberculoses médicales aussi bien que chirurgicales. Il pense que l'iode met l'organisme en état de résistance contre le bacille tuberculeux. Il augmente la vitalité des éléments contre le bacille. Il croit que le médicament doit être donné à faible dose, 1 centimètre à 1 cent. 1/2 au plus.

NÉCROLOGIE

Le Professeur Potain.

Tous les médecins, aussi bien ses anciens élèves que ceux qu'il a tant de fois aidés de ses savants conseils, ont été douloureusement affectés en apprenant la mort subite de M. Potain. Tous, en effet, vénéraient et aimaient ce maître excellent qui, depuis de si longues années, donnait l'exemple de ce que peut être un médecin conscient de la haute mission qu'il est appelé à remplir.

Au lendemain de sa mort, j'ai dit ce qu'il avait été comme médecin d'hôpital et comme médecin consultant et, parlant pour ceux qui avaient su maintes fois apprécier ce qu'il y avait dans son âme d'élévation morale, de bonté et de charité, j'ai dû n'insister que sur les qualités maîtresses de cet homme de bien dont le caractère égalait le savoir.

En rappelant ici les principales étapes de sa vie scientifique, je veux parler surtout des services qu'il a rendus par son enseignement et par ses écrits.

Né à Saint-Germain-en-Laye le 25 juillet 1825, interne des hôpitaux le 18 décembre 1848 en même temps que Axenfeld, Charcot, Trélat et Vulpian, il avait, comme condisciples et amis intimes, le professeur de Lacaze-Duthiers, interne de 1846, qui lui enseigna l'anatomie, et Labric reçu l'année suivante. Sa thèse de doctorat : *Des souffles vasculaires qui suivent les hémorrhagies* (1853) fut remarquée, et successivement Potain devenait chef de clinique de Bouilland, puis médecin du Bureau central (1859), et la même année agrégé de la Faculté avec une thèse sur *les Lésions des ganglions lymphatiques viscéraux*. Suppléant de Rostand et de Bouilland à la Faculté, médecin de l'hospice des Ménages (1860), de l'hôpital Saint-Antoine (1865) et de l'hôpital Necker (1866), il fut nommé professeur de pathologie interne en 1876, et en 1877 professeur de clinique médicale à l'hôpital Necker. Dix années plus tard il transférait son enseignement à l'hôpital de la Charité. Sans avoir fait acte de candidature, il fut élu en 1882 membre de l'Académie de médecine, et en 1894 membre de l'Académie des sciences.

M. Potain, on ne saurait trop le redire, fut à l'hôpital un modèle d'exactitude et de dévouement à ses élèves et à ses malades. On n'a point oublié le zèle avec lequel il présidait lui-même à la consultation externe de Necker, non plus que ses visites du dimanche matin, durant lesquelles il perfectionnait, avec le concours de son ami François-Frank, les méthodes de recherches pour l'étude des maladies du cœur, ou bien consacrait à ses élèves de prédilection de longues heures d'enseignement pratique, ou encore assurait aux malades pauvres des soins plus minutieux, plus dévoués, grâce à une plus attentive sollicitude.

J'ai écrit qu'il fut un professeur incomparable. Peut-être le mot éducateur conviendrait-il mieux, car M. Potain n'a point eu les qualités physiques qui font l'orateur. Il fallait savoir écouter pour profiter de cette parole voilée, à timbre bas, un peu uniforme. Mais que son style était pur, son exposition nette, sa diction précise. On l'a bien vu à l'Académie de médecine les jours où il voulait bien y lire un rapport, petit chef-d'œuvre d'analyse et de critique, entendu de chacun, car nous tenions tous à l'applaudir.

Et comme il savait toujours, dans ses leçons longuement et sérieusement préparées, mettre en relief les idées nouvelles, les faits à retenir !

Ces leçons ont été presque toutes publiées au jour le jour, et l'on ferait bien des volumes intéressants et instructifs en les reproduisant d'après les journaux qui les ont fait connaître.

Mais les plus remarquables, les plus originales de ces leçons ont été rédigées par l'un des disciples les plus affectionnés de M. Potain, le Dr Vaquez, et insérées en tête du bel ouvrage intitulé : *Clinique médicale de la Charité*. Ce livre, qui parut en 1894, l'année qui suivit l'élection de M. Potain à la place que la mort de Charcot laissait vacante à l'Académie des sciences, résume l'œuvre vraiment personnelle du maître que nous venons de perdre. Cette œuvre chacun l'appréciera à sa valeur en comparant les traités anciens des maladies du cœur aux articles qu'on peut lire aujourd'hui dans les nouveaux traités de médecine. Elle montre jusqu'à quel point M. Potain a renouvelé et précisé l'étude pathologique du cœur et des gros vaisseaux (1).

Ses leçons sur la séméiologie du cœur resteront classiques, aussi bien que ses mémoires sur *les souffles cardio-pulmonaires* et sur *le choc de la pointe du cœur*. Il a voulu faire mieux encore en publiant son premier livre de clinique. Il a tenu à associer à sa renommée ceux de ses élèves qu'il aimait le plus : « Rien ne saurait, a-t-il dit, m'être plus agréable que cette publication en commun des travaux que nous avons faits côte à côte, pour lesquels nous nous sommes mutuellement entr'aidés et qu'une affection réciproque a entourés des plus chers souvenirs ». Et c'est ainsi qu'à côté des mémoires de M. Potain ce livre renferme un travail des plus remarquables signé par François Frank et intitulé : *Analyse expérimentale de l'action de la digitaline*, une œuvre importante de M. H. Vaquez sur *la phlébite des membres* et d'autres travaux de ses élèves, MM. Teissier, aujourd'hui agrégé de la Faculté, et Suchard.

Ce qu'il a été pour ses disciples, on le voit en lisant la préface du seul livre didactique qu'il ait publié. Ce qu'il a été pour ses amis, un seul exemple le fera ressortir. Parrot était gravement malade au moment où le comte de Chambord, agonisant, faisait demander au plus renommé des médecins français de venir le voir à Frosdorff. M. Potain n'hésita pas un instant. Il préféra rester près de son ami et décida M. Vulpian à partir à sa place.

Esclave du devoir et fidèle à ses amitiés, M. Potain fut toujours ennemi de l'intrigue et dédaigneux de la réclame. Il ne laisse que des regrets et des exemples, parce qu'il fut toujours bon, désintéressé et honnête, parce qu'il a su rehausser dans l'estime publique une profession qu'il aimait avec passion.

L. LEREBOULLET.

CORRESPONDANCE

Lyon, le 7 janvier 1901.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens de lire la lettre que M. Héricourt vous a adressée à l'occasion de mon article sur les sérums cytolytiques du 27 décembre dernier. Je comprends toute la valeur de l'objection que me fait M. Héricourt, mais je crois que cette objection n'a pas une valeur suffisante pour qu'il faille abandonner l'idée que j'ai exposée ; en effet, au lieu d'accepter de reconnaître que l'expérience faite par M. Héricourt enlève tout espoir de guérir les cancers par la cytolyse, j'interprète cette expérience en disant qu'elle n'établit qu'une chose, c'est que le sérum préparé dans l'expérience en question n'était pas cytolytique. Or j'ai dit qu'il faudrait employer le sérum une fois qu'on se serait assuré qu'il avait acquis des propriétés cytolytiques ; il est vrai que je me suis moi-même laissé entraîner à croire que l'acquisition de ces propriétés cytolytiques serait très simple, et à ce propos je ne puis qu'être reconnaissant à M. Héricourt de m'avoir mis en garde contre cette idée ; peut-être est-il difficile d'obtenir un sérum cytolytique, mais la chose doit être possible, et avec cette petite correction je maintiens mon programme.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Louis DOR.

1. Nous ne pouvons ici que signaler ses œuvres principales. Rappelons cependant les services signalés qu'il a rendus aux praticiens par l'invention d'appareils ingénieux tels que son aspirateur et son sphygmomanomètre.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La polynévrite grippale,

D'après M. Diemer.

L'histoire des névrites et particulièrement celle de la névrite grippale est de date récente. Pour ce qui est plus particulièrement de l'action de la grippe sur les nerfs, ce n'est guère qu'à la suite de l'épidémie de grippe de 1889-1890 que cette névrite commence à être soupçonnée. Avant cette époque l'action nocive exercée par la grippe sur le système nerveux n'était pas admise par tous les médecins : « La grippe est une invention des gens sans le sou et des médecins sans clients », écrivait Broussais en 1837, et cependant, la même année Lombard, de Genève, voyait juste quand il lui répondait : « La grippe est une maladie dont le caractère est essentiellement nerveux et qui paraît agir sur les fonctions cérébrales d'une manière identique à celle des poisons animaux qui constituent le germe du typhus et des autres fièvres graves ».

Puis vint l'avènement des doctrines microbiennes, et de nombreuses recherches amenaient Pfeiffer à la découverte d'un bacille spécifique. Dès lors la névrite grippale devait avoir sa place dans le cadre des maladies, et à mesure que la conception pathogénique de certaines névrites s'affirmait, les observations qu'on en publiait devenaient plus nettes et plus probantes.

C'est avec une dizaine d'observations de polynévrite grippale publiées depuis 1890, que M. Diemer (1) aborde l'étude de cette affection encore peu connue.

Le substratum anatomique de la polynévrite est encore mal connu, car il n'existe qu'un seul cas de cette affection suivi d'autopsie. Il s'agit d'un homme chez lequel la fièvre, la courbature, les frissons, la céphalée joints à un peu de bronchite, indiquent suffisamment la grippe, et qui mourut à la suite d'une paralysie du diaphragme, après avoir présenté des symptômes très accusés de polynévrite.

M. Mollard, attaché au service de M. le professeur Lépine (de Lyon) dans le service duquel ce malade a succombé, a examiné ses nerfs soit sur des coupes, soit par dissociation. Il a constaté :

1° Sur les nerfs, des lésions dégénératives très nettes et d'autant plus marquées qu'on s'approche davantage de leurs extrémités périphériques; dans les nerfs médian et tibial postérieur notamment, on constate un assez grand nombre de gaines vides, renfermant de nombreux noyaux; à côté existent d'autres tubes avec la myéline se présentant en boules; d'autre part, on constate quelques tubes sains. Sur les coupes transversales du nerf tibial postérieur notamment, on constate que la myéline a complètement disparu dans la plupart des faisceaux;

2° Pour la moelle, les coupes ont porté sur les renflements cervical et lombaire, à la partie moyenne et supérieure. Dans ces points les cellules des cornes antérieures ne paraissent pas saines; beaucoup sont chargées de pigment, diminuées de volume, paraissant occuper une cavité trop grande pour elles. Presque toutes ont perdu leurs prolongements. Il n'existe pas de lésions du côté des autres cordons;

3° Pour les muscles, principalement pour ceux de l'éminence thénar et les jambiers, on constate tous les signes de dégénérescence vitreuse et de la myosite interstitielle.

En somme, dans ce cas, on a trouvé de la névrite parenchymateuse, non pas de la névrite interstitielle, de la névrite péri-axile, comme M. Gombault en a observé dans ses recherches. Ces lésions de dégénérescence signalées par Waller consistent donc essentiellement dans un gonflement du noyau et du protoplasma du segment interannulaire dont l'étranglement s'accuse; puis ce segment se fragmente, donnant lieu à la formation de boules de myéline que séparent des travées protoplasmiques à noyaux en voie de multiplication, le cylindre-axe à son tour se fragmente, chaque fragment occupant le centre d'une boule de myéline qui subit la dégénérescence graisseuse et est reprise par les vaisseaux; en somme, grâce à des phénomènes d'osmose à travers la gaine de Schwann, disparition du cylindre-axe et de la myéline, laissant libre et vide la gaine de Schwann.

Quant à expliquer la pathogénie de cette névrite, le mode d'action exercé par l'élément microbien de la grippe sur les nerfs périphériques, la chose n'est pas difficile. Dans la diphthérie, par exemple, il est démontré aujourd'hui que le bacille ne passe pas dans le sang, de même pour la grippe. Si la grippe est une infection produite par un agent qui lui est propre, tous les phénomènes qui en sont l'expression clinique ne sont autre chose qu'une intoxication due aux toxines sécrétées par cet agent. Quelle que soit la toxine sécrétée, que ce soit de la toxine diphthérique, grippale ou tétanique, la conception pathogénique que l'on se fait de l'affection ne saurait changer.

La polynévrite grippale débute ordinairement pendant la période de convalescence, comme les névrites diphthériques auxquelles elle a été souvent comparée. Elle survient à une époque variable, 10 jours, 3 semaines, 15 jours, 1 mois après le début de l'infection. Depuis quelques jours, parfois quelques semaines, le malade se remet de sa grippe; la fièvre est tombée; les phénomènes nerveux proprement dits, thoraciques ou gastro-intesti-

1. Contribution à l'étude de la polynévrite grippale (*Thèse* de Paris, 1900).

naux, ont disparu et des troubles de la sensibilité ou des troubles moteurs ouvrent la scène. Que l'attaque de grippe ait été franche ou non, la parésie motrice ou la paresthésie attirent de suite l'attention. Bientôt l'évolution de la maladie se poursuivant, les symptômes deviennent plus nets et on a alors sous les yeux un tableau plus ou moins complet de la polynévrite périphérique, qui n'est pas quelconque, mais présente certains signes propres qui justifient la séparation clinique de la polynévrite grippale.

Toutefois cette indépendance de la polynévrite grippale vis-à-vis des autres polynévrites ne peut être que relative : les fonctions multiples des nerfs périphériques, la dissémination possible des lésions sur des points multiples du système nerveux, font prévoir la variabilité extrême des troubles qui peuvent être moteurs, sensitifs ou trophiques.

Les troubles moteurs sont constants dans la polynévrite grippale, qui est avant tout une polynévrite motrice. Ils sont constitués par des paralysies dont le siège est très variable et cette variabilité de siège est tellement constante qu'il paraît impossible de donner à la polynévrite grippale une prédilection pour tel ou tel groupement musculaire. Nous pouvons dire que tous les muscles peuvent être frappés de paralysie et que, par conséquent, les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence varient suivant les divers modes de localisation des lésions. C'est ainsi que les quatre membres peuvent être atteints; mais le plus souvent la paralysie se cantonne soit aux membres inférieurs, soit aux membres supérieurs, avec prédominance d'un côté. Les muscles du tronc sont rarement pris. Il en est de même des muscles du cou.

Les muscles de la face sont souvent affectés, et sur les 10 observations que publie M. Diemer, on a, dans 5 cas, pu constater l'existence d'une paralysie faciale double périphérique. Le pneumogastrique est souvent touché et l'on peut se demander avec Burney Yeo quelle part il faut attribuer à la névrite du vague dans les troubles cardiaques ou cardio-pulmonaires que l'on observe si souvent au cours de l'influenza. Mentionnons enfin tout spécialement les paralysies de l'œil. Ces paralysies fréquemment citées peuvent porter sur l'oculo-moteur commun (Faye, Fukula, Uhtoff), sur l'oculo-moteur externe (Valude), sur le nerf optique (Antonelli, Bergmeister). La névrite auditive post-grippale est notée dans l'observation de Gradenigo. Les muscles du voile du palais et du pharynx ne sont pris qu'exceptionnellement (Bonnet). La paralysie du diaphragme a été observée une fois (Bonnet).

Quels que soient leurs sièges, ces paralysies présentent des caractères communs qu'il est important de connaître. Il est certain qu'aucun d'eux ne peut être pathognomonique de la polynévrite grippale, mais réunis ensemble, ils forment un tout qui présente une réelle valeur. Dans toutes les observations, on a constaté ce fait, qui évidemment n'est pas propre à la polynévrite grippale, mais qui a néanmoins de l'importance, c'est la prédilection de la paralysie pour les extrémités des membres et la diminution de son intensité à mesure qu'on se rapproche de la racine de ces membres, cette prédilection aux extrémités frappant surtout les muscles extenseurs. La synergie des muscles antagonistes fait comprendre alors que la paralysie d'un groupe musculaire amène des troubles de la motilité dans le groupe des muscles antagonistes, alors que ceux-ci ne présentent aucune altération organique. Les mouvements exécutés par ces muscles manqueront donc d'énergie et de précision. Une autre conséquence singulière de cette synergie des muscles antagonistes dans les mouvements volontaires, c'est que parfois, lorsqu'un groupe de muscle est paralysé, l'effort du malade pour mettre ces muscles en action se traduit par un mouvement en sens inverse.

Les troubles des réactions électriques sont constants dans les groupes musculaires atteints, et leur ensemble constitue la réaction de dégénérescence.

Un autre caractère commun à ces paralysies sur lequel M. le professeur Raymond a insisté et qui constitue un bon élément de diagnostic, c'est l'irrégularité de leur marche. C'est ainsi que certaines de ces paralysies frappent d'emblée le malade et disparaissent complètement, et cela d'une façon rapide, tandis que d'autres évoluent sournoisement, apparaissent peu à peu et sont d'une ténacité désespérante.

Aux troubles paralytiques s'adjoignent fréquemment des phénomènes ataxiques. Ces troubles de la marche ne sont pas le résultat d'une incoordination motrice et ne peuvent être confondus avec la démarche incoordonnée du tabes; ils résultent de la paralysie des muscles extenseurs de la jambe. Toutefois cette démarche particulière est un peu analogue à celle du tabes, car le malade talonne, mais il ne soulève pas la jambe avec brusquerie comme le fait l'ataxique. De même pour l'incoordination des membres supérieurs; dans certains cas, les mouvements qu'exécute le malade après avoir fermé les yeux sont irréguliers, mais ils n'ont jamais ou presque jamais la brusquerie des mouvements tabétiques.

Enfin un des derniers caractères communs à ces paralysies, c'est leur flaccidité constante. Dans aucune des observations on a constaté de la contracture, et c'est là un caractère sur lequel on ne saurait trop insister.

Les troubles de la sensibilité ne sont pas très accusés dans la polynévrite grippale.

Quand ils existent, ils consistent d'une part en des sensations anormales, généralement pénibles, souvent douloureuses, qui apparaissent spontanément, ou bien qui sont provoquées par certaines manœuvres, et d'autre part en une perturbation, un affaiblissement des divers modes de la sensibilité. Tantôt ces troubles précèdent la paralysie et consistent en sensations d'engourdissement, de fourmillement, de froid, localisées aux extrémités. Ces troubles peuvent du reste ne constituer qu'une simple gêne; mais quelquefois ces phénomènes subjectifs deviennent fort pénibles pour le malade et sont accompagnés ou suivis de douleurs qui, tantôt modérées et intermittentes, peuvent avoir une grande intensité et devenir continues. Tantôt les troubles de la sensibilité accompagnent la paralysie et se traduisent alors par des désordres variés. L'hyperesthésie cutanée est fréquente; le poids des couvertures peut être pénible; le simple attouchement de la peau peut provoquer de vives douleurs. La compression des troncs nerveux et des masses musculaires est souvent cause de très grandes souffrances d'une durée plus ou moins longue. L'état de la sensibilité articulaire est peu connu; il est cependant signalé comme normal dans une observation de M. Bonnet.

En somme les troubles de la sensibilité, bien que constants, n'atteignent jamais ici l'intensité qu'ils présentent dans certaines polynévrites et en particulier dans la polynévrite alcoolique.

Les troubles trophiques et vaso-moteurs sont en général peu marqués dans la polynévrite grippale. L'atrophie musculaire est signalée dans presque toutes nos observations, mais cette atrophie n'est jamais très considérable, bien qu'elle puisse, dans la suite, entraîner des consé-

quences fâcheuses. C'est généralement quand la paralysie a cessé de s'accroître et de s'étendre, alors qu'elle est dans toute la plénitude de son développement, que l'atrophie survient; parfois elle ne devient apparente qu'à une époque où les troubles fonctionnels des muscles sont déjà en voie de diminution.

D'autres troubles trophiques ont été également signalés; c'est ainsi que Grasset rattache à la névrite grippale l'apparition d'eschares profondes survenant chez des jeunes sujets en l'absence de décubitus prolongé. Huchard a également signalé des éruptions de zona sur le parcours des nerfs atteints. Bidon rapporte le cas d'une hypertrophie passagère du sein, et un autre cas dans lequel les nerfs secrétoires ont été atteints; il s'agit d'une femme de 41 ans qui, à la suite de grippe, eut de véritables crises de sueurs dans des régions assez étendues du corps, concordant avec une sensation de chaleur intense dans les mêmes zones.

Les réflexes cutanés sont affaiblis, plus souvent complètement abolis; de même pour les réflexes tendineux dont l'abolition complète peut être posée en règle. Ces réflexes tendineux peuvent être normaux dans les membres supérieurs et abolis dans les membres inférieurs, ou inversement conservés dans ceux-ci et abolis dans ceux-là; tout dépend du siège de la névrite et des membres atteints. L'examen des réflexes est un signe qui, sans être pathognomonique, puisqu'il n'appartient pas exclusivement à la névrite qui nous occupe, a une grande signification au point de vue du diagnostic de cette affection. Quant aux sphincters, ils sont le plus souvent intacts.

L'état psychique des malades ne subit aucune modification du fait de la polynévrite. Il est en effet démontré aujourd'hui d'une façon certaine que certains agents capables de provoquer des polynévrites peuvent aussi faire naître des troubles mentaux d'une physionomie spéciale qui coïncident souvent avec les lésions des nerfs; c'est Korsakoff, de Moscou, qui, le premier, ayant donné une description de ces troubles mentaux, les englobait tous sous le nom de psychose polynévritique. Cette psychose polynévritique ne semble donc pas faire partie du tableau clinique de la polynévrite grippale.

La polynévrite grippale présente une marche aiguë ou subaiguë; on n'a pas constaté qu'elle pût être chronique. Dans certains cas l'affection offre, du commencement à la fin, la même allure et mérite une des deux qualifications précédentes, quelle que soit la période à laquelle on l'observe.

Si l'on prend en considération le degré d'étendue des troubles symptomatiques, la polynévrite grippale peut être divisée en deux formes, l'une généralisée, l'autre localisée, qui se relient du reste par une série d'intermédiaires. Ainsi, par exemple, les troubles moteurs sont parfois limités soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs et n'en atteignent même que quelques muscles; dans d'autres cas, au contraire, les phénomènes de paralysie sont étendus aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, à la paroi thoracique ainsi qu'au diaphragme, et occupent la totalité des muscles des régions atteintes.

La polynévrite grippale guérit habituellement sans laisser de traces; mais il peut arriver qu'elle laisse après elle des atrophies incurables dans certains groupes musculaires; dans certains cas, heureusement exceptionnels, par la multiplicité des troubles qu'elle provoque, par l'atteinte des muscles de la vie organique, elle peut provoquer une issue fatale. C'est ainsi que dans l'observation de M. Bonnet, la mort est arrivée en 2 mois par paralysie du diaphragme. D'une manière générale, on peut dire que le pronostic de la polynévrite grippale est moins grave que celui d'une maladie organique de la moelle, mais qu'il ne faudrait pas croire outre mesure à sa bénignité.

Y a-t-il un traitement prophylactique de la polynévrite grippale? Il est certain que chez les sujets en convalescence de grippe, quand le système neuro-musculaire a particulièrement pâti, le médecin peut, jusqu'à un certain point, soustraire son malade aux manifestations nerveuses de la grippe, en reconstituant ses forces au moyen d'un régime réparateur, en surveillant et en dirigeant sa manière de vivre en vue de le soustraire aux émotions, aux fatigues nerveuses, à toute fatigue musculaire, en favorisant le jeu des émonctoires, afin de hâter l'élimination des toxines, au moyen de bains chauds, des diurétiques, du lait.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le médecin est généralement mis en présence d'une polynévrite qu'il est appelé à reconnaître et à guérir. Même dans ces conditions, étant donnée la facilité des rechutes ou des récidives de la polynévrite, il peut encore agir en remplissant une double condition : soustraire le malade aux circonstances connues pour être la cause occasionnelle de la polynévrite, atténuer l'influence de la prédisposition héréditaire ou acquise.

Il faut mettre son sujet à l'abri de certaines causes occasionnnelles tangibles et très répandues : alcool, intoxication professionnelle, surmenage physique, contention d'esprit, soucis.

Mais ce n'est pas toujours possible, et c'est habituellement un traitement symptomatique que nous pourrons seul établir, et parmi tous les symptômes c'est l'élément douleur qui pourra nous occuper le plus. Laisser les malades au repos absolu dans l'attitude qui leur procure le plus de soulagement, mais surveiller et prévenir les attitudes vicieuses, doit être la première règle. Dans la clientèle aisée, on peut, suivant le conseil donné par Buzzard, recourir à l'usage du matelas d'eau, dans les cas de polynévrite grave accompagnée de douleurs excessives. Pour éviter les attitudes vicieuses et pour empêcher que des mouvements indispensables ne réveillent des douleurs trop vives, on peut recourir aux analgésiants. La morphine vient en première ligne, mais on ne sera autorisé à y recourir qu'à une double condition : 1° il faut que l'emploi de l'injection de morphine soit absolument passager; 2° il faut que la polynévrite ne s'accompagne point de manifestations en rapport avec une lésion cardiaque ou avec un envahissement du nerf vague.

L'antipyrine et le salicylate de soude rendent de grands services. Le salophène, l'exalgine, la phénacétine, l'anilipyrine, ont été employés avec succès. Le bleu de méthylène n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Quant à l'acide phénique qui a été préconisé par Caspari et par Weber en lotions, et par Eulenburg en injections sous-cutanées (solution à 2 p. 100), il serait à employer.

Dans les cas où cette thérapeutique antialgique ne donnerait pas de résultats, on pourrait essayer un traitement qui a été préconisé par le Dr Pospischill, de Berlin : appliquer sur les parties douloureuses une première couche de bandelettes circulaires de toile imprégnées d'eau froide, recouvrir cette première couche d'une seconde couche d'ouate sèche, envelopper le tout d'un tissu imperméable. Quand la polynévrite grippale affecte

les membres inférieurs, il conseille de soumettre la région dorso-lombaire à une réfrigération prolongée. Pour cela, on enroule autour du bas du tronc un tube en caoutchouc au travers duquel on fait passer un courant d'eau froide à 16°.

Contre l'insomnie, on donne du bromure de potassium et de la morphine, le bromure de potassium exalte en quelque sorte l'action soporifique et antialgique de la morphine.

Si le cœur faiblit et lorsque cette faiblesse se traduit par de la tachycardie, de la petitesse du pouls, puis par de l'intermittence des pulsations, en dehors des injections sous-cutanées de caféine, d'éther ou d'huile camphrée, l'excitation faradique du nerf vague au niveau de la partie supérieure de la région carotidienne a donné de bons résultats.

S'il y a extension de la paralysie aux organes de la respiration, il y aura lieu d'employer les cataplasmes sinapisés, le battage du tronc avec des linges froids, la faradisation superficielle et profonde, les inhalations d'oxygène.

Quand il y a paralysie des muscles qui concourent à l'acte de la déglutition, et que de ce fait il y a entrave sérieuse à l'alimentation, il faut gaver le sujet au moyen de la sonde stomacale.

Les souffrances spontanées du malade ont disparu, les signes de la réaction de dégénérescence n'existent plus et l'exploration des nerfs et des muscles révèle une simple diminution de l'excitabilité de ces organes; c'est alors que doit être mis en œuvre le traitement curatif.

Pour que ce traitement soit efficace, il doit comprendre deux ordres de faits : la restauration anatomique des muscles et des nerfs altérés, et la restauration fonctionnelle de ces mêmes organes.

La première condition ne peut être réalisée qu'autant que l'organisme trouve en lui de quoi faire les frais de cette régénération. C'est pourquoi s'impose la nécessité d'une alimentation reconstituante. Le lait, les œufs, les vins généreux, les cervelles, les poissons de mer, les lentilles, les graisses, les glycéro-phosphates et surtout les hypophosphites, les viandes blanches et les viandes grillées doivent former toute l'alimentation. Une fois que l'état général du malade s'est relevé, il faut lui permettre d'utiliser les matériaux qu'il a acquis. C'est alors qu'interviendra tout ce qui est susceptible d'activer, sans inconvénients, la circulation dans les nerfs et dans les muscles paralysés et atrophiés, à savoir le massage, la faradisation et la galvanisation des nerfs et des muscles pratiquées avec ménagement et graduation, les frictions excitantes faites avec douceur, les bains chauds de courte durée, les lotions tièdes, la gymnastique.

Au bout de peu de temps, le malade sera de nouveau capable de soulever ses membres, de leur imprimer des mouvements simples. Il s'agira alors de réveiller en eux la notion et l'habitude du mouvement. C'est par des mouvements passifs imprimés par lui que le médecin débutera ; peu à peu, il substituera à cette gymnastique passive une gymnastique active, en partant des mouvements les plus simples aux mouvements de plus en plus compliqués. Ainsi que l'écrivait M. le professeur Raymond, « le rôle du médecin est alors celui d'un suggestionneur qui sait imposer son autorité et communiquer sa conviction à un malade dont les centres de la volonté sont affectés par la maladie au moins autant que les nerfs et les muscles ».

Dès que le malade pourra circuler, il faudra lui recommander le séjour en plein air, l'hydrothérapie convenablement appliquée, le séjour dans le Midi pendant la mauvaise saison. Une cure thermale à Salies-de-Béarn, à Salins, ou à Bourbonne-les-Bains, dans une station chlorurée sodique, pourra être un bon adjuvant du traitement.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1899-1900.

M. Poirault (Fernand). *La mort subite par inhibition.* N° 41. (Boyer.)

M. Ferraud (Charles). *Le service médical dans les crèches.* N° 65. (Boyer.)

M. Barrois (Paul). *Contribution à l'étude de la maladie de Dühring infantile.* N° 46. (Maloine.)

M. Touraille (Émile). *De l'épilepsie fonctionnelle, primitive et héréditaire particulièrement de cause et d'origine alcooliques, de son traitement médical par le bromure de strontium et un régime adjuvant approprié.* N° 29. (A. Maloine.)

M. Chantemille (Louis). *Contribution à l'étude des rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale.* N° 90. (Carré et Naud.)

M. Cruveilhier (Louis). *Sur les causes de la mort après la ligature brusque de la veine porte.* N° 93. (Baillière.)

M. Remoussenard (Félicien). *Des battements du cœur à droite, en particulier dans la sclérose pulmonaire droite.* N° 85. (Steinheil.)

M. Michaut (Frédéric). *Des albuminuries massives dans la diphthérie.* N° 92. (Boyer.)

M. Kaplan (Joseph). *Contribution à l'étude du charbon. Son état actuel en Beauce.* N° 24. (L. Boyer.)

M. Housquains (A.). *La fièvre jaune.* N° 28. (Jourdan.)

Un coup porté sur l'abdomen, sur le larynx, une irritation de l'utérus provoquée par des manœuvres abortives ou obstétricales, peuvent déterminer une mort subite, sans que l'autopsie révèle de lésions capables d'expliquer la mort. On admet, dans les différents cas de ce genre, qu'il y a eu inhibition, c'est-à-dire arrêt brusque des fonctions du cœur et de la respiration, à la suite de l'excitation périphérique. C'est cette variété de mort subite qu'étudie M. Poirault.

C'est aussi par ce mécanisme que meurent certains noyés chez lesquels l'autopsie est négative.

Il faut admettre, chez les individus qui succombent dans ces conditions, une susceptibilité toute particulière, probablement favorisée par certaines circonstances dont la principale semble être la période digestive.

Ces faits ont une importance considérable, surtout en médecine légale. Le médecin-légiste, lorsqu'une autopsie est négative, et que les circonstances de la mort sont bien connues, est autorisé à invoquer le mécanisme de l'inhibition.

D'après M. Ferraud, un médecin unique doit être attaché à chaque crèche; il sera choisi dès la fondation de l'établissement et consulté lors de l'élaboration des plans; on lui accordera liberté pleine et entière dans l'installation du matériel et le choix du personnel.

Le médecin sera seul juge de toutes les questions intéressant l'hygiène et les soins à donner aux enfants.

Le personnel des crèches doit être choisi avec un soin judicieux; et il importe de l'initier à ses délicates fonctions par une instruction toute spéciale.

Le médecin doit fixer et surveiller par lui-même l'alimentation de chaque enfant.

Il faut que le médecin apprenne aux mères les soins qu'elles

doivent procurer à leurs enfants en dehors de la crèche; il doit exiger que l'on suive rigoureusement ses conseils au sujet de la nourriture.

Afin d'enrayer la propagation des maladies contagieuses, il importe de diviser les enfants d'une crèche en petits groupes isolés les uns des autres; un personnel spécial sera affecté à chaque groupe.

Tout enfant dont l'état de santé paraît douteux, soit le matin à l'arrivée, soit dans le courant de la journée, doit être immédiatement placé dans une salle d'isolement en attendant l'arrivée du médecin; il ne devra rejoindre ses camarades qu'après un avis motivé.

Les vêtements, dont les enfants sont vêtus le matin en arrivant à la crèche, doivent être soumis à des désinfections fréquentes, et même journalières si cela est possible.

Le médecin doit être seul juge du licenciement des enfants de la crèche; c'est lui seul qui doit fixer la durée de la fermeture.

La dermatite de Dühring infantile étudiée par M. Barrois ne paraît pas être plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, contrairement à l'opinion d'Unna.

L'éruption érythémato-bulleuse peut être limitée à une région déterminée, en particulier à la région abdomino-génitale.

Elle peut prendre un aspect absolument syphiloïde, au point de faire soupçonner la syphilis, et mériter le nom de dermatite de Dühring, à forme syphiloïde.

L'alcoolisme chronique, conclut M. Touraille, peut déterminer chez les descendants tous les symptômes de la névrose épileptique.

Cette épilepsie revêt chez les enfants issus de parents alcooliques tous les caractères de l'épilepsie vraie. Qu'elle soit caractérisée par de simples convulsions, le vertige ou le petit mal, ou par de grands accès, elle sera susceptible du traitement bromuré auquel on devra adjoindre le régime lacté exclusif ou le régime lacto-végétarien.

Le bromure de strontium chimiquement pur pourra être employé à l'exclusion des autres bromures, en raison des avantages qu'il présente : d'être parfaitement toléré par l'organisme sans provoquer d'accidents de bromisme.

La condition première et essentielle est d'administrer le bromure de strontium à l'état de pureté la plus parfaite, à la dose efficace, c'est-à-dire suffisante pour juguler les accès épileptiques et pour avoir raison de la maladie. L'indication du médicament étant bien posée, il ne faut pas craindre d'en augmenter rapidement la dose jusqu'à l'obtention du résultat visé : la diminution et la suspension des attaques épileptiques; sauf à diminuer ensuite progressivement cette dose maxima efficace jusqu'à la dose primitive et moyenne de 2 à 4 grammes par jour, laquelle devra être maintenue plus ou moins longtemps, afin d'assurer le résultat et de prévenir un retour offensif toujours imminent chez les malades prédisposés.

Pour expliquer l'irrégularité constatée dans le processus de la paralysie générale, M. Chantemille se base sur une série d'observations qui montrent des différences en rapport avec les antécédents héréditaires du malade, suivant qu'il est porteur de tares similaires (alcoolisme, artério-sclérose, lésions congestives) ou qu'il en est indemne.

L'hérédité non similaire ne semble pas retarder l'évolution de la paralysie générale.

Enfin le pronostic est variable dans l'un et l'autre cas.

Chez un malade porteur de tares alcooliques ou similaires, l'alcoolisme chronique se manifeste d'abord, le plus souvent, par des lésions d'alcoolisme pur, puis, plus tard, d'alcoolisme, auxquelles se mêlent des lésions passagères de paralysie générale, pour finir par des lésions définitives de paralysie générale. Si l'intoxication cesse, la paralysie peut s'arrêter dans son évolution.

Chez un alcoolique non porteur de tares similaires, les lésions d'alcoolisme chronique se transforment très rapidement en lésions définitives de paralysie générale et ne rétrocèdent point.

Il ressort des expériences de MM. Castaigne et Bender, que relate M. Cruveilhier, qu'il est inexact de faire intervenir l seule insuffisance hépatique pour expliquer la mort rapide à la suite de la ligature brusque de la veine porte. Elles montrent au contraire l'exactitude de la théorie de la spoliation sanguine soutenue par Claude Bernard.

Les symptômes observés après ligature brusque de la veine porte sont absolument comparables à ceux que l'on constate chez un animal saigné à blanc.

Les résultats de l'autopsie plaident en faveur de cette même théorie; ils permettent de constater l'anémie des organes qui dépendent de la circulation générale et l'hyperémie de ceux qui sont tributaires de la circulation porte.

La transfusion de sang et de sérum artificiel chez les animaux auxquels on a lié la veine porte prolonge leur existence, ce qui concorde bien avec la théorie de la spoliation sanguine; les chiens survivent pendant quelques heures, parce qu'en augmentant leur masse sanguine on rend la saignée mortelle plus longue à se produire.

La ligature de l'aorte au-dessus du tronc cœliaque, faite en même temps que celle de la veine porte, permet aux animaux une survie supérieure à celles qu'ils ont après la ligature isolée du tronc porte. Ce résultat s'explique très bien si l'on admet la théorie de la spoliation sanguine; en s'opposant à l'accumulation du sang dans le système porte par ligature des artères afférentes, on s'oppose par ce fait même à l'anémie brusque par spoliation sanguine, ce qui explique la survie de l'animal en expérience, la mort n'arrivant pas plus vite qu'après la ligature isolée de l'aorte.

M. Remoussenard conclut d'une intéressante et consciencieuse étude que les battements du cœur à droite dans les déplacements de cet organe s'observent dans deux conditions : dans les dextrocardies congénitales et dans les dextrocardies acquises, et ces dernières comprennent non seulement les dextrocardies par épanchement pleural gauche ou par tumeur du médiastin, mais encore les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite.

Dans les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite comme dans les dextrocardies par épanchement pleural gauche, le cœur est déplacé en masse, son axe n'a pas changé de direction et les battements perçus sont ceux de la base.

Les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite proviennent de la rétraction du poumon droit, qui attire le médiastin et non des adhérences pleuro-péricardiques. C'est un déplacement par traction à droite par opposition aux déplacements par pression à gauche dans les épanchements pleuraux gauches.

Les maladies causales de la dextrocardie par sclérose pulmonaire droite sont celles qui produisent la sclérose, en particulier la tuberculose à tendance fibreuse chez l'adulte, la pleurésie et les inflammations pulmonaires de toutes sortes chez les gens âgés.

Les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite, comme les dextrocardies par épanchement pleural gauche, peuvent ne se différencier des dextrocardies congénitales que par la constatation de l'axe du cœur qui, dans ces dernières, est inversé.

L'axe du cœur peut se reconnaître cliniquement par la constatation du claquement diastolique de Freidreich, qui indique la base du cœur.

La certitude ne pourra être acquise que par l'examen radioscopique, qui, souvent, sera le seul moyen de diagnostic.

La dextrocardie par sclérose pulmonaire droite se distingue de la dextrocardie par épanchement pleural gauche par les signes pulmonaires et également par la radioscopie. Le déplacement du cœur est bien supporté dans tous les cas de dextrocardie par sclérose pulmonaire droite.

On peut observer, d'une façon exceptionnelle, dans le cours ou même dans la convalescence de la diphthérie, des albuminuries très abondantes, « albuminuries massives » qu'étudie M. Michaut.

Cette dénomination lui paraît être justifiée quand le taux de l'albumine atteint ou dépasse 15 grammes. Ces albuminuries peuvent osciller entre 15 grammes et 53 grammes d'albumine par litre, chiffre maximum observé.

Les albuminuries massives assombrissent considérablement le pronostic dans la diphthérie, car la plupart des cas se termi-

nent par la mort (par urémie, complications cardiaques, déchéance considérable de l'organisme).

Cependant ce qui est exceptionnel, mais très intéressant, c'est qu'elles peuvent guérir.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il y a désaccord complet entre les lésions observées et les doses d'albumine éliminée.

Il semble qu'il y ait surtout un trouble fonctionnel d'origine toxique pour avoir de telles doses d'albumine avec d'aussi petites lésions.

Ces albuminuries massives peuvent s'observer chez des enfants atteints de diphthérie pure, ou de diphthérie associée, ou même atteints de néphrite préexistante.

Elles sont rares chez des enfants qui n'ont pas eu antérieurement des lésions rénales du fait d'une maladie antérieure (scarlatine en particulier).

Le traitement de l'albuminurie doit être institué, puisqu'on a vu la guérison survenir. (Régime lacté, injections de sérum artificiel et de caféine.)

Ces albuminuries massives ne contre-indiquent pas l'emploi du sérum antitoxique.

Le charbon, encore très fréquent en Beauce il y a quelque dizaine d'années, est devenu, suivant l'unanimité des médecins qui y exercent, beaucoup plus rare.

Pour M. Kaplan, cette rareté tient surtout à la vaccination des troupeaux.

La non-disparition complète est due à ce que les cultivateurs, devenus trop confiants dans la rareté du charbon, négligent depuis un certain temps la vaccination régulière des troupeaux. Il y aurait un grand intérêt public à abaisser le prix des vaccinations et à rendre celles-ci obligatoires. Le meilleur traitement actuel du charbon est le traitement par les injections des solutions iodo-iodurées.

M. Housquains consacre une monographie assez complète à la fièvre jaune. Il rappelle les recherches de Sanarelli sur son agent spécifique, bacille ictéroïde dont les cultures, injectées à certains animaux, en particulier au chien, reproduisent un tableau clinique et des lésions analogues à ce qu'on observe dans la fièvre jaune humaine.

Sa toxine, injectée, produit les mêmes effets que le bacille. L'expérimentation chez les animaux et chez l'homme (Sanarelli) a donné des résultats positifs.

Le sérum de sujets atteints de typhus amaril, mis en contact avec les cultures de bacille ictéroïde, a produit le phénomène de l'agglutination.

Le bacille ictéroïde est extrêmement résistant aux agents naturels. Il a une vitalité prolongée dans l'air, dans l'eau douce, dans l'eau de mer, dans la terre, — faits qui expliquent les réveils de fièvre jaune après de longues périodes durant lesquelles le bacille est resté latent.

Un certain nombre de conditions favorisent le développement de la fièvre jaune. Ce sont la chaleur, l'humidité (rôle protecteur des moisissures), l'obscurité, l'air confiné. Elle frappe surtout les individus nouvellement débarqués dans les régions amariles; tandis que ceux qui y séjournent depuis un temps plus ou moins long jouissent d'une immunité totale ou relative, à condition de ne pas quitter cette zone. Les noirs sont réfractaires; les métis le sont moins.

Les modes de transmission de la maladie sont très nombreux. Bien que la propagation de la fièvre jaune se soit faite jusqu'à ce jour principalement par les voies maritimes, elle peut s'effectuer dans l'intérieur des continents par des voies multiples.

A défaut de traitement spécifique et d'action directe sur le microbe, on peut agir efficacement contre la fièvre jaune en appliquant rigoureusement un certain nombre de mesures prophylactiques. (Destruction des linges, vêtements et literies infectés, — désinfection des habitations, — crémation des cadavres, sinon enfouissement dans de la chaux vive, — aliénation définitive des cimetières, — dissémination des individus par petits groupes, — création de camps d'évacuation, — amélioration des conditions hygiéniques.)

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

De quelques manifestations peu ordinaires de la grippe (maladie de Werlhoff-gastrorrhagie, etc.), par L. Dumont (*Gazette des Hôpitaux*, 4 septembre 1900). — L'auteur a observé, au cours de la dernière épidémie de grippe, le cas suivant. Une femme de 50 ans, n'ayant jamais eu d'antécédents hémorrhagiques ou purpuriques, est prise en février d'une grippe banale. Deux jours plus tard apparaissent aux deux jambes des taches rouges de dimensions variables; du 27 février au 3 mars, des taches semblables couvrent graduellement, de bas en haut, toute la surface du corps. En même temps surviennent des épistaxis abondantes et répétées, des hémorrhagies des gencives, de l'estomac et de l'intestin. Malgré la fréquence de ces diverses saignées, l'état général demeure à peu près satisfaisant : la malade reste couchée, sans appétit; elle ne prend que quelques liquides.

Le 3 mars, à 9 heures du soir, la malade a une syncope à la suite d'une nouvelle hémorrhagie de la muqueuse buccale.

Toute la surface du corps, à l'exception de la face, est couverte de macules purpuriques, confluentes ou disséminées (confluentes aux membres inférieurs, discrètes ailleurs), d'une forme irrégulièrement arrondie ou ovalaire, d'une dimension variant d'un grain de mil à une pièce de 5 francs. Les plus larges plaques sont à la face interne des jambes, les plus petites au thorax et aux membres supérieurs. La coloration varie depuis la nuance rouge pourpre au brun et au jaune, indiquant ainsi leur ordre d'apparition.

Cette éruption cutanée trouble fort peu la malade et son entourage; mais il n'en est pas de même pour les nombreuses émissions sanguines qui se sont produites par toute la muqueuse digestive. Epistaxis, hémorrhagies de la muqueuse buccale (muqueuses des joues et des gencives), gastrorrhagie et entérorrhagie se succèdent depuis le 27 février presque sans interruption, plus ou moins abondantes; au moindre mouvement, après une conversation, après l'ingestion d'une simple tasse de tisane ou de bouillon, la malade voit le sang repartir soit de ses narines, soit de sa bouche, parfois même elle le vomit tel quel ou ayant subi un commencement de digestion; elle en a, enfin, rendu à plusieurs reprises par l'intestin, soit sous forme de sang rouge, soit sous forme de mélœna.

Les hémorrhagies ne disparurent que lentement et la convalescence resta longue.

Indépendamment de ce premier cas, l'auteur rapporte une observation de gastrorrhagie abondante au cours de la grippe et quelques observations d'épistaxis tenaces et répétées chez 5 malades atteints de grippe.

CHIRURGIE

Néphrectomie pour pyonéphrose due à la présence d'un calcul urétéral (Report of a case of nephrectomy for pyonephrosis due to impaction of a stone in the ureter), par C. P. Noble (*American Journ. of Obstetr. and Dis. of Women and Children*, t. XLI, n° 3, 1900). — Femme de 42 ans, entrée à l'hôpital le 31 août 1899. Est restée en bonne santé jusqu'en 1895. A cette époque, crise de colique néphrétique, sans qu'il y eût émission de calcul. Depuis 1895 jusqu'à cette année, soignée pour cystite.

La malade se plaint en outre de douleurs et de pesanteur dans la région rénale gauche. L'examen montre à ce niveau une tumeur volumineuse qui ne peut être autre que le rein distendu.

L'urine contient une grande quantité de pus. Le 4 septembre, cathétérisme des deux uretères : à droite, au bout de 1 h. 1/2, 6 drachmes 1/2 d'urine acide, légèrement albumineuse, avec hématies et cylindres hyalins; à gauche, 2 drachmes 1/2 de liquide purulent. Etat général défectueux.

Le 11 septembre, néphrectomie gauche. Le rein est entièrement détruit et on trouve, à 1/2 pouce de l'orifice de l'uretère un calcul inclus dans la partie supérieure du conduit.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 Janvier 1900.

Gastrectomie totale suivie de guérison.

M. Bœckel (de Strasbourg) a eu l'occasion de pratiquer, il y a quelques mois, l'ablation totale de l'estomac chez une femme de 38 ans qui entra dans son service le 5 octobre dernier pour des troubles gastriques durant depuis 2 ans.

La palpation de l'abdomen me permit de constater, dans la région sous-ombilicale gauche, une tumeur dure, bosselée, excessivement mobile, de la grosseur d'une pomme. A son niveau, la peau était souple, lisse et non adhérente.

Il n'y avait ni sucre, ni albumine dans les urines; le cœur et les poumons étaient sains.

La situation de la tumeur, sa mobilité, sa consistance, me firent admettre l'existence d'un carcinome du côlon transverse, qu'il se décida à exirper le 9 octobre.

En examinant une dernière fois l'abdomen au moment de l'opération, il constata que la tumeur n'occupait plus la région sous-ombilicale, mais qu'elle était franchement au-dessus de l'ombilic. Il rejeta alors son premier diagnostic et émit l'opinion qu'il s'agissait vraisemblablement d'un cancer de l'estomac.

M. Bœckel pratiqua, au niveau de la ligne blanche, une incision de 12 centimètres en contournant l'ombilic. Le péritoine divisé, il lui suffit de refouler légèrement le lobe gauche du foie pour mettre à nu la tumeur, qui occupait la petite courbure de l'estomac dans toute son étendue et s'étendait jusqu'au niveau du pylore.

Il attira l'estomac hors de la plaie et, jugeant que sa résection totale s'imposait, il commença par le libérer au niveau de sa grande courbure. Il dégagea ensuite son extrémité supérieure par une incision pratiquée au niveau du cardia. Cela fait, il libéra l'estomac au niveau de sa petite courbure, le détacha du pancréas auquel il adhérait assez solidement et termina l'opération en sectionnant le duodénum et en anastomosant, après hémostase, la plaie duonénale à la plaie cardiaque. Le ventre fut ensuite refermé, sans drainage.

L'opération, qui avait duré en tout 1 heure 1/2, s'était faite pour ainsi dire à blanc.

Les suites opératoires furent des plus simples : la plaie guérit par première intention sans fistule ultérieure, et la malade, parfaitement rétablie, put se lever au bout de 22 jours et quitter le service le 33e jour.

En ce qui concerne les fonctions digestives, elles sont rapidement devenues satisfaisantes, à la condition de ne donner à la patiente que des repas légers, fréquemment répétés. L'amélioration de l'état général s'est traduite par une augmentation de 20 livres, indice certain d'une assimilation parfaite et régulière.

De cette observation, M. Bœckel croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'ablation totale de l'estomac est non seulement compatible avec l'existence, mais encore produit une amélioration notable. Si, jusqu'ici, elle n'a trouvé d'indications que dans des cas de tumeur maligne, à côté du cancer viendront sans doute se ranger plus tard certaines affections gastriques graves, qui, par leur siège ou leur étendue, ne seront plus justiciables de l'anastomose gastro-intestinale.

Le manuel opératoire de l'ablation totale de l'estomac comprend 5 temps essentiels qui sont :

1° La libération au niveau de la grande courbure, par la section du ligament gastro-colique;

2° La libération du pôle supérieur de l'estomac, entre deux pinces intestinales, la supérieure étant placée au-dessus ou immédiatement au-dessous du cardia;

3° La libération de l'organe au niveau de la petite courbure par section du ligament gastro-hépatique;

4° La libération du pôle inférieur après section entre deux pinces de la première portion du duodénum;

5° L'anastomose de l'orifice cardiaque avec le duodénum.

La réunion de la paroi abdominale sans drainage termine l'opération.

MÉDECINE PRATIQUE

Une nouvelle combinaison salicylée : l'aspirine (acide acétylsalicylique),

D'après M. le Dr Abel Liron (1).

L'aspirine, ou acide acétylsalicylique, prend naissance lorsqu'on fait agir l'anhydride acétique ($[C^2H^3O]_2O$) sur l'acide salicylique (2).

Elle forme des cristaux blancs, en fines aiguilles, fusibles à 135°, solubles dans la proportion de 1 p. 100 dans l'eau à 37°, très solubles dans l'alcool et l'éther. La solution s'opère aisément dans les liquides organiques habituellement employés.

Action physiologique de l'aspirine. — L'aspirine se comporte dans le métabolisme organique d'une façon toute adéquate à la facilité avec laquelle elle se saponifie. Expérimentant sur lui-même, Dreser constata que déjà 22 minutes après ingestion de 1 gramme d'acide aspirique, il pouvait obtenir dans son urine la réaction violette de l'acide salicylique avec le chlorure ferrique.

L'acide aspirique a sur les échanges nutritifs la même action que l'acide salicylique; comme lui, il augmente la quantité d'acide urique excrétée en 24 heures.

Influence sur les vaisseaux et sur le cœur. — Ni le salicylate, ni l'aspirinate de sodium n'ont d'action marquée sur la température chez le lapin normal. Les 2 sels ne produisent pas de constriction vasculaire, comme le prouvèrent plusieurs essais de circulation artificielle faits sur la grenouille, immédiatement après décapitation et destruction de la moelle épinière. Il y a plutôt tendance à dilatation.

Dreser compara la toxicité de l'aspirinate et du salicylate de sodium. Des essais comparatifs faits avec ces deux sels sur des animaux à sang froid prouvèrent clairement que l'aspirinate est moins toxique que le salicylate.

Expérimentant sur lui-même, le Dr Floeckinger s'administra 5 grammes d'aspirine sans éprouver autre chose qu'un mal de tête et des bourdonnements d'oreilles. Une seconde dose de 4 grammes au bout d'une heure produisit un accroissement de la fréquence du pouls, une diminution de la température et des éclairs devant les yeux. Au bout de 35 minutes, ces symptômes disparurent et firent place à un violent mal de tête; le mal de tête et les bourdonnements d'oreilles persistèrent pendant environ 16 heures et une transpiration profuse leur succéda. Il fut possible de constater l'acide salicylique sous forme d'acide salicylurique dans l'urine 50 heures après l'administration de l'aspirine. Il ne se développa aucun exanthème pendant son usage prolongé.

Effets thérapeutiques de l'aspirine. — Les résultats énumérés concernant les recherches pharmacologiques sur l'aspirine sont pleinement confirmés par la pratique médicale. Partout où l'aspirine fut étudiée, en Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Amérique, elle s'affirma comme un spécifique du rhumatisme au même titre que le salicylate de soude dont, en outre, elle n'a pas les inconvénients.

Wohlgemuth a expérimenté l'aspirine dans 10 cas dont deux surtout intéressants. Dans ces 2 cas il s'agissait de rhumatisme articulaire aigu chez des malades ayant été traités sans résultat par l'acide salicylique et l'antipyrine. Dans les 8 autres cas, le rhumatisme articulaire et les douleurs rhumatismales étaient sous la dépendance d'autres affections (scarlatine, diphthérie, angine). A chacun de ces malades il ordonna l'aspirine à la dose de 1 gramme 3 fois par jour; le succès fut complet et il n'observa jamais d'effet secondaire fâcheux. Il en conclut que l'aspirine dépasse en valeur le salicylate de soude, parce qu'à

1. *Thèse* de Paris, 1900.

2. L'acide salicylique ayant pour formule ($C^6H^4[OH]COOH$), l'aspirine devient $C^6H^4 \langle {}^{CO,OH}_{O,CO.CH^3}$ dans laquelle le radical acétyl $COCH^3$ s'est substitué à l'H phénolique de l'acide salicylique.

pouvoir thérapeutique égal, elle ne provoque pas d'effets secondaires désagréables, malaises gastriques, perte d'appétit, etc.

Le Dr Witthauer a prescrit, dans le courant de l'année 1899, à peu près 1 kilogr. 1/2 d'aspirine à plus de 50 malades et il fait remarquer que pas un seul d'entre eux ne s'en est plaint d'une façon quelconque. Les malades prennent en général le remède avec facilité et sans dégoût.

Il résulte des observations cliniques recueillies par Witthauer que l'aspirine n'exerça jamais aucune influence fâcheuse ni sur le cœur ni sur l'estomac, même dans les cas les plus graves. Un phénomène étonnant est la conservation parfaite de l'appétit même chez les malades qui se voyaient forcés de continuer très longtemps l'usage de l'aspirine.

Le Dr Manasse employa avec avantage l'aspirine dans 12 cas de rhumatisme articulaire aigu et de rhumatisme chronique. Les douleurs, le gonflement et la fièvre rétrocédèrent rapidement dans les cas de rhumatisme aigu sous l'influence du médicament. Dans les cas chroniques et récidivants, on put constater une rapide amélioration et bientôt la cessation complète des douleurs.

Les observations rapportées par le Dr Habermann, de Wismar, ne sont pas moins concluantes. Ayant traité plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu par l'aspirine, il vit les douleurs s'atténuer rapidement ou même cesser, la fièvre tomber, l'enflure et les taches purpurines disparaître après l'administration de 1 ou 2 grammes d'aspirine; dans un cas l'aspirine réussit alors que l'acide salicylique, donné pendant 5 jours consécutifs, avait échoué. Dans des cas chroniques, il donna pendant longtemps l'aspirine à la dose de 1 gramme seulement soir et matin; dès le premier jour les douleurs furent adoucies ou disparurent la soirée et la nuit se passèrent tranquillement et le sommeil ne fut pas troublé. Même chez les vieux goutteux, cette influence fut encore très remarquable. Il n'observa jamais ni troubles digestifs, ni malaises d'aucune sorte.

Le professeur Grawitz rapporte plusieurs observations très intéressantes. Chez 3 malades qui, à la suite de fortes doses de salicylate, avaient eu de l'albumine et dont l'urine contenait des cylindres et des cellules épithéliales du rein, on observe après 2 jours de traitement par l'aspirine une disparition complète de l'albumine.

Chez 6 malades atteints de rhumatisme articulaire chronique et chez un autre atteint d'arthrite gonococcique, les douleurs et l'enflure des articulations furent très rapidement et très favorablement influencées par l'aspirine (3 grammes *pro die*).

L'aspirine trouve une autre indication dans les symptômes nerveux de l'influenza. Les douleurs de tête et les différents malaises sont calmés avec 1 ou 2 grammes d'aspirine sans le moindre effet secondaire fâcheux. Et le professeur Grawitz ajoute que l'aspirine lui rendit les plus grands services durant la grave épidémie d'influenza qui sévit à Charlottenbourg.

Le Dr Ketly, de Budapest, traita par l'aspirine 12 cas de polyarthrite aiguë et 6 cas de douleurs rhumatismales. Le résultat fut remarquable dans tous les cas. L'endocardite ne compliqua jamais la maladie et, dans aucun cas, il n'y eut d'effet secondaire désagréable. L'action de l'aspirine se faisait sentir 1/2 heure au plus après son administration, sous forme d'une abondante transpiration, toujours plus forte que celle provoquée par le salicylate de soude. Le Dr Ketly cite le cas d'un de ses malades, atteint de polyarthrite, qui a absorbé 3 grammes par jour d'aspirine pendant 4 mois sans que son estomac s'en ressentît le moins du monde. Dans ces cas de polyarthrite l'aspirine, comme le salicylate de soude, agit d'autant plus énergiquement et plus vite qu'elle est donnée non pas à de longs intervalles, mais, au contraire, à doses concentrées et le soir d'heure en heure. Employée de la même façon dans 8 cas de douleurs rhumatismales, l'aspirine donna les mêmes résultats.

Le Dr Schellschmidt, de Louisville, fit prendre l'aspirine à un grand nombre de rhumatisants. Il vante la rapidité de son action et son innocuité à l'égard des voies digestives.

Dans un cas rapporté par le Dr Friedeberg, l'aspirine réussit, alors que l'acide salicylique, la salipyrine et le salol avaient successivement échoué. Friedeberg confirme les bons effets de l'aspirine dans certaines névralgies (sciatique surtout) et dans le traitement de la pleurésie exsudative.

Le Dr Flœckinger, de La Grange (Texas), administra l'aspirine à 17 rhumatisants. Une seule fois il observa des bourdonnements d'oreilles chez une jeune fille de 16 ans souffrant d'une pleurésie sèche. Dans un cas de cancer avancé de l'estomac, il prescrivit l'aspirine 3 fois par jour à la dose de 1 gramme chaque fois. Dans le suc gastrique retiré une heure après l'administration du médicament, une réaction fut obtenue par le chlorure de fer en solution, montrant ainsi que l'acide salicylique avait été libéré dans l'estomac. Le second jour, après l'absorption totale de 7 grammes, des troubles gastriques, douleur à l'épigastre, nausées, etc., se développèrent, troubles qui disparurent après un lavage de l'estomac. Floeckinger recommande de ne pas administrer l'aspirine dans des cas semblables; car, par suite de l'acidité ou superacidité qui règne alors dans l'estomac, l'aspirine subit une décomposition partielle.

Le Dr Roelig, de Nuremberg, a traité par l'aspirine 31 cas d'affections nerveuses et rhumatismales différentes. « Nous possédons, dit-il, dans l'aspirine, une médication qui agit promptement et sûrement dans toutes les affections rhumatismales; elle adoucit les douleurs, fait disparaître l'enflure et la fièvre, et possède, en un mot, toutes les remarquables propriétés des salicylates sans en avoir aucun des effets secondaires désagréables. »

Le Dr Luis Serrate signale les bons effets de l'aspirine dans les cas de douleurs rhumatismales générales avec état typhique. Dans ces cas, 10 grammes d'aspirine suffirent pour provoquer un abaissement sensible de la température et une diminution des douleurs. Le médicament se montra étonnamment efficace dans la fièvre gastrique et le typhus bénin. Avec une simple dose de 1 gramme toutes les 6 heures, la sensation de brûlure de l'estomac disparaissait, ainsi que tous les malaises subséquents et les douleurs de tête. La digestion s'améliorait, la diarrhée s'amendait, la fièvre décroissait, l'appétit augmentait, et en général, après 8 jours, les malades pouvaient quitter le lit. L'auteur remarqua tout particulièrement que l'aspirine, à l'encontre des préparations salicylées, n'amoindrissait pas la pression sanguine et n'attaquait pas les centres nerveux. Dans les cas de typhus grave, l'aspirine réussit à abaisser rapidement la température sans qu'il y ait eu à craindre les dangers que provoque l'emploi de la quinine. Dans les cas les plus graves, l'aspirine fut administrée en lavements selon la formule suivante :

Aspirine	10 gr.
Alcool	Q. s. p. dissoudre.
Eau froide	125 gr.
Glycérine stérilisée	10 gr.

On a traité également en Espagne, avec succès, un grand nombre de fièvres gastro-intestinales avec complications très douloureuses, et l'auteur croit posséder dans l'aspirine un médicament des plus sûrs contre toutes les maladies intestinales infectieuses.

Le Dr Goldberg et le Dr Weil relatent une intéressante et nouvelle indication de l'aspirine. Cette nouvelle indication concerne le carcinome utérin, le cancer du rectum, le tabes et la névralgie de la 5e paire. Dans les premiers cas, on employait la morphine et autres agents calmants en piqûres. L'aspirine, employée comme dernière planche de salut, donna dès les premières doses de surprenants résultats. Deux prises de 1 gramme en 24 heures réussirent à rendre supportables les douleurs d'un malade qui souffrait depuis 3 mois d'une façon intolérable d'un cancer utérin. L'aspirine eut aussi une action calmante sensible, bien que moins éclatante, dans un cas de cancer du rectum, car, là, son effet dut être renforcé par la morphine. Par contre, on obtint des résultats absolument remarquables dans un cas de *tabes dorsalis* à la suite de douleurs terribles à fleur de peau; le malade passait des nuits entières sans sommeil et tous les remèdes n'avaient pu réussir à diminuer l'intensité des douleurs. Après une dose de 1 gramme d'aspirine, les douleurs disparurent complètement en 10 à 15 minutes.

Le dernier cas mentionné par Weil n'est autre qu'une névralgie du trijumeau dont la cause n'était pas exactement connue, et qui avait vraisemblablement une origine rhumatismale. Les douleurs furent apaisées par une simple dose de 1 gramme d'aspirine, et l'emploi de ce remède, par la suite, rendit leur réapparition de plus en plus rare.

Enfin, M. le D[r] L. Rénon vient de signaler, à la *Société médicale des hôpitaux*, dans sa séance du 22 juin, une nouvelle indication de l'aspirine. M. Renon a mis à profit les propriétés antipyrétiques de l'aspirine contre la fièvre habituellement si tenace des tuberculeux. Il administra le médicament à doses variant entre 1 et 3 grammes. Dans les 3/4 des cas, l'effet antipyrétique a été immédiat, avec une baisse de 1, 2 et même 3 degrés de température dans l'après-midi; très rarement, l'abaissement thermique ne s'est produit que le lendemain. Quand on supprimait l'aspirine, la température remontait presque toujours aux degrés élevés qu'elle marquait avant l'emploi de ce produit.

M. Rénon se demande si cette action antipyrétique de l'aspirine peut être utilisée en thérapeutique. Le grand inconvénient, en effet, de l'aspirine réside dans les transpirations abondantes qu'elle provoque; il en résulte un affaiblissement temporaire qui doit être pris en considération. Par contre, certains malades ont éprouvé un réel bien-être du fait de la cessation de la fièvre, une fois la période de transpiration passée. Chez tous, l'appétit s'est maintenu, et il est même devenu meilleur chez quelques-uns; la tolérance gastrique a été absolue. En un mot, et c'est la conclusion de M. Rénon, l'état des malades, après cette médication, s'est montré peut-être un peu moins précaire qu'auparavant.

A son tour, M. Liron a expérimenté l'aspirine surtout chez les rhumatisants aigus ou affectés de poussées aiguës de rhumatisme chronique : il n'a eu à enregistrer que des succès. Il prescrit le médicament à la dose de 1 gramme 4 à 5 fois par jour, soit en cachets, soit mélangé à 3 ou 4 fois son poids de sucre, dans un peu d'eau, sous forme de limonade. L'aspirine n'est soluble dans l'eau que par l'addition d'un peu d'alcool; aussi est-il préférable de ne pas le donner sous cette forme. Presque toujours, elle fut prise par nos malades sans répugnance grâce à la saveur agréable et légèrement acide dont elle est douée.

Avec tous les auteurs cités, M. Liron convient que l'action de l'aspirine fut en général rapide et très marquée. Elle porta principalement sur les douleurs, sur le gonflement des articulations et la température.

Dès le premier jour, les douleurs sont considérablement atténuées et la fièvre est abaissée; en même temps les fluxions articulaires diminuent.

Il n'a jamais observé ni troubles gastriques, ni bourdonnements d'oreille, ni, en général, aucun des effets secondaires, qui, trop souvent, suivent l'administration du salicylate de soude.

Il faut cependant signaler un léger inconvénient relatif à l'emploi de l'aspirine. L'ingestion du médicament est suivie de sueurs profuses qui laissent assez souvent après elles de la fatigue et de l'épuisement.

En résumé, d'après M. le D[r] Liron, l'aspirine est un médicament de premier ordre. Dans le rhumatisme articulaire aigu franc, son action est rapide et pour ainsi dire infaillible; c'est un véritable spécifique. Il présente sur le salicylate de soude l'avantage d'être bien toléré.

Dans les affections rhumatismales chroniques, dans la goutte, son action est moins sûre, mais cependant très marquée encore. Il a donné de bons résultats dans certains cas de névralgies tenaces, névralgie sciatique, névralgie du trijumeau. Enfin quelques auteurs l'ont employé avec succès dans le tabes, le carcinome utérin, le cancer du rectum.

QUESTION D'ENSEIGNEMENT

L'enseignement à la Faculté de Paris. Deux mots de riposte à propos des travaux pratiques.

En rentrant à Paris, je prends connaissance à la fois de la lettre envoyée par mon collègue, M. Weiss, à la *Gazette* et d'un article virulent publié contre moi par M. J.-B.-V. Laborde à propos de mes opinions sur les travaux pratiques de physiologie et de physique. Les quelques lignes dont, en mon absence, mon collaborateur M. Lereboullet a fait précéder la lettre de M. Weiss contiennent une bonne partie des réflexions qu'elle m'inspire; d'autre part les articles où je compte continuer la critique de notre enseignement et que j'ai écrits à Naples, en ignorant jusqu'à l'existence de la polémique soulevée par mes débuts, montrent que sur bien des points je ne suis pas très éloigné des opinions de M. J.-B.-V. Laborde. Néanmoins je crois devoir mettre quelques points sur les *i*.

J'ai toujours tenu et je tiens mon collègue M. Weiss pour un fort galant homme; avec une forme humoristique, j'ai écrit qu'il avait complètement échoué dans sa tentative d'organiser 12 séances de travaux pratiques de physique, et je persiste à croire que c'est exact. Il ressort, d'ailleurs, de mes articles précédents et il ressortira des suivants que, quelle que soit la valeur de l'homme chargé de cette tâche, l'échec est inévitable. M. Weiss semble croire que, pour tout potage, je me suis renseigné auprès d'*un* élève : hélas! je dois lui dire que mon élève est un peu schématique et qu'il est le résultat de la fusion idéale d'une série de mes élèves, depuis les bénévoles jusqu'à des internes, y compris tout récemment un jeune docteur, ancien interne. J'ai surtout dit, sans insister, que l'ophthalmoscopie et l'ophthalmométrie *doivent* s'apprendre à la clinique ophthalmologique, et que 2 séances rudimentaires, 2 ou 3 ans avant l'examen à l'hôpital, sont une préparation tout à fait inutile. J'ai insisté davantage sur les deux séances de myographie et cela, je le dis tout de suite, parce que je savais que M. Weiss lui-même s'en charge : avec ses deux préparateurs ils se sont, en effet, partagé la besogne de telle manière que les élèves de chaque série passent successivement entre leurs mains, et M. Weiss s'occupe des 2 séances de myographie. Or, c'est lui le directeur du laboratoire et de plus il est l'auteur, seul ou en collaboration avec son préparateur M. Carvallo, d'une série longue et importante de notes sur la contraction musculaire : j'avais cette liste complète entre les mains (comme celle des travaux d'autres « sciencepuristes ») avant de connaître la lettre de M. Weiss, car j'ai « la probité » de me renseigner. Enfin, M. Weiss, ainsi armé, est rompu à l'exposition oratoire. C'était donc tout à fait l'homme de la situation. Résultat : les élèves n'apprennent rien, mettons pas grand'chose. Et qui s'en étonnera, quand on saura que ces 2 séances sont destinées à des élèves qui viennent de finir l'ostéologie, qui ont disséqué à peine ou pas du tout, qui ne savent pas l'anatomie grossière des muscles, qui ignorent complètement leur structure intime (fait important, quand j'étais petit, pour les diverses théories de la contraction musculaire), qui n'ont encore aucune notion de physiologie. Car cela concerne les étudiants de première année, et en particulier, une série a commencé le 5 décembre : voyez où en sont à cette époque les études d'anatomie et de physiologie.

Au total, qu'ai-je dit et répété? que l'ancien régime d'études valait mieux que le nouveau pour l'éducation des étudiants; que la seule modification heureuse a été de renforcer, par le transport au P. C. N., les bases de sciences accessoires. Quel exemple nous donne M. Weiss pour prouver que nous avons tort de vouloir, sur bien des points, revenir à ce régime : la valeur des praticiens formés par notre ancienne Faculté de Strasbourg! Mais je n'ai jamais dit autre chose : nous constatons que tous les jours la valeur technique de nos élèves diminue;

nous pensons qu'elle était meilleure sous le régime de l'ancienne Faculté de Paris et nous ne sommes nullement surpris de ce que proclame M. Weiss. Car, à ma connaissance, la Faculté de Strasbourg, antérieure à 1870 par définition, n'a pas connu les beautés du nouveau régime et des travaux pratiques obligatoires.

Nous voici donc presque d'accord, sauf sur un point qui est peut-être bien le nœud de la querelle.

Je dirai explicitement, dans mon prochain article, que les « achevalements » sur diverses carrières de sciences exactes et de sciences biologiques sont, à mon sens, nuisibles au bon recrutement de notre personnel; je ne méconnais aucunement les vices d'organisation qui nous ont trop souvent acculés à cette nécessité, mais bientôt je rechercherai, précisément, si cela n'est pas modifiable.

Je passe maintenant à l'article de M. J.-B.-V. Laborde, et j'avoue que sa lecture m'a surpris, car il est difficile d'imaginer une similitude plus grande qu'entre ma pensée et les actes de M. J.-B.-V. Laborde.

On appelle *travaux pratiques* dans toutes les Facultés du monde, les manipulations que font les élèves dans des laboratoires *ad hoc :* dissection, médecine opératoire, préparations histologiques, analyses chimiques, etc. J'ai soutenu l'opinion que, en physiologie, des travaux de ce genre sont inutiles et même nuisibles.

On appelle *cours élémentaire*, avec démonstrations, un enseignement où le maître met chaque fois sous les yeux des élèves, qui peuvent fort bien être nombreux, l'expérience destinée à frapper la mémoire et à expliquer le discours. J'ai affirmé, en prenant pour exemple le cours de Jules Béclard, qu'un semblable enseignement était de grande utilité.

D'où j'ai conclu à la suppression des travaux pratiques.

Or, quand M. J.-B.-V. Laborde fut chargé de créer ces travaux, qu'a-t-il fait? Il ne les a pas supprimés : mieux que cela, il ne les a jamais organisés, car il savait bien que c'était impossible. Tout de suite il les a transformés en des séances de démonstrations devant l'amphithéâtre, en un véritable petit cours pratique. En outre, de son propre chef, il a supprimé en fait l'obligation : et pourtant il a du monde à son *cours*.

Voilà ce que M. J.-B.-V. Laborde écrit triomphalement : mais je le savais et c'était justement la base de mon opinion sur la suppression des travaux pratiques (où *l'élève travaille*) et de l'obligation. Et si M. J.-B.-V. Laborde veut bien prendre la peine de lire mes prochains articles, il verra que je vais plus loin que lui; que je souhaiterais, à côté du laboratoire de recherches, l'organisation d'un vrai *enseignement élémentaire*, où un cours de deux semestres successifs, avec démonstrations, aurait pour programme toute la physiologie. Car je crois parfaitement possible, en 80 leçons, et non en 12, de faire devant les élèves de 2e année quelque chose qui serait, à peu près, la mise en pratique du livre de Béclard. Pour l'étudiant jeune, il y a 20 ans, ce livre était des plus utiles; et un cours dans ce genre serait parfait pour donner aux élèves la base de physiologie dont ils ont besoin.

Sur les voies et moyens de réaliser cet enseignement, peut-être émettrai-je des opinions qui ne seront pas celles de M. J.-B.-V. Laborde : et encore je n'en sais rien. Mais mon honorable contradicteur, après lecture de ces quelques lignes, regrettera peut-être de m'avoir fait passer devant ses lecteurs pour un contempteur de la science en général et de la physiologie en particulier. Peut-être même — qu'il soit tranquille, je ne le demanderai pas par huissier — le leur dira-t-il, tout de suite ou dans quelques semaines. Il restera dans leur esprit que je suis le *petit* fils d'un *grand* homme; mais à deux ou trois reprises ils ont lu, dans les mêmes colonnes, que je portais dignement un nom glorieux; ils se diront que ces formules sont un peu du genre « cliché », et qu'en outre, il m'est difficile, dans le cas actuel, de riposter sur le même ton. Restera aussi qu'il est ridicule de s'appeler Auguste quand on n'est pas Octave. Mais, après tout, on a bien le droit de s'appeler Jean-Baptiste et de n'avoir pas préparé les voies au Messie.

Il y a un peu de place dans le numéro, et je peux commencer tout de suite à développer ce que je pense de la physiologie. Je n'ai pas changé un mot à ce que j'ai écrit en villégiature.

***

De la physiologie en général et de la chimie en particulier.

La physiologie est le fondement de la médecine scientifique indispensable aux progrès lents, mais certains, de la médecine pratique.

De tout temps, et chaque jour de plus en plus, la chimie a été indispensable aux recherches physiologiques.

Voilà deux propositions assez nettes, je pense, pour qu'on ne m'accuse pas de vouloir saper notre science à sa base, de prétendre ramener tout notre enseignement à la vulgaire pratique, à l'empirisme grossier. Tout ce que j'ai cherché à prouver, dans mes articles précédents, c'est que les détails de ces manipulations n'ont rien d'utile pour la masse des étudiants; c'est que pour ceux-là nous devons avant tout organiser un enseignement professionnel pratique, avec des cours scientifiques élémentaires mettant au point les données acquises en biologie générale grâce à nos hommes de laboratoire; avec, surtout, une solide base d'anatomie, de pathologie, de clinique. J'ai tâché de faire voir que les modifications successives des régimes d'étude ont été tout à l'encontre de ce but, que je crois le bon : plus tard, j'aurai à me demander de quelles ressources nous disposons pour arriver au résultat désiré. Aujourd'hui, je vais en rester là sur ce sujet et examiner si notre système est bon pour les recherches de physiologie, de médecine scientifique. Or je crois qu'il est mauvais.

Rien à dire sur les chaires de physiologie proprement dite, de médecine expérimentale, d'anatomie pathologique, etc : cours et laboratoire valent ce que vaut l'homme. A parcourir, depuis leur création, la liste de leurs titulaires, on constate qu'il y a eu quelques éclipses, mais un géant comme Cruveilhier suffit à masquer quelques pygmées, et nous pouvons seulement regretter que par moments il y ait eu, lors d'un concours ou d'une élection, pénurie de candidats ou mauvais jugement des électeurs. Donc nous entrons dans les questions personnelles, qui n'ont rien à voir ici, tandis qu'avec la physique et la chimie biologiques va être soulevée une grave question de principes, que j'examinerai en recherchant ce qu'ont fait parmi nous quelques savants illustres : je ne parlerai, naturellement, que des morts.

On ne saurait concevoir une Faculté de médecine sans un professeur de physiologie, ayant la haute main à la fois sur l'enseignement élémentaire et sur les recherches de ses élèves directs, au laboratoire. Ce professeur sera, selon les cas, orienté plutôt vers la vivisection ou plutôt vers la chimie biologique. et la place peut être remplie d'une manière différente, mais aussi utile à la science

et aux élèves, par des expérimentateurs comme Magendie, Longet, Claude Bernard ou par des chimistes comme Pettenkofer et Voit. Il semble, à étudier depuis assez longtemps la littérature médicale que, d'une manière générale, le physiologiste proprement dit soit, en France, plus volontiers un vivisectionniste, tandis qu'en Allemagne la partie chimique serait prépondérante.

En réalité, la physiologie expérimentale est de première nécessité et si, dans l'établissement d'enseignement supérieur, on dispose d'un budget suffisant pour faire marcher les deux de front — dans une ville comme Paris il *doit* en être ainsi, — arrangez-vous pour avoir un laboratoire de chimie physiologique et tout sera pour le mieux, mais à la condition formelle que ce soit en réalité un centre d'études *biologiques*. Or c'est ce qui n'a pas lieu chez nous : parce que depuis la fondation de l'Ecole de médecine en 1794, la chaire de chimie a été considérée comme la propriété des chimistes purs, qui font un peu de médecine pour la forme. Orfila seul me paraît avoir été médecin et s'être consacré à une branche réellement médicale : la toxicologie et la médecine légale correspondante. Quant aux autres, ils ont écrit, je le sais, quelques travaux ou traités importants : par exemple, pour parler des premiers en date, Fourcroy et Vauquelin ont publié sur les liquides de l'économie des recherches de haute valeur. Mais ce qui est certain, à parcourir la liste des professeurs qui se sont succédé, c'est que pas un de ces chimistes n'a été, au sens propre du terme, un biologiste, un physiologiste : leur éducation ne les préparait pas à cela.

Ce qui gêne pour affirmer que parmi nous ils ne sont plus à leur place, c'est qu'ils constituent, depuis l'origine, une théorie d'hommes tout à fait remarquables : après Fourcroy et Vauquelin, nous comptons J.-B. Dumas, Wurtz, Gautier. Tous gens qui furent l'orgueil de la chimie française, tous gens qui ont vu s'ouvrir rapidement devant eux les portes de l'Institut. Il convient d'ajouter qu'avant l'institution du P. C. N. leur rôle était différent de ce qu'il est aujourd'hui (1).

Ce qui est certain, c'est que tous ont fait très accessoirement de la biologie. On peut dire que Dumas n'en a pas fait du tout. Professeur étonnant, savant remarquable, Wurtz n'a eu ni cesse ni trêve qu'il ne fût nommé à la chaire de chimie organique en Sorbonne : il s'était donné comme tâche d'installer de vive force la théorie atomique dans la forteresse de la chimie ancienne. C'est pour ce combat, où la victoire fut glorieuse, qu'il dressait autour de lui ses élèves : c'était un chef d'école, un chimiste hors pair, mais il n'était guère biologiste. Ce qui le démontre, par exemple, outre son passage personnel en Sorbonne, c'est la direction qu'il a imprimée à un de ses élèves justement préférés, E. Grimaux, lui aussi homme éminent, membre de l'Institut. Grimaux était agrégé de chimie à notre Faculté et une fois son exercice terminé, il fut nommé professeur de chimie à l'Ecole polytechnique.

Or je ne crois pas qu'un biologiste soit apte à enseigner aux élèves de l'Ecole polytechnique la chimie minérale ; je ne crois pas qu'un homme apte à cet enseignement puisse être dans une Faculté de médecine un conducteur d'hommes dans les sentiers de la chimie biologique. D'ailleurs lorsque Grimaux fut nommé à Polytechnique — ce fut encore un événement dans le monde chimique, car la théorie atomique enfonçait une porte de plus, — il m'a été dit par quelques-uns de ses élèves que c'était un de leurs meilleurs professeurs.

Au début de mes études médicales, j'ai eu l'honneur et le plaisir de fréquenter assidûment le laboratoire de Wurtz ; je dis « le plaisir », car il est impossible qu'un maître soit plus bienveillant, plus affable avec le jeune étudiant que j'étais ; car, autour de lui, ses aides, ses élèves, ses préparateurs étaient taillés à son image. Il y avait là, c'est incontestable, une pépinière d'hommes distingués, qui, peu d'années plus tard, ont peuplé l'école de physique et chimie de la Ville de Paris et le laboratoire municipal de la préfecture de police. A peu près tous dirigeaient leurs travaux vers la chimie pure, qui seule, avec notre organisation, pouvait leur fournir un débouché ; et en passant par la Faculté de médecine ils profitaient par surcroît, de temps à autre, d'une place possible, mais temporaire, dans le corps des agrégés. Car l'agrégé étant, de son essence, comparable à l'oiseau sur la branche — avec perchoir pour 9 ans à la Faculté de médecine, — celui de science pure doit nécessairement se préparer pour l'avenir des nids successifs. D'où, pour les chimistes purs alors exigés par le programme de première année, les habitudes que je viens de signaler. Mais la chimie pure ayant, sur le papier, cessé d'exister parmi nous, ces habitudes ne devraient-elles pas se modifier un tantinet ?

Un autre mode de bifurcation possible pour nos chimistes a consisté, de tout temps, à être à cheval sur l'Ecole de pharmacie et sur la Faculté de médecine. Ce qui est fort bien pour celui d'entre eux qui doit devenir professeur de pharmacologie. Mais sauf cela, on ne me fera jamais entendre qu'il faille le même homme, j'allais dire la même psychologie, pour s'occuper de chimie biologique, c'est-à-dire de physiologie, et de chimie appliquée, telle qu'elle est nécessaire aux pharmaciens.

Car les professeurs à l'Ecole polytechnique, à l'Ecole centrale, à l'Ecole de pharmacie, à la Sorbonne, sont des hommes qui s'occupent des corps envisagés en eux-mêmes. Pour nous, il faut un homme qui sache faire intervenir les phénomènes vitaux. Cet homme doit être un physiologiste qui ait appris la chimie ou la physique ; ce ne doit pas être un chimiste ou un physicien qui ait appris un peu de physiologie, bonne à oublier le jour où s'ouvrira devant lui une Faculté des sciences ou autre établissement similaire. Une semblable différence dans la formation d'un esprit n'est possible que par une différence initiale dans l'éducation : le créateur de la théorie atomique n'ira pas scruter avec minutie les phénomènes chimiques de la respiration ou de la digestion et Claude Bernard, qui n'était pas chimiste, a su étudier sous toutes ses faces la fonction glycogénique du foie.

L'homme qu'il nous faut, c'est le biologiste qui fait de la chimie, et non point l'autre. Or à nous tous, qui faisons passer des examens d'anatomie et de pathologie, il est arrivé d'avoir devant nous des préparateurs issus de nos laboratoires de « science pure » : et trop souvent ils nous paraissent faibles en biologie. Nous les recevons tout de même, sur recommandation de leur maître, parce que nous sommes avertis qu'ils n'exerceront jamais la médecine pratique (ce qui, soit dit en passant, est quelquefois erroné). Il n'y a pas longtemps, par exemple, passait son 5e de doctorat un licencié ès sciences physiques qui avait besoin du titre de docteur en médecine pour obtenir, au concours, une place de suppléant dans une de nos principales écoles de province. Conscient de son ignorance clinique, il m'instruisit de

1. Par décret du 10 décembre 1853, la chaire de chimie *médicale* était supprimée et remplacée par une chaire de pharmacie. Wurtz était réglementairement professeur de « chimie organique et chimie minérale ».

son but, et je n'insistai point. Alors le président du Jury — je peux le nommer, c'était M. Terrier — au lieu de l'interroger en pathologie, lui posa quelques questions d'ordre général : et il ne put tirer de lui la différence entre un leucocyte du sang et un globule de pus. Le malheureux ignorait ce que c'était que la vie : et il avait été reçu à ses examens de doctorat, y compris celui de physiologie; et il désirait enseigner la physique ou la chimie — je ne sais plus lequel des deux — à des étudiants en médecine! Cette petite histoire pour démontrer que je ne parle pas en l'air. Au reste, lorsque j'étais aide d'anatomie et prosecteur, j'ai eu dans mon pavillon des préparateurs variés de physique, chimie, histoire naturelle, qui n'y mettaient jamais les pieds et avaient leur inscription tout de même : comme examinateur, je constate que ça n'a pas changé.

Je veux bien croire que ces jeunes gens soient destinés à devenir des maîtres en chimie ou en botanique : il y en a pour lesquels l'événement a démontré le fait. Mais ils ne savent pas un mot de physiologie animale. Et je pense qu'un laboratoire de chimie à l'Ecole de médecine, quelle que soit la haute valeur scientifique de l'homme qui le dirige, ne remplit pas son rôle si on y est occupé à étudier les matières colorantes industrielles tirées de l'aniline, à préparer des thèses de chimie pure pour le doctorat ès sciences, etc.

On me fera, évidemment, une objection en apparence très grave : Pasteur fut un chimiste et non un médecin; il n'avait fait aucune étude médicale, il n'était pas docteur en médecine. Ce qui n'empêche que Pasteur avait, au plus haut point, le sentiment des phénomènes vitaux et de leur influence; et c'est par la bactériologie, non par la chimie, qu'il est entré dans la gloire. Mais de ce qu'un homme de génie a pu, éduqué par la chimie proprement dite, en sortir après y avoir assez peu marqué sa place et créer une science biologique nouvelle, la microbiologie, il ne s'ensuit pas que ce soit la bonne manière de former aux sciences biologiques la plupart des cerveaux humains. Je crois me souvenir que Léonard de Vinci était très fort en balistique : on aurait tort, cependant, de choisir nos futurs ingénieurs parmi les grands prix de Rome.

Aussi je pense que nos chimistes devraient sortir de nos laboratoires de physiologie. Façonnés d'abord par un maître capable de leur enseigner ce qu'est une science expérimentale, ils pourront acquérir sans peine les connaissances chimiques nécessaires; éduqués, pour commencer, dans la science abstraite avec ses règles exactes, ils ne se plieront que difficilement aux exigences variables du déterminisme expérimental. Il y a là deux psychologies tout à fait différentes, correspondant à deux ordres de travaux très différents.

Il paraît que Grimaux a fait, en chimie pure, une œuvre importante le jour où il a réalisé la synthèse de la quinine : ce n'est pas un motif pour regretter qu'au lieu de rester à la Faculté de médecine il ait passé à l'Ecole polytechnique, tandis qu'il faudrait déplorer que nous n'ayons pas su le retenir, s'il avait cherché à débrouiller un point, même limité, de chimie biologique, sur l'action de la quinine.

Je connais des savants qui n'accordent, en électricité, aucune valeur à d'Arsonval, parce qu'il n'est pas, disent-ils, un vrai mathématicien, et que de nos jours l'électricité est devenue mathématique. Ce qu'il y a de caractéristique, c'est qu'on ne peut absolument pas leur faire entrer dans la tête que cela n'empêche pas un physiologiste d'étudier l'action de l'électricité sur l'organisme animal. Nous tous, médecins, leur accorderons que, physiologiste avant tout, d'Arsonval serait déplacé comme professeur de physique à l'Ecole polytechnique; mais volontiers ils nous soutiendraient qu'en apprenant à tuer quelques chiens et quelques lapins, un physicien quelconque d'une Faculté des sciences pourrait remplacer d'Arsonval dans la chaire de physiologie du Collège de France. Les mêmes sourient quand on émet devant eux l'opinion que, pour étudier la marche, un physiologiste comme Marey est préférable à un polytechnicien comme Giraud-Teulon; et ils regardent avec un certain mépris ces cliniciens, incapables même d'appliquer un procédé scientifique qu'un mathématicien a bien voulu se donner la peine de chercher pour mesurer la longueur réelle des membres inférieurs. Quand on leur dit que des procédés de ce genre sont bons pour donner à un livre une allure scientifique, mais que jamais ils n'ont été utiles à un clinicien, ils élèvent leur mépris jusqu'à la hauteur du silence.

Cette querelle n'est pas neuve.

En 1822, profitant de quelques troubles parmi les étudiants en médecine, le gouvernement de la Restauration mit à la retraite et destitua plusieurs professeurs, remania des chaires et fit, pour combler les vides, une série de nominations directes : c'est ainsi que Pelletan fils devint professeur de physique médicale. En 1830, Louis-Philippe remit les choses en état : les destitués furent en partie rappelés en fonctions; les créatures du régime déchu furent écartées et parmi elles Pelletan. Le titulaire ancien, Desgenettes, prit la chaire d'hygiène, en sorte que tout de suite la chaire de physique devint vacante et, selon le règlement nouveau, elle fut mise au concours. Dans le jury de ces concours, on adjoignit des physiciens vrais, membres de l'Institut, aux professeurs, incompétents, de la Faculté de médecine. Il faut voir quelques sujets des leçons! En particulier, Pelletan, qui se présentait pour remonter dans la chaire dont il avait été dépossédé, eut à parler de la rosée. Admirable matière à mettre en leçon de physique médicale! Pelletan avait un concurrent sérieux, Person, plus fort que lui, paraît-il, en physique proprement dite, mais tout à fait ignorant en médecine.

Au vote final, les médecins, qui avaient la majorité dans le jury, élurent leur ancien collègue : et les 5 membres de l'Institut se retirèrent avant la proclamation publique du scrutin, en secouant la poussière de leurs souliers sur cette tourbe de praticiens, incapable de comprendre la physique. Pour le concours suivant, le mode de constitution du jury fut changé; puis Gavarret consacra son activité presque exclusivement à des études sur le sang, sur l'audition, la vision, la phonation. Aigu en 1831, le conflit s'est donc peu à peu atténué, mais certainement il persiste; et il persistera tant qu'on n'aura pas tranché dans le vif, tant qu'on n'aura pas posé avec netteté le principe que les professeurs de science pure dans les Facultés de médecine doivent être avant tout des physiologistes, préparés à cela par leurs études fondamentales, et non pas, comme aujourd'hui, accessoirement physiologistes.

Comment les recruter? Ce ne serait peut-être pas très difficile si l'on tenait compte des exigences différentes de l'enseignement professionnel élémentaire et de l'enseignement supérieur.

A. Broca.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale de Genève. — M. le Professeur Bard.

Note sur l'hématocrite,

Par M. H. Mallet,

Assistant à la Clinique médicale.

Au cours d'un travail sur le sang, nous avons eu l'occasion de nous servir comparativement de l'hématimètre de Hayem et de l'hématocrite du Dr Daland, qui, par un simple calcul sur le produit d'une centrifugation du sang, donne le nombre approximatif des hématies. Cette étude nous a donné parfois, dans certains états pathologiques, des résultats si discordants que nous avons essayé, en cherchant à nous mettre à l'abri de toute chance d'erreur, de nous rendre compte d'où provenaient ces différences et si elles n'auraient pas peut-être une signification spéciale pouvant être utile en clinique.

L'hématocrite que le Dr Daland (1) a présenté en 1897, au Congrès de Moscou, se compose d'un système d'engrenage à roulement très doux et de très petit volume, faisant tourner un axe vertical, sur lequel, au moyen d'une attache à baïonnette, vient se fixer par son centre une armature en métal, horizontale, maintenant par deux ressorts entre des rondelles de caoutchouc les deux pipettes contenant le sang. En tournant à la main la manivelle à raison d'environ 77 tours à la minute, on fait exécuter à l'armature métallique 10000 tours à la minute. Les ressorts maintenant les pipettes sont placés au centre, et plus la vitesse est grande, plus ils serrent et ainsi rendent toute issue du sang impossible.

Ces pipettes sont deux petits tubes de verre de 5 centimètres de long et de 1/2 millimètre de diamètre, ils ont été divisés en 100 parties égales, et une échelle a été gravée sur le verre.

Pour s'en servir : on remplit les pipettes à l'aide d'un tube de caoutchouc, de sang pris par une piqûre au doigt ou au lobule de l'oreille; il faut éviter avec soin les bulles d'air et prendre garde que la colonne de sang remplisse le tube jusqu'à ses extrémités, sous peine d'avoir des résultats faux. On place ensuite les pipettes dans l'armature, en repoussant les ressorts et en vérifiant les rondelles de caoutchouc, puis on place l'armature sur l'axe vertical et on centrifuge pendant 2 minutes à raison de 10000 tours par minute. On lit alors sur l'échelle graduée l'endroit où s'arrête la colonne rouge et, d'après Daland, on n'a qu'à multiplier ce nombre par 100000, pour avoir le *nombre approximatif* des hématies par millimètre cube.

C'est à la suite de nombreuses recherches chez des hommes sains que Daland a établi ce rapport; il trouvait chez ces derniers des chiffres variant du 48 au 51 de l'échelle et, par la vérification avec l'hématimètre, il n'a jamais trouvé de différence de plus de 50000 et toujours en dessous du chiffre donné par l'hématimètre.

Nous pensons que cet hématocrite évite la critique que Bleibtreu (1) faisait à celui de Heidenheim, pour lequel ce dernier se servait de solutions de sang dans un sérum physiologique, et changeait ainsi la tension osmotique du sang. Bleibtreu disait même que l'hématocrite était à bannir des laboratoires.

Quant à la 2e objection de ce même auteur que, malgré une très longue centrifugation, les globules, par le fait même de leur forme biconcave, laissaient toujours entre eux un vide, il ne semble pas influer beaucoup, puisqu'il est toujours le même pour des globules de grandeur normale et que surtout on ne demande à la centrifugation qu'une évaluation approximative du nombre des hématies.

En nous servant donc comparativement de cet hématocrite et de l'hématimètre de Hayem, nous avons trouvé dans certains états pathologiques des différences très grandes. Ces différences ont été de plus de 800000 globules, soit en plus, soit en moins du nombre donné par l'hématimètre. Nous avons cherché d'où provenaient ces résultats si discordants.

Nous avons essayé si la vitesse de centrifugation pouvait avoir une influence; si elle est trop lente, le dépôt se fait mal et, au lieu d'être homogène, il présente des parties plus compactes que d'autres.

Nous avons vu après plusieurs essais que c'était la vitesse indiquée par Daland, 10000 tours par minute, qui donnait les meilleurs résultats; c'est, du reste, celle que nous avons employée pour toutes nos recherches, sui-

1. Judson Daland (Philadelphie). Ein neues Hæmatokrit und eine neue Technik... *Comptes rendus du Congrès de Moscou,* Section V. *Maladies internes,* VIe séance, 12 août 1897, p. 208.

1. Bleibtreu. Kritischen über den Hæmatocrit (*Berlin. Klin. Woch.* N° 30, 31, 1893).

vant la technique indiquée, et tous les cas qui ne nous ont pas donné des dépôts parfaitement homogènes ont été refaits ultérieurement.

Puis nous avons cherché l'action de la durée de centrifugation sur le dépôt; nous avons trouvé que constamment, à la vitesse ci-dessus indiquée, il arrivait un moment où le dépôt ne se rétractait plus et ce moment a toujours été atteint au bout de 2 minutes 1/2.

Dans nos expériences, nous avons toujours centrifugé 2 minutes 1/2 et nous centrifugions une seconde fois pour voir si le volume du dépôt changeait encore.

Pour étudier cette question de la durée de centrifugation, nous avons fait non seulement plusieurs essais, en arrêtant la centrifugation à certains moments, ce qui empêche le dépôt de se faire d'une façon égale par suite des arrêts brusques et de l'inégalité du mouvement, mais nous en avons fait successivement avec le même sang en cessant de centrifuger au bout de 1/4, 1/2, 3/4, 1 minute et ainsi de suite. En procédant ainsi, on voit que le dépôt se fait très lentement pendant la première minute, puis que la vitesse s'accroît rapidement pour arriver à son maximum au bout de 2 minutes et diminuer considérablement dans la dernière 1/2 minute; nous avons centrifugé du sang pendant 15 minutes, sans obtenir un dépôt plus petit qu'au bout de 2 minutes 1/2.

Enfin, nous avons cherché si les différences obtenues tenaient à la grandeur des globules. Pour cette recherche nous avons, nous reportant à ce que dit Hayem (1) sur la mensuration et la taille moyenne des globules rouges, et utilisant la préparation qui nous servait à compter les globules, pris le diamètre moyen de 100 hématies: dont 75 moyennes, 12 grandes et 13 petites avec un oculaire micrométrique et un objectif n° 7 A de Reichert. Chez l'homme normal cette mensuration donne 7μ,5 d'après Hayem.

Nous avons fait cette mensuration de globules dans plusieurs cas pathologiques que nous allons citer et nous avons toujours trouvé un rapport relativement assez constant vu la délicatesse d'appréciation, entre le nombre des globules donné par l'hématocrite et celui donné par l'hématimètre, d'une part, et de l'autre, entre le chiffre donné par la mensuration des globules et le chiffre normal de 7μ,5, ce qui peut s'écrire ainsi :

$$\frac{\text{Chiffre donné par hématocrite}}{\text{Chiffre donné par l'hématimètre}} = \frac{\text{Diamètre moyen des hématies}}{7\ \mu,\ 5.}$$

Ce rapport, sans être dans tous les cas d'une exactitude parfaite, nous semble pouvoir être pris en considération et être utilisé en clinique, comme nous espérons pouvoir le démontrer.

En examinant des sangs normaux, nous nous sommes rendu compte que, soit par le fait de la méthode, soit par le fait de l'appareil lui-même, une différence de 100000 globules entre l'hématocrite et l'hématimètre ne devait pas être prise en considération, aussi ne tirerons-nous nos conclusions que des cas donnant une différence supérieure à 100000.

Nous pouvons diviser nos cas pathologiques en 2 catégories :

1° Cas où l'hématocrite donne un chiffre inférieur de plus de 100000 à celui de l'hématimètre;

2° Cas où l'hématocrite donne un chiffre supérieur de plus de 100000 à celui de l'hématimètre.

Dans la 1re catégorie, la plus fréquente, nous trouvons des chloroses, des tuberculoses, des cancers de l'estomac, des misères physiologiques, etc., etc.

Dans la 2e catégorie, beaucoup moins nombreuse, nous avons un cas d'hémorrhagie abondante chez un alcoolique pléthorique, un cas d'anémie sénile et un cas de leucocytose.

Nous ne pouvons citer tous nos cas, car nous n'avons pas fait les mensurations de globules pour tous, mais nous choisissons les cas les plus démonstratifs pour montrer l'application du rapport et les conclusions qu'on peut en tirer.

1re CATÉGORIE :

I. — M. L. *Chlorose très nette, souffles vasculaires, pas de tuberculose :*

Hématocrite. 2 000 000 } globules { Différence : 470 000.
Hématimètre 2 470 000 } rouges { Diam. moy. des hém. 5 μ, 6.

$$\text{Rapport....}\ \frac{2\,000\,000}{2\,470\,000} = \frac{5\ \mu,\ 6}{7\ \mu,\ 5}.$$

II. — M. H. *Dysenterie, hémorrhagies intestinales, anémie secondaire :*

Hématocrite. 2 400 000 } globules { Différence : 328 000.
Hématimètre 2 728 000 } rouges { Diam. moy. des hém. 6 μ, 7.

$$\text{Rapport....}\ \frac{2\,400\,000}{2\,728\,000} = \frac{6,\ 7}{7,\ 5}.$$

III. — M. G. *Misère physiologique :*

Hématocrite. 3 500 000 Différence : 747 000.
Hématimètre 4 247 000 Diamètre moyen des hématies 6 μ, 84.

$$\text{Rapport....}\ \frac{3\,500\,000}{4\,247\,000} = \frac{6{,}84}{7{,}5}.$$

IV. — M. R. *Cancer de l'estomac :*

Hématocrite. 2 000 000 Différence ; 263 000.
Hématimètre 2 263 000 Diamètre moyen des hématies 6 μ, 6.

$$\text{Rapport....}\ \frac{2\,000\,000}{2\,263\,000} = \frac{6{,}6}{7{,}5}.$$

V. — M. F. *Tuberculose pulmonaire et intestinale, fortes hémorrhagies intestinales :*

1er examen de suite après une grande hémorrhagie.

Hématocrite. 1 600 000 Différence : 880 000.
Hématimètre 2 480 000 Diamètre moyen 5 μ, 75.

$$\text{Rapport....}\ \frac{1\,600\,000}{2\,480\,000} = \frac{5{,}75}{7{,}5}.$$

2e examen : *10 jours après cette hémorrhagie :*

Hématocrite. 1 700 000 Différence : 970 000.
Hématimètre 2 670 000 Diamètre moyen 5 μ, 5.

$$\text{Rapport....}\ \frac{1\,700\,000}{2\,670\,000} = \frac{5{,}5}{7{,}5}.$$

Ce cas est particulièrement intéressant, car il montre que les globules ont augmenté de nombre après l'hémorrhagie, mais que leur volume a diminué.

2e CATÉGORIE :

I. — M. C. *Pléthorique et alcoolique, hémorrhagie hémorrhoïdaire assez abondante :*

Hématocrite. 4 100 000 Différence : 300 000.
Hématimètre 3 800 000 Diamètre moyen 7 μ, 73.

$$\text{Rapport....}\ \frac{4\,100\,000}{3\,800\,000} = \frac{7{,}84}{7{,}5}.$$

II. — Mlle B. *Anémie sénile :*

Hématocrite. 3 800 000 Différence : 855 000.
Hématimètre 2 945 000 Diamètre moyen 7 μ, 84.

$$\text{Rapport....}\ \frac{3\,800\,000}{2\,945\,000} = \frac{7{,}73}{7{,}5}.$$

1. HAYEM. *Du sang*, 1889, p. 63.

III, — M. S. *Leucocytose* :

1° examen :

Hématocrite. 3 700 000 Différence : 524 000.
Hématimètre 2 176 000 Diamètre moyen 8 μ, 28.

$$\text{Rapport....}\ \frac{3\,700\,000}{2\,176\,000}=\frac{8,28}{7,5}.$$

2° examen : *Un mois environ après* :

Hématocrite. 3 900 000 Différence : 83 000.
Hématimètre 3 170 000 Diamètre moyen 7 μ, 7.

$$\text{Rapport....}\ \frac{3\,900\,000}{3\,170\,000}=\frac{7,7}{7,5}.$$

Le malade, sous l'influence du traitement, a refait des globules, mais ces globules sont plus petits. La moyenne des diamètres est abaissée et la différence entre l'hématocrite et l'hématimètre diminue.

Pour contrôler l'exactitude de ces équations, qui ne sauraient être qu'approximatives, on remarquera que dans chacune d'elles le produit des extrêmes et celui des moyens donnent des chiffres à peu près égaux.

De ces résultats, il nous semble pouvoir conclure :

1° L'hématocrite du Dr Daland peut être employé pour évaluer le nombre des globules rouges chez les hommes normaux en tenant compte d'un écart possible d'au plus 100 000 globules;

2° Dans les cas pathologiques où il peut y avoir diminution du diamètre ou altération des globules, il ne peut donner de résultats exacts;

3° Par contre, employé comparativement avec l'hématimètre, il peut, dans ces cas, donner des renseignements utiles en clinique sur le diamètre moyen des hématies;

4° Il permet d'établir un rapport :

$$\frac{\text{Diamètre moyen des hématies}}{7\ \mu,\ 5}=\frac{\text{Nombre des globules rouges donné par l'Hématocrite}}{\text{Nombre des globules rouges donné par l'Hématimètre}}.$$

par lequel on peut évaluer approximativement le diamètre moyen des globules rouges.

Nous pensons, en outre, qu'en nous appuyant sur ces faits et à l'aide d'autres méthodes hématoscopiques, nous pourrons tirer d'autres conclusions sur la nature des anémies et la régénération des globules rouges.

C'est ce que nous proposons de faire dans le travail dont cette note n'est qu'une première partie.

En terminant, nous tenons à exprimer à notre maître, M. le professeur Bard, sur le conseil duquel nous avons entrepris cette étude, notre vive reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il a guidé nos recherches.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 4 Janvier 1901.

Hydronéphrose congénitale.

MM. Delestre et **Haret** présentent une pièce d'anomalie rénale trouvée à l'autopsie d'un fœtus de 7 mois. Des vestiges du rein droit coiffent une poche kystique, du volume d'une grosse orange, représentant le bassinet dilaté. L'uretère se termine en cul-de-sac à sa partie supérieure, tout près de la poche d'hydronéphrose, à laquelle la relie un petit cordon fibreux.

Abcès du cerveau.

MM. Lombard et **Caboche** montrent un volumineux abcès du lobe temporal du cerveau consécutif à une otorrhée et ayant échappé au chirurgien au cours de la trépanation.

Abcès intra-cranien.

M. Mauclaire relate l'observation d'un malade qui, à la suite d'une otorrhée bilatérale, a fait un œdème diffus des régions temporale et massétérine, et d'autre part un abcès enkysté intra-cranien au niveau de la région frontale, sans connexion macroscopique avec le foyer otitique.

Tumeur de la capsule surrénale.

MM. Lecène et **Pouliot** présentent une tumeur rattachée au pôle supérieur du rein droit et descendant le long du bord interne de cet organe, en avant du pédicule rénal, à la manière d'un pendulum, jusque dans le petit bassin. Le point de départ de cette tumeur à évolution rapide a été la capsule surrénale; il s'agit d'un épithéliome.

Le foie et les poumons étaient parsemés de noyaux secondaires dont la structure reproduit le type de l'épithéliome surrénal.

Perforation traumatique de l'œsophage.

M. Tanton apporte les pièces de l'autopsie d'un jeune avaleur de sabres qui, faisant son service militaire, eut la fantaisie de s'introduire dans l'œsophage son sabre-baïonnette. Il succomba à un pneumothorax traumatique du côté droit.

L'œsophage offre à 17 centimètres au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde une perforation oblique qui intéresse toute la paroi, traverse la plèvre et conduit jusqu'au poumon droit, dont le lobe inférieur a été piqué jusqu'à une profondeur de 1/2 centimètre. La plèvre contenait un liquide louche, jaunâtre, que n'avait pas tari une large pleurotomie; cette opération avait montré la présence de parcelles alimentaires dans la cavité pleurale.

D'autre part, la piqûre avait également intéressé un filet du pneumogastrique droit.

Maladie Bleue.

M. P. Armand-Delille présente le cœur d'une enfant de 4 ans 1/2 morte dans le service de la clinique des Enfants-Malades. Malgré l'absence de tout signe physique, et uniquement à cause de la cyanose et des troubles trophiques, M. Marfan avait pendant la vie fait le diagnostic de communication de deux cœurs, soit inter-auriculaire, soit interventriculaire, accompagnée d'un obstacle au cours du sang sur le trajet de l'artère pulmonaire, cette dernière lésion étant nécessaire pour déterminer le passage du sang du cœur droit dans le cœur gauche.

L'examen du cœur montre, en effet, une sténose extrême siégeant dans l'infundibulum pulmonaire, à 1 centimètre au-dessous de l'orifice artériel, avec atrophie sus-jacente de l'artère pulmonaire et hypertrophie compensatrice de l'aorte ascendante, une communication interventriculaire d'un diamètre de 1 centimètre et une oblitération imparfaite du trou de Botal par persistance de la fente ovale de Firket.

Plaie du crâne par balle de revolver.

M. Morestin apporte une balle qui, lancée obliquement par un revolver dans la région temporale, s'est dichotomisée sur un éperon osseux, une branche pénétrant dans l'épaisseur du crâne, l'autre s'étalant à la surface du temporal.

Abcès du sein sans puerpéralité.

M. Morestin a incisé un abcès torpide du sein, apparu chez une jeune fille de 16 ans qui avait tous les attributs de la virginité. Le pus, en assez grande abondance (environ 1 litre 1/2), siégeait surtout en arrière de la glande.

Corps étranger du genou d'origine traumatique.

M. Pierre Fredet montre un corps étranger ostéo-cartilagineux qu'il a retiré du genou d'un individu ayant subi un traumatisme de l'article, il y a près de 3 mois. Cette lame cartilagineuse, rectangulaire, de plus de 2 centimètres sur 4 cent. et demi environ, semble s'être détachée de la face postérieure de la rotule, consécutivement au traumatisme.

Kyste dermoïde de l'ovaire tordu chez une femme enceinte.

M. Albert Mouchet présente un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire à parois ossifiées et à pédicule tordu. Ce kyste avait déterminé par ses adhérences à l'intestin une occlusion intestinale aiguë chez une jeune femme enceinte de 3 mois 1/2. Le kyste fut enlevé, les adhérences qui enserraient l'intestin libérées et la grossesse poursuivit son cours.

Artérite tuberculeuse et anévrysme dans la paroi d'une caverne pulmonaire.

M. Cornil montre des préparations de la paroi d'une caverne pulmonaire prélevée à l'autopsie d'un malade qui avait succombé à des hémoptysies.

Une branche de l'artère pulmonaire se trifurque en ce point et les trois rameaux vasculaires présentent des lésions d'artérite caséeuse. L'une d'elles porte un anévrysme, et, dans sa portion caséeuse, les cellules géantes et les bacilles sont nombreux.

L'injection d'eau, à l'autopsie, par le tronc de l'artère pulmonaire, a montré que le sang de l'hémoptysie était venu à la fois par l'anévrysme rompu et par un des rameaux artériels voisins dont la paroi caséifiée s'était directement perforée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Janvier 1901.

Nouveaux essais sur la production de l'antitoxine diphthérique par association du sérum antidiphthérique à la toxine.

MM. S. Arloing et **J. Nicolas** (de Lyon). — Les injections de toxine et de sérum préalablement mélangés *in vitro* ne donnent lieu qu'à une production insignifiante d'antitoxine. Elle est plus marquée quand les injections de toxine et de sérum sont faites en des points séparés, mais encore très notablement inférieure à ce qu'elle est dans le cas d'injection de toxine pure.

Cytologie de la pleurésie diphthérique du cobaye.

MM. J. Courmont et **F. Arloing** ont étudié les éléments figurés de 27 cas de pleurésie diphtérique produite chez le cobaye par injection sous-cutanée de culture complète ou de toxine. Dans l'exsudat on trouva des globules rouges, quelques cellules endothéliales et des mononucléaires. Le pourcentage de ces derniers est de 21 o/o de petits lymphocytes, de 69 p. 100 de moyens et grands lymphocytes, et de 10 p. 100 de grands mononucléaires.

En somme c'est une pleurésie à mononucléaires, comme l'ont soutenu Widal et Ravaut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 Janvier 1901.

De l'hémo-diagnostic dans le cancer de l'estomac et dans les infections.

M. Tuffier a pu poser par l'examen du sang le diagnostic d'ulcère de l'estomac chez une jeune femme atteinte d'hématémèses abondantes.

Mais si, dans les cas typiques, les données de l'hématologie sont merveilleuses, il en est d'autres où l'interprétation des résultats devient très difficile. Tout d'abord, la leucocytose peut manquer dans les tumeurs, elle peut n'apparaître qu'à la période cachectique, elle peut être temporaire, elle est influencée par la digestion; enfin et surtout, elle accompagne toutes les infections; en sorte que, si une ulcération quelconque, un ulcère chronique de l'estomac s'accompagne de toxi-infection, on a des résultats hématologiques à peu près analogues à ceux d'un cancer. Si donc l'hémodiagnostic est important pour le diagnostic des altérations chirurgicales, il ne faut cependant pas être exclusif et absolu à son endroit.

Ce diagnostic des lésions stomacales par l'examen du sang n'est d'ailleurs qu'un chapitre très restreint de la valeur de l'hématologie au point de vue chirurgical. M. Tuffier a souvent eu recours à cet examen pour confirmer un diagnostic, et c'est ainsi que tout récemment encore il a dû diagnostiquer chez 3 de ses malades : un abcès périnéphrétique, un hématome de la région inguinale consécutif à une cure radicale de hernie, enfin un kyste de la queue du pancréas.

M. Hartmann. — Ce que M. Tuffier vient de nous dire n'infirme en rien la valeur de la leucocytose combinée à l'anémie dans le diagnostic du cancer. Sans doute, les infections s'accompagnent également de leucocytose, mais cette leucocytose est polynucléaire, tandis que celle du cancer porte sur les mononucléaires : ce caractère différentiel est d'une importance capitale, et il importe de le faire ressortir dans toutes les recherches hématologiques.

A propos des perforations intestinales de la fièvre typhoïde.

M. Loison ne pense pas que le diagnostic des perforations typhiques soit si difficile, au moins dans la fièvre typhoïde du type commun. Pour l'établir, nous n'avons qu'à nous appuyer sur trois symptômes capitaux qui ne manquent pour ainsi dire jamais et qui sont : 1° une douleur abdominale brusque, plus ou moins violente et localisée, survenant au cours d'une fièvre typhoïde; 2° une modification de la température qui, rapidement, subit une élévation ou un abaissement plus ou moins marqué; un changement tout aussi subit dans les caractères du pouls, qui devient plus fréquent et plus petit, tout en restant régulier. Les autres symptômes qu'on a signalés ont une valeur diagnostique moindre.

Au point de vue du pronostic opératoire, les 90 cas de perforations typhiques que M. Loison a pu recueillir donnent 74 décès et 16 guérisons, soit 24,3 p. 100, proportion sans doute encore minime, mais bien faite pour nous encourager, si l'on songe que la mort est la conséquence presque fatale de l'expectation. Contrairement à ce que pense M. Routier, les perforations précoces ne sont pas d'un pronostic plus sombre que celles qui surviennent à une période avancée de la fièvre. La précocité de l'intervention, c'est là le principal élément de succès : sur les 16 guérisons signalées plus haut, 10 sont consécutives à des opérations pratiquées dans les 24 premières heures qui ont suivi la perforation; cependant, il existe 4 guérisons après l'intervention faite à la 60° heure. M. Loison croit encore qu'il ne faut pas opérer trop tôt, avant la 6° heure, mais attendre que le malade soit sorti de l'état de shok qui a succédé à la perforation intestinale. Les perforations multiples prolongent l'opération, mais le succès n'en est pas compromis pour cela. Les perforations successives ne doivent pas nous alarmer davantage.

Que conclure de tout cela? Une fois de plus que les perforations intestinales de la fièvre typhoïde et la péritonite suppurée

qui leur succède sont du ressort de la chirurgie, et qu'elles sont susceptibles de guérir à la suite d'une intervention précoce et rapide.

M. Hartmann. — Les statistiques des opérations pour perforations typhiques de l'intestin se montrent de plus en plus favorables et nous encouragent de plus en plus à intervenir en pareil cas. Cette intervention doit être précoce; aussi le diagnostic doit-il être fixé le plus tôt possible. On l'appuiera sur les signes suivants : douleur abdominale brusque, contracture du ventre, modification de la température, accélération du pouls, et sur les résultats de l'examen hématologique; la perforation intestinale s'accompagne, en effet, immédiatement, d'une hyperleucocytose accentuée.

Cancer étendu de l'intestin.

M. Poirier présente une femme de 53 ans qu'il a opérée il y a un mois pour un volumineux cancer de l'intestin. La tumeur occupait la portion terminale de l'iléon, le cæcum, tout le côlon ascendant et le tiers droit du côlon transverse; elle avait dédoublé le mésocôlon et se trouvait en contact avec le rein correspondant. Son énucléation fut assez facile. M. Poirier fit la résection de tout le segment intestinal envahi, recherchа et enleva avec soin tous les ganglions, puis il anastomosa simplement bout à bout l'iléon au côlon transverse. Il alimenta immédiatement sa malade qui était dans un état de cachexie extrême (elle pesait à peine 33 kilogrammes); dès le lendemain, elle avait une selle, les jours suivants, elle se remontait facilement, et aujourd'hui, moins d'un mois après l'opération, elle a engraissé de 8 kilogrammes.

Résection de l'épaule pour fracture ancienne de l'humérus.

M. Lucas-Championnière présente un malade, entré en janvier 1900 dans son service avec une ankylose complète de l'épaule et une atrophie musculaire considérable : le deltoïde, entre autres, avait absolument disparu. Ces lésions étaient consécutives à une fracture vicieusement consolidée de l'extrémité supérieure de l'humérus. M. Championnière pratiqua chez ce malade la résection de l'épaule, et aujourd'hui, après un an, les résultats obtenus sont très satisfaisants : le deltoïde est redevenu puissant, le malade peut soulever en partie son épaule; enfin, les mouvements de rotation du bras sont possibles. Néanmoins, il ne faut pas espérer obtenir davantage, malgré le massage, la gymnastique et l'électrisation; aussi, de tels résultats montrent-ils bien aux partisans de la résection de l'épaule dans les luxations anciennes ce qu'il faut attendre de cette opération; moins à coup sûr que du massage et de la mobilisation.

Cancer mucoïde de l'intestin.

M. Routier présente une pièce provenant d'une jeune fille de 18 ans, auprès de laquelle il avait été appelé pour des symptômes d'occlusion incomplète. Le début des accidents remontait à 2 ans à la suite d'une fausse couche. M. Routier porta le diagnostic de salpingite gauche, comprimant sans doute l'intestin, et proposa l'ablation. La laparotomie, pratiquée le 9 novembre dernier, le fit tomber sur un cancer de l'S iliaque et sur une double salpingite probablement tuberculeuse. Il fit l'ablation des annexes, réséqua 14 centimètres d'intestin et pratiqua ensuite la suture de l'intestin bout à bout à la soie. Drainage vaginal. Guérison lente, avec poussées fébriles et suppurations par le vagin. La tumeur était un épithélioma mucoïde.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Janvier 1901.

Pneumothorax suffocant traité par la pleurotomie.

M. L. Galliard. — La pleurotomie n'est pas indiquée dans le pneumothorax, même en cas de suffocation, s'il n'y a pas d'infection de la plèvre. Il faut la réserver pour les cas de pneumopleurite infectieuse grave.

Voici un cas où le pneumothorax simple, sans liquide, ou du moins avec une très faible quantité de sérosité louche, contenant des pneumocoques, a nécessité la pleurotomie. La malade, une Italienne âgée de 25 ans, récemment accouchée et, d'après les renseignements, atteinte de pneumonie à la suite de l'accouchement, n'avait de collection gazeuse que dans la partie postérieure et externe de la plèvre. Mais elle crachait du pus fétide et ce pus semblait provenir d'une collection qui, ne communiquant pas avec la plèvre, existait probablement à son voisinage.

C'est la crainte d'une infection pleurale imminente, en même temps que la menaçante suffocation, qui m'a amené à faire pratiquer par mon collègue M. Blum, dès le premier matin de mon observation, la pleurotomie. La plaie n'a donné issue qu'à des gaz fétides; bien que la plaie n'ait jamais fourni de pus, l'expectoration a perdu sa fétidité dès le second jour.

Après des alternatives de fièvre et d'apyrexie, la malade est revenue dans mon service en fort bon état, 3 semaines après la pleurotomie, mais elle conservait sa collection gazeuse dans la plèvre droite. Ses crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch. Comme les signes pulmonaires (râles sous-crépitants en avant du côté du pneumothorax) ont disparu, comme le côté opposé est resté indemne, je suis autorisé à rattacher ce pneumothorax, non pas à la tuberculose, mais à la pneumonie consécutive à l'accouchement.

La malade a voulu absolument, malgré mes conseils, quitter mon service, et comme elle est partie pour l'Italie, mon observation s'arrête là.

La radioscopie pour le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant.

MM. Variot et **Chicotot** apportent un nouveau contingent d'observations établissant que la radioscopie peut rendre de grands services pour le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant. La radioscopie est de beaucoup préférable, en pareil cas, à la radio-photographie.

Il va de soi que la radioscopie rendra surtout des services dans ces cas de pneumonie centrale avec symptômes généraux graves, et absence complète, ou presque complète, des signes physiques relevant de la percussion et de l'auscultation.

M. Barth. — La radioscopie est certainement très intéressante comme procédé d'étude, de laboratoire, mais est-il bien utile de soumettre des enfants ayant une température élevée, des symptômes généraux graves, etc., à des examens radioscopiques répétés, alors qu'on est sûr de son diagnostic, par les procédés classiques si simples, si rapides que nous a donnés Laënnec? Même dans le cas de pneumonie centrale, un médecin un peu expérimenté soupçonne, devine la pneumonie en attendant qu'il la reconnaisse formellement.

Et puis, est-il bon de charger ainsi la clinique d'un matériel scientifique de plus en plus encombrant?

M. Variot conteste que le diagnostic de la pneumonie centrale soit aussi facile que le dit M. Barth. Il s'en faut de beaucoup. Ce diagnostic est souvent impossible.

D'autre part, on ne fait courir aucun danger aux enfants en prenant les précautions voulues.

M. Sevestre confirme l'opinion de M. Variot sur les difficultés considérables du diagnostic de la pneumonie centrale chez les enfants, mais, pour tout le reste, il pense comme M. Barth.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 Janvier 1901.

Gangrène des orteils.

M. Du Castel montre un homme, qui, il y a 3 ans, présenta sur le gros orteil gauche une petite plaie suivie de gangrène. Il consulta un chirurgien qui pratiqua l'ablation de l'orteil. Actuellement, l'autre pied est également malade, sur-

tout depuis l'apparition du froid, il est tuméfié et cyanosé. Le malade y éprouve des sensations de brûlure, 2 orteils ont perdu leurs ongles, enfin, en ce moment, il se fait sur le gros orteil une plaie analogue à celle qui, antérieurement, nécessita l'amputation. Le malade est syphilitique, mais le traitement spécifique reste impuissant. Il n'y a pas trace de lésions vasculaires, mais le système est peu développé. Il s'agit ici d'une forme de maladie de Raynaud chez un malade prédisposé par l'étroitesse de son système artériel et qui supporte mal l'action du froid.

M. Hallopeau a déjà signalé la persistance des lésions ulcéreuses siégeant aux extrémités. Le fait de M. Du Castel paraît rentrer dans la catégorie de ceux que M. Hallopeau a décrits sous le nom de acrodermatite continue.

Lésions bulleuses et purpuriques.

M. Du Castel montre une jeune fille robuste et bien développée qui présente, depuis 3 mois, sur les jambes, de l'œdème et des lésions papuleuses et purpuriques. Il y a eu aussi, à certains moments, de véritables bulles qui se sont ulcérées. Toutes ces manifestations apparaissent sous forme de poussée tous les 8 ou 10 jours. Les membres supérieurs sont aussi atteints et, à chaque poussée, il se fait une couronne de taches purpuriques autour de l'aréole du sein. La malade est peu nerveuse, elle a cependant un peu d'anesthésie pharyngée.

M. Hallopeau est d'avis qu'il s'agit d'un érythème polymorphe.

Syphilis aggravée par la variole.

M. Du Castel montre une femme chez laquelle une syphilis jusque-là bénigne s'est considérablement aggravée après une atteinte de varioloïde.

Psoriasis avec éruption bulleuse.

M. Hallopeau montre un homme atteint de psoriasis arthropathique, chez lequel les placards nummulaires sont entourés par un soulèvement bulleux ou par une collerette épidermique qui a la même signification. C'est une preuve nouvelle de la nature inflammatoire du psoriasis.

Asphyxie locale et gangrène.

MM. Fournier et **Sabaréanu** montrent une femme atteinte d'asphyxie locale des extrémités avec purpura et sensation de doigt mort. Il existe des petites cicatrices de gangrène de la pulpe des doigts. L'index de la main droite présente une gangrène sèche qui a déjà détruit la troisième et la moitié de la seconde phalange. Il y a, de plus, sur les jambes de petites ulcérations qui celles-là ne siègent plus aux extrémités, mais sont disséminées sur toute la longueur de la jambe.

Gangrène des doigts chez un dément.

M. Du Castel présente un malade dément chez lequel il existe, aux membres inférieurs, des troubles trophiques sous forme de bulles. Récemment se sont manifestées des gangrènes des doigts.

M. Renault. — Les gangrènes ne sont pas très rares dans les maladies du système nerveux, elles sont très persistantes ou récidivantes.

Hérédo-syphilis.

MM. Fournier et **Detot** montrent une femme qui présente des gommes syphilitiques volumineuses au niveau de l'olécrâne droit et de l'avant-bras gauche. Or on ne constate chez elle aucun signe de syphilis acquise, mais, par contre, on a pu retrouver toute une série de signes incontestables d'hérédo-syphilis. L'oreille notamment présente une malformation très apparente. On sait que le pavillon de l'oreille est très souvent le siège de difformités diverses dans les états de dégénérescence, quelle que soit leur origine.

Traitement des tuberculides par le collodion.

M. Balzer avait montré antérieurement un homme atteint de tuberculides atypiques, à forme surtout nécrotique et hémorrhagique, disséminées sur une grande partie du tégument. Ayant fait une biopsie chez ce malade, M. Balzer a remarqué que, sous le collodion qu'il a appliqué pour fixer le pansement, les éléments éruptifs s'étaient complètement effacés. On a alors traité, par le collodion, de larges surfaces et on a vu les tuberculides disparaître rapidement. Malheureusement, le malade, se trouvant très amélioré, a quitté prématurément le service.

MM. Darier, Du Castel et **Danlos** font remarquer que ce fait n'est pas absolument probant, car les tuberculides apparaissent par poussées et disparaissent parfois très rapidement sous l'influence d'un traitement banal ou même spontanément.

Mort subite dans un cas d'hérédo-syphilis.

MM. Gastou et **Detot** viennent d'observer un enfant dont la mère avait contracté la syphilis 20 ans auparavant, le père a été plus récemment atteint de syphilis. L'enfant est né sain et ce n'est qu'après 7 semaines qu'il a présenté sur les fesses une éruption ulcéreuse. On le mit en traitement. Quelques jours après, il mourut sans que l'auscultation ait rien révélé d'anormal. A l'autopsie, on trouva des lésions de syphilis viscérale généralisée à tous les organes.

M. Barthélemy. — Dans ce cas, la syphilis de la mère était trop ancienne pour qu'on puisse lui attribuer les accidents de l'enfant, donc la syphilis vient ici du père; c'est un exemple de plus de l'hérédité de la syphilis paternelle qui est discutée ou même niée, surtout à l'étranger. Il serait intéressant de savoir s'il y a eu d'autres enfants avant celui-là et ce qu'ils sont devenus.

M. Gastou. — Il y a eu 5 enfants : le premier mort-né, le second mort en bas âge de convulsions, le 3e a seulement présenté quelques dystrophies, les autres étaient à peu près complètement sains. Il semble donc bien que l'influence néfaste de la syphilis maternelle s'était atténuée peu à peu au point de disparaître complètement. Il est important d'ajouter que cette femme a eu 3 maris, et c'est le dernier qui est le père de l'enfant dont l'histoire vient d'être rapportée.

M. Fournier insiste sur le fait de la mort subite; cet accident est loin d'être rare dans l'hérédo-syphilis, M. Barthélemy en a rapporté 26 observations. Dernièrement, M. Porak voyait encore mourir soudainement sans cause un fils de syphilitique. Pour sa part, M. Fournier a eu l'occasion de soigner un enfant bien portant, mais fils de syphilitique; la famille inquiète voulait que M. Fournier vînt voir l'enfant quotidiennement : un beau jour, quand il arriva, on annonça que l'enfant était mort.

M. Barthélemy a observé la mort subite chez un enfant de 5 ans, fils d'un père syphilitique. L'autopsie faite avec le plus grand soin n'a absolument rien donné pouvant expliquer la mort.

M. Leredde a vu un homme de 50 ans mourir subitement 15 jours après l'apparition d'un chancre syphilitique; l'autopsie ne révéla aucune lésion ayant pu entraîner la mort. Il n'y avait, notamment, rien au cerveau, ni hémorrhagie, ni artérite.

Hérédo-syphilis.

M. Edmond Fournier présente un jeune homme, fils d'une mère syphilitique. On retrouve chez lui un certain nombre de stigmates dystrophiques. Actuellement, il présente une ulcération qui a détruit presque entièrement le prépuce. Il ne peut s'agir ni de chancre induré, ni de chancre mou, mais bien d'une ulcération tertiaire.

Chez un second malade, âgé de 5 ans et atteint de sclérose cérébrale syphilitique, les incisives médianes supérieures offrent l'aspect typique des dents d'Hutchinson.

M. A. Fournier insiste sur la grande rareté de ce fait, la dent d'Hutchinson étant tout à fait exceptionnelle dans la première dentition.

M. Barthélemy a vu, dans un cas, les dents de lait striées, mal formées, dystrophiques; les dents de la seconde dentition, au contraire, ont été très belles,

Adénolipomatose.

M. Bensaude présente un homme atteint de cette affection qui est moins rare qu'on ne le croit généralement. Il y a souvent des phénomènes de compression médiastine (troubles pupillaires) et de la dilatation des réseaux veineux sous-cutanés. Dans le cas actuel il n'y a pas de lésion viscérale ni d'altération du sang. La maladie est très probablement d'origine lymphatique, et l'auteur l'a vue une fois coexister avec de la chylurie. Il s'agit surtout d'une difformité; mais on peut voir survenir des accidents graves, par exemple la mort subite, sans doute par compression du plexus cardiaque.

Alopécie pseudo-peladique.

M. Darier montre un jeune homme chez lequel est apparue, il y a 18 mois, à l'occasion de syphilides, une plaque d'alopécie pubienne. Depuis un an, il y a également une large plaque sur la jambe droite, et sur la tête de nombreuses taches très petites absolument glabres. Le cuir chevelu est intact; il ne présente pas de folliculites. Le malade est fortement neurasthénique, il a, de plus, quelques malformations congénitales, nævi, hidradénomes.

M. Fournier montre un autre malade qu'il est intéressant de rapprocher du premier. A première vue, on avait cru chez lui à une alopécie syphilitique, mais il n'a pas eu la vérole, et en l'examinant de plus près on a reconnu qu'il s'agissait évidemment de pelade. L'affection dure depuis 4 ans. A un moment, elle s'est généralisée, ne laissant indemne que la région génitale. Cette forme de pelade simule absolument l'alopécie syphilitique.

M. Brocq dit qu'il s'agit d'affections absolument différentes chez ces deux hommes. Le malade de M. Darier présente le type caractéristique de l'alopécie que M. Brocq a décrite, en 1885, sous le nom de pseudo-pelade, terme que l'on doit réserver exclusivement à cette forme morbide. Elle est caractérisée par des îlots absolument glabres, cicatriciels, où les bulbes pileux sont détruits définitivement. On ne trouve jamais de poils peladiques à racine effilée atrophiée; ici les poils sont engainés. Il n'existe aucun signe de réaction inflammatoire, sauf une légère rougeur autour du poil qui va être atteint et atrophié.

Dans un deuxième type, le résultat définitif est analogue, mais le début est différent : il se fait par des folliculites vraies, avec de la rougeur et un peu de suppuration, c'est l'acné décalvante de Lailler et Melchior Robert.

Enfin, dans un troisième type qui, à l'inverse des deux autres, est rare au cuir chevelu et se montre surtout à la barbe, il y a une plaque de folliculites agminées, le centre de la lésion est cicatriciel, et même chéloïdien, et la périphérie est formée par une couronne de folliculites. C'est cette forme que Ducrey et Stauziale ont décrite après M. Brocq sous le nom de sycosis lupoïde.

M. Jacquet est tout à fait de l'avis de M. Brocq. Le premier de ces malades présente le type de l'affection à laquelle il est bien juste de réserver le nom proposé par M. Brocq, d'alopécie pseudo-peladique.

Quant au malade de M. Fournier, il est très complexe; M. Jacquet est convaincu que l'on trouverait chez lui des troubles urologiques importants, notamment de l'hypophosphaturie et de l'hyperchlorurie. Dès à présent, on constate chez lui trois choses capitales : d'abord le siège de la pelade au niveau du trou mentonnier, localisation fréquente, comme l'a bien montré Ciarrocchi; en second lieu, l'atrophie de la peau au niveau de la plaque déglabrée, comme on peut s'en rendre compte en la prenant entre les doigts; c'est là un phénomène constant. Enfin, un troisième point, ce sont les lésions dentaires considérables qui existent chez ce malade : huit molaires font défaut à la mâchoire inférieure, et celles qui restent sont cariées. Le malade m'apprend, de plus, que sa mère est complètement édentée.

M. Darier voudrait savoir de M. Brocq ce qu'il pense sur la nature de l'alopécie pseudo-peladique; croit-il qu'il s'agit d'une maladie tenant à l'état général ou, au contraire, d'une affection parasitaire et contagieuse?

M. Brocq. — Ce ne sont ni des cicatrices syphilitiques, ni des restes de favus; il n'y a aucune lésion qui précède la chute du poil. Quant à la nature de la maladie, M. Brocq avoue qu'il est fort embarrassé, car les lésions sont trop disséminées pour qu'on puisse les attribuer à un trouble trophique, et, d'autre part, les examens bactériologiques qui ont été faits par MM. Veillon et Sabouraud n'ont abouti à aucun résultat. Au sujet de la contagion, il peut dire que sur les 30 ou 35 cas qu'il a observés, jamais il n'a pu la constater.

M. Fournier se demande s'il ne s'agirait pas d'une affection para-syphilitique.

MM. Brocq et **Darier** répondent que l'alopécie pseudo-peladique peut s'observer chez d'anciens syphilitiques, mais qu'ils l'ont vue évoluer chez des sujets absolument indemnes de syphilis.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 8 Janvier 1901.

Pneumonie à bacilles d'Eberth.

M. Tollemer a communiqué l'observation d'un enfant qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde dont le diagnostic avait été établi par la séro-réaction de Widal, a été pris de dyspnée avec point de côté mais sans élévation de la température. Au 4e jour seulement la fièvre monte à 39°,3 en même temps qu'apparaissent tous les signes physiques d'une pneumonie lobaire droite. La défervescence se fait au 7e jour, et l'enfant guérit.

L'examen bactériologique des crachats a montré la présence de quelques streptocoques peu virulents et d'un grand nombre de bacilles d'Eberth. Il n'y avait pas de pneumocoques, et une souris inoculée avec des crachats a succombé.

M. Tollemer admet donc qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une pneumonie à bacilles typhiques.

M. Guinon regrette que M. Tollemer n'ait pas recherché le bacille de l'influenza.

Traitement antisyphilitique dans l'épilepsie jacksonienne et l'hémoglobinurie paroxystique.

M. Le Gendre a observé deux cas dans lesquels le traitement antisyphilitique a produit un excellent effet.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 15 mois syphilitique héréditaire, née prématurément mais qui, en fait de stigmates syphilitiques, ne présentait qu'un crâne natiforme. Un jour elle est prise d'épilepsie jacksonienne avec accès presque subintrants, et la situation devient très grave.

M. Le Gendre prescrit alors les frictions mercurielles à la dose de 2 grammes par jour et donne en même temps de l'iodure de potassium. Pendant les huit premiers jours ce traitement ne paraît produire aucun effet, puis la situation s'améliore, l'amélioration fait tous les jours du progrès et finalement l'enfant guérit.

Dans le second cas, il s'agit d'une fillette de 6 ans, syphilitique héréditaire qui peu de temps après sa naissance fut soumise au traitement spécifique. Elle se développa fort bien, lorsqu'à l'âge de 6 ans elle présenta de l'hémoglobinurie paroxystique avec accès s'accompagnant de pâleur, de nausées et de frissons. Elle est soumise au traitement spécifique qui fait disparaître l'hémoglobinurie, et celle-ci ne se produit plus quand même l'enfant s'expose au froid.

Stomatite de la rougeole.

M. Comby revenant sur la communication faite dans la séance précédente par M. Guinon sur un cas d'érythème sérothérapeutique avec gingivite pultacée, reconnaît que cette stomatite n'a pas une valeur absolue, pathognomonique, et qu'elle est parfois très nette dans certaines maladies étrangères à la rougeole. C'est ainsi que M. Comby l'a rencontrée dans la scarlatine, dans la grippe, dans les oreillons et l'a vue manquer dans un cas très net de rougeole.

Mais les cas de rougeole dans lesquels la stomatite pultacée manque, ainsi que les cas de maladies autres que la rougeole dans lesquels elle existe sont exceptionnels. Aussi, M. Comby attribue-t-il à cette stomatite de l'invasion de la rougeole une valeur très réelle dans le diagnostic de cette maladie.

Chorée avec souffle extra-cardiaque.

M. Variot montre une fille de 13 ans qui, à la suite d'une chorée, présente un souffle systolique très fort se propageant dans l'aisselle. Or ce souffle est un extra-cardiaque parce qu'il s'affaiblit pendant l'inspiration, se modifie avec les changements de positions et ne s'accompagne pas d'une modification du volume du cœur comme l'a prouvé la radioscopie. En outre, l'enfant ne présente aucun trouble fonctionnel.

M. Guinon a constaté que ces souffles très forts, mais d'origine extra-cardiaque, se rencontrent aussi très souvent dans la maladie de Basedow.

M. Sevestre a observé un cas analogue à celui de M. Variot, dans lequel le souffle a fini par disparaître au bout de quelques années.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 14 Décembre 1900.

Épingle enclavée dans l'appendice iléo-cæcal.

M. Haushalter présente la région iléo-cæcale de l'intestin d'un enfant de 8 ans mort de tuberculose. On voit sur cet intestin des lésions banales de tuberculose ulcéreuse. Le fait intéressant réside en ce que l'orifice de l'appendice dans le cæcum est obturé par une grosse épingle dont la pointe fait une saillie de près d'un centimètre dans le cæcum; la partie de l'aiguille comprise dans l'appendice est encrassée d'une couche assez épaisse de matières blanchâtres fermes et adhérentes, paraissant constituées par des concrétions calcaires. Dans l'appendice, on voit une grande ulcération tuberculeuse : il n'existe aucune trace d'appendicite récente ou ancienne.

Cependant il existait là une cavité close, et de plus, des ulcérations de la muqueuse appendiculaire, conditions que l'on considère en bien des cas comme capables de provoquer le retour à la virulence des microbes enfermés dans la cavité et par là l'appendicite.

M. Gross relate à ce propos une observation d'appendicite herniaire par corps étranger de l'appendice. Elle concernait un homme entré dans son service avec les symptômes de l'étranglement et présentant à la région inguinale droite une tumeur phlegmoneuse douloureuse et fluctuante. L'incision donna issue à un flot de pus et fit constater la présence d'un appendice iléo-cæcal enflammé dans lequel se trouvait enclavée une petite arête de mâchoire de perche, point de départ du processus.

M. Th. Weiss rapporte un fait analogue, observé par lui, et fait ressortir la gravité de cette variété pathologique, ajoutant que la sévérité des appendicites n'est pas nécessairement liée à l'existence d'un foyer clos appendiculaire et que la formation d'une cavité close peut tout aussi bien être l'effet que la cause de l'inflammation locale.

Cerveau d'un enfant mort de méningite à pneumocoques.

M. Haushalter présente le cerveau d'un enfant de quelques mois, mort de méningite à pneumocoques.

Sur les deux hémisphères, au niveau des régions postérieures du cerveau, on voit des îlots bien limités de méningite suppurée; les régions antérieures du cerveau sont respectées.

Ce cas répond à une « forme en foyers localisés » de la méningite à pneumocoques.

M. Haushalter pense que l'on peut expliquer peut-être certains cas d'hémiplégie infantile, uni ou bilatérale, par la présence de plaques de méningite chronique et de symphyse cortico-méningée, qui laisseraient à leur suite des îlots restreints de méningite pneumococcique cantonnés aux régions fronto-pariétales, dans les cas où la guérison de l'infection pneumococcique générale ou locale aurait pu se produire.

M. Bernheim fait remarquer que les méningites à pneumocoques ne doivent pas être considérées comme entraînant fatalement la mort. Il semble, au contraire, qu'elles guérissent parfois d'elles-mêmes, plus ou moins complètement, ainsi que tendraient à le prouver les faits de guérison observés en ces circonstances, à la suite des ponctions lombaires rachidiennes dont l'action thérapeutique demeure tout à fait problématique et inexpliquée. Les méningites à pneumocoques guéris peuvent d'ailleurs laisser à leur suite de la surdité ou de l'hémiplégie spasmodique, mais cette dernière complication est en somme assez rare, les lésions de la méningite à pneumocoques étant en général trop peu accentuées pour la produire.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 26 Décembre 1900.

Gastro-entéro-anastomose il y a 18 mois. — Réapparition des symptômes de sténose pylorique.

M. Joly présente une malade, entrée en juin 1899, dans le service de M. Vallas, pour des symptômes de sténose pylorique liés à une tumeur. On lui fit, à ce moment, une gastro-entéro-anastomose transméso-colique par le procédé de von Hacker. Dix jours après l'intervention, elle pouvait manger de la viande et sortait du service. Un mois après, elle revenait se montrer, elle avait repris de 10 kilos.

En novembre 1900, elle ressentit à nouveau les symptômes qu'elle avait éprouvés l'année avant. Elle entre aujourd'hui dans le service; on sent une grosse tumeur dans la région pylorique; le ventre est ballonné, la dilatation stomacale considérable; on sent un ou deux ganglions dans le triangle de Scarpa, pas de ganglion de Troisier, pas de ganglion axillaire. Rien au foie, rien aux poumons. Etat général bon, malgré un peu d'amaigrissement et quelques vomissements. M. Vallas se propose de lui faire une nouvelle gastro-entéro-anastomose.

M. Vallas a fait présenter cette malade pour montrer les résultats très satisfaisants de la gastro-entéro-anastomose qu'il a pratiquée chez cette malade il y a bientôt 18 mois. La gastro-entéro-anastomose transméso-colique, par le procédé de von Hacker, est une opération bénigne; il n'a jamais vu de mort opératoire après cette intervention. Les malades sont améliorés pour une période variable du reste.

La malade présentée, remise complètement pendant une période assez longue, revient à cause de la réapparition de symptômes qui doivent être mis sur le compte de l'extension des lésions à la nouvelle bouche créée sur la face postérieure de l'estomac. Lors de la première intervention, on avait déjà noté l'envahissement de l'antre pylorique.

Cette malade ne présente encore aucune trace de cachexie. M. Vallas a l'intention d'intervenir à nouveau pour reporter plus loin la bouche stomacale. Il espère de cette opération, qu'il considère comme bénigne, une nouvelle période d'amélioration pour la malade.

Glossite exfoliatrice marginée.

M. Bouveyron communique un cas de glossite exfoliatrice marginée, intéressant par son mode de début et par son évolution.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, dessinateur, type parfait de l'adénoïdien. Une de ses sœurs est morte de péritonite tuberculeuse. Il n'a jamais été malade. En 1896, il présenta des symptômes dyspeptiques assez accentués, caractérisés surtout par des éructations en dehors des repas, de la constipation opiniâtre s'étant, en deux fois, traduite par de véritables symptômes d'obstruction intestinale. Dès cette époque, il présentait un peu d'emphysème et des sommets douteux.

La glossite débuta en janvier 1897 et coïncida nettement avec une poussée de tuberculose congestive du sommet gauche, avec

crachats sanguinolents et oscillations thermiques ayant duré environ 3 mois.

A ce moment, le malade ressentit, sur la face dorsale de la langue, des démangeaisons, des picotements surtout sous l'influence du contact des aliments. Au point incriminé, on voyait une zone arrondie d'épaississement épithélial; le lendemain, le tout était cerclé d'une zone grise surélevée alors que le centre paraissait vernissé. Plusieurs placards identiques apparaissaient en même temps qui, tous, débutèrent de même façon et évoluèrent parallèlement. Il importe de bien insister sur ce point, que l'affection a très nettement débuté par un épaississement épithélial. On fait généralement débuter la glossite exfoliatrice par papulo-vésicule; en ce cas particulier, le mode de début a été bien différent.

L'affection progressant excentriquement, les cercles se fusionnèrent les jours suivants et formèrent une plaque unique à contours circinés.

Chez ce malade, les poussées de glossite exfoliatrice évoluaient presque parallèlement à la température, augmentant ou diminuant avec la courbe thermique; il eut au moins 20 poussées de tuberculose congestive avec autant de poussées concomitantes de glossite.

Le malade n'a jamais fumé, il n'a pas la syphilis, il n'a jamais eu d'affection dentaire. La glossite a semblé évoluer constamment sous l'influence de l'état général, quelle que soit sa pathogénie : parasitisme ou trophonévrose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 20 Décembre 1900.

La méthode de Bottini dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

M. Rochet n'a appliqué cette méthode que sur les malades au 3e degré du prostatisme. Deux d'entre eux avaient subi la lithotritie pour calculs secondaires. D'autres avaient des lésions rénales. Les résultats furent les suivants :

1° Les douleurs sont nettement améliorées. L'un des malades entrait pour se faire tailler et souffrait d'une façon intolérable, sans que le cathétérisme le soulageât. Dès le lendemain il ne souffrait que peu, n'eut besoin que de deux cathétérismes par jour, bientôt un seul lui suffit;

2° Le cathétérisme devient facile, quand les malades ne récupèrent pas la miction spontanée;

3° Le troisième fait, c'est la récupération de la miction spontanée. Tel malade qui n'urinait que par la sonde émet maintenant 1 000 à 1 500 grammes d'urine par jour. Ce qui ne veut pas dire, d'ailleurs, qu'ils n'étaient plus rétentionnistes.

Bottini croit que sa méthode agit d'une façon définitive, et cela, en creusant dans la prostate une sorte de tranchée qui reste toujours perméable et devient un nouvel urèthre que la cicatrisation creuse par rétraction excentrique. Il ne semble pas que cet optimisme soit justifié encore. On peut plutôt croire qu'elle agit comme une section du col amenant cessation du spasme cervical. Il n'y a jamais eu, en effet, incontinence vraie, ce qui se verrait si la théorie de Bottini était vraie.

La méthode paraît donc bonne à retenir, parce qu'on n'a dans cette affection que des opérations radicales qui donnent une forte léthalité ou des opérations palliatives qui, dérivant l'urine, laissent après elles des inconvénients aussi graves que la maladie elle-même.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séances des 4 et 19 Décembre 1900.

Un cas d'épithélioma de la langue chez une femme.

M. Bridoux lit l'observation d'une malade de 46 ans, entrée dans le service de M. Duret, pour une tumeur ulcérée de la langue. Cette tumeur débuta, il y a environ un an, consécutivement à une morsure, sous forme d'une ulcération qui saignait au moindre contact et qui resta stationnaire pendant 8 mois; puis la langue commença à grossir, l'ulcération s'agrandit; sécrétant un ichor fétide, pendant qu'une salivation extrêmement abondante et que des douleurs avec irradiations dans l'oreille gauche s'installaient. Depuis un mois, l'ulcération a été le siège d'hémorrhagies fréquentes, et la déglutition des aliments solides est devenue impossible.

A l'examen, la malade présentait une teinte jaune-paille, de l'adénopathie sous-maxillaire et carotidienne, une voix nasonnée et une salivation très marquée. La langue, immobile, tuméfiée, d'une coloration gris-brunâtre, portait sur son bord gauche une ulcération étendue depuis le pilier du voile du palais jusqu'à 1 centimètre de la pointe, à bords indurés et déchiquetés, recouverts de bourgeons et d'un enduit grisâtre, et entourée d'une zone d'une dureté ligneuse. Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens paraissaient tuméfiés et indurés.

Il ne pouvait s'agir, dans ce cas, d'une ulcération tuberculeuse, ni d'un chancre syphilitique, mais bien d'un épithélioma ulcéré, consécutif, non pas à de la leucoplasie buccale, mais à la plaie déterminée par la morsure et, par conséquent, justiciable du traitement chirurgical.

L'opération, pratiquée par M. Duret, permit d'extirper les ganglions dégénérés et la portion malade de la langue, puis, on pratiqua la suture des deux lambeaux de la langue et du maxillaire inférieur, qui avait été préalablement scié. La malade, qui avait perdu très peu de sang, est alimentée au moyen d'une sonde œsophagienne, passée par les fosses nasales, et semble en bonne voie de guérison.

De l'utilité des bains sinapisés chez les nouveau-nés.

M. Besson fait une communication sur l'action vraiment efficace et souveraine des bains sinapisés, dans le traitement d'accidents qui rappellent la mort apparente des nouveau-nés. Il a observé, à la suite d'accouchements normaux, chez des enfants bien constitués, une sorte de syncope avec cyanose et résolution musculaire, survenant généralement une heure après la naissance. Dans le premier cas, M. Besson employa en vain les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle, les bains chauds et froids, l'enfant restait inerte, la cyanose augmentait. Un seul bain sinapisé, d'une durée de 10 minutes environ, fit disparaître tous les symptômes, l'enfant se remit à crier, à respirer d'une façon normale et depuis un an, l'accident ne s'est pas reproduit et la croissance s'est effectuée d'une façon normale.

Le second cas est semblable au premier, un bain sinapisé fit disparaître le cyanose et les menaces d'asphyxie.

M. Besson insiste sur cette efficacité vraiment remarquable des bains sinapisés qui offrent, en outre, l'avantage d'être très pratiques et qui ont, d'ailleurs, été employés avec succès dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles, par M. Lemoine.

L'étiologie de ces crises de cyanose est assez obscure; M. Besson n'a relevé aucune tare héréditaire, et dans les deux cas l'accouchement a été normal.

La mort par les brûlures graves et étendues.

M. Besson, après avoir fait remarquer la gravité très grande des brûlures étendues, rappelle qu'un nouveau traitement a été employé presque simultanément en Italie, par Tomasolli (de Palerme), en France, par Duret (de Lille). Il a recueilli 17 observations de malades traités par cette méthode, qui consiste à pratiquer quotidiennement des injections sous-cutanées massives d'eau salée, à la dose de 500, 1 000 et 2 000 grammes. 14 proviennent de la clinique de Tomasolli, trois ont été prises dans le service de M. le professeur Duret, par M. Besson. L'une d'elles est particulièrement typique: Un homme adulte, victime d'une explosion de gaz, présente des brûlures à la face, au cou, aux mains et avant-bras; son état reste bon pendant les 3 premiers jours, puis la fièvre s'allume, le pouls monte à 120, la langue devient sèche, rôtie et le délire apparaît. Aussitôt M. Duret ordonne des injections de sérum artificiel, atteignant

2 litres et même 3 litres par 24 heures. Sous l'influence de ce traitement, l'état général du malade s'améliore, le délire disparaît, la langue devient humide, les urines abondantes et claires. Le sérum est continué plusieurs jours après cette notable amélioration, et le malade sort complètement guéri de l'hôpital.

Une seconde observation, semblable à la précédente, montre une nouvelle guérison obtenue après injection sous-cutanée d'une quantité totale de 8 litres de sérum artificiel, à laquelle il avait été ajouté, à cause de la température élevée du malade, la balnéation froide.

M. Besson compare les résultats obtenus par cette thérapeutique, par Tomasolli et Duret, et montre que les rares cas d'insuccès, observés par l'auteur italien, s'expliquent par leur degré de gravité extrême et par les faibles quantités de sérum employées, qui ne dépassaient jamais 500 grammes. Au point de vue clinique, le traitement des brûlures graves et étendues par les injections salées à doses massives donnent de beaux résultats et la statistique ne fait que prouver ce que l'étude des causes de la mort dans ce genre de brûlures faisait prévoir. En effet, après avoir fait une étude critique des brûlures, M. Besson déclare que la mort doit être attribuée à des phénomènes de déshydratation du sang. Déjà Duret, en 1876, avait signalé l'oblitération de l'artère sylvienne et, par conséquent, la tendance du sang à la coagulation; puis, l'expérimentation démontra que, chez le lapin, les brûlures graves de l'oreille s'accompagnaient d'un aspect particulier du sang, qui devenait épais et sirupeux, de thromboses et d'embolies de tous les organes, enfin, les travaux nombreux d'hématologie vinrent expliquer le mécanisme de ces embolies, qui sont consécutives aux altérations des éléments figurés du sang. Ces embolies vont supprimer l'activité fonctionnelle des organes dépurateurs de l'organisme (foie et reins), il se produit donc une accumulation de toxines dans l'organisme, qui se trouve être encore augmentée par suite d'un drainage sanguin défectueux.

L'individu gravement brûlé meurt intoxiqué dans la plupart des cas, car le choc, la sidération nerveuse peuvent quelquefois être accusés de produire la mort.

Le traitement des brûlures graves et étendues par les injections massives de sérum artificiel est donc rationnel, puisqu'il favorise la fluidification du sang et l'élimination des toxines.

M. Dervaux cite un cas très démonstratif, chez une femme épileptique, présentant des brûlures graves, consécutives à une chute sur un foyer. Le traitement par les injections massives améliora rapidement l'état général, qui était très mauvais, mais la malade quitta l'hôpital avant guérison complète, le traitement ne put être continué et la mort survint quelque temps après.

M. Duret. — Les brûlés meurent du fait d'une toxhémie, et non de la douleur : par conséquent, il y a indication à pratiquer, chez eux, un véritable lavage du sang par les injections sous-cutanées à doses massives, auxquelles on peut ajouter les bains prolongés et les lavements salés. L'injection massive est un puissant agent thérapeutique dans toutes les formes de toxhémie; dans un cas d'infection péritonéale par perforation intestinale, il m'a permis d'obtenir la guérison.

Tuberculose des deux capsules surrénales sans maladie d'Addison.

M. Le Roy lit l'observation d'un tuberculeux qui, après avoir eu des bronchites à répétition, compatibles avec un état général relativement bon et une conservation des forces, vient de mourir de méningite tuberculeuse, dans le service de M. le professeur Desplats. L'autopsie confirma le diagnostic des lésions pleuro-pulmonaires et méningées; elle montra, en outre, l'existence d'une tuberculose des deux capsules surrénales qui, à la coupe, renfermaient de volumineuses masses caséeuses, et l'absence de toute capsule surrénale accessoire.

Il fait remarquer que le malade n'a pas présenté l'ensemble symptomatologique attribué par Addison, Hutchinson, Trousseau, Lasègue, à la tuberculose des capsules surrénales, au nom de la clinique et confirmé par les expériences des physiologistes tels que Langlois et Abelous. En effet, le sujet de l'observation n'a jamais eu de teinte bronzée de la peau, ni d'asthénie bien caractérisée, aussi M. Le Roy, sans admettre la théorie nerveuse de Jaccoud, qui explique le syndrome addisonien par une irritation suivie d'une altération des branches du plexus solaire, déclare que la mélanodermie, l'asthénie, les troubles sympathiques, peuvent être sous la dépendance d'une fatigue ou d'une lésion du système nerveux central.

M. Besson a observé un cas différent du précédent : un tuberculeux, à la dernière période, offrait une lassitude particulière, une coloration addisonienne; il mourut très rapidement et l'autopsie fit voir une tuberculose complète des capsules surrénales.

Contribution à l'étude des lames vasculaires de l'abdomen. Présentation de pièces.

MM. Réal et **Piet** présentent une pièce anatomique sur laquelle ils ont réussi à décoller les adhérences que les viscères abdominaux contractent normalement avec la paroi, à isoler leurs mésos, qui semblent confondus avec le fascia sous-péritonéal, et à les replacer dans leur situation embryonnaire. Cette préparation, inspirée par la thèse récente de M. Ombredanne, dont MM. Réal et Piet résument sommairement les idées, montre, en allant de l'anse sigmoïde vers la cardia, les méso-embryonnaires : méso-colons descendants, tranverse et ascendant; mésentère; méso-duodénum; méso-gastre avec barrière; cavité des épiploons; grand épiploon gastro-hépatique. En plus de son intérêt théorique, elle facilite la connaissance précise des plans fibreux de l'abdomen, qui peut être utile dans certains cas de pratique chirurgicale.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BIRMINGHAM

Séance du 13 Décembre 1900.

Ablation du goître sous l'anesthésie cocaïnique.

M. Barling a montré un homme de 50 ans auquel il a enlevé le lobe gauche de la thyroïde et l'isthme en se servant de l'anesthésie par la cocaïne.

Vingt minutes environ avant l'opération, le malade avait reçu en injection sous-cutanée un tiers de grain de morphine. On fit ensuite le long de l'incision qui devait être faite une série d'injections pour lesquelles on employa un demi-grain de cocaïne en solution à 4 p. 100. Enfin, lorsqu'au cours de l'opération le malade a commencé à se plaindre, la plaie fut badigeonnée avec une petite quantité d'eucaïne en solution à 1 p. 200.

Comme la tumeur était très vasculaire et descendait sous la trachée, l'opération a duré près de 2 heures, pendant lesquelles le malade n'a présenté le moindre trouble de la respiration bien qu'il eût des symptômes de compression de la trachée avant l'opération.

Infection de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde.

M. Marsden a montré une vésicule biliaire provenant d'un malade ayant succombé à la fièvre typhoïde.

Les parois qui sont le siège d'un épaississement inflammatoire irrégulier présentent, au niveau de la muqueuse, un grand nombre de petites ulcérations dont quelques-unes sont parsemées de taches brunâtres de nécrose. Au niveau du fond de la vésicule on aperçoit trois ulcérations volumineuses dont une a amené la perforation de la vésicule.

Sur les coupes des parois on voit, dans le stroma, des masses inflammatoires néoformées qui semblent n'avoir aucun rapport avec les ulcérations. L'examen histologique du fait a montré

l'existence de foyers disséminés de nécrose avec accumulation de leucocytes.

Résultats d'une résection du coude datant de 11 ans.

M. Morrison a montré un homme de 27 ans auquel il a fait, 11 ans auparavant, une résection du couche gauche pour tuberculose. Aujourd'hui l'articulation néoforme possède presque au complet les mouvements de flexion et d'extension et dans une certaine mesure ceux de pronation et de supination si bien que le malade n'éprouve actuellement aucune gêne dans les mouvements qu'il veut faire.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 30 Novembre 1900.

Abcès pleural.

M. Gottignies présente un poumon tuberculeux, à la base duquel existe une vaste poche sous-diaphragmatique; l'abcès intrapleural avait disséqué les 2 feuillets de la plèvre épaissie et était devenu partiellement latéral. La broncho-pneumonie dont était atteint le malade à son entrée à l'hôpital avait donné un coup de fouet à une tuberculose à marche chronique qui dégénéra en tuberculose miliaire aiguë envahissant tous les organes. L'analyse bactériologique qui, au début, avait démontré la présence de bacilles de Pfeiffer et de diplocoques, montra seulement vers la fin l'existence de bacilles de Koch.

REVUE DES CONGRÈS

XV° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE CHIRURGIE

Tenu à Rome du 27 au 30 Octobre 1900.

Trois cas de carcinome de l'œsophage et autres tumeurs du pharynx et du larynx.

M. Ceci a pratiqué dans ces 3 cas la gastrostomie.

Dans 4 cas de tumeurs du pharynx, il a opéré la résection suivant le procédé de Krönlein.

Empyème du sinus frontal et sténose laryngée par projectile d'arme à feu.

M. de Rossi rapporte 2 cas

1er cas. Jeune femme. Depuis 6 ans, empyème chronique du sinus frontal, accès douloureux fréquents; élévation de température.

Ouverture du sinus frontal par voie externe, lambeau ostéoplastique de Durante. Guérison.

2e cas. Femme robuste, ayant reçu 3 ans auparavant un projectile d'arme à feu qui atteignit la partie antérieure du cartilage thyroïde et du cricoïde. La malade aussitôt après fut trachéotomisée parce qu'elle présentait des marques de suffocation. La plaie laryngée guérit en laissant une sténose de l'organe, donnant lieu à des troubles sérieux.

M. de Rossi commença par pratiquer la dilatation forcée du larynx imaginée par lui et consistant essentiellement en une espèce de spéculum bivalve de Krammer. L'opération fut faite sous chloroforme et, quand la dilatation fut jugée suffisante, le professeur de Rossi essaya de la maintenir et d'augmenter le passage à l'aide de Béniqué, de cylindre de Schrotter et de la canule spéciale imaginée par lui. Quand la lumière fut jugée assez ample, il fit construire et appliquer à la malade une canule double laryngo-brachéale. Actuellement la canule mesure 12 millimètres de diamètre et la respiration est devenue normale.

M. Hannotti demande s'il n'était pas possible de faire une autoplastie de la fistule brachéale avec un lambeau cutané, et rapporte à ce sujet un cas personnel à résultat favorable.

Ligature de l'artère utérine. Contribution expérimentale et clinique.

M. de Paoli Erasmo. — Les résultats et les opinions sur l'efficacité de la ligature de l'artère utérine sont encore contradictoires. Il manque à cet égard un guide général, et la méthode qui convient le mieux n'a pas encore été suffisamment étudiée au point de vue expérimental,

Un premier fait constant est que l'utérus malgré l'absence d'afflux sanguin artériel peut vivre et, si l'on peut dire, ne diminue pas de volume. La muqueuse s'altère, on observe une élimination épithéliale rapide avec infiltration des couches sous-jacentes, les éléments musculaires sont peu altérés et présentent une infiltration légère, les vaisseaux sont thrombosés mais néanmoins la circulation n'est pas totalement enrayée. La musculaire de l'utérus est un peu atrophiée, surtout dans la couche moyenne et externe. En somme à considérer l'expérimentation sur les animaux, il n'est pas possible d'espérer modifier les néoplasies utérines d'origine épithéliale et pas davantage celles d'origine musculaire ou conjonctive. On pourrait seulement espérer un résultat pour les néoplasies d'origine vasculaire. Les expériences cliniques furent faites dans des cas d'affections utérines où les modifications vasculaires prédominent, dans les endométrites de la ménopause. Les résultats thérapeutiques sont excellents.

Etude clinique sur la suture des artères. Suture de l'humérale.

M. Umberto Rosa présente un homme de 76 ans, habitué à se faire chaque année une saignée et récemment, en pareille circonstance, il s'ouvrit l'artère humérale. Il dut son salut aux nombreuses cicatrices préexistantes qui facilitèrent l'hémostase. Amené à la clinique, la plaie artérielle fut mise à nu et mesurait environ 7 millimètres. Les bords de la plaie coïncidaient hermétiquement. L'artère était saine malgré un certain degré de sclérose, 4 points de suture n'intéressant que la couche externe furent placés.

Guérison.

M. Salomini dit que sa méthode de suture des artères comprend les temps suivants :

1° Mise à nu du vaisseau;
2° Isolement par ligature;
3° Hémostase provisoire;
4° Suture du vaisseau.

Il a entrepris, avec son élève Tomaselli, des expériences sur 11 chiens et 1 mouton, en tout 14 expériences avec les résultats suivants : 2 sur l'aorte abdominale avec 2 succès; 7 sur l'aorte fémorale avec 4 succès; 5 sur l'aorte carotide avec 1 succès.

M. di Gaetano rapporte un cas de suture de l'artère fémorale.

Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'hydronéphrose.

M. d'Urso s'est proposé de rechercher à quel point l'anastomose des veines émulgentes avec les veines supra-rénales et lombaires par le moyen des rameaux capsulaires concourt par son développement notable (Lindemann) a produire comme toute ligature rapide et complète de l'uretère soit l'hydronéphrose, soit l'atrophie rénale primitive.

Dans un premier groupe d'expériences sur des chiens et des lapins à la ligature rapide et complète de l'uretère il a associé la décapsulation du rein, c'est-à-dire l'isolement de l'organe, qui reste alors en communication avec l'organisme par l'artère et la veine émulgente et l'uretère; chez tous ces animaux il se développa de l'hydronéphrose.

Action de la gélatine sur le sang.

MM. A. Ghedini et **L. Angelozzi** posent les conclusions suivantes à la suite des expériences sur l'action coagulante de la gélatine :

1° La gélatine favorise réellement la coagulation du sang : *a*) dans les vaisseaux ; *b*) en dehors des vaisseaux ;

2° La gélatine à dose thérapeutique ne produit aucun accident ;

3° Le coagulum provoqué par la gélatine a une tendance rapide à la coagulation ;

4° La gélatine peut trouver des indications particulièrement utiles dans toutes les hémorrhagies, dans le traitement des anévrysmes, etc.

Incision circulaire unique dans la cure radicale des varices.

M. Mariani préconise, au lieu de l'incision sus-malléolaire l'incision circulaire unique accompagnée ou non de la résection de la grande saphène.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Ghillini, en 1899, traitait cette question et donnait les modifications introduites dans la méthode de Fabbri. Quand la tête fémorale est repoussée en haut, mettre le membre en abduction ; si la tête est en bas, le membre sera en abduction, si elle est en avant, le membre sera en rotation interne. Si elle est en arrière, le membre sera mis en rotation externe. Il a opéré 100 autres cas avec bons résultats.

Importance de l'influenza au point de vue chirurgical.

M. Perez expose le résultat de ses expériences d'inoculation du bacille de Pfeiffer sur les animaux.

Contribution clinique à la cure radicale de la hernie.

M. Stori rapporte le résultat de la statistique des hernies opérées par le professeur Colzi depuis 1880.

En tout 2 550 cures radicales sur 2 173 malades, dont : 2 336 hernies inguinales ; 269 hernies crurales ; 22 hernies ombilicales ; 16 hernies épigastriques ; 7 hernies ventrales (3 post-opératoires, 4 traumatiques).

Dans 240 cas il y avait des phénomènes d'étranglement (65 inguinales, 169 crurales, 6 ombilicales).

Parmi les hernies inguinales, 94 fois le testicule était retenu, 7 fois l'avaire, 30 fois l'appendice, 46 fois la vessie, 23 fois l'S iliaque, 6 fois le cæcum, 8 fois il y avait tuberculose du sac, 9 fois tuberculose du sac et du péritoine.

Le résultat du traitement a été : 2 195 guérisons à marche aseptique ; 29 suppurations, 12 morts, soit 1,25 p. 100 de suppuration et 0, 53 p. 100 de mortalité.

La mort a été causée : 8 fois par embolie pulmonaire ; 1 fois par néphrite ; 2 fois par insuffisance cardiaque ; 1 fois par suffocation.

Les récidives ne dépassent pas 2 p. 100.

Quant aux hernies crurales, le résultat a été, sur 269 opérés dont 169 avec étranglement, 5 morts.

Colibacille cocciforme pyogène chez l'homme et chez les animaux.

M. de Gaetano Luigi a isolé du pus d'un abcès sous-cutané de la région hypocondriaque droite d'un individu souffrant de catarrhe entéro-gastrique ancien, un micro-organisme de forme micro-coccique dont les caractères de culture ont permis l'identification avec le colibacille d'Escherich.

Mécanisme de la commotion cérébro-spinale.

M. Bonomo a soumis à un tiraillement brusque la moelle et les racines nerveuses de chiens et de lapins et a trouvé d'une manière constante un épanchement hémorrhagique punctiforme.

Entéro-colite muco-membraneuse et typhlostomie temporaire.

M. Benedetto Schiassi. — Sur une femme de 24 ans souffrant d'entéro-colite muco-membraneuse rebelle a pratiqué la typhlostomie dans le double but de mettre l'organe au repos et de traiter directement la muqueuse malade.

Le résultat fut excellent.

M. Fummi rapporte 3 cas guéris ainsi par M. Montervoresi.

M. Durante réclame la priorité de la cæcostomie.

M. Muguai confirme ces faits.

Thoracotomie pour plaie pénétrante avec tension du diaphragme, du poumon, du péricarde, du cœur et des artères.

M. Parlavecchio rapporte les observations faites par lui depuis 1893 :

4 pour plaies du diaphragme ; 1 pour plaies du cœur ; 2 pour plaies du péricarde ; 1 pour plaies du poumon ; 1 pour plaies de la mammaire et de l'intercostale avec hémothorax abondant ; 1 pour fracture de côte.

L'intervention consista dans la thoracotomie immédiate avec suture des organes atteints. Tous ses malades ont guéri moins le dernier.

Etat actuel d'une malade opérée d'extirpation du ganglion de Gasser.

M. Mugnai rapporte le cas d'une malade opérée il y a 22 mois de résection du ganglion de Gasser et qui se trouve actuellement dans les meilleures conditions. Les douleurs qui étaient atroces ont disparu. Il pratiqua l'extirpation complète du ganglion.

Hépatopexie pour ptose du foie.

M. Venturoli a opéré une femme de 50 ans atteinte d'hépatoptose traumatique. La malade guérit. L'opération fut pratiquée par un procédé nouveau d'hépatopexie postérieure.

Contribution à la chirurgie pulmonaire.

M. Salomini a pratiqué 4 pneumotomies pour tuberculose. Le premier cas qui remonte à 1890 est resté guéri 4 ans et le malade succomba finalement de péritonite tuberculeuse. Le second opéré retira de l'opération un bénéfice temporaire et mourut de tuberculose pulmonaire bilatérale un an après. Le 3e garda une fistule 4 ans, et mourut d'épuisement.

Extirpation totale d'une parotide sarcomateuse.

M. Parlavecchio a opéré une femme de 66 ans à laquelle 4 ans auparavant on avait enlevé la mâchoire supérieure pour sarcome. La néoplasie secondaire de la parotide datait de 5 mois. L'ablation locale fut pratiquée et la malade guérit de l'opération.

Tumeurs myéloïdes multiples des os.

M. Maffucci rapporte le cas d'un homme de 61 ans ayant des tumeurs de l'épaule, de la colonne vertébrale, des côtes, de l'humérus et du fémur. Phénomènes de compression médullaire.

Traitement opératoire de la tuberculose sacro-iliaque.

M. Cochivilla rapporte 5 cas de sacro-coxalgie, opérés dont 2 par la résection de l'articulation ; les malades ont guéri.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

La symphyse du péricarde (1),

Par M. le professeur V. Hutinel.

La symphyse du péricarde est la conséquence d'un travail irritatif soit aigu, soit subaigu, soit chronique qui se fait du côté de cette séreuse. Souvent elle s'explique par l'existence d'une péricardite rhumatismale aiguë qui a laissé des adhérences comme traces de son passage, au même titre que la pleurésie laisse après elle un accolement des feuillets pleuraux. Dans un assez grand nombre de cas elle a des origines moins claires; elle résulte d'une infection tuberculeuse latente à ses débuts, insidieuse et sournoise dans ses manifestations. Enfin, il est des cas où les adhérences qui soudent le péricarde se sont installées lentement, progressivement, sans qu'on puisse en découvrir l'origine dans l'histoire pathologique du malade, sans même qu'à l'autopsie il soit possible de découvrir la provenance de ce tissu fibreux, qui forme autour du cœur une véritable coque.

Un point important à noter, c'est la fréquence de la symphyse dans le jeune âge : sur 43 autopsies où cette lésion a été constatée, on compte 15 sujets de 10 à 20 ans, 8 de 20 à 30 ans. Ce fait s'explique par la gravité des manifestations cardiaques du rhumatisme chez les enfants, par les poussées de péricardite qui se font à chaque crise et par la fréquence des épanchements.

Une autre raison qui nous explique l'existence relativement commune de la symphyse chez les jeunes sujets réside dans la fréquence des lésions tuberculeuses du médiastin chez les enfants; c'est pour cela que sur 38 cas de symphyse, Hayem et Teissier notent 24 fois la tuberculose.

Il y a, cependant, des symphyses péricardiques un peu différentes, par leurs allures et par leurs origines. Ce sont celles qui apparaissent chez les vieillards et qui sont dues soit à une lésion de l'aorte, soit à une lésion du cœur lui-même, soit à une lésion de gros vaisseaux.

On a dit que certains sujets avaient une tendance toute particulière à faire du tissu fibreux. Dans bon nombre d'observations on trouve en effet simultanément des adhérences du cœur et des plèvres, de la médiastinite chronique, des adhérences du foie et de l'estomac et même une péritonite chronique sous-diaphragmatique plus ou moins étendue. Pour expliquer ces cas, on a imaginé une sorte de périviscérite; on a créé des noms nouveaux, croyant décrire une maladie nouvelle, comme la symphyse péricardo-périhépatique de Gilbert ou comme la périviscérite de Huchard. Heidenhain invoquait, dans ces cas, une inflammation chronique de toutes les séreuses; Lancereaux, une diathèse fibreuse sclérogène. Qu'il y ait quelque chose de spécial, d'individuel pour expliquer ces réactions particulières des séreuses, je le veux bien ; il faut pourtant remarquer que ces périviscérites sont aussi communes dans le jeune âge, qui n'est pas l'âge des scléroses, que dans l'âge adulte. S'agit-il alors d'affections rénales ou cardiaques que la sclérose finit par masquer? Je ne le crois pas. Du moins ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées dans les faits que j'ai observés.

Quand on étudie la symphyse péricardique, il faut considérer non seulement les adhérences de l'enveloppe du cœur, mais encore celles du médiastin, celles des plèvres et du péritoine sous-diaphragmatique, c'est-à-dire le rayonnement du processus irritatif. Disons tout de suite que les lésions du cœur lui-même ont à ce point de vue un intérêt particulier.

Il est fréquent, dans les autopsies, de trouver des adhérences partielles qui ne causent aucun trouble appréciable dans le fonctionnement du cœur. Ces adhérences se rencontrent de préférence dans les régions les moins mobiles du cœur.

Les adhérences générales sont plus rares. Parfois elles sont molles et l'on peut, par traction, séparer les deux feuillets du péricarde. Assez lâches sur presque toute leur étendue, elles sont fibreuses par places, cellulaires dans beaucoup de points, et présentent des végétations rougeâtres, des logettes plus ou moins remplies de liquide et des néo-membranes vasculaires, indices d'un travail encore récent. Souvent dans ces adhérences on trouve des tubercules ou des foyers caséeux ; mais parfois il est difficile, même avec le microscope, de reconnaître la nature tuberculeuse de la lésion. Les bacilles sont rares et les follicules tuberculeux ne sont pas toujours caractéristiques.

Dans certains cas, les adhérences sont plus épaisses; alors le cœur est entouré d'une coque fibreuse, résistante et dure, offrant des cloisons, des cavités, des logettes contenant un liquide louche, séro-purulent ou hémorrhagique, ou encore des masses molles et caséeuses.

Les adhérences très anciennes peuvent être telles qu'elles forment au cœur une vraie carapace, qui parfois prend quelquefois une consistance cartilagineuse ou même ossiforme quand elle s'infiltre de sels calcaires. Alors le tissu fibreux englobe les gros vaisseaux et les nerfs, fusionne les plèvres, le péricarde, le cœur et le poumon et fait adhérer cette masse, en arrière à la colonne vertébrale en avant à la paroi sterno-costale. Dans cette gangue fibreuse on trouve des foyers pruriformes, enkystés ou non, des ganglions ou des amas caséeux.

Quand le péricarde est ainsi lésé, le cœur et les organes voisins sont plus ou moins modifiés. Généralement ce qu'on observe, c'est une hypertrophie du cœur,

1. Leçon recueillie par le Dr Romme, préparateur du cours.

surtout quand il s'agit de sujets jeunes, quand il existe simultanément des lésions cardiaques, orificielles ou vasculaires, ou encore un mal de Bright. Cette hypertrophie s'accompagne souvent de dilatation.

Au lieu de l'hypertrophie, c'est parfois l'atrophie du cœur qu'on constate. Celle-ci, bien qu'on en ait exagéré la fréquence, est moins importante que l'hypertrophie. Elle se rencontre surtout dans la symphyse tuberculeuse et s'accompagne alors d'un certain degré de dilatation.

L'hypertrophie ou l'atrophie du cœur ne sont pas les seules lésions à noter. Parfois, surtout chez l'enfant, on note une insuffisance fonctionnelle sans lésions valvulaires, de l'orifice mitral dans la plupart des cas, quelquefois de l'orifice aortique.

Ce n'est pas tout, il y a généralement des adhérences des plèvres, des modifications plus ou moins profondes du tissu des poumons et des altérations des organes contenus dans le médiastin. Les adhérences ne se limitent même pas au thorax; elles gagnent la région sous-diaphragmatique de l'abdomen. Alors une ascite apparaît, et le syndrome de la péricardite rappelle celui de la cirrhose

A la fin de 1893 j'ai décrit les altérations du foie qu'on trouve en pareil cas, et cela dans la symphyse d'origine rhumatismale comme dans la symphyse de nature tuberculeuse. Dans les deux cas on trouve, au début, un foie muscade gros, congestionné. Dans les deux cas ce foie congestionné peut devenir scléreux. Mais, tandis que dans la symphyse rhumatismale, on note une cirrhose cardiaque pareille à celle qui a été décrite chez l'enfant, par Hanot et Parmentier, dans la symphyse tuberculeuse, la cirrhose cardiaque est plus ou moins modifiée par l'adjonction de l'élément tuberculeux.

Dans le foie, on note alors tantôt des bandes ou des îlots scléreux avec lésions tuberculeuses, tantôt une altération graisseuse des cellules rappelant la cirrhose graisseuse, tantôt enfin des lésions capsulaires qui prédominent souvent d'une façon remarquable.

Pick (de Prague) ayant vu des faits du même ordre, mais moins avancés, fut frappé par le tableau clinique qu'on observe en pareil cas et les décrivit sous le nom de pseudo-cirrhoses péricardiques. Dans une lettre qu'il m'écrivit peu après, il reconnut qu'il ne connaissait pas mon travail et avoua que j'avais raison d'incriminer dans bon nombre de cas la tuberculose. Depuis, Gilbert et Garnier ont cru découvrir dans ces faits une forme nouvelle de cirrhose à laquelle ils ont donné le nom de symphyse péricardo-péri-hépatique en insistant surtout sur l'importance des adhérences péricardiques et sur l'invasion du foie de dehors en dedans par le tissu fibreux. Moizard et Jacobson ont publié des faits pareils aux miens et confirmé simplement ma manière de voir.

* * *

Au point de vue symptomatologique, on peut distinguer deux formes principales de symphyse cardiaque: l'une, ordinairement rhumatismale, dans laquelle dominent les symptômes cardiaques; l'autre, plus souvent tuberculeuse, où ces symptômes sont effacés et semblent parfois négligeables. Dans la première, l'attention est généralement appelée sur le cœur; dans la seconde, on pense plutôt à une affection abdominale, par exemple à une cirrhose.

Dans les deux formes, les signes physiques sont nombreux. Ils résultent de la gêne que les adhérences apportent aux mouvements du cœur, des rapports qu'elles établissent entre le cœur et la paroi thoracique, de l'hypertrophie ou de la dilatation de l'organe.

Souvent, l'hypertrophie étant assez nette et s'expliquant par une ancienne lésion des orifices ou des valvules, on trouve chez les jeunes sujets une voussure précordiale : signe inconstant, mais bon à noter quand il existe. D'autres fois, il existe une dépression permanente de la région précordiale ; car les adhérences, qui fixent le péricarde à la paroi thoracique en avant et au rachis en arrière, se rétractent comme le font toujours ces néoformations conjonctives. Cette rétraction est d'autant plus nette que souvent il existe en même temps des adhérences pleurales à gauche.

En même temps que cette rétraction, on note souvent une diminution de la saillie inspiratoire du côté gauche, fait d'autant plus paradoxal que l'impulsion cardiaque semble souvent plus forte. Dans certains cas on voit la paroi thoracique se soulever d'une manière inégale, la partie supérieure faisant saillie, les parties inférieures et la pointe se déprimant, s'enfonçant comme dans un mouvement de bascule. La rétraction systolique peut être suivie d'une sorte de choc diastolique comme l'a signalé Friedreich. Dans quelques cas, où le péricarde est fixé à la paroi thoracique par des adhérences, on constate des ondulations de la région précordiale; on voit une véritable reptation ou un mouvement de roulis ou encore sorte de rotation du cœur autour d'un axe longitudinal (Jaccoud).

Le battement de la pointe peut être affaibli et même manquer. Souvent le déplacement de la pointe pendant les changements de position fait absolument défaut. Ce signe a une importance considérable.

Généralement la percussion révèle une augmentation de la matité cardiaque rappelant celle des péricardites avec épanchement, mais en différant par l'augmentation plus ou moins considérable de la matité hépatique. Cette matité cardiaque est invariable dans toutes les attitudes; dans la symphyse, le cœur est comme cloué à la paroi thoracique et ne se déplace pas dans les mouvements.

L'auscultation ne donne pas toujours des renseignements précis. Quelquefois les bruits sont affaiblis, ce qui tient plus à l'affaiblissement du cœur qu'aux adhérences. D'autres fois on perçoit un frottement ou un bruit méso-systolique dû à des brides péricardiques. Plus souvent c'est un dédoublement du deuxième bruit dépendant de la gêne circulatoire et de l'augmentation de la tension dans la petite circulation.

Dans certains cas on entend un bruit de galop dû à la dilatation et à la diminution d'élasticité du ventricule gauche, ou encore le bruit de rappel paradoxal de Gilbert et Garnier, avec prolongation anormale de la systole et du petit silence, attribuable sans doute à la gêne des contractions ventriculaires. Quelquefois enfin, les bruits ont une consonance métallique et les souffles sont renforcés surtout quand il y a dilatation de l'estomac, celui-ci faisant caisse de résonance.

Mais il faut savoir que l'auscultation peut tromper. J'ai entendu un souffle systolique mitral extrêmement rude chez une fillette qui n'avait pas la moindre lésion de l'orifice mitral. D'autres fois c'est un souffle d'insuffisance aortique qu'on perçoit dans les mêmes conditions. Ces souffles s'expliquent par une simple dilatation, sans lésion des orifices.

Il y a enfin des troubles du rythme qui peuvent s'exagérer quand le cœur faiblit.

Le pouls, tantôt normal, tantôt faible et irrégulier, est en rapport avec l'énergie des contractions cardiaques.

Le pouls paradoxal décrit par Kusmaul n'est nullement pathognomonique. Il est caractérisé par l'affaiblissement du pouls radial pendant l'inspiration, avec reprise de l'amplitude pendant l'expiration. Pour expliquer ce phénomène, Kusmaul suppose que des brides fibreuses, fixées en avant du sternum et se prolongeant jusqu'à l'aorte, déterminent pendant l'inspiration des tiraillements tels que l'aorte se trouve comprimée et que le cours du sang s'y est entravé.

Friedreich a noté du côté des veines un autre signe ; l'affaissement brusque des veines cervicales pendant la diastole. C'est le collapsus veineux diastolique; mais ce signe, qui aurait pour Friedreich la même valeur que le retrait systolique de la pointe, n'a rien de pathognomonique.

Chacun de ces signes que nous avons passés en revue a été considéré comme résultant de la symphyse du péricarde. Mais ces signes sont rarement réunis; ils sont au contraire inconstants, souvent d'une constatation délicate et d'une interprétation difficile.

Quand ils existent, on peut, en les étudiant, soupçonner l'existence d'une symphyse du péricarde ; mais il est difficile de l'affirmer.

Les signes fonctionnels manquent parfois, et quand ils existent, ils se rapprochent des signes des cardiopathies chroniques.

Ce sont d'abord des palpitations, puis une dyspnée d'effort que n'explique pas une lésion valvulaire.

Parfois on trouve des douleurs constrictives, des souffrances angineuses avec irradiations au cou et dans le bras gauche, avec angoisse et tendance aux lipothymies. Elles sont paroxystiques, mais, dans l'intervalle ; la région précordiale reste souvent sensible à la pression. Elles sont ordinairement en rapport avec une lésion coexistante des coronaires.

Les douleurs ne sont pourtant pas constantes. Elles sont même l'exception.

L'asystolie, au contraire, est à peu près la règle. Elle est la conséquence précoce de la symphyse et succède parfois à une première atteinte de rhumatisme articulaire. C'est parfois une asystolie curable dont on se remet quand le mal passe de l'état aigu à l'état chronique, surtout quand il s'agit de sujets jeunes. Mais cette asystolie reparaît souvent avec une déplorable facilité et ne s'amende que grâce au repos et à une médication active.

Ce qui caractérise cette asystolie, c'est le retentissement du trouble circulatoire sur la circulation veineuse et particulièrement sur la circulation du foie. Souvent il s'agit d'une asystolie à prédominance hépatique, et c'est à propos d'un de ces cas qu'on a voulu expliquer les troubles cardiaques par l'altération du foie.

Quand il s'agit de symphyse succédant à un rhumatisme on est prévenu ; il y a eu péricardite aiguë avec pleurésie; il est resté de la gêne circulatoire, souvent du souffle. Quand le foie grossit on reconnaît assez facileun foie cardiaque, et connaissant l'importance des lésions du péricarde dans la genèse de l'asystolie chez les enfants on va plus loin et on dit : foie cardiaque par asystolie d'origine cardiaque et péricardique.

C'est bien en effet le foie cardiaque, foie muscade, gros, donnant une matité de 20 centimètres et plus, lourd, peu douloureux, avec gros ventre, avec cyanose de la face, des lèvres, des extrémités, urines brunes mais non biliphéiques, rate un peu grosse, ascite plus ou moins abondante. Il s'y joint comme accidents des vomissements, des diarrhées, etc., qui témoignent de la mauvaise circulation intestinale.

Dans la symphyse du péricarde d'origine tuberculeuse, au contraire, les accidents viscéraux qu'on voit naître plus ou moins tardivement dans la symphyse rhumatismale sont souvent les premiers en date.

Le mal s'installe, sournoisement. Les enfants maigrissent et deviennent dyspnéiques; ils s'essoufflent au moindre effort, et peu à peu ils changent d'aspect. Dans les cas vus par moi, par Moizard et par d'autres, le tableau clinique est toujours le même.

Souvent, dès le premier examen, on trouve un gros ventre, avec une ascite plus ou moins abondante. Les veines abdominales sont dilatées, le foie énorme, la rate grosse. Les sujets, généralement des enfants, ont le haut du corps maigre, les jambes parfois œdématiées, les urines peu abondantes et brunes. Ce qui frappe c'est leur dyspnée, leur difficulté à s'étendre au lit (orthopnée); ils ont une cyanose habituelle et souvent très accentuée des lèvres et des extrémités ; les extrémités digitales se gonflent plus tard et se renflent en masse. Ces sujets bleuissent au moindre effort. Quand ils marchent, ils se renversent en arrière et font saillir leur ventre comme les femmes enceintes.

D'où vient ce gros foie qui remplit une partie de l'abdomen et que n'explique ni une syphilis antérieure, ni une infection paludéenne, ni une intoxication? Cherchez au cœur et vous trouverez parfois quelques-uns des signes que nous avons indiqués. Le choc précordial est faible, le cœur dilaté, la matité cardiaque plus ou moins augmentée, le volume de l'organe très augmenté, comme le montre la radiographie.

Il y a des épistaxis, de la pâleur, parfois un état fébrile subcontinu. C'est un état d'asystolie qui dure, que les ponctions améliorent, mais que les médicaments cardiaques impressionnent peu.

Comme diagnostic, on a dit : pseudo-cirrhose. C'est une erreur; car, dans ce cas, il s'agit souvent d'une cirrhose vraie, cirrhose à la fois péri-hépatique et intrahépatique, avec productions tuberculeuses dans le foie, cirrhose cardiaque et tuberculeuse. Ces enfants meurent souvent subitement, 3 fois sur 4, d'après mes observations personnelles. Il y en a cependant qui vivent longtemps ; il y en a même qui semblent guérir.

Pour faire le diagnostic de cette cirrhose cardio-tuberculeuse, il faut y songer. On doit y penser quand on trouve des signes de cardiopathie et de la cyanose sans lésions des orifices ni des valvules pour expliquer les phénomènes. D'autre part, quand chez un sujet jeune ou même adulte on trouve de l'ascite avec gros foie lisse, dilatation des veines de l'abdomen et troubles marqués de la circulation veineuse; quand, avec ce gros foie dont rien, dans les antécédents, ne justifie la lésion, on trouve une cyanose paroxystique d'abord puis continue, quand cette cyanose n'est pas expliquée par l'examen du cœur ni des poumons, il faut penser à la symphyse du péricarde et à son retentissement sur le foie.

Comme traitement vous conseillerez le régime lacté et les toniques du cœur ; la théobromine et, à l'occasion, la digitale; l'iodure de potassium a une action douteuse. Il faut faire des ponctions quand l'ascite est trop abondante.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

ANNÉE 1899-1900.

M. MORAND (O.). *Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse chez le vieillard.* N° 88. (Maloine.)

M. MICHEL (Paul). *Contribution à l'étude clinique des pleurésies typhoïdes.* N° 83. (Boyer.)

Mme DONZEAU (Suzanne). *Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde, principalement chez les enfants.* N° 76. (Boyer.)

M. BUSSARD (Édouard). *De la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.* N° 133. (Maloine.)

M. BÖMCHIS (Isodore A.). *Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde.* N° 119. (Steinheil.)

M. LENOIR (Louis). *Des crises épileptiques au cours de la fièvre typhoïde, leur influence sur la courbe thermique.* N° 71. (Maloine.)

M. LEFÈVRE (Pierre). *Contribution à l'étude du bruit de galop dans la néphrite interstitielle.* N° 94. (Boyer.)

M. BONNEFOND (Ludovic). *Contribution à l'étude de l'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale, et de son traitement.* N° 98. (Boyer.)

M. JAUCENT (Henri). *Le tabac, étude historique et pathologique.* N° 84. (Boyer.)

M. TRÉGOAT (A. G.). *L'immigration bretonne à Paris, son importance, ses causes, ses conséquences intéressantes au point de vue médical, de quelques moyens propres à la diminuer.* N° 86. (Maloine.)

M. BRUNEAU. *Des arrachements du cuir chevelu et de leur traitement.* N° 34. (Morel, Lille.)

M. LUYS. *Considérations sur les lésions traumatiques de la dure-mère.* N° 43. (Steinheil.)

M. MARTIAL. *De l'hémiplégie traumatique.* N° 25. (Masson et Cie.)

M. CHAILLOUS. *L'opération de Krönlein dans les affections de l'orbite.* N° 36. (Steinheil.)

M. VILLAUD. *Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la conjonctive palpébrale (carcinome réticulé).* N° 100. (Baillière et fils.)

M. DEMALDENT. *Contribution à l'étude de la mucocèle du sinus frontal.* N° 81. (Carré et Naud.)

M. MAILLARD. *Quelques cas d'épithéliomas étendus de la face, ablations et autoplasties consécutives.* N° 137. (Boyer.)

M. MORAND admet que les épanchements de la plèvre sont fréquents chez le vieillard. Après la pneumonie, la pleurésie est l'affection des voies respiratoires dont ils sont le plus souvent frappés. L'épanchement séro-fibrineux est presque le seul dont ils soient atteints. Après 60 ans, la pleurésie purulente devient une rareté, les pleurésies tuberculeuses sont en faible proportion et aussi les pleurésies méta-pneumoniques.

Les pleurésies secondaires sont les plus fréquentes et le plus souvent on les observe chez des cardio-rénaux, au cœur hypertrophié, au rein atrophié, pendant une période d'asystolie que des accidents urémiques viennent parfois compliquer. Le poumon situé sous l'épanchement porte fréquemment comme lésions soit des noyaux inflammatoires pneumoniques ou broncho-pneumoniques, soit de véritables infarctus, lésions antérieures à l'épanchement.

Ces pleurésies s'accompagnent de troubles fonctionnels peu caractéristiques, elles amènent peu de réaction, il faut les chercher pour les dépister.

Du fait de l'asystolie ou de l'urémie au milieu desquelles se produit souvent cette pleurésie, le pronostic est habituellement très sombre, bien que l'épanchement n'atteigne pas de grandes proportions.

Le traitement par la thoracentèse s'impose, moins souvent que chez l'adulte, du fait de l'abondance du liquide épanché.

Dans sa consciencieuse et intéressante monographie, M. MICHEL étudie les pleurésies typhoïdes sur lesquelles l'attention a été récemment de nouveau attirée. Il rappelle qu'elles constituent une complication de la dothiénentérie plus fréquente que ne le disent les anciens auteurs. Elles peuvent survenir à toutes les époques de la maladie. Au début, elles constituent le pleuro-typhus des classiques, dans le cours de la fièvre typhoïde ; ce sont, suivant M. Michel, des pleurésies paratyphoïdes et dans la convalescence des pleurésies métatyphoïdes.

Elles se manifestent sous les trois formes ordinaires des pleurésies : séreuse, hémorrhagique, purulente. Mais les premières sont très rares.

Les pleurésies typhiques ont une tendance manifeste à revêtir le type hémorrhagique.

La contagion directe de la fièvre typhoïde, qui a été longtemps niée et qui n'est pas encore acceptée par tous les médecins, est un fait acquis. Les observations absolument précises qu'a réunies Mme DONZEAU ne laissent aucun doute à cet égard. L'agent contagieux n'a nullement besoin, pour devenir virulent, de subir des modifications dans un milieu autre que l'organisme humain, mais il provoque l'infection en passant directement du sujet malade à l'individu sain.

Cette contagion directe semble s'exercer principalement chez les enfants, sans doute parce que leur âge les place dans un état spécial de réceptivité.

Les faits indiscutables d'enfants contagionnés dans les milieux hospitaliers réclament des modifications dans les mesures prophylactiques.

Il faut pour cela s'inspirer des règles formulées par M. Grancher et faire entourer les enfants atteints du box protecteur qu'il a installé dans son service et qui a supprimé à peu près la transmission de maladies telles que la rougeole, diphthérie, scarlatine ; *a fortiori*, elle semble suffisante pour s'opposer à la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

Comme Mlle Donzeau, M. BUSSARD estime que la contagion de la fièvre typhoïde à l'hôpital est possible et, dans l'état actuel des choses, relativement fréquente. Elle présente une importance suffisante pour justifier des mesures énergiques.

Les moyens prophylactiques en vigueur ou sont imparfaitement appliqués par suite de leur complexité, ou sont d'une efficacité incomplète. Pour l'auteur l'isolement est la seule mesure capable de donner des résultats réels.

Au nombre des complications qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, il faut compter le hoquet, non pas seulement le hoquet symptomatique d'une péritonite typhoïdique, ou d'une appendicite para-typhoïde, mais le hoquet passager, indépendant de toute propagation de l'infection au péritoine.

Au point de vue symptomatique, ce hoquet que M. BÖMCHIS décrit très complètement ne présente rien de bien particulier. Il est intermittent ou continu, accompagné ou non de vomissements. Le diagnostic de cette variété de hoquet est de la plus grande importance, puisqu'il s'agit d'éliminer la péritonite par perforation intestinale, et l'appendicite paratyphoïde, ancienne péritonite par propagation de Thirial (Dieulafoy).

La pathogénie de ce symptôme demeure encore obscure. Cependant, les recherches de médecine expérimentale (Chantemesse) récentes permettent d'incriminer une intoxication des centres nerveux par le poison soluble typhoïdique (toxine du bacille d'Eberth).

Le pronostic du hoquet passager n'est pas toujours fâcheux. Par ce fait, cependant, qu'il exprime une intoxication profonde de l'économie, le hoquet typhoïdique est souvent une complication sérieuse, qui nécessite un traitement énergique.

Le traitement du hoquet passager est, par excellence, l'administration des bains froids.

Il est incontestable que certaines maladies, et particulièrement les maladies infectieuses, peuvent modifier d'une façon heureuse la marche de l'épilepsie. Cependant ces effets favorables ne sont pas assez constants pour qu'on puisse en tirer une règle pronostique ou une indication thérapeutique, car l'influence inverse s'observe souvent; dans deux observations publiées par M. LENOIR les crises épileptiques ont été plus nombreuses au cours de la fièvre typhoïde qu'à l'état normal.

Les crises épileptiques sont suivies d'une élévation souvent considérable de la température centrale. En général, lorsqu'il y a seulement vertige, l'hyperthermie est moindre qu'en cas d'attaque convulsive.

Au cours d'une fièvre typhoïde chez un épileptique, la température peut s'élever brusquement, même au-dessus de 40°, alors qu'il n'y a pas eu la moindre alimentation, que l'auscultation et l'examen clinique du malade ne révèlent aucune complication de la dothiénentérie. Si le malade n'a pas eu d'attaque convulsive, on ne peut expliquer cette ascension thermique que par un vertige survenu principalement pendant la nuit et passé inaperçu.

Chez un typhique, l'apparition de crises épileptiques ne nécessite pas l'institution d'un traitement spécial. Les bains froids restent toujours le traitement de choix. Si la balnéation est impossible, les lavements froids peuvent la remplacer dans une certaine mesure.

M. Pierre Lefèvre retrace les caractères du bruit de galop de la néphrite interstielle : c'est le plus fréquent de tous les bruits de galop. Sa valeur séméiologique est aussi importante que la polyurie, l'albuminurie, l'hypertrophie du cœur, et l'hypertension artérielle. Il peut faire porter le diagnostic de néphrite interstitielle alors même que l'albumine fait défaut. Il peut apparaître dès le début de la maladie.

Il s'accompagne presque presque toujours d'hypertension artérielle et le plus souvent d'accentuation du deuxième bruit aortique et d'albuminurie.

Bien qu'il coïncide souvent avec l'hypertrophie du cœur, celle-ci peut faire défaut et le galop peut être dû à un état spasmodique des vaisseaux périphériques et du cœur.

C'est un bruit de tension diastolique, comme l'a démontré le Dr Potain.

La modalité du bruit de galop a une importance pronostique : le bruit de galop protodiastolique indique une hypertrophie du ventricule gauche; le bruit de galop présystolique indique une hypertrophie avec dilatation. On peut y observer successivement ces deux modalités chez le même malade.

La palpation, en donnant la sensation d'un soulèvement de la région préventriculaire, peut faire le diagnostic du bruit de galop protodiastolique avec le dédoublement du deuxième bruit.

Pour M. Bonnefond le traitement chirurgical est, à l'heure actuelle, le traitement de choix de l'adéno-lipomatose. Il ne portera, en général, que sur les tumeurs de la région cervicale. Les résultats seront d'autant meilleurs que celles-ci seront moins nombreuses et moins développées.

Il y a grand intérêt pour le malade et le chirurgien à intervenir au début.

En présence des signes de compression qui parfois s'observent, l'indication est formelle.

M. Jaucent étudie les effets du tabac en thérapeutique et conclut à son exclusion du traitement des maladies pour trois raisons principales : parce qu'il ne possède pas les qualités médicamenteuses qu'on lui attribue; parce qu'il peut être remplacé avec avantage par des médicaments possédant effectivement ces qualités; parce que le tabac, avec sa nicotine, ne cesse pas d'être dangereux, même lorsqu'il rend des services.

L'auteur croit au nicotisme chronique, c'est-à-dire à l'influence pathogénique du tabac chez ceux qui en abusent, mais non chez ceux qui en font un usage modéré.

Il montre enfin que la manipulation du tabac est pour les ouvrières une cause fréquente d'accouchements prématurés.

La mortalité des enfants des ouvrières des manufactures de tabac est supérieure au double de la mortalité infantile dans l'ensemble de la population ouvrière.

Les ouvrières aux tabacs, qui veulent allaiter leur enfant, ne devront pas rentrer à la manufacture avant qu'une période de 1 mois à 6 semaines se soit écoulée depuis leur accouchement. A ce moment la mère devra avoir recours à l'allaitement artificiel.

De nombreux Bretons immigrés meurent chaque jour à Paris, victimes de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, qu'ils y contractent parce que leur organisme est débilité par les trop rudes travaux, les privations, la misère; pour M. Trégoat, il est urgent de remédier par tous les moyens possibles à cet état de choses. Pour cela, plusieurs, entre autres, lui semblent efficaces : s'adresser à l'initiative privée pour venir en aide aux immigrés malheureux et les rapatrier; demander à l'État de contribuer à la construction d'habitations salubres et à bon marché pour les ouvriers; créer le « droit des tuberculeux » en augmentant les droits sur l'alcool; enrayer ou diminuer l'émigration en instruisant les campagnards, par le moyen de l'école primaire, des dangers qu'ils courent et des déceptions qui les attendent dans la grande ville; encourager l'agriculture.

M. Bruneau divise les arrachements du cuir chevelu en complets et incomplets : incomplets s'il reste un pédicule, si mince soit-il; complets, dans le cas contraire.

Les arrachements incomplets guérissent très facilement par une suture convenable et un bon drainage.

Les arrachements complets, les scalps vrais guérissent très lentement. La portion complètement arrachée est frappée de mort, si rapide que soit la réapplication du lambeau enlevé.

Pour aider à la guérison du scalp, il faut avoir recours à l'autoplastie ou plus souvent aux différents procédés de greffe.

M. Luys dans une excellente thèse étudie les lésions traumatiques les causes des blessures des sinus de la dure mère dues soit à un agent vulnérant, soit à une chute sur la tête et le mécanisme de ces lésions varie suivant deux circonstances bien différentes, suivant qu'il y a ou non une fracture du crâne.

Si le diagnostic d'une blessure d'un sinus est parfois facile à poser au cours d'une trépanation ou d'une intervention chirurgicale, il est bien plus souvent impossible à établir par les signes cliniques.

Toutefois, en présence d'une fracture du crâne, il faudra explorer minutieusement toute plaie de tête, et chaque fois qu'on constatera un enfoncement de la paroi cranienne siégeant au voisinage d'un sinus, il faudra soupçonner la lésion sinusienne, à plus forte raison s'il existe en même temps des signes d'épanchement sanguin intra-cranien.

Dans tous les cas où l'on croit à la lésion d'un sinus, de même que, d'une manière générale, chaque fois qu'il y aura des signes de compression cérébrale, il semble qu'il soit formellement indiqué d'intervenir, et d'intervenir hâtivement, à un double point de vue : d'abord pour arrêter la source de l'hémorrhagie en s'adressant directement à elle, ensuite pour empêcher la compression cérébrale.

Le traumatisme crânien peut déterminer une hémiplégie organique et, d'après M. Martial, la région pariéto-temporale est le plus souvent atteinte, mais le traumatisme intra-cranien (par la voie orbitaire notamment) peut amener une hémiplégie.

L'hémiplégie est immédiate ou tardive.

Le pronostic de l'hémiplégie traumatique est réservé (mort différée).

Pour M. Chaillous, l'opération de Krönlein, résection temporaire de la paroi ou plutôt du bord orbitaire externe sera l'opération de choix dans les cas de tumeur du nerf optique.

Dans les cas de kyste de l'orbite, si la ponction suivie d'une injection de sublimé à 1/1 000° n'amène pas la disparition des symptômes, l'opération de Krönlein devra être préférée à toute autre opération ayant pour but d'intervenir dans l'orbite, en conservant le globe oculaire.

Quand le diagnostic sur la nature d'une tumeur de l'orbite sera hésitant, on ne devra jamais « énucléer » d'abord, et « voir » ensuite, mais toujours faire, comme premier temps de l'intervention, la résection temporaire du bord orbitaire externe.

D'après M. Villaud certaines tumeurs malignes primitives de la conjonctive palpébrale prennent l'aspect histologique du carcinome réticulé.

Cliniquement, ces tumeurs se présentent sous deux formes : une forme en nappe ou infiltrée et une forme nettement pédiculée; la première se développe au niveau du tarse, la seconde

sur la conjonctive sus-tarsienne: elles sont dues à ce fait purement anatomique que la conjonctive est très adhérente au niveau du tarse, tandis que plus haut, elle est très mobile sur les plans sous-jacents.

La néoplasie envahit assez vite les ganglions parotidiens et sous-maxillaires; la marche de l'affection est modérément rapide; elle n'altère que très tardivement la santé générale.

Au point de vue de la nature même de la tumeur, il n'est pas prouvé qu'elle ait toujours une origine épithéliale; il est possible que certains cas rentrent dans le groupe des sarcomes péri ou endothéliaux, à structure alvéolaire, principalement quand les tumeurs se développent sur des angiomes.

Au point de vue opératoire, on ne doit pas se borner à enlever largement la tumeur; il est nécessaire de débarrasser les régions sous-maxillaire et parotidienne des ganglions malades qu'elles contiennent; dans certains cas même, le curage complet de la loge parotidienne s'impose, comme étant la seule garantie de non-récidive.

Le mucocèle du sinus frontal est constitué par l'accumulation et la rétention de mucus dans cette cavité.

D'après M. Demaldent, elle est due à l'oblitération du canal fronto nasal. Le mécanisme de cette oblitération est variable.

Si l'oblitération du canal fronto-nasal persiste, la pression exercée sur les parois du sinus par le mucus, que sécrètent les glandes de la muqueuse, amène d'abord la distension du sinus, puis la perforation d'une de ses parois; cette perforation se fait au point faible, c'est-à-dire en général au plancher du sinus.

Il en résulte une tumeur, siégeant ordinairement à la partie supéro-interne de l'orbite. Cette tumeur est molle, fluctuante, indolore; elle se continue sans interruption par sa base avec l'os frontal.

Les téguments qui la recouvrent sont normaux. Elle produit une déformation due à la déviation du globe oculaire.

Elle est en général unilatérale.

Son évolution est le plus souvent lente; mais, lorsqu'à l'obstruction du canal fronto-nasal s'ajoute, quelquefois par la même cause, l'hypersécrétion des glandes de la muqueuse, l'apparition de la tumeur est plus rapide.

Livrée à elle-même elle s'accroît, et peut prendre des proportions telles, que des complications graves peuvent se produire.

Pour M. Maillard, l'ablation au bistouri est le traitement le plus sûr et le plus rapide des cancers de la face.

Si le traitement médical (cautérisation ignée, raclage, emploi des caustiques) peut être employé dans les petits épithéliomas superficiels, dans les cas étendus le traitement chirurgical est le seul possible.

Les limites des cas opérables peuvent être reculées assez loin.

On peut enlever des portions très étendues de tégument, réséquer très largement les os envahis, extirper les ganglions malades.

L'état général du malade habituellement satisfaisant pendant une longue période de la maladie et le peu de fréquence de la généralisation font que l'opération est assez rarement contre-indiquée.

Il y a avantage à ne point laisser les vastes brèches créées par l'intervention se réparer seules. On interviendra par une autoplastie, immédiate autant que possible, autoplastie qui à la face présente beaucoup plus de difficultés que dans les autres régions.

Thèses de la Faculté de Lyon

Année 1899-1900.

M. Vennat (Henry). *Contribution à l'étude de la paralysie radiale consécutive aux fractures de l'humérus chez l'enfant.* N° 51.

Les paralysies radiales, après fractures de l'humérus, sont très rares chez l'enfant (13 observations). Elles sont généralement dues à l'enclavement du nerf dans du tissu fibreux d'irritation (type infantile), à sa tension sur une saillie angulaire, à sa section même, jamais jusqu'à présent à son enclavement par le cal (type adulte). Les faits que M. Vennat rapporte ont trait à des enfants de (1) 11 ans, (2) 10 ans, (1) 9 ans, (2) 8 ans, (1) 7 ans, (2) 6 ans, (3) 5 ans. Dans un seul cas (observation de M. Gangolphe), la fracture était d'origine obstétricale. La plupart du temps, il s'agit de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus par chute sur le coude. Les signes de paralysie ont été observés tantôt immédiatement après l'accident, tantôt après la levée de l'appareil.

L'examen souvent incomplet, le fait qu'il s'agit d'enfants, empêche de conclurent d'une façon absolue à l'existence des deux variétés cliniques de paralysies, que l'auteur distingue, l'une immédiate, l'autre tardive. Cette dernière serait due toujours à l'enclavement du nerf dans du tissu fibreux produit par suite de l'irritation des fragments osseux sous-jacents.

On doit toujours examiner l'état des nerfs et des vaisseaux dans les cas de fractures. Cette négligence peut être la source de récriminations justifiées de la part du patient ou de ses proches et, en tous cas, ne peut que nuire à l'efficacité du traitement.

Le pronostic dépend de la nature de la lésion et du traitement, ainsi que de l'époque où celui-ci est institué.

C'est l'exploration électrique qui doit servir de criterium thérapeutique. Si les muscles réagissent bien, ou s'ils ne présentent qu'une réaction partielle de dégénérescence, se contenter du traitement électrique. Mais toutes les fois qu'il y aura réaction complète de dégénérescence, il faudra opérer.

En raison de l'âge des sujets, les manœuvres opératoires seront aussi prudentes que possible. Un décollement périostique exagéré pourrait produire une hyperostose, source de nouveaux accidents compromettant le succès de l'opération. Libérer le nerf de toute bride fibreuse et lui rendre sa mobilité sur les plans osseux, sous-jacents; au besoin niveler délicatement ceux-ci, faire la suture nerveuse dans les cas de section complète, et surtout réaliser une asepsie rigoureuse : telles sont les indications principales.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement de l'hypertrophie prostatique par les incisions galvano-caustiques de la prostate (méthode de Bottini), par le Dr Crick (*Bruxelles*, 1900, Hayez, éditeur). — L'auteur conclut de son travail que l'opération de Bottini est hautement recommandable dans tous les cas où le cathétérisme doit se faire d'une façon continue et cela tant pour parer aux dangers d'infection que pour supprimer une infirmité déprimante. Mise en regard de toutes les interventions proposées dans ces dernières années (vasectomie, angionévrectomie, orchidectomie), la galvano-cautérisation de Bottini l'emporte de beaucoup quant au résultat final En admettant même la proportion de décès des plus mauvaises statistiques, l'opération est encore à conseiller si l'on songe aux nombreuses chances de mort, dues aux autres complications. L'intervention ne doit pas être trop tardive : elle convient dès la seconde période.

Splenectomie pour rate mobile (Splenectomy for wandering spleen) par Bland Sutton (*British med. journ.*, 1900, t. II, 1570). — L'auteur rapporte les détails d'un cas dans lequel il a pratiqué la splénectomie pour hypertrophie et mobilité de la rate. Il s'agit d'une mère de 7 enfants, enceinte de 2 mois. L'opération se fit sans difficulté et la malade quitta l'hôpital 18 jours après. Elle était guérie et sa santé resta bonne.

M. Bland Sutton possède actuellemant 7 cas de malades auxquels il a enlevé la rate et qui ont supporté sans trouble cette ablation.

Arthrite gonococcique aiguë de l'épaule gauche; opération; guérison (Acute gonorrhœal arthritis of the

left shoulder wich necessitated operation and was followed by rapid recovery), par J. Coplin Stinzon (*N. York med. Journ.*, 7 juillet 1900, t. II, p. 21). — Homme de 38 ans, ayant contracté une blennorrhagie en avril 1897, guérie vers le 12 mai. Quelques jours après, abcès prostatique, puis 1 mois après, apparition d'une arthrite de l'épaule gauche. Etat général grave. Température élevée. Le 10 juin, incision verticale de 2 pouces au niveau de la partie la plus superficielle de la tête humérale, ouverture de l'articulation. Une once de liquide trouble fut évacuée; capsule injectée, œdématiée et épaissie. La partie centrale de la tête humérale, sur une étendue d'un 1/2 pouce de circonférence, présentait des traces de destruction du cartilage. Lavage et drainage consécutif. A la suite la température tomba, la plaie fut guérie le 20 juillet et, après un certain temps de massage, le membre reprit ses fonctions. L'examen microscopique démontra dans le pus la présence de gonocoques.

MÉDECINE

Etude expérimentale des effets de l'administration répétée et prolongée de l'éther diacétique de la morphine, par de Saint-Martin (*Echo medical de Lyon*, 15 juillet 1900). — Les recherches entreprises par l'auteur sur le chien montrent qu'à dose modérée, l'administration quotidienne de l'héroïne au chien est fort bien supportée, on peut chaque jour obtenir les effets calmants et les diverses modifications du médicament sans altérer les fonctions nerveuses, sans porter une bien grave atteinte à l'état général et sans troubler beaucoup la nutrition. Le poids des sujets diminue un peu, mais cela n'est pas constant et on peut combattre cette influence par une bonne hygiène et une bonne alimentation. Ce sont des résultats bien différents de ceux que donne la morphine.

Néphrite sans albuminurie (Nephriti without albuminuria), par W. P. Herringham (*British med. Journ.* 1900, t. II, 1570). — Un enfant âgé de 4 ans, fut admis à l'hôpital pour diarrhée et vomissements. Il resta environ 1 mois, puis repartit guéri. Son urine pendant ce temps fut examinée à deux reprises et trouvée normale. Aucun antécédent de scarlatine. L'enfant resta en bonne santé durant 4 semaines. Au bout de ce temps apparut une hydropisie généralisée. L'urine examinée ne contenait pas d'albumine. Les symptômes d'une néphrite subaiguë apparurent ensuite de façon très nette. Cependant l'urine ne fut à aucun moment albumineuse. L'enfant mourut 1 mois après. L'examen histologique du rein démontra nettement l'existence d'une néphrite.

Un cas de xanthome tuberculeux des fesses, par le Dr Dubois-Havenith (*la Presse médic. belge*, 9 décembre 1900). — La région des fesses n'est pas la région de prédilection du xanthome. On le rencontre le plus souvent, du moins quant à sa variété plane, sur le visage et particulièrement au niveau des paupières. Pour qui a vu quelques cas de xanthome le diagnostic n'offre pas de vraie difficulté.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, cordonnier. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

La dermatose dont il est atteint a débuté à la fesse gauche, au niveau de la place occupée actuellement par une petite tumeur qui a le volume d'une noisette. Les premiers éléments qui sont apparus étaient de petite dimension; la tumeur ne s'est formée que plus tard. L'éruption a gagné peu à peu les deux fesses; elle a fait son apparition, il y a deux ans aux coudes, il y a un an aux genoux.

Les lésions n'ont aucune tendance à la rétrocession. Cependant, au dire du sujet, une petite tumeur, du volume d'une noisette, qui existait à la face interne de la cuisse, à la place où se montre à présent un eczéma lichénoïde, aurait disparu à mesure que se développait l'eczéma.

Les fesses sont criblées de petites tumeurs saillantes, arrondies, qui restent discrètement séparées les unes des autres, sans devenir en aucun point confluentes. Leur consistance est solide, leur coloration rosée devient nettement jaunâtre si l'on vient à tendre la peau. Leur volume ne dépasse guère celui d'un petit pois; la plupart sont nettement ombiliquées; on en compte près d'une centaine.

A la face inférieure du scrotum existe un xanthome plan typique. Le malade assure que cette plaque était autrefois saillante, papuleuse, mais qu'elle s'est affaisée dans la suite.

L'éruption s'est surtout localisée aux endroits exposés au frottement et aux pressions qui résultent de la profession du sujet : nous avons dit qu'il était cordonnier. Les petites tumeurs sont surtont nombreuses aux genoux et aux coudes. Il y a notamment une plaque sur chaque cuisse à l'endroit qui est continuellement exposé à des contusions. On rencontre cependant des éléments minuscules éparpillés sur le tronc et les membres, principalement aux surfaces d'extension.

L'affection est indolore; tout au plus les endroits affectés sont-ils plus sensibles à la pression et au frottement.

L'état général est excellent. Il n'y a pas de trace de sucre dans les urines.

Le xanthome vrai et le xanthome des diabétiques sont-ils deux maladies distinctes ou doivent-ils être confondus? Cette question est encore assez obscure. Toujours est-il que le xanthome des diabétiques diffère de l'autre, si l'on s'en rapporte à la description qu'en donne les auteurs, par « la rapidité de son développement, la facilité avec laquelle elle rétrocède et même disparaît, la consistance très ferme de ses éléments qui paraissent comme lichénoïdes, l'aspect blanc jaunâtre de leur sommet qui les fait ressembler à de petites pustules, etc., et la coexistence du diabète sucré » (Brocq).

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'épilepsie (1),

D'après le Dr René Verhoogen, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Parmi les innombrables médications qui ont été proposées pour le traitement de l'épilepsie, une seule, on peut le dire, a justifié jusqu'à un certain point les espérances qui avaient été placées en elles. Depuis une cinquantaine d'années le brome, et plus particulièrement les bromures alcalins, jouissent à ce titre d'une réputation méritée.

M. le Dr Verhoogen préconise parmi les différentes combinaisons bromées l'emploi de la bromipine.

Au cours de recherches sur la résorption des corps gras dans l'intestin, M. Winternitz imagina de combiner l'iode avec l'huile de sésame; il arriva à constituer de la sorte un produit auquel il donna le nom de iodipine. Ce composé ayant paru doué de propriétés particulièrement avantageuses, M. Winternitz fit préparer, avec le brome, une substance analogue, qu'il appela bromipine. Ces deux produits se trouvent actuellement dans le commerce. La bromipine représente donc une combinaison grasse du brome; elle renferme en poids 10 ou 33 p. 100 du métalloïde.

La bromipine à 10 p. 100 constitue une substance identique, quant à ses propriétés organoleptiques, à l'huile de sésame dont elle ne se distingue que par une coloration plus foncée. Celle à 33 p. 100 présente une coloration d'un brun sombre. L'une et l'autre ont le goût et la saveur de l'huile de sésame, dont elles possèdent aussi les qualités au point de vue de la digestibilité. Ingérée par la bouche, la bromipine ne présente d'autre inconvénient que ceux qui résultent de sa consistance huileuse. Les malades s'y font d'ordinaire rapidement; pour ceux qui la considéreraient cependant comme inacceptable, il reste la ressource des autres modes d'administration, l'injection intra-rectale ou hypodermique, voire la simple friction à la surface de la peau. Ces divers procédés aboutissent en tout cas à faire pénétrer dans l'organisme une proportion parfois considérable de brome. M. Kothe a constaté que l'on retrouve déjà ce corps dans les urines émises 8 heures après une injection intra-rectale de 15 grammes de bromipine à 10 p. 100.

Quoi qu'il en soit, le meilleur mode d'administration est celui

1. *Presse méd. belge*, 11 nov. 1900.

qui consiste à faire prendre le médicament par la bouche. Une cuillerée à soupe de bromipine 10 p. 100 contient ainsi 1 gr. 5 de brome combiné, ce qui correspond à 2 gr. 35 de bromure de potassium.

Cette substance présente, d'après M. Winternitz, les avantages suivants. Elle traverse l'estomac sans subir aucune modification; arrivée dans l'intestin elle s'y émulsionne avec la plus grande facilité et se trouve rapidement résorbée, sans être altérée en aucune manière. Elle se dépose ensuite dans les tissus, de même que les autres corps gras charriés par la circulation et subit alors, *in situ*, au contact des liquides alcalins de l'organisme, une décomposition progressive qui met constamment de nouvelles quantités de brome en liberté. Au point de vue thérapeutique, ce sont là des propriétés précieuses. Il en résulte effectivement que la bromipine ne provoque aucun des symptômes d'intolérance gastrique qui déterminent l'apparition des accidents du bromisme. Bien plus, lorsque ceux-ci existent déjà du fait de l'administration des bromures alcalins, on peut remplacer ces derniers par la bromipine et poursuivre le traitement sans interruption, tout en faisant disparaître les accidents primitifs.

La bromipine ne donne lieu à aucun symptôme d'intolérance même administrée à doses massives. J'ai actuellement en traitement un sujet qui depuis six semaines prend quotidiennement 8 cuillerées de bromipine à 10 p. 100., soit 12 grammes de brome, correspondant environ à 19 grammes de bromure de potassium; ce malade n'a jamais éprouvé, de ce fait, le moindre inconvénient. De plus, la constipation dont il se plaignait auparavant a disparu depuis la substitution de la bromipine aux bromures. Six autres de mes malades prennent en ce moment de la bromipine à hautes doses, sans avoir présenté aucun des accidents du bromisme; j'ai d'ailleurs constaté que l'iodipine est douée de propriétés analogues.

Un autre avantage de la bromipine est que son emploi met à l'abri des inconvénients qui résultent de l'irrégularité avec laquelle certains malades prennent le médicament prescrit; une interruption de 2 ou 3 jours même ne donne lieu à aucun accident, ce qui n'est pas toujours le cas avec les bromures.

BIBLIOGRAPHIE

De la physiologie en général et de la physique médicale en particulier.

Je reviens en quelques lignes sur ce sujet pour annoncer à nos lecteurs la publication d'un *Traité de physique biologique*. Vendredi dernier, alors que le numéro de la *Gazette* était sous presse, j'ai vu à la librairie Masson et Cie le premier volume, tout récent, de cet important ouvrage, et je ne résiste pas au plaisir d'en faire la bibliographie, quoique depuis longtemps cette rubrique ait disparu de nos colonnes. En effet, la conception de ce traité montre qu'au fond, quand il faut passer à la pratique, M. Weiss, secrétaire de la rédaction, ne diffère pas beaucoup d'avis avec moi.

Les directeurs de la publication sont MM. D'Arsonval, Chauveau, Gariel, Marey. J'y compte avec plaisir 3 physiologistes devenus secondairement physiciens, et ayant, m'a-t-on dit, quelque valeur.

Les collaborateurs auxquels est dû le premier volume sont énumérés sur la couverture. J'y ai reconnu au passage bon nombre de physiologistes accessoirement physiciens, et très vite j'ai pu mettre au bout de chaque nom le titre universitaire correspondant. Voici cette liste :

Charrin, professeur remplaçant de médecine au Collège de France, directeur du laboratoire de médecine expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes, agrégé de la Faculté de médecine (médecine).

Dastre, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris.

Gariel, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Hallion, chef des travaux du laboratoire de physiologie pathologique de l'Ecole des Hautes Etudes.

Imbert, professeur de physique médicale de la Faculté de médecine de Montpellier.

Langlois, agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Laulanié, directeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse.

Mangin, agrégé des sciences physiques de l'Université de Paris.

Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France.

Meyer, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Dr Portier, collaborateur de M. Regnard.

Regnard, professeur de physiologie générale à l'Institut agronomique, directeur-adjoint du laboratoire de physiologie expérimentale à la Sorbonne.

Paul Richer, directeur honoraire du laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière.

Sigalas, agrégé de physique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Tissot, préparateur près la chaire de pathologie comparée du Muséum.

Weiss, ingénieur des Ponts et Chaussées, agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris.

Wertheimer, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lille.

Cela fait, j'ai ouvert le volume et j'ai d'abord lu une préface où on justifie cette publication par le « changement considérable dans l'enseignement de la physique » dans les Facultés de médecine; où l'on considère que les fondateurs de la physique biologique sont les Weber, Helmoltz, du Bois-Reymond, Chauveau, Marey, P. Bert; où il nous est expliqué que « la physique pure ne tient dans cet ouvrage qu'une place excessivement réduite »; seulement « il a paru nécessaire de faire précéder chaque partie d'une sorte d'aide-mémoire rappelant brièvement les principaux faits sur lesquels il pouvait être nécessaire de s'appuyer dans la suite ».

Parcourant ensuite les chapitres, j'y trouve que MM. Weiss et Gariel se sont partagé les erreurs dans les mesures, les principes généraux de mécanique et de méthode graphique, les propriétés des solides et la résistance des matériaux. Ils servent de préambule à la locomotion humaine (P. Richer) et animale (Marey). Les principes d'hydrostatique et d'hydrodynamique (Weiss) sont suivis de : cœur, cardiographie (Wertheimer), circulation vasculaire (E. Meyer), plethysphygmographie (Hallion). Après capillarité, tension superficielle, solubilité, imbibition (Imbert) et filtration (Gariel), nous avons l'étude de l'osmose (Dastre). J'arrête cette énumération qui deviendrait fastidieuse : le principe est le même pour ce qui concerne la chaleur animale, l'influence de la pression sur la vie, celle des agents atmosphériques, etc.

Je suis doublement heureux de faire l'éloge de ce livre : d'abord, parce que cela prouvera bien à M. Weiss sa cheville ouvrière, que mes critiques visaient un système et non un homme; ensuite parce que cette analyse prouve que mes opinions, subversives pour l'enseignement oral, paraissent bonnes pour l'enseignement écrit.

A. Broca.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

L'enseignement à la Faculté de Paris. L'enseignement médical supérieur.

L'enseignement professionnel, élémentaire, doit évidemment être donné dans une série de chaires fixes : anatomie, histologie, physiologie classique, pathologie, etc. Ce qui en différencie l'enseignement supérieur, réellement scientifique, c'est que dans ce dernier les chaires devraient être, comme celles du collège de France, essentiellement malléables, taillées sur le patron d'un homme.

Certes, cette opinion ne paraît pas en faveur parmi nos dirigeants; on semble chercher plutôt à égaliser l'instruction pour tous les étudiants. Mais ceux-ci se chargent de faire la distinction : voici ce qui se passait il y a 20 ans, et d'après ce que j'ai pu voir et entendre, les choses n'ont pas changé depuis. Nous mettons à part, bien entendu, l'ancienne première année, actuellement devenue P. C. N.

Il y avait beaucoup d'élèves aux cours de 2e année : anatomie lorsque Farabeuf fut professeur, histologie lorsque Mathias Duval fut nommé, physiologie. Lorsque l'anatomie et l'histologie étaient professées par Sappey et par Robin, l'assistance était moindre : mais nous nous souvenons tous que ces deux orateurs, Robin surtout, n'étaient pas des plus entraînants; et quelle que soit l'utilité de la matière, encore faut-il que les leçons soient écoutables. Or une leçon de Robin était à peu près inécoutable : ceci dit en passant; j'y reviendrai, car il est tout à fait opposé à ma pensée de soutenir que Robin n'avait pas sa place marquée à la Faculté de médecine.

Les cours de pathologie ouvraient, en hiver, avec pas mal d'auditeurs; cela baissait vite, et surtout après le 1er janvier ça s'éclaircissait ferme. C'est que la plupart du temps le programme n'était pas suffisamment nourri. Un homme mûr, puissant, comme Trélat, par exemple, ne s'astreindra pas à réciter tous les ans un manuel de pathologie; il cherchera à développer certains sujets qu'il aura creusés. C'est ainsi que j'ai, dans mes notes, un cours professé par Trélat pendant un semestre sur les maladies de l'anus et du rectum; que j'en ai un de Guyon sur les inflammations articulaires, un autre sur les luxations. Et j'en suis enchanté, car c'est le fonds de mon instruction théorique sur ces sujets. Mais ces cours à matière restreinte, extrêmement utiles pour ceux de nous qui voulaient pousser un peu loin leurs études de chirurgie, ne convenaient pas à la masse : pour les étudiants qui doivent achever leur scolarité en 5 ans, voyez où cela les mènerait. Aussi, une fois venue la 3e année de leurs études, se bornaient-ils à donner, au début du semestre, un témoignage de sympathie à quelques maîtres aimés et ils en restaient là. En sorte que nous nous trouvions finalement une quarantaine aux cours de pathologie externe; je crois que c'était la même chose aux cours de pathologie interne. Je dis : « je crois » ; car de ce qui précède, il résulte que je n'y allais pas : les futurs médecins y faisaient ce que faisaient aux autres les futurs chirurgiens.

Et c'est encore ce personnel médical supérieur, étudiants et très souvent jeunes docteurs, qui allait écouter Charcot, Vulpian, pour s'instruire en anatomie pathologique, en médecine expérimentale. Cours utiles au premier chef pour former de futurs travailleurs; cours auxquels n'assistaient pas ceux dont toute l'ambition était de devenir docteurs le plus vite possible. Lorsque je concourais à l'internat, les leçons publiées par Charcot, à cette époque professeur d'anatomie pathologique, sur les maladies inflammatoires du poumon, sur les maladies des reins et du foie, étaient notre bréviaire : je ne les ai pas écoutées, mais je les ai lues et relues. La plupart de mes camarades, parmi ceux qui ne préparaient pas l'internat, ne les ont ni écoutées, ni lues : le manuel de Moynac leur suffisait.

Aujourd'hui, les manuels à la mode ont changé; et j'en connais deux, celui « des quatre agrégés » et celui de Dieulafoy, qui, pour la chirurgie et pour la médecine, sont très supérieurs à ceux qui ont élevé ma génération. Celui de Dieulafoy, en particulier, qui parut lorsque je finissais mes études, est, dans son genre, un petit chef-d'œuvre; et je me suis laissé dire qu'à chaque nouvelle édition, il est travaillé et amélioré. Mais si les manuels actuels sont meilleurs que ceux de mon jeune temps, ils sont manuels tout de même, c'est-à-dire que, de par la volonté de leurs auteurs, ils ne contiennent que l'essentiel, que le minimum de connaissances nécessaires : et les étudiants, de tout temps, prennent, très souvent, le minimum pour un maximum. Ceux qui préparent l'internat lisent les deux ou trois gros traités de médecine et de chirurgie qui ont été publiés depuis une dizaine d'années. La grande masse, moins ambitieuse, en reste aux manuels.

Ce qui se passe pour les lectures se passe pour les cours : l'étudiant ne fréquente que ceux dont il a besoin pour ses examens. C'était ainsi quand j'étais étudiant, et je crois pouvoir affirmer que cela n'a pas changé.

Au total, mettez qu'il y ait, chaque année, une soixantaine d'élèves qui veuillent ou puissent faire des études supérieures, c'est tout le bout du monde : sur les 5 années de scolarité, cela ferait à peu près 300. Et c'est pour ceux-là que doit être organisé l'enseignement scientifique. Mais dans cet enseignement que vont-ils chercher? L'exposé didactique et complet de tel ou tel groupe de connaissances? Certes non. Cela, ils le trouveront par eux-mêmes, dans les gros traités que j'ai cités tout à l'heure, dans les monographies; par leurs lectures, ils constitueront leur base nécessaire d'instruction générale et spéciale, et à leurs maîtres, soit à l'hôpital, soit au cours, soit au laboratoire, ils demanderont à la fois une orientation générale et l'initiation à quelques points particuliers, scrutés par le professeur dans tous leurs détails.

C'est seulement s'il réunit ces deux qualités à la fois que le professeur sera chef d'Ecole; en maladies du système nerveux, Charcot le fut au plus haut degré, de même que Wurtz le fut en chimie pure. Mais on aurait tort de ne considérer comme utiles que les hommes, très rares, qui sont ainsi complets : les qualités peuvent fort bien être dissociées et le professeur avoir, quoique incomplet, une grosse importance. C'est précisément pour cela que les chaires scientifiques de notre Faculté devraient être malléables, et c'est encore plus vrai si l'on tient compte de ce qu'un homme peut faire au laboratoire d'une part, en chaire d'autre part.

Quelques hommes ont à la fois le don de l'assimilation rapide et de la recherche originale. Capables de penser par eux-mêmes, ils sont capables en même temps de professer avec succès sur des sujets tout à fait étrangers à leurs études habituelles. Je puis raconter sur ce point une petite histoire typique.

Il y a peu d'années seulement que l'on a spécialisé les

agrégés d'anatomie, histologie et physiologie. Cela peut paraître extraordinaire, mais c'est vrai tout de même; et quand j'étais étudiant, le même homme était bon à ces trois sciences. De nos trois agrégés, il est certain que Mathias Duval et Cadiat étaient histologistes; que Farabeuf était anatomiste. De physiologiste point : Ch. Richet vint un peu plus tard. Le hasard des roulements amena Farabeuf à suppléer Robin dans le cours d'histologie : et Farabeuf fit un cours étonnant de clarté, ce qui nous changeait de Robin. L'amphithéâtre était comble, pour entrer il fallait arriver un bon quart d'heure d'avance; les leçons furent autographiées et réunies en un petit volume devenu introuvable au bout de quelques mois.

Avec le principe, cher à nos devanciers, de l'agrégé maître Jacques, un homme de ce calibre était tout à fait précieux; et quand, par hasard, il se trouvait, comme Farabeuf, avoir sur un point déterminé de l'originalité, tout allait pour le mieux. Mais de ce qu'un homme n'a pas, à la fois, le don de la vulgarisation et l'esprit de recherches, il ne s'ensuit pas qu'il ne faille pas l'employer, et si Ch. Robin, par exemple, était un fort mauvais professeur en chaire, c'était, au laboratoire, un travailleur acharné. Sans doute, à la fin de sa carrière, l'école dite allemande a battu en brèche ses doctrines et on a entendu proclamer par quelques intransigeants qu'il regardait dans le microscope avec son œil de verre : ce qui s'est passé, depuis sa mort, pour la théorie épithéliale du cancer et pour la nature nerveuse de la névroglie a dû apaiser ses mânes. Et si la théorie de la genèse des noyaux dans les blastèmes paraît avoir fait son temps, — ce qui est le propre de toutes les théories, — il n'en reste pas moins que Robin, orateur déplorable et écrivain obscur, fut notre initiateur en histologie, fut à vrai dire un chef d'école.

Celui-là, malgré son insuffisance en vulgarisation, fut pourvu d'une chaire magistrale ; il le dut peut-être à ce que, pour une chaire nouvelle, il y eut une nomination directe par le ministre. Mais pour les chaires déjà existantes, cela ne se passe pas ainsi et de temps en temps, la Faculté laisse échapper un homme comme Claude Bernard. C'est que, si Claude Bernard était un physiologiste tout à fait éminent, si lorsqu'il exposait ses recherches personnelles dans un cours d'enseignement supérieur il était tout à fait attrayant, s'il savait diriger des élèves dans un laboratoire, il n'avait pas les aptitudes de maître Jacques. Pendant plusieurs années, il concourut pour être chirurgien des hôpitaux et fut très mauvais : de cette période date son très médiocre Traité de médecine opératoire. Et il ne pouvait même pas s'astreindre à apprendre, selon les classiques, l'anatomie descriptive et la physiologie nécessaires pour concourir bien à l'agrégation.

On ne lui a pas confié un enseignement élémentaire, et on a bien fait. Mais dès qu'on vit poindre un physiologiste à l'horizon, on aurait dû lui apporter sur un plat d'argent les clefs d'un laboratoire de recherches, sans examens à faire passer, avec cours public sur ses travaux personnels, exactement comme au Collège de France. Ç'aurait été une révolution! Le mal n'eût pas été grand; et, d'ailleurs, cette révolution, on l'a faite un jour. Il est vrai que c'était pour un étranger.

Vers 1845 vint en France un jeune Américain dont les expériences sur les sections de la moelle épinière pour l'épilepsie expérimentale d'origine périphérique attirèrent vite l'attention. Ça ne lui donnait d'ailleurs pas à manger, à lui et à son fils, et pendant plusieurs années il traîna la misère à Paris, dans un taudis de la rue Bonaparte où il vivait au milieu de ses cobayes épileptiques. C'est, je crois, avec Follin qu'il entra d'abord en relations, je ne sais pas comment; mais ce que je sais, c'est que dans mon enfance il était, avec son fils, commensal fréquent chez Follin et chez mon père. Un jour, un groupe éclairé de professeurs à la Faculté trouva moyen de lui faire une place : voici comment.

En 1862, Napoléon III, pour nommer professeur à la Faculté son médecin, Rayer, créa une chaire de médecine comparée et, selon son droit, fit choix directement, sans présentation par la Faculté. A cela il joignit une bêtise, qui fut d'installer en même temps l'intrus comme doyen. On profita de cette faute, les étudiants se soulevèrent bruyamment, et Rayer n'insista pas; il resta doyen mais ne fit jamais de cours, et en 1864 il démissionna définitivement. Ce fut profondément regrettable, car Rayer a marqué sa trace dans notre science par des travaux qui nous le montrent fort supérieur à la moyenne des professeurs ses contemporains. Soit dit en passant, Napoléon profita de la leçon et, quelques années après, il sut trouver une majorité servile pour élire un de ses protégés, non agrégé : c'était à la fois plus économique et plus efficace, l'homme choisi étant au reste très intelligent.

Après la démission de Rayer, la chaire ne fut pas remplie; elle resta créée en principe, mais ne fut pas déclarée vacante; c'est dans ces conditions que, en 1869, on songea à y mettre Brown-Séquard comme chargé de cours et on la lui offrit sur le plat d'argent précité : pas d'examens, cours *ad libitum*, pas de doctorat en médecine français et, si j'ai bonne mémoire, pas de naturalisation complète.

L'événement ne tarda pas à donner tort aux promoteurs de cette innovation, car peu après nos désastres de 1870-71, Brown-Séquard nous quitta pour retourner en Amérique : il exposa même avec franchise à mon père, chez Masson le grand-père de notre éditeur actuel, ses motifs pour abandonner un pays qu'il pensait mortellement atteint. Et je me souviens avec une précision extrême de la sainte colère de mon père quand il rentra à la maison, à l'heure du dîner, après cet entretien. Brown-Séquard partit ainsi : quand il jugea la France relevée, il y rentra, après fortune faite, et comme les Français sont au fond des jobards, on lui offrit en 1878, sur un plat d'or cette fois, une chaire au Collège de France et un fauteuil à l'Institut.

C'est exclusivement à cause des qualités morales du sujet scientifiquement de premier ordre, que le choix de 1869 avait été défectueux, mais le principe était bon. Si l'on veut avoir des laboratoires de recherches où l'on emploie au maximum toutes les forces vives du pays, — ou même celles des étrangers qui viendraient chez nous comme Ch. Vogt est venu à Genève, — il faut l'appliquer de temps en temps; et c'est pour cela que certaines chaires ne devraient pas avoir de titre fixe, mais devraient être adaptées à un homme, comme celles du Collège de France. Un savant comme Helmholtz, par ses recherches sur la physique biologique de l'audition, de la vision, a fait la gloire de l'Université de Heidelberg : ce n'est pas un motif pour établir définitivement dans toutes les Universités, ni même dans celle de Heidelberg, un laboratoire perpétuel de physique biologique. Quand un chercheur disparaît, remplacez-le par un autre chercheur, sans exiger qu'il cherche dans la même voie que son prédécesseur. Et même si cela doit me faire vilipender par mes collègues de l'agrégation, je dirai qu'on peut fort bien offrir une place de ce genre à

un physiologiste non agrégé (1), ou à un homme qui a fait ses preuves en province. Avec tous ses défauts, le concours d'agrégation a ceci de bon que, pour l'enseignement classique, il fournit des hommes capables, en moyenne, de faire un cours élémentaire. Mais cette qualité, capitale pour les professeurs chargés d'instruire la masse des élèves, devient tout à fait accessoire pour ceux qui doivent faire progresser la science : l'exemple de Cl. Bernard est là pour ramener à une plus saine appréciation des faits les intransigeants de l'agrégation.

A ceux-là les adversaires intransigeants du concours jettent toujours à la tête : Vous pouviez avoir Cl. Bernard, et vous avez eu J. Béclard. Mais eux aussi ont tort, car, en réalité, nous avions besoin des deux. Ceux qui ont le plus aimé et estimé l'homme fin, bon, lettré et instruit que fut J. Béclard accordent qu'il n'avait pas le génie de Cl. Bernard. Mais ceux qui admirent le plus Cl. Bernard reconnaissent qu'il n'aurait pas professé devant un amphithéâtre comble le cours clair, complet et élémentaire avec lequel, pendant 15 ans, Béclard a instruit les générations médicales. Et il eût été bien dommage qu'on eût pris pour cela le temps de Cl. Bernard; il est vrai qu'il ne l'eût pas donné, et il eût professé seulement pour une élite. Mais que fussent devenues les connaissances physiologiques moyennes de la masse des étudiants?

Il est facile de donner satisfaction à deux partis en présence quand on accorde à chacun la totalité de ses exigences. Mais on trouvera peut-être que je voyage en Utopie, puisqu'on ne possède pas, à la Faculté, les crédits nécessaires pour deux professeurs de physiologie, ou même davantage. Il est évident qu'il y a, qu'il y aura toujours une limite budgétaire ; mais il est facile de prouver, chiffres en mains, qu'avec le budget actuel on pourrait avoir, en physiologie, tous les professeurs désirables.

On doit, en effet, poser en principe, qu'il n'y a pas, actuellement, un professeur de physiologie à la Faculté de médecine, mais qu'il y en a trois, puisque, depuis l'heureuse institution du P. C. N., la physique et la chimie doivent devenir tout à fait médicales — et non plus seulement par le baptême de Gorenflot. Chacune de ces chaires comporte un professeur à 15 000 francs et un agrégé à 4 000 ; il y a même deux agrégés de chimie (à tout seigneur tout honneur), ce qui nous donne en total 45 000 + 16 000 = 61 000 pour les professeurs + 31 000 pour les laboratoires de recherches = 92 000. Joignez à cela les 57 000 francs mal employés en travaux pratiques inutiles à la masse et convenez que, après prélèvement d'une somme assez ronde pour doter convenablement notre malheureuse bibliothèque, il y a de quoi faire marcher un Institut physiologique de quelque importance, sans laisser à la porte le prochain Helmoltz que le Seigneur enverra parmi nous. D'autant plus que les professeurs en question devront en partie être dispensés du service des examens, pour lequel je maintiens que souvent ils sont incompétents ; il n'y a, dans la scolarité, qu'un seul examen de physiologie, et encore ne faut-il pas y refuser un candidat parce qu'il ignore la formule chimique du chloroforme. Un jour, j'ai été mis, par raccroc, dans une série de physiologie, et avec mes vieux souvenirs de prosecteur, j'ai pu interroger sur la sécrétion salivaire, sur les phénomènes mécaniques de la respiration, de la circulation, de la digestion et autres choses élémentaires ; à la délibération, un des juges refusait nettement un candidat pour le motif ci-dessus : j'ai simplement déclaré, ce qui est exact, que j'ignorais tout à fait la formule demandée et que, par conséquent, je relevais d'un cran ma note personnelle. En sorte que le candidat fut sauvé par moi, quoique je me glorifie d'être en général assez sévère aux examens : mais avouez que le malheureux candidat avait été mal interrogé.

1. Je ferai particulièrement remarquer qu'un de nos professeurs de physiologie les plus éminents, Longet, n'était pas agrégé.

Pour ces hommes de science, la charge des examens devrait être nulle, ou tout au moins très légère ; d'autre part, on peut sans nuire à personne leur alléger celle du cours public, en les laissant faire à volonté des leçons sur les sujets de leur choix. En sorte que, sans les léser en rien, on pourrait fort bien diminuer leur traitement de la partie afférente aux examens; ce que font bénévolement et avec juste raison certains de nos professeurs actuels, surchargés de besogne et remplacés sur leur demande, pour cette partie du service, par un ancien agrégé rappelé en exercice.

Si vous ajoutez à cela qu'il y a dans notre Faculté une chaire de pharmacologie, que dans nos laboratoires de médecine légale, d'hygiène et de clinique, il y a encore 8 chefs de travaux de chimie, vous conviendrez que les chimistes ont des ressources suffisantes pour travailler et se faire connaître ; pour que nous ne soyons pas exposés à passer à côté du ou des chimistes biologistes qu'il plaira au Seigneur de susciter parmi nous. Comptez, enfin, les chaires de pathologie générale, de pathologie expérimentale, et vous conclurez que, en argent comme en personnel, nous avons les éléments d'un enseignement médical supérieur, destiné à l'élite des étudiants et des jeunes docteurs. Si nos laboratoires ne rendent pas tous selon nos espérances, la cause en est à chercher moins dans l'insuffisance des ressources matérielles que dans la manière trop souvent vicieuse dont elles sont employées et réparties. Mais là encore — quoiqu'il y ait quelques défauts d'ordre général — je m'arrête, car nous tombons dans les questions individuelles : chaque professeur dirige son laboratoire comme il l'entend et on ne peut exiger que tous les professeurs titulaires de toutes les universités soient des hommes de génie — ou même de talent.

A. Broca.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les magnétiseurs condamnés par la Cour de Cassation.

Nous croyons devoir reproduire, d'après le *Bulletin de l'Union des Syndicats*, l'exposé fait par M. le Dr Duchesne, des nombreux efforts tentés par les syndicats médicaux pour faire prévaloir, devant la justice française, la vraie doctrine en matière d'exercice illégal de la médecine. Le succès obtenu, grâce à la persévérance de M. le Dr Gripat, président du syndicat des médecins d'Angers, mérite donc d'être signalé à tous ses confrères.

Lorsque la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine fut promulguée, chacun remarqua son mutisme à l'égard des magnétiseurs.

Le Syndicat des Médecins de la Seine, toujours soucieux de la défense des intérêts professionnels, résolut de provoquer de la part des tribunaux l'interprétation de cette loi, eu égard à la lacune que nous y constations.

Je déposai donc en son nom une plainte contre un magnétiseur de marque, le zouave Jacob, qui prétendait guérir les malades par la seule puissance de son regard.

L'affaire vint le 19 janvier 1893 devant la dixième chambre, présidée par M. Soleau.

M. le substitut Bregeault, qui occupait le siège du ministère public, prit la parole et exprima au tribunal ses scrupules, relativement à l'application de la nouvelle loi aux hypnotiseurs et aux magnétiseurs et il termina en expliquant que le jugement qui allait être rendu aurait une grande importance, car il fixerait ce point de jurisprudence.

Le Tribunal, après avoir remis l'affaire à huitaine, prononça le 26 janvier un jugement fortement motivé condamnant le zouave Jacob, c'est-à-dire qu'il déclarait que la profession de magnétiseur constitue l'exercice illégal de la médecine.

Ce jugement, d'une importance capitale, a toujours été invoqué lorsque la question des magnétiseurs est revenue sur le tapis.

Tous les tribunaux n'ont malheureusement pas interprété de la même manière la loi du 30 novembre 1892.

La femme Blin, magnétiseuse, condamnée par le tribunal du Mans, fit appel et fut acquittée par la Cour d'Angers. Le magnétiseur Mouroux, poursuivi par le Syndicat d'Angers, fut acquitté par le tribunal correctionnel et ce jugement fut maintenu après l'appel du Syndicat par cette même Cour d'Angers.

L'occasion nous parut propice pour faire trancher la question par la Cour de cassation et celle ci fut, d'un commun accord entre le Syndicat des Médecins d'Angers et l'Union des Syndicats médicaux de France, qui lui prêta son appui moral et pécuniaire, saisie de la question. Un conseiller rapporteur, M. Dupré, fut nommé, mais les affaires politiques occupèrent la Cour suprême et ne lui permirent pas de s'occuper de notre pourvoi.

Entre temps, la dixième chambre, présidée par M. Duchauffour, rendait, le 14 octobre 1898, un jugement disant que : *Constitue l'exercice illégal de la médecine, sous le régime de la loi nouvelle du 20 novembre 1892, le fait par un individu d'exercer, sans diplôme, l'art de guérir à l'aide de passes magnétiques, consistant en certains mouvements des bras et des mains, alors même qu'aucun médicament n'aurait été administré.*

Ce jugement fut frappé d'appel et la Cour (chambre correctionnelle) présidée par M. Martinet, confirma le jugement de la dixième chambre, dans son audience du 15 mars 1899.

D'autre part, un remarquable rapport dû à la collaboration du Dr Dupré, professeur agrégé, et de Me Rocher, membre du Conseil de l'Ordre des avocats, membre du Conseil judiciaire du Syndicat des Médecins de la Seine et de l'Union des Syndicats médicaux de France, avait été présenté au Congrès international de Médecine légale, qui en avait adopté les conclusions dans un vote unanime.

Enfin, l'affaire Mouroux est revenue à l'audience du 26 décembre 1899. Malgré les conclusions du rapport, qui tendaient au rejet des pourvois, après un long délibéré, précédé d'une discussion qui a occupé l'audience du lendemain, 27 décembre, tout entière, la Cour a rendu un arrêt de principe qui nous donne pleine satisfaction. Si la solution s'est fait désirer, elle est bonne, et nous considérons que c'est une compensation.

Je suis heureux de rendre, en terminant, un hommage bien mérité à notre distingué membre du Conseil judiciaire de l'Union, M. Emile Perrin, qui a suivi cette affaire avec le plus grand soin et l'a plaidée avec son talent habituel devant la Cour de cassation.

En soutenant moralement le Syndicat des Médecins d'Angers dans cette affaire et en prélevant sur sa caisse de défense professionnelle les frais du pourvoi en cassation, l'Union s'est affirmée une fois de plus et a prouvé qu'elle soutenait toujours les syndicats adhérents, quand il s'agit de questions d'intérêt général.

Dr L. DUCHESNE.

Arrêt de la Cour de cassation contre les magnétiseurs.

COUR DE CASSATION (CHAMBRE CRIMINELLE)

Audience du 29 décembre 1900

P. G. ANGERS et GRIPAT contre MOUROUX.

La Cour,

Ouï, en son audience du 27 décembre, M. Paul Dupré, conseiller, en son rapport, MMes Emile Perrin et Boivin Champeaux, avocats en la Cour, en leurs observations respectives, et M. l'avocat général Cuboin, en ses conclusions;

Joignant, vu la connexité, les pourvois formés, l'un par le procureur général près la Cour d'appel d'Angers, l'autre par les médecins syndiqués de l'arrondissement, partie civile, contre un arrêt de la Cour d'Angers, du 23 juillet 1897 qui, confirmant un jugement du tribunal correctionnel du siège, a relaxé un sieur Mouroux des fins d'une poursuite pour exercice illégal de la médecine;

Vidant son délibéré en la chambre du conseil et statuant par un seul et même arrêt;

Sur le moyen unique et commun pris de la violation des articles 16 et 28 de la loi du 30 novembre 1892;

Vu lesdits articles;

Attendu qu'il est constaté en fait, tant par l'arrêt attaqué que par le jugement dont il s'approprie les motifs, que Mouroux, non investi du titre de docteur en médecine et ne s'offrant à sa clientèle que comme magnétiseur, avait à Angers, où il s'était établi, donné des soins suivis à ceux qui les sollicitaient en vue de la guérison ou du soulagement de leurs maux;

Attendu en droit qu'aux termes de l'article 16 de la loi sus-visée : « Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, non munie du titre de docteur, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales », délit que l'article 18 de la même loi punit d'une amende de 100 à 500 francs;

Que l'arrêt attaqué, pour écarter l'application de ces articles aux faits constatés, tout en reconnaissant qu'il résultait des débats que les soins donnés par Mouroux à ses malades avaient consisté « à pratiquer sur eux par-dessus leurs vêtements des passes magnétiques » et « quelquefois à leur fournir de l'ouate aimantée », s'appuie sur l'unanimité de leurs témoignages, d'où il serait résulté qu'il se livrait uniquement à ces pratiques sans prescrire aucun traitement ni recourir à aucune opération, pour en déduire que Mouroux ne saurait être considéré comme ayant ainsi pris part au traitement de maladies et commis par là, faute du titre qui confère ce droit aux seuls docteurs, le délit qui lui était reproché;

Que, pour justifier par une modification que la loi de 1892 aurait apportée sur ce point à la loi de ventôse, cette interprétation favorable à la défense, la Cour d'Angers a cru pouvoir déclarer « que le magnétisme ne peut être considéré comme un traitement » au sens de la seconde de ces deux lois;

Qu'aux termes exprès de l'article 16 de cette même dernière loi, qui n'excluent de la qualification légale du délit aucun mode de traitement, dès qu'il est habituel ou suivi, l'arrêt attaqué oppose les déclarations du rapport à la chambre portant que « jamais l'intention de la commission n'avait été de viser les magnétiseurs » et que, par suite, « les articles punissant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles, et, sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments ou chercheraient à réduire des luxations ou des fractures »:

Attendu que s'il est exact que cette interprétation de l'article susvisé ait figuré dans le rapport présenté au nom de la commission, il ne peut suffire pour donner le droit de l'opposer aux termes formels de cet article de constater, comme le fait l'arrêt attaqué, qu'aucune objection n'a été soulevée contre cette interprétation et que la loi a été définitivement adoptée tant par le Sénat que par la Chambre, sans protestation ni réserve;

Que ce silence ne saurait à lui seul, en présence de la contradiction qui existe entre cette interprétation et les termes généraux de l'article adopté par le Parlement, autoriser le juge à substituer dans son application de la loi cette interprétation individuelle au sens normal et contraire de la loi même;

D'où il suit qu'en le faisant, loin de justifier sa décision de relaxe, l'arrêt attaqué a, par une distinction arbitraire, expressément violé les dispositions de loi invoquées par les deux pourvois.

Par ces motifs:

Casse...

Renvoie devant la Cour d'appel de Rennes.

Ainsi jugé..., chambre criminelle.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Recherches cliniques sur la respiration, sur le rire, sur le pleurer et sur le bâillement des hémiplégiques,

D'après Giovanni Boeri (1).

On a cru pendant longtemps, et il est encore assez communément admis, que la respiration n'est pas altérée chez les hémiplégiques. La fonction respiratoire est nettement automatique, et l'on a coutume de dire, depuis Broadbent, que chaque hémisphère régit dans les deux côtés du corps les mouvements bilatéraux et synergiques, ou automatiques. Les muscles du tronc, de la respiration, du larynx, de l'abdomen, de la vessie, etc., ne seraient pas intéressés dans l'hémiplégie.

Les faits n'ont pas confirmé cette loi, car on a vu participer à l'hémiplégie les muscles du tronc (Bianchi), ceux du cou (Fränkel), l'élévateur de la paupière (Landouzy et Grasset), les muscles de la phonation (Déjerine), de la mastication (Boix), de la déglutition (Bechterew), de l'abdomen (Sicard), le crémaster (Féré), le peaucier (Babinski). De telle sorte qu'on ne peut plus soutenir que les muscles à fonctions bilatérales, synergiques et automatiques, sont toujours épargnés par l'hémiplégie.

En ce qui concerne les mouvements de la respiration, et plus particulièrement l'amplitude des excursions respiratoires du thorax du côté de l'hémiplégie comparée à celle des mouvements du côté sain, les différents auteurs ont bien signalé une différence, mais faible et assez peu fréquente. Avec Simonelli, j'ai étudié au point de vue de la respiration 61 hémiplégiques, et nos constatations peuvent être exprimées ainsi.

Ce n'est que dans 19,7 cas pour 100 qu'on ne trouve pas de différence entre l'étendue des mouvements respiratoires d'un des côtés du thorax et de l'autre; 80,3 fois sur 100 la différence existe, 63,9 fois le côté hémiplégié respire moins, 16,4 fois il respire plus que le côté sain. En outre on rencontre communément des troubles du rhythme, du rapport entre la longueur de l'inspiration et de l'expiration, cela du côté hémiplégié. Et ces différences, ces troubles, ne se montrent pas seulement dans la respiration profonde et volontaire, mais bien aussi, et cela surtout est intéressant, dans la respiration tranquille, automatique. On en peut conclure que le centre bulbaire de la respiration subit l'influence des centres cérébraux. La lésion destructive du centre supérieur n'est pas capable de compromettre sérieusement la fonction du centre bulbaire, mais elle peut l'amoindrir.

Quant aux cas étranges, en apparence, où les mouvements respiratoires sont exagérés du côté hémiplégié, il est probable qu'ils ont leur raison d'être dans une excitation permanente exercée par la lésion soit sur un centre cérébral de la respiration, soit sur les voies reliant ce centre au centre bulbaire. Dans ces cas, d'autres phénomènes d'excitation coexistent, épilepsie jacksonienne, contractures précoces, rire spasmodique.

Pour résumer ce qu'apprend la clinique, je puis dire qu'il y a des hémiplégiques chez qui il n'y a pas de différence appréciable, lorsqu'on lit les tracés de leur respiration, entre l'amplitude des mouvements respiratoires d'un côté et ceux de l'autre côté; cela existe chez les malades présentant de la parésie seulement, au moins du membre supérieur. Mais le plus souvent, et pour peu que l'hémiplégie soit assez marquée, il y a de la différence entre les tracés de la respiration de l'un et de l'autre côté; le côté hémiplégié respire moins. Dans un petit nombre de cas, l'amplitude des mouvements respiratoires est exagérée du côté hémiplégié, dans la respiration tranquille, anatomique, dans les grandes inspirations volontaires, dans les mouvements convulsifs de la toux.

Un de ces derniers malades était sujet à des accès de rire ou de pleurer spasmodiques. Pour un rien il éclatait de rire, d'un rire prolongé, incoercible; pour la moindre allusion faite à son état, il sanglotait indéfiniment. Cette émotivité exceptionnelle, le sujet ne pouvait la modérer; et pourtant les facultés psychiques étaient intactes.

Jusque-là rien de particulier, car le rire ou le pleurer spasmodique sont assez communs chez les hémiplégiques. Mais à considérer le malade riant ou pleurant, on voyait la moitié saine du corps se mouvoir relativement bien peu, tandis que la moitié paralysée était agitée de secousses amples et violentes. Pareille exagération des mouvements du côté paralysé s'observait dans le bâillement.

Le rire et le pleurer sont l'expression réactionnelle de mouvements psychiques, d'émotions. Suivant l'intensité de celles-ci, suivant aussi le pouvoir d'inhibition dont chacun dispose, l'expression extérieure reste localisée au domaine du facial comme dans le sourire, ou bien de cette région du facial, inférieur où elle

1. Boeri, Sulla respirazione, sulla tosse, sul riso, sul pianto e sullo sbadiglio degli emiplegici (*Riforma medica*, 11, 12 et 13 décembre 1900).

débute, la convulsion envahit la glotte, le diaphragme, tous les muscles respirateurs, ou même un grand nombre de muscles quelconques du corps dans le rire et le pleurer spasmodiques. Et le mécanisme du sanglot diffère bien peu de celui du rire; dans les deux cas les mêmes territoires d'innervation entrent en jeu, à cela près qu'à la face les élévateurs se contractent dans le rire, et les abaisseurs dans le pleurer; au thorax, comme l'indique Brissaud, le rire anime de préférence les muscles inspirateurs, et le pleurer les muscles expirateurs. Il semble que pour chacun des deux états d'émotion il y ait une sélection dans les cellules des mêmes noyaux du bulbe, — sauf lorsque le rire et le pleurer dépassent la mesure, que l'excitation fait vibrer toutes les cellules du noyau, que l'*on rit aux larmes*.

L'impulsion au rire ou au pleurer partirait de l'écorce frontale et se rendrait au thalamus, centre de coordination, qui répartirait aux noyaux bulbaires les incitations nécessaires. Entre le centre cortical du commandement, le centre thalamique de coordination et les centres bulbaires d'exécution existent des voies de communication, les voies cortico-thalamiques sont surtout à considérer. C'est par les fibres du segment antérieur de la capsule interne que passent les commandements des actes psycho-réflexes provenant de l'écorce frontale ; les fibres destinées aux mouvements psycho-réflexes du facial, par exemple, sont ainsi tout à fait distinctes des fibres des mouvements volontaires du facial, qui appartiennent au faisceau géniculé.

Voilà pour le mécanisme normal du rire et du pleurer. — Le rire et le pleurer spasmodiques, communs dans l'hémiplégie, Bechterew les explique par une lésion destructive du thalamus annulant le pouvoir de coordination et d'inhibition de ce ganglion; Brissaud admet une lésion irritative du thalamus ou des voies psycho-réflexes cortico-thalamiques, avec une section du faisceau facial volontaire ; en d'autres termes, une irritation du segment antérieur va avec une destruction plus ou moins complète du genou de la capsule interne.

Mingazzini a fourni la vérification anatomique de l'interprétation de Brissaud; il démontra de plus que le rire et le pleurer incoercibles, s'ils dépendent ordinairement de lésions intéressant le segment antérieur de la capsule et son genou, peuvent tenir aussi à des lésions purement corticales; Brissaud avait d'ailleurs entrevu cette possibilité et parlé de la genèse corticale du rire des idiots. — Il convient ici de citer encore une étude anatomo-pathologique de Rummo, confirmant également les vues de Brissaud.

En somme, si j'en reviens à l'étude des tracés bien démonstratifs que j'ai obtenus chez des hémiplégiques, j'insisterai sur quelques faits dont la démonstration semble précise.

D'abord il n'existe certainement pas de bilatéralité fonctionnelle, vraie et complète, de chaque hémisphère, pour les mouvements automatiques ou synergiques qui sont accomplis dans les deux côtés du corps à la fois. Ainsi les deux moitiés du thorax ne se dilatent pas également, ni dans la respiration tranquille et automatique, ni dans l'exagération volontaire de la respiration, ni dans la toux, ni dans les actes respiratoires accompagnant les fonctions dites psycho-réflexes (pleurer, rire, bâillement).

Cette différence consiste assez souvent dans une diminution de la motilité du côté hémiplégique, mais quelquefois aussi, de ce côté hémiplégique il y a un excès de la motilité pour les actes automatiques, synergiques ou psycho-réflexes, qui fait contraste avec l'amoindrissement de la motilité volontaire dans les muscles des membres.

C'est bien alors le côté paralysé, et surtout le thorax, qui se meut en excès, et non pas l'autre côté dont les mouvements automatiques sont affaiblis. Dans les manifestations respiratoires des actes psycho-réflexes notamment (rire et pleurer spasmodiques), il est clair que la lésion est excitatrice à l'égard de certaines déterminations motrices du côté opposé du corps.

Il s'agit donc d'un phénomène d'excitation que la lésion cérébrale exercerait, lors de la respiration tranquille, sur des centres respiratoires cérébraux ou sur les voies les reliant aux noyaux bulbaires; lors du pleurer, du rire, du bâillement, l'excitation porte sur le segment antérieur de la capsule interne, sur le thalamus. L'effet de l'excitation est unilatéral et croisé.

Mais au lieu d'excitation, cette exagération des mouvements automatiques du côté de l'hémiplégie peut dépendre d'une inhibition supprimée (lésion corticale).

L'exagération des mouvements respiratoires dans les accès de rire et de pleurer convulsifs, cela du côté paralysé, n'implique pas du même côté une exagération des mouvements de la respiration tranquille. Un malade a présenté une diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires automatiques du côté de l'hémiplégie, et de ce même côté des secousses respiratoires intenses, pendant les accès de rire, de pleurer, de bâillement. Les fibres se rendant aux noyaux bulbaires pour commander la respiration ordinaire auraient donc un trajet distinct de celles qui commandent la dilatation thoracique respiratoire accompagnant le rire, le pleurer, le bâillement convulsif.

Il y a tout lieu de penser que ces faisceaux pourront être un jour individualisés et que cette connaissance fournira des éléments nouveaux au diagnostic du siège de certaines lésions cérébrales.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 11 Janvier 1901.

Fusion de l'atlas et de l'occipital.

M. Apert présente un crâne à l'occipital duquel l'atlas est soudé dans la plus grande partie de sa circonférence. Les masses latérales de l'atlas sont absolument soudées avec les condyles de l'occipital. On remarque à la face interne des masses fusionnées, d'une part des rugosités osseuses, rudiment d'ostéophytes, d'autre part des facettes articulaires, répondant aux faces latérales de l'apophyse odontoïde.

L'arc antérieur de l'atlas est presque entièrement soudé à l'apophyse basilaire, laissant seulement un petit tunnel à gauche de la ligne médiane.

L'arc postérieur est divisé en 2 parties : droite et gauche, par une solution de continuité sur la ligne médiane. La partie droite, très atrophiée, est absolument soudée à l'occipital au point de sembler une simple arête saillante, dépendante de cet os. La partie gauche, mieux développée, vient seulement en contact, par son extrémité libre, avec l'occipital, mais sans se fusionner avec lui.

S'agit-il d'une fusion congénitale, ou d'une fusion pathologique? La présence d'ostéophytes engage à porter ce dernier

diagnostic. Mais l'intensité des déformations force à supposer que la cause pathologique a agi au moment où l'atlas n'est pas encore complètement formé, et tout à fait dans la première enfance ou dans la vie fœtale.

M. F. Regnault fait remarquer que les déformations notées dans le cas actuel se retrouvent presque identiques dans les 6 cas récemment présentés à la Société par M. Mouchotte et par lui-même. Quant à l'interprétation étiologique, il partage absolument l'opinion de M. Apert.

M. Bouglé attire l'attention sur les rugosités osseuses qu'offre l'atlas, et pense qu'elles sont dues au développement exagéré des ligaments de l'articulation altoïdo-axoïdienne.

Corps étranger de l'utérus.

M. Morestin montre une éponge qu'il a extraite de la cavité utérine, chez une femme qui se l'était introduite dans le vagin, d'où elle avait passé dans l'utérus.

Lésions nerveuses du zona.

M. Laignel-Lavastine montre des coupes des racines postérieures, des ganglions rachidiens et de la moelle d'un malade tuberculeux ayant succombé avec un zona à distribution métamérique. Il existe des lésions des racines et des altérations de la moelle au niveau du groupe antéro-externe, visibles seulement par la méthode de Nissl.

Adénomes des capsules surrénales.

M. R. Oppenheim montre les coupes et les dessins de 3 cas d'adénome des capsules surrénales. Le premier s'était développé dans la capsule surrénale droite d'un sujet mort de méningite tuberculeuse. L'adénome est formé de tubes pleins qui, sur les coupes transversales, ont un contour polygonal irrégulier et sont tapissés par un rang de cellules volumineuses, à noyau bien coloré et à protoplasma infiltré de graisse. Au centre de la tumeur, on constate l'existence de deux petits tubercules en voie de caséification; ces tubercules sont complètement entourés par le tissu adénomateux.

Le 2e adénome provient de l'autopsie d'une femme de 71 ans, à reins scléreux, diabétique et hémiplégique, qui mourut d'une broncho-pneumonie compliquée d'endocardite aiguë. La capsule surrénale droite présentait à sa partie moyenne un adénome hémorrhagique du volume d'une noisette; au milieu du sang épanché et sur les bords de la zone hémorrhagique, on voit sur les coupes plusieurs nodules infectieux formés presque exclusivement de leucocytes polynucléaires; quelques-uns de ces nodules sont visibles à l'œil nu. La capsule surrénale gauche n'est pas envahie par le processus adénomateux, mais elle présente aussi un placard hémorrhagique dans la zone réticulée de la substance corticale et quelques nodules infectieux plus petits que ceux de la capsule droite.

Enfin, dans le 3e cas, il s'agit d'un petit adénome pigmentaire trouvé à l'autopsie d'un tuberculeux. Développé dans la zone réticulée, il a repoussé, sans l'envahir, la substance médullaire vers le bord opposé de la capsule.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 Janvier 1901.

Non-rétractilité du caillot dans la variole hémorrhagique.[1]

MM. Hayem et Bensaude. — La non-rétractilité du caillot coïncidant avec la rareté des hématoblastes existe dans la variole hémorrhagique comme dans le purpura hémorrhagique. Le nom de purpura varioleux est donc justifié à la fois par la clinique et par les modifications du sang. Cette constatation conduit à admettre que le mécanisme des hémorrhagies est analogue à celui observé dans le purpura qu'on peut produire expérimentalement en injectant du sérum de bœuf à un chien. La filiation des phénomènes paraît être dans ces cas la suivante : 1° agglutination des hématoblastes et formation des concrétions sanguines par précipitation granuleuse; 2° obstruction de petits vaisseaux par embolies; 3° production d'infarctus et d'hémorrhagies par les muqueuses.

La pauvreté du sang en hématoblastes s'explique aisément si l'on songe que les concrétions sanguines sont innombrables et dépouillent pour ainsi dire le sang de ces éléments. Quant à la non-rétractilité du caillot et à l'absence de transsudation du sérum, elle résulte directement de la rareté des hématoblastes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Janvier 1901.

Fracture de la base du crâne.

M. Poirier a montré, à la fin de la séance, un malade qui a subi une double trépanation. Il avait fait une chute d'un lieu assez élevé; cependant il avait pu se relever et revenir chez lui, mais, en montant son escalier, il perdit connaissance et eut une hémorrhagie par la bouche et par le nez. Le surlendemain, on constatait une ecchymose sous-conjonctivale qui s'étendit aux paupières. Malgré ces accidents, ce malade essaya de se rendre à son travail, mais il fut forcé de revenir, et le soir même il était pris de douleurs de tête et de délire.

Le lendemain on le conduisait à l'hôpital et M. Poirier l'a trouvé présentant les symptômes suivants : une ecchymose en lunette des deux côtés, des caillots dans les fosses nasales, une extrême agitation avec forte obnubilation de l'intelligence, les pupilles dilatées, les réflexes un peu exagérés, le pouls à 60 et la température à 39°. En un mot, il paraissait atteint d'encéphalo-méningite due à une fracture probable du crâne.

Aucune amélioration ne s'étant produite le lendemain, après une injection de cocaïne à la région lombaire, on fit de chaque côté, au-dessus de l'oreille, une vaste trépanation. Avec les ciseaux et les maillets fonctionnant simultanément à droite et à gauche, un volet de 5 centimètres sur 4 fut enlevé. La dure-mère congestionnée fut incisée et donna issue à une quantité notable d'un liquide poisseux, couleur de cassis, de même nature que celui que la ponction lombaire avait déjà donné. Deux drains de 10 à 12 centimètres de longueur furent introduits dans les plaies et les pansements furent appliqués.

Dès le lendemain matin, la température tombait à 38, puis le 4e jour à 37, pendant que les autres accidents disparaissaient. Peu à peu les drains furent retirés et le malade a guéri sans incident. L'examen du liquide a montré qu'il contenait des staphylocoques blancs et dorés.

La radiographie dans la recherche des balles intra-craniennes.

M. Tuffier fait un rapport sur deux observations de M. Mauclaire démontrant l'utilité de la radiographie dans la recherche des balles intra-craniennes. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite, au-dessus de l'arcade zygomatique. En pareille circonstance la balle peut suivre deux voies, en avant ou en profondeur. Après l'accident, le blessé fut pris d'hémorrhagie nasale et tomba dans un état de demi-coma. Le 3e jour, M. Contremoulins fit la radiographie, qui indiqua que la balle se trouvait au niveau de l'angle interne de l'orbite, d'où elle fut facilement délogée.

Chez le second malade, présenté ici dernièrement, la balle de revolver, ayant pénétré par la fosse temporale droite, avait traversé la boîte cranienne et se trouvait, comme la radiographie l'a montré, à gauche, au niveau de la fosse temporale.

Pour sa part, M. Tuffier a employé la radiographie dans plusieurs cas de projectiles restés en dehors du crâne. En ce qui concerne les premiers, il a vu une femme qui s'était tiré 5 coups de revolver. L'une des balles était restée enclavée, sans qu'on puisse être bien fixé sur sa localisation. Avec l'appareil de Contremoulins on a reconnu qu'elle était située à la face postérieure du maxillaire supérieur, et, en se servant de cet appareil comme

guide, M. Tuffier a pu l'extraire aisément par une incision latérale.

Dans un autre cas, chez un malade qui prétendait ne s'être tiré qu'un seul coup de revolver dans la fosse temporale droite, et que M. Tuffier a opéré le 5e jour, la radiographie a révélé l'existence de deux projectiles, l'un à la face externe du temporal droit, et l'autre à la partie moyenne de l'hémisphère gauche, mais, comme la radiographie l'a en même temps indiqué, ces deux projectiles n'étaient que deux fragments de la même balle. M. Tuffier a agrandi la plaie temporale à droite et trépané à gauche, et retiré ces deux fragments.

M. Tuffier a encore vu un autre malade dont la balle avait pénétré par la joue jusqu'au crâne et déterminait des accidents de suppuration Par la radiographie, on a constaté qu'elle était située près de l'apophyse ptérygoïde, d'où on l'a retirée en incisant la partie supérieure du voile du palais.

Quant aux projectiles intra-craniens, M. Tuffier a eu l'occasion d'intervenir dans 5 cas, et dans ces cas également, il n'a eu qu'à reconnaître l'excellence de l'appareil de Contremoulins, dont le procédé est bien supérieur à toutes les autres méthodes d'exploration. C'est ce que M. Mauclaire a déjà fait ressortir en 31 cas d'exploration pour laquelle il avait été parfait sur 28 malades.

M. Michaux cite le cas d'un individu qui s'était tiré un coup de revolver et, d'après une épreuve mauvaise de radiographie, on croyait la balle située au fond de l'orbite gauche. On l'y a cherchée en vain, lorsque, 5 mois plus tard, avec l'appareil de Contremonlins, il fut reconnu que le projectile était allé se placer à la partie postérieure de l'orbite du côté droit. Cette balle, de 11 millimètres, fut assez facilement extraite.

Plaies pénétrantes de l'abdomen par balle de revolver et coup de couteau.

M. Rochard analyse un travail de M. Auvray, basé sur l'étude de 6 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. Les 3 premiers cas ayant été antérieurement communiqués, M. Rochard ne s'occupera que des 3 derniers.

Le premier de ces faits concerne un homme qui avait reçu une balle de revolver dans le ventre. La laparatomie, faite 14 heures après l'accident, a révélé une péritonite septique et fait découvrir 4 perforations intestinales qui ont été suturées. Malgré cette intervention le blessé a succombé.

Les deux autres faits ont rapport à des coups de couteau. Dans l'un, la plaie siégeait au-dessus et à droite de l'ombilic. L'ouverture du ventre fut pratiquée latéralement; une artère épiploïque qui saignait fut liée. Aucune lésion n'existait sur l'intestin qui fut dévidé. Le malade a bien guéri.

Dans le second cas la plaie intéressait la poitrine et l'abdomen. Le couteau avait pénétré au niveau du 8e espace intercostal gauche, d'où émergeait une masse épiploïque. L'épiploon fut d'abord réduit et, à ce moment, il se produisit un pneumothorax, puis une laparotomie latérale permit de suturer le diaphragme et une plaie double du côlon transverse. L'opération a été suivie de guérison.

La question, dans ces plaies perforantes, de dévider l'intestin, a été envisagée il y a quelques années par M. Chaput, qui s'était prononcé pour ce dévidement dans les plaies par armes à feu et par coup de couteau. A cette époque, M. Rochard avait soutenu que, en présence d'une plaie par instrument tranchant, il était parfois indiqué de limiter ses recherches à un examen de la région sans procéder au dévidement. Quelques faits récents, de Morestin en particulier, et l'observation d'Auvray sont encore en faveur de cette manière d'agir.

Dans les plaies transpleurales on connaît la difficulté d'aller suturer le diaphragme. Aussi M. Auvray a-t-il proposé d'abattre les 7e, 8e, 9e et 10e cartilages costaux pour se donner du jour : c'est un procédé qu'il n'a, d'ailleurs, expérimenté que sur le cadavre.

A la méthode qui consiste à atteindre le diaphragme par une laparotomie latérale dans laquelle les viscères de voisinage sont gênants, M. Rochard préféra la voie transpleurale. Un chirurgien italien en a fait, il y a quelques années, une étude et en a rapporté 10 cas opérés avec succès.

Quant au pneumothorax, il ne faut pas trop s'en préoccuper; il se résorbe, ainsi que le prouvent les faits cliniques et les expériences sur les animaux.

M. Walther a été appelé il y a 8 ans auprès d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans les derniers espaces intercostaux gauches. Son épiploon sortait par cette voie et couvrait le thorax. M. Walther a agrandi la plaie et, après réduction de l'épiploon, il a pu atteindre facilement le diaphragme, sur lequel il a placé une série de sutures en points de capiton, et en évitant le pneumothorax.

M. Tuffier estime que dans les plaies par coup de couteau on peut s'en tenir à une exploration sans dévider l'intestin. C'est ce qu'il a fait sur un homme dont la plaie siégeait dans l'hypochondre gauche. Il a fait la laparotomie sur la plaie et, bien qu'il y eût déjà dans le péritoine du liquide séro-purulent, il n'a constaté tout autour de la plaie ni lésion intestinale, ni lésion d'autres organes; aussi n'a-t-il pas cru devoir dévider l'intestin, et son malade a guéri sans incident. Le liquide péritonéal, examiné ultérieurement, ne contenait pas de colibacilles, mais simplement des staphylocoques blancs et dorés.

M. Delorme croit qu'il vaut mieux agir par la voie transpleurale, car par le ventre on est trop gêné par les organes voisins, qu'on a du mal à refouler. Mais on n'est pas encore fixé sur les points où il faut faire la résection costale. M. Delorme pense qu'il faut réséquer la 6e ou 7e côte; de cette façon on ne se rapproche pas trop du rebord chondro-costal et l'on ne descend pas trop bas, ce qui permet d'éviter les attaches du diaphragme.

M. Chaput n'a pas dit d'une façon absolue qu'il fallait faire le dévidement de l'intestin dans tous les cas. On se comportera différemment suivant la direction de la plaie, qui peut faire présumer ou non que l'intestin est intact ou blessé.

Quant à la perforation du diaphragme, il a pu en pratiquer la suture par la plaie dans un cas; cette dernière siégeait dans les derniers espaces intercostaux.

Lymphadénome du médiastin.

MM. Sebileau et **Lombard** présentent les pièces anatomiques d'un jeune homme mort d'une tumeur du médiastin (lymphadénome).

Cet homme succomba à son quatrième accès de suffocation sans cornage; il n'avait présenté que des symptômes de compression cave supérieure (exophthalmie double, dilatation jugulaire, circulation sous-cutanée thoraco-ventrale inversée). Examen laryngoscopique : néant.

L'examen des pièces démontre l'existence d'une volumineuse tumeur mamelonnée occupant toute l'étendue du médiastin antérieur, et développée surtout du côté droit.

La trachée est déviée et son calibre est déformé.

A droite, le tronc brachio-céphalique naît et chemine en pleine tumeur. Cependant il n'y eut aucune différence appréciable entre le pouls droit et le pouls gauche.

La veine cave supérieure est invisible; les deux troncs brachio-céphaliques veineux sont inclus dans la tumeur et non disséquables; la jugulaire gauche a le volume de la crosse aortique jusqu'au point où elle s'engage dans la tumeur; ses parois sont artérialisées.

Le pneumo-gastrique droit fait un coude brusque, comprimé, dans le parenchyme néoplasique, par l'origine de la mammaire interne. Le récurrent naît dans la tumeur, y chemine et en sort tout en haut, attiré loin de l'œsophage, dont il est séparé par un gros ganglion néoplasique. Il n'y eut cependant aucun trouble de motilité de la corde vocale correspondante.

Les deux phréniques descendent, sinueux et aplatis, sur les faces latérales de la tumeur, sous la plèvre médiastine très épaissie. Aucun trouble du jeu diaphragmatique.

Examen histologique par le Dr Millian : lymphadénome typique à fin réticulum et à petites cellules rondes, d'une remarquable pureté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 Janvier 1901.

Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale progressive.

M. R. Monod. — MM. Widal, Sicard et Ravaut ont montré tout récemment que dans le cours de la méningite tuberculeuse on voyait apparaître des éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien.

Cette étude a servi de point de départ à nos recherches. Nous avons pu constater l'existence d'une lymphocytose très marquée au cours de la paralysie générale progressive et du tabes.

Par contre, nous n'avons jamais, jusqu'ici, rencontré d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien des individus indemnes de toute lésion chronique ou aiguë des méninges (hystérie, névrite périphérique, méningisme, hémiplégie organique).

Étude histologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningo-myélites.

MM. A. Sicard et **R. Monod.** — Nous avons examiné, dans le service de M. Brissaud, le liquide céphalo-rachidien de 4 malades atteints de méningo-myélite.

Dans ces 4 cas nous avons pu constater la présence très nette d'éléments figurés. Ces faits sont intéressants à signaler puisqu'ils permettent au clinicien d'interroger directement la méninge durant la vie du malade, et de reconnaître s'il existe une lésion méningée. Ce ne sont cependant que des faits d'attente qui doivent être soumis au contrôle anatomo-pathologique.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques processus méningés chroniques.

MM. Widal, Sicard et **Ravaut.** — Nous avons montré, dans un travail antérieur, que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien fait pendant la vie au cours des méningites aiguës pouvait fournir les éléments d'un véritable cyto-diagnostic.

Les constatations que nous venons de faire dans 4 cas de paralysie générale et dans 3 cas de tabes concordent avec celles de M. Monod. Dans tous ces cas, nous avons observé en plus ou moins grande abondance, dans le liquide céphalo-rachidien, des lymphocytes mêlés parfois à de plus gros éléments uninucléés. Par contre, nous n'avons jamais fait de semblables constatations sur le liquide céphalo-rachidien de malades indemnes de lésions méningées chroniques.

Nous voyons donc que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien peut, dans certains processus chroniques cérébro-spinaux, permettre de révéler la participation méningée. Le lymphocyte, dans le liquide céphalo-rachidien, n'est pas plus un élément spécifique de la méningo-encéphalite ou du tabes, qu'il ne l'est de la tuberculose méningée. Il est le témoin de réactions qui ne nécessitent pas l'intervention d'éléments tels que les polynucléaires.

De même que l'abondance de leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien peut permettre de distinguer la méningite tuberculeuse de la méningite cérébro-spinale aiguë, du méningisme de Dupré et de la plupart des maladies qui peuvent la simuler, de même l'abondance de ces lymphocytes, constatée au cours de divers processus chroniques, pourra, en révélant la participation méningée, aider parfois à résoudre, au point de vue du diagnostic et de la pathogénie, divers problèmes posés par la clinique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 10 Janvier 1901.

Paralysies associées des muscles des yeux.

MM. Raymond et **Cestan** apportent trois observations nouvelles comme contribution à l'étude des paralysies associées des globes oculaires. Chez deux malades ils ont observé une paralysie des mouvements de latéralité des globes oculaires associée à une hémiplégie sensitivo-motrice ; à l'autopsie, ils ont trouvé, dans les deux premiers cas, un tubercule au niveau de la partie supérieure de la protubérance, entre les noyaux de la 3e paire en haut, de la 6e paire en bas. C'est ce tubercule qui aurait déterminé la paralysie des mouvements associés de latéralité, soit en détruisant les faisceaux qui unissent la 6e paire à la 3e paire et dont MM. Mathias Duval et Laborde ont démontré l'existence chez le chat, soit en agissant sur les centres coordinateurs des mouvements des globes oculaires, centres que plusieurs auteurs placent au voisinage des tubercules quadrijumeaux.

Le 3e cas est celui d'un malade que les auteurs présentent à la Société et qui est atteint d'une paralysie de l'élévation des globes oculaires, de la convergence et de la latéralité, paralysie survenue subitement, dans un ictus, n'ayant pas bougé depuis 10 ans et s'accompagnant d'une hémiplégie sensitivo-motrice droite. Les auteurs voient là un nouvel exemple de ces paralysies associées des globes oculaires décrites par Parinaud. Ils insistent sur ce fait qu'une lésion nucléaire rendrait difficilement compte de cette symptomatologie et croient plutôt à une lésion des centres coordinateurs des globes oculaires, centres dont le siège est encore problématique.

Surdité corticale avec paralexie et hallucinations de l'ouïe.

MM. P. Sérieux et **Roger Mignot** rapportent l'observation d'un homme de 65 ans qui, à la suite de sa dernière crise épileptiforme (la première remontant à 8 ans), a été atteint de surdité corticale, d'excitation maniaque et d'hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Le malade ne présentait ni aphasie motrice, ni paraphasie dans la parole spontanée, ni cécité verbale ; la surdité corticale s'accompagnait de paralexie, de perte de la compréhension des mots lus et de troubles de l'écriture.

L'état maniaque s'amenda rapidement, mais la surdité persista jusqu'à la mort, survenue 3 semaines après la dernière crise.

A l'autopsie on constate la présence, dans les hémisphères cérébraux (à l'exclusion de toute autre région du corps), de 24 hydatides, dont 6 étant situées dans les 2 lobes temporaux.

Cette observation est intéressante à divers points de vue :

1° La nature de la cause déterminant les troubles observés est exceptionnelle ;

2° Les cas de surdité corticale suivis d'autopsie sont bien rares ; l'existence d'une lésion symétrique des deux lobes temporaux confirme la constatation clinique ;

3° L'intégrité de la parole spontanée prouve que le centre de l'audition des mots n'était pas détruit mais simplement isolé, fait que vient encore mettre en lumière la persistance des hallucinations de l'ouïe.

L'absence de cécité verbale coexistant avec la paralexie et de la perte de la compréhension des mots paraissent relever de l'interruption des voies d'association qui relient les divers centres corticaux (aphasies internucléaires de Pitres).

M. Marie se demande si l'intoxication hydatique n'a pas joué un certain rôle dans l'apparition des troubles mentaux.

Les lésions de la moelle des amputés.

M. Switalski. — L'examen microscopique de la moelle de 5 sujets amputés (l'amputation de la cuisse, l'amputation de la jambe au-dessous du genou), fait dans le laboratoire de M. P. Marie à Bicêtre, montre qu'il existe dans tous ces cas une atrophie de la moitié de la moelle du côté correspondant à

l'amputation, et une sclérose des cordons postérieurs. Tandis que l'atrophie de la moelle a la tendance à dimiuuer de bas en haut, la sclérose des cordons postérieurs devient plus marquée de bas en haut.

Trépidation épileptoïde dans la tuberculose pulmonaire.

MM. L. Lévi et **Follet** ont étudié l'état des réflexes tendineux chez les tuberculeux pulmonaires. Ils ont pu constater, à plusieurs reprises, la trépidation épileptoïde du pied non associée à d'autres signes capables de déceler une lésion, soit médullaire, soit cérébrale.

M. Raymond fait remarquer qu'on peut constater la trépidation spinale en dehors de toute sclérose du faisceau pyramidal, par exemple dans le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, dans la fièvre typhoïde, etc.

M. Babinski insiste sur ce fait que, si la trépidation spinale peut coexister avec l'abolition du réflexe rotulien, puisque ces deux phénomènes ne relèvent ni du même nerf, ni du même segment médullaire, il n'a jamais vu, au contraire, la trépidation spinale coexister avec l'abolition du réflexe du tendon d'Achille.

Atrophie des tubercules mamillaires.

M. Ferrand apporte deux faits de lésion localisée dans le lobe occipital s'accompagnant d'une atrophie du tubercule mamillaire du côté de la lésion. Il s'agit d'un foyer de ramollissement hémorrhagique au niveau du cunéus droit, siégeant autour de la calcarine et ayant entraîné l'atrophie du tubercule mamillaire correspondant.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 Janvier 1901.

Dans une expertise médico-légale ordonnée par le tribunal civil, la partie défenderesse a-t-elle le droit d'exiger la présence, aux opérations de l'expertise, d'un médecin délégué par elle?

Trois médecins, commis par un tribunal civil pour l'examen d'un sujet blessé dans un accident de chemin de fer, avaient refusé de pratiquer l'expertise devant un quatrième médecin délégué par la Compagnie de chemins de fer responsable. L'avoué de cette Compagnie fit alors valoir un jugement du tribunal de première instance de Brioude, du 13 janvier 1899, annulant une expertise à laquelle les experts avaient refusé de laisser assister le médecin mandataire d'une Compagnie de chemin de fer défenderesse. Dans ces conditions, les médecins experts consentirent, en faisant toutes réserves sur le principe, à admettre à la séance d'examen corporel du plaignant le médecin mandataire de la Compagnie.

C'est sur le point de savoir si le défendeur a, dans l'espèce, le droit d'exiger la présence d'un médecin par lui désigné, que nos trois confrères, chargés de l'expertise, demandèrent l'avis de la Société de médecine légale.

A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Lefuel, Constant, Vibert et Doumerc, rapporteur, la Société a approuvé les conclusions de son rapporteur, ainsi libellées :

« Dans les instances civiles, il ne saurait être adjoint par les parties aux trois experts commis par le tribunal, aucune autre personne participant à l'expertise comme assistant l'une ou l'autre de ces parties, mais elles ont le droit, soit en personne, soit par un représentant régulièrement muni de leur pouvoir (et qui, bien entendu, peut être choisi dans la même profession que les experts), de suivre les opérations des experts en faisant tels dires et réquisitions que de droit. »

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité et sans autre discussion.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 8 Janvier 1900.

Corps étranger intra-oculaire.

M. Vignes. — Il y a 4 ans, un garde-chasse âgé de 35 ans, au moment où il tire un coup de fusil (à broche), ressent sur l'œil droit un choc léger et vif. L'œil reste d'apparence normale. Dans les jours qui suivent, les objets lui apparaissent troubles. Lorsque M. Vignes le voit 3 semaines environ après l'accident, les milieux ont récupéré leur transparence. L'œil droit comme le gauche est emmétrope et l'acuité visuelle égale à 1.

A l'éclairage oblique, on perçoit dans le cadran inféro-externe de la cornée, assez près du centre de celle-ci, une minuscule cicatrice. Egalement sur la cristalloïde antérieure, on perçoit une cicatricule semblable à celle de la cornée. Les couches corticales et nucléaires du cristallin, la capsule postérieure apparaissent d'une transparence absolue; quel que soit le procédé d'examen utilisé, on ne perçoit aucune déchirure ni aucun foyer hémorrhagique dans la rétine. Un corps étranger a cependant pénétré l'œil, puisque la cristalloïde antérieure est lésée. Quelle est sa nature? Quelle est la situation qu'il occupe dans le globe? Une épreuve de Röntgen est négative.

Dix-huit mois après, la vision étant restée jusqu'alors égale à 1, survient un décollement de la partie inféro-externe de la rétine. Il devient probable qu'il s'agit d'un fragment de cuivre et que celui-ci a traversé l'œil. Le patient se refuse à toute intervention. Un an après, le décollement s'est notablement étendu et la vision devient nulle ou à peu près.

Au mois de novembre, le patient se présente avec des symptômes accusés d'irritation ciliaire. Il veut bien entendre que l'intervention ne peut être plus longtemps reculée, l'éclosion d'accidents sympathiques pouvant survenir, et il se résigne à l'énucléation.

Une coupe perpendiculaire à l'équateur du globe (durci au formol), suivant la trajectoire indiquée par la double lésion de la cornée et de la cristalloïde, passe dans le voisinage immédiat du corps étranger qui se trouve derrière la rétine décollée, au milieu du tissu choroïdien, sur la face interne de la sclérotique où sa force vive semble s'être épuisée. Il occupe un point directement opposé aux blessures de la cornée et de la cristalloïde. C'est un fragment de cuivre pesant 0 gr. 0015, quadrilatère, aplati, à bords tranchants.

L'intérêt de cette observation réside dans la conservation de transparence du cristallin qui est toujours restée absolue, bien que la lentille fût traversée de part en part.

Enfin, au point de vue médico-légal et de la nouvelle loi sur les accidents, on voit à quelle réserve on est tenu en pareille occurrence.

Névrite optique et dégénérescence pigmentaire de la rétine, suite de fièvre typhoïde grave.

M. Antonelli. — Homme de 38 ans, aveugle depuis l'âge de 14 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde très grave, à forme cérébrale; trouble visuel progressant dès la convalescence, sans vraie héméralopie, et amenant la cécité complète au bout de 6 mois. Actuellement, l'ophthalmoscope montre : atrophie post-névritique des deux papilles, plaques atrophiques d'ancienne chorio-rétinite péri-papillaire (faux staphylomes) et rétinite pigmentaire à gerbes d'amas pigmentaires relativement gros et très noirs; pas de troubles des milieux, pas de vraies plaques atrophiques de la choroïde, pas de foyers maculaires ni de l'ora serrata.

Les cas de névrite optique consécutive à la fièvre typhoïde ne sont pas très rares, et M. Antonelli relate cette observation surtout pour la rapporter à sa communication de l'année dernière, concernant des lésions oculaires congénitales chez un enfant issu de mère atteinte de fièvre typhoïde grave vers la fin de la grossesse. Les recherches expérimentales de Vincent sur la névrite périphérique provoquée par la toxine typhique, et les observations cliniques et anatomo-pathologiques de Braun,

ont fait ressortir la grande vulnérabilité du système nerveux périphérique vis-à-vis des toxines de l'infection typhique. Braun insiste encore, à juste titre, sur ce point que la névrite optique, complication assez rare de la fièvre typhoïde, n'est pas à considérer, malgré tout ce qui pourrait le laisser penser dans certains cas, comme une propagation d'affection méningée aux gaines du nerf optique. Il s'agit toujours d'une vraie névrite toxique, primaire, évoluant en même temps que les lésions des vaisseaux propres au nerf sous l'action directe des toxines microbiennes.

M. Valude. — Dans les fièvres typhoïdes qui s'accompagnent de phénomènes cérébraux graves et prolongés, comme c'est peut-être le cas ici, on voit se produire des névrites qui sont suivies d'atrophie, mais ces névrites sont des névrites descendantes, dues aux lésions infectieuses cérébrales. A la période terminale de ces névrites, on constate les signes ordinaires de l'atrophie optique et rétinienne, soit rétrécissement ou atrophie des vaisseaux, apparition de pigment choroïdien, etc. C'est ce qu'a observé M. Antonelli chez son malade et nous considérons les lésions oculaires comme étant ici la conséquence de la névrite descendante et non pas des altérations primitives d'infection typhique.

M. Morax. — Le cas de M. Antonelli paraît peu propre à une démonstratien précise de la nature toxinique du processus et de sa localisation sur les fibres nerveuses. Tout d'abord, pour établir l'existence de la fièvre typhoïde, il faut se baser sur des renseignements bien lointains. En outre la présence des lésions pigmentaires de la rétine indiquent l'existence d'une lésion choroïdienne et par conséquent vasculaire.

M. Péchin a observé récemment, avec MM. Brissaud et Launois, une malade âgée de 42 ans qui fut atteinte au décours d'une fièvre typhoïde d'un hémitremblement du membre supérieur gauche auquel ne tarda pas à succéder une hémiplégie du même côté. Il y avait en outre une double névrite optique, sans stase, et plus accusée à droite. Cette observation présente la plus grande analogie avec celle que M. Klippel a rapportée tout dernièrement à la Société de neurologie.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 12 Novembre 1900.

Appendice et ganglions tuberculeux du mésentère; difficulté du diagnostic de l'appendicite.

M. Mongie a présenté des pièces provenant d'une laparotomie pratiquée chez une enfant de 10 ans.

Il a eu l'occasion de donner ses soins à cette enfant dont le frère, âgé de 6 ans, a été opéré l'année dernière d'un abcès froid à la jambe droite; elle présentait, il y a 2 ans, des phénomènes indiscutables de tuberculose pulmonaire au début, avec une chaîne de ganglions volumineux, tant cervicaux que sus-claviculaires des deux côtés. A la suite d'un traitement général, cette enfant fut très améliorée, augmenta de poids, et cessa presque complètement de tousser.

Le 6 septembre, il fut appelé auprès d'elle, et elle présentait les phénomènes suivants : ballonnement du ventre, constipation, état fébrile.

Puis, au bout de 3 jours, elle tomba brusquement dans le coma. Le ventre était plus ballonné, les globes oculaires présentaient des mouvements de latéralité, l'enfant n'urinait pas. On pensa à une méningite; on appliqua de la glace sur la tête, l'enfant prit un purgatif qui n'amena aucun résultat. T. 38°,5.

Trois jours se passèrent dans le même état; le ventre présentait, au niveau de la fosse iliaque droite, une tumeur volumineuse, dure et douloureuse; pas de matières, peu d'urine. On fit le diagnostic d'appendicite,

A l'ouverture du ventre, un peu de liquide séreux, péritoine normal; l'appendice, très long, normal, fut réséqué; enfin, sur le point d'insertion mésentérique, au niveau de l'angle iléocæcal, une masse, grosse comme un œuf, de ganglions tuberculeux; sur tout le mésentère, de 5 à 6 centimètres de distance, d'autres ganglions de la grosseur d'une noix. On en a décortiqué 7, de grosseur différente, et le ventre fut refermé. L'enfant succomba au bout de 10 jours.

Compression bulbaire par mal vertébral méconnu.

M. Cruchet. — Il s'agissait d'un garçon de 25 ans, mineur, qui a été apporté à l'hôpital avec tous les signes ordinaires d'une commotion cérébrale.

Dans une demi-somnolence, les paupières abaissées, il semblait privé de connaissance, au premier abord; cependant, aux interrogations, il répondait, mais 20 à 30 secondes après que la question avait été posée; sa parole était assez claire, il articulait convenablement, mais les mots étaient prononcés avec une extrême lenteur; les paupières, relevées, montraient des pupilles dilatées, mais égales, réagissant mal à la lumière. La résolution musculaire n'était qu'apparente, mais les réactions au pincement étaient retardées et lentes.

La respiration s'effectuait suivant un rhythme irrégulier, sans ressembler cependant au rhythme de Cheyne-Stokes. L'examen des poumons ne montrait aucune lésion des sommets; il en fut de même du cœur, qui ne présentait pas de troubles, à part un ralentissement marqué : le pouls battait 50 à 55 fois par minute. Pas d'élévation de température.

Le malade se laissait retourner, asseoir, sans opposer la moindre résistance; sa tête ballottait alors, inerte, sur sa poitrine, et dans ces mouvements, à plusieurs reprises, des vomissements apparurent. On ne put avoir à ce moment de renseignements précis sur l'état de son tube digestif inférieur; cependant, il paraissait ne pas avoir de relâchement du sphincter anal. Pas d'incontinence d'urine.

A ces signes, s'en ajoutaient d'autres d'un ordre tout différent. Le malade offrait, en diverses parties de son corps, des collections apparentes qu'on ne pouvait hésiter à rapporter à la tuberculose; on notait un abcès froid au niveau de la région sterno-costale droite, un autre abcès dans la région du coude droit, une synoviale fongueuse du poignet gauche, un abcès volumineux au niveau de la face inférieure et interne de la cuisse gauche.

La mort survint dans l'après-midi. A la nécropsie, on ne rencontra rien d'intéressant au niveau du cœur et des vaisseaux; le poumon gauche était sain, le droit congestionné et infecté dans son lobe moyen, ce qui paraissait en rapport avec l'affection costale; le foie était normal, les reins un peu gros, le gauche pesait 330 grammes.

L'examen des méninges et de l'encéphale demeura absolument négatif. Mais on trouva un foyer purulent au niveau de la base du crâne. Ce foyer intéressait une partie de l'occipital lui-même, au niveau de la gouttière basilaire, et s'étendait sur les os et articulations voisins de l'atlas et de l'axis (apophyse odontoïde surtout); il en résultait un refoulement en arrière de ces derniers os qui, en définitive, comprimaient nettement le collet du bulbe contre le rebord postérieur du trou occipital.

Le mécanisme de la mort s'expliquait alors parfaitement, et rentrait dans le cadre des lésions ou mal vertébral sous-occipital.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 Janvier 1901.

Deux cas de méningite pneumococcique consécutive à une pneumonie.

M. Davezac rapporte l'histoire de 2 malades, l'un âgé de 53 ans environ, l'autre de 28 ans, qui ont eu comme complication d'une pneumonie franche lobaire aiguë une méningite, mortelle dans les 2 cas. Cette complication, bien que connue, est assez rare. Le pus des méninges, examiné par M. Sabrazès, contenait du méningocoque, microbe voisin du pneumocoque, qui se distingue cependant de ce dernier par une virulence particulière à l'égard de la souris. Inoculé à cet animal, il le

tue en 2 jours, tandis que le pneumocoque met environ 8 jours pour produire la mort du même animal.

M. Brindel, à propos de cette communication, demande si l'on a pratiqué l'examen des oreilles de ces malades.

M. Moure pense qu'outre l'examen des oreilles, il n'est pas sans intérêt de s'enquérir, dans les cas de méningite, de l'état des cavités accessoires du nez, sinus divers, cellules ethmoïdales, etc.

Chancre de la caroncule.

M. Fromaget donne connaissance d'une complication survenue chez un de ses malades dont il a déjà communiqué le cas. Ce malade était porteur d'un chancre de la caroncule. Si le diagnostic avait été un peu hésitant au début, étant donné le siège rare de cet accident primitif, les suites ont permis d'affirmer le diagnostic de chancre syphilitique. Le malade, outre des complications du côté de la gorge, a été atteint d'une diplopie due à une paralysie du grand oblique. Cette complication, survenue 2 mois après le chancre et bien qu'améliorée par des injections intra-musculaires de sels mercuriels, indique une syphilis maligne précoce qui a entraîné une névrite du pathétique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 9 Janvier 1901.

Rapports entre les adénoïdes et l'insuffisance thyroïdienne.

M. Rivière attire l'attention sur les rapports qui peuvent exister entre les adénoïdes et l'insuffisance thyroïdienne. Souvent il a vu des enfants, qu'on lui amenait pour des végétations adénoïdes, présenter en même temps des symptômes d'insuffisance thyroïdienne. Dans ces cas, il s'est toujours bien trouvé d'associer le traitement thyroïdien au curettage des végétations adénoïdes.

La surdité chez l'enfant est due souvent aux végétations adénoïdes: or les régions les plus riches en sourds-muets sont aussi les plus riches en goitreux, aussi bien en Suisse qu'en France. La Seine qui compte beaucoup de névrosés, d'alcooliques, de syphilitiques, facteurs qu'on incrimine dans les ascendants des sourds-muets, arrive au même point comme nombre de sourds-muets et de goitreux. Il semble donc qu'il y ait un rapport à peu près constant entre la surdi-mutité et l'insuffisance thyroïdienne.

M. Rivière a eu à soigner deux enfants qui lui semblent venir à l'appui de ce qu'il avance.

Ils sont venus le trouver au mois dernier avec une surdi-mutité complète. Tous les deux présentaient des végétations adénoïdes et des symptômes frustes de myxœdème consistant surtout en bouffissure de la face et des extrémités. Ils furent curettés et soumis au traitement thyroïdien. L'aîné, qui a 8 ans, a suivi moins exactement que le cadet, âgé actuellement de 6 ans, le traitement thyroïdien. Les résultats sont bien meilleurs chez celui-ci que chez celui-là. L'aîné entend la voix haute; au point de vue intellectuel, il est moins avancé que son frère, bien qu'il soit placé dans un établissement de sourds-muets. Le plus jeune entend la voix haute et basse et s'exprime même assez bien.

Voilà donc deux enfants qui n'entendaient ni ne parlaient et qui aujourd'hui, sous l'influence du curettage de leurs végétations adénoïdes et du traitement thyroïdien, entendent et commencent à parler.

Exclusion intestinale pour tuberculose appendiculo-cæcale.

M. Xavier Delore présente une malade de 19 ans, chez laquelle il a pratiqué une exclusion intestinale pour tuberculose appendiculo-cæcale.

Cette jeune fille présentait depuis deux ans des douleurs dans la fosse iliaque droite, avec paroxysmes passagers; douleurs brusques, accompagnées par intervalles de vomissements. On percevait dans la fosse iliaque droite une tuméfaction en plastron, symptomatique d'une appendicite à forme plastique ou d'une tuberculose appendiculo-cæcale.

Une laparotomie iliaque, pratiquée en mai 1900 par M. le professeur Poncet, avait révélé la nature certainement tuberculeuse de l'affection.

L'amélioration post-opératoire fut passagère. Deux mois après, une fistule se déclara brusquement, donnant passage à des matières fécales et à du pus grumuleux. Elle persista, en même temps que des signes d'obstruction intestinale, caractérisés par du ballonnement et des vomissements intermittents.

Une opération devenait nécessaire, tant pour faire disparaître l'obstruction, que pour tarir le pus et la fistule stercorale. Elle était réclamée par la malade.

Le 25 novembre 1900, après une laparotomie médiane, l'anse grêle afférente au cæcum fut sectionnée à 20 centimètres au-dessus de l'orifice iléo-cæcal. Le bout inférieur ayant été oblitéré par une suture en bourse, le bout supérieur fut abouché à l'S iliaque, au moyen du bouton anastomotique de Jaboulay. Suites opératoires très simples. Actuellement, au bout d'un mois, la fistulette est presque fermée; il ne suinte plus qu'un peu de pus, sans odeur, et pas de matières fécales. L'état général s'est relevé. L'obstruction intestinale n'a pas reparu. Le bouton est sorti le 8e jour.

L'exclusion intestinale ou l'anastomose dans la tuberculose intestinale est l'opération de choix. Elle est peu grave, la mortalité post-opératoire est à peu près nulle. Cette intervention est d'autre part suffisante. Elle met l'intestin au repos, diminue les chances d'infection secondaire du foyer tuberculeux, fait disparaître les phénomènes d'obstruction.

L'exclusion est préférable à la résection intestinale, beaucoup plus grave. Bien que se présentant comme une opération curative, la résection ne peut cependant pas, dans la plupart des faits, permettre l'ablation complète des lésions, trop souvent diffuses dans l'intestin comme dans les autres organes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 7 Janvier 1900.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. F. Meyer avait déjà fait avec M. Michaëlis des recherches bactériologiques sur le sang et l'épanchement articulaire de rhumatisants. Ces recherches n'ayant donné aucun résultat, il s'est adressé à l'angine rhumatismale, manifestation dont les rapports avec le rhumatisme articulaire aigu sont hors de conteste. Dans 5 cas, il a pu isoler une espèce microbienne spéciale, sous forme de diplocoques réunis en courtes chaînettes, se colorant facilement par les réactifs ordinaires, légèrement décolorés par le Gram et poussant très bien sur les milieux fortement alcalins. Chez le lapin, l'injection sous-cutanée de ce micro-organisme détermine, au point d'inoculation, un infiltrat dur, avec nécrose, mais sans suppuration; au bout de six à dix jours survient un gonflement articulaire constitué par une exsudation séreuse ou séro-purulente, dans laquelle M. Meyer a retrouvé 2 fois le diplocoque à l'intérieur d'éléments cellulaires : la température de l'animal, qui s'élève tout d'abord à 41°, se maintient ensuite à 39° et quelques dixièmes. Les injections intra-veineuses déterminent une infection mieux accusée que les inoculations sous-cutanées. Presque tous les animaux survivent. Dans 6 cas, on a constaté à l'autopsie une endocardite ulcéreuse ou végétante.

Ce micro-organisme est tout à fait identique à celui qu'a isolé M. von Leyden dans l'endocardite rhumatismale, et il n'offre

que de faibles différences avec celui qu'a décrit M. Wassermann.

M. Wassermann estime qu'après les observations de M. Meyer il ne reste que deux questions à résoudre, en ce qui concerne l'agent pathogène du rhumatisme : les streptocoques qui ont été trouvés par divers auteurs dans cette affection appartiennent-ils tous à la même espèce? S'agit-il toujours de streptocoques, ou d'autres microbes manifestent-ils une affinité semblable pour les jointures?

M. Menzer a isolé un streptocoque analogue à celui de M. Meyer dans deux cas typiques de rhumatisme articulaire aigu et dans deux cas d'angine rhumatismale avec manifestations articulaires. L'injection intraveineuse de ce streptocoque détermine du gonflement des jointures — dans un cas avec endocardite —, mais son inoculation sous-cutanée ne provoque aucune réaction locale. Tous les animaux auxquels on a injecté ce streptocoque sont morts au bout de 3 à 4 semaines.

M. Max Wolff rappelle que, il y a plusieurs années déjà, P. Guttmann a considéré le staphylocoque doré comme l'agent du rhumatisme articulaire et de l'endocardite végétante.

M. von Leyden fait observer que le staphylocoque, microbe extrêmement répandu, vient fréquemment contaminer les cultures. Par contre, il n'est pas douteux que l'injection intraveineuse de streptocoque ait reproduit l'endocardite chez les animaux.

M. F. Meyer tient à faire remarquer que dans ses expériences, et contrairement aux résultats obtenus par d'autres auteurs, le streptocoque a déterminé une endocardite sans qu'on eût lésé préalablement les valvules.

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

M. Krönig déclare que l'on doit se montrer très réservé en matière d'intervention pour tuberculose pulmonaire, si même on ne doit pas y renoncer tout à fait. A son avis, pour que l'opération ait quelques chances de succès, il faut, comme condition d'ordre général, que la maladie ait marqué un temps d'arrêt, signalé par la diminution de l'expectoration et la disparition des fibres élastiques beaucoup plus que par celle des bacilles. Ensuite, au point de vue local, il y a lieu de déterminer d'abord s'il s'agit d'une caverne tuberculeuse ou de bronchectasie tuberculisée, puis s'il existe une ou plusieurs cavernes. Ces divers points sont souvent fort difficiles à élucider.

M. Fürbringer dispose de 4 ou 5 cas opérés par Hahn depuis une dizaine d'années; un seul de ces malades est notablement amélioré, presque guéri; tous les autres sont morts après une sédation plus ou moins prolongée des accidents.

L'orateur estime que l'on peut reconnaître qu'une caverne est favorable à l'intervention à ce que, la respiration étant amphorique à son niveau, la percussion y donne un son clair presque tympanique, tandis qu'on y perçoit à l'auscultation des râles métalliques à grosses bulles. Mais il faut encore que le reste du poumon soit intact, et à ce sujet on commet souvent de graves erreurs.

M. A. Frankel pense que l'opération devrait être réservée aux cas d'abcès ou de gangrène pulmonaires ouverts dans la plèvre, ainsi qu'à ceux où, un abcès s'étant formé, une assez grande quantité de tissu pulmonaire a été expectorée en peu de temps, car alors on peut admettre qu'il y a une seule caverne. Les conditions sont le plus favorables lorsque les lésions siègent au sommet.

M. von Leyden croit à l'utilité de l'intervention, surtout quand il s'agit d'un sujet jeune, à tuberculose localisée au sommet, qui, après une cure bien conduite, voit disparaître la plupart des manifestations morbides, un seul point restant atteint; il est très probable alors qu'il s'agit d'une caverne. Au reste, toute tuberculose du sommet qui date de deux ans produit une excavation.

M. Sarfert reconnaît que les cas de tuberculose pulmonaire favorables à l'intervention sont relativement rares; ils n'atteignent peut-être pas la proportion de 1 p. 100. Mais le nombre des tuberculeux est tellement grand, que le chiffre absolu des lésions opérables est néanmoins assez élevé.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 11 Janvier 1901.

Kyste du pancréas simulant une ascite.

M. Sidney Philips a communiqué l'observation d'un garçon de 23 ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval dans le ventre, a présenté à plusieurs reprises des douleurs abdominales très vives. Cinq mois environ après cet accident, il entra à l'hôpital très amaigri, avec une fièvre élevée et présentant une distension de l'abdomen dont la percussion donnait partout un son mat, mais principalement au niveau de la région stomacale. On pensa à une ascite avec adhérences péritonéales. Une ponction donna issue à 145 onces de liquide, mais cette intervention n'ayant amené aucun soulagement, on ouvrit l'abdomen et on évacua une grande quantité de liquide dont l'aspect était celui du liquide ascitique.

Le malade ayant succombé quelques jours plus tard, on contata à l'autopsie que le liquide était contenu dans un kyste du pancréas, dont les parois étaient très amincies et qui remplissait presque toute la cavité de l'abdomen.

M. Sidney Philips insiste sur les caractères particuliers du liquide qui était transparent, ressemblait au liquide de l'ascite et avait un poids spécifique de 1,002.

M. Zum Busch a observé, il y a 9 ans, un cas analogue, on avait pensé à une cirrhose, et par la ponction on retira 5 litres de liquide clair qui transformait l'amidon en sucre. A l'autopsie on trouva un kyste du pancréas.

Périostite rhumatismale avec nodules sous-cutanés.

M. Hugh Thursfield a communiqué l'observation d'un garçon de 9 ans qui est entré à l'hôpital en novembre 1900 avec un épaississement de la face interne du tibia droit et présentant une éruption presque confluente de nodules sous-cutanés sur tout son corps. On ne trouva aucun symptôme de syphilis congénitale ou acquise. Par contre, le malade présentait plusieurs manifestations d'une infection rhumatismale légère : douleur et raideur musculaires, épanchement dans l'articulation des genoux, dilatation du cœur mais avec bruits normaux,

Il s'agissait en somme d'un cas de périostite rhumatismale, dans le genre de ceux qui ont été observés par Garrod.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 11 Janvier 1901.

Résection de la vessie pour carcinome.

M. Zuckerkandl a présenté un malade chez lequel il a pratiqué la résection de la vessie pour un carcinome qui occupait toute la moitié supérieure de cet organe et qui adhérait avec le péritoine, ce qui en rendait l'énucléation impossible. Après la résection, la partie restante de la vessie fut suturée et drainée; au bout de 3 semaines, le drain fut remplacé par une sonde à demeure. Actuellement la plaie est complètement fermée, les douleurs ont disparu et l'opéré peut rester 2 heures sans uriner. La cicatrice de la vessie est visible au cystoscope.

Le nombre des résections de la vessie pratiquées jusqu'ici s'élève à 66. La mortalité après cette intervention est assez grande, mais les résultats des opérations palliatives sont tellement peu satisfaisants qu'on est en droit de leur préférer la résection; lorsqu'on suppose l'existence d'un cancer de la vessie, on est même autorisé à s'en assurer au moyen d'une incision exploratrice.

M. von Frisch a fait observer que les tumeurs malignes de la vessie siègent de préférence au niveau du trigone et qu'elles intéressent presque toujours la prostate. On comprend, dans ces

conditions, que l'extirpation en soit difficile et qu'on soit souvent obligé de se contenter d'une opération palliative.

M. Wertheim a dit avoir pratiqué avec succès la résection dans un cas de cancer situé au niveau du trigone et intéressant l'uretère.

Traitement des douleurs de la dysménorrhée par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

M. A. Schiff a communiqué le résultat de ses recherches sur le traitement des accidents douloureux qui accompagnent les dysménorrhées, par l'attouchement avec une solution de cocaïne à 1 p. 5 des régions de la muqueuse des fosses nasales que Fliess a désignées sous le nom de « points génitaux ». A peine a-t-on touché ces zones avec l'extrémité d'une sonde trempée dans la solution cocaïnique que les malades accusent spontanément une disparition complète de leurs douleurs abdominales. La cocaïnisation de l'extrémité antérieure du cornet inférieur fait disparaître les douleurs hypogastriques, celle du tubercule nasal les douleurs sacrées; quand les douleurs sont unilatérales, il faut avoir soin de toucher les points génitaux de la fosse nasale du même côté. Ce qui prouve l'action élective de ces régions sur la sensibilité de la région utéro-ovarienne, c'est que si l'on anesthésie toute la muqueuse des fosses nasales, à l'exception des points génitaux, les douleurs ne cèdent pas. Il faut noter enfin que la cessation des douleurs s'obtient également lorsqu'au lieu d'une solution concentrée on fait usage d'une solution faible de cocaïne, à 3 ou 5 p. 100 par exemple, à la condition de toucher préalablement les zones en question avec de l'extrait de capsules surrénales, dont l'action anémiante est bien connue. En détruisant les points génitaux par des caustiques ou par l'électrolyse, l'orateur a pu obtenir dans un certain nombre de cas la guérison définitive de la dysménorrhée.

On peut aussi faire cesser des douleurs abdominales indépendantes des périodes menstruelles par la cocaïnisation des points génitaux.

Pour expliquer ces faits, M. Schiff admet que les douleurs qui accompagnent certaines dysménorrhées ne siègent pas, en réalité, dans les organes génitaux, mais qu'elles ont pour point de départ une irritation de la muqueuse des fosses nasales.

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 7 Janvier 1901.

De quelques formes de suppuration intra-abdominale.

M. J. Schnitzler a montré que, d'après les statistiques des hôpitaux de Vienne, la mortalité dans les cas de suppuration intra-abdominale reste toujours assez élevée (93 décès sur 375 cas en 1897, 73 décès sur 348 cas en 1898). Cette léthalité serait due surtout, d'après l'orateur, à ce que le diagnostic de ces affections n'est pas assez précoce.

Il faut en outre, parmi les péritonites purulentes diffuses, distinguer celles qui sont dues à la perforation d'un viscère abdominal (estomac, intestin, etc.) d'avec celles qui résultent de l'ouverture d'un abcès. Ces dernières sont à coup sûr moins favorables pour l'opération, mais elles sont susceptibles d'une guérison spontanée; aussi l'indication d'opérer est-elle plus urgente dans les cas de péritonite consécutive à la perforation d'un viscère que dans ceux où elle succède à un abcès, sauf quand on peut intervenir dans les 24 ou 36 heures qui suivent l'ouverture de la collection purulente.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Schnitzler est partisan du lavage de l'intestin avec une solution chaude de chlorure de sodium : il estime, en outre, que les abcès péri-typhlitiques qui siègent dans l'espace de Douglas doivent être incisés par la voie rectale ou périnéale sans laparotomie, afin de ne pas s'exposer à l'infection du péritoine. L'ouverture trans-péritonéale de ces abcès est surtout à redouter lorsqu'il existe un météorisme considérable.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

L'enseignement à la Faculté de Paris. L'enseignement professionnel élémentaire.

Pour l'enseignement supérieur d'une élite, la plus grande latitude doit être laissée aux maîtres, soit au laboratoire, soit en chaire. Le rôle du professeur est alors surtout, comme à l'atelier de dessin, de montrer la marche à suivre et de rectifier les fautes, d'instruire souvent l'élève par des bouts de conversation à bâtons rompus. Quant aux leçons, elles ont beaucoup moins pour but de contenir l'exposé complet d'une science que d'inculquer aux élèves une doctrine, une méthode : les admirables volumes de leçons publiées par Claude Bernard sont la preuve de ce que j'avance.

Mais les cours dont ces livres sont la vivante expression ne sauraient convenir à l'enseignement professionnel exigé par la moyenne des élèves. Avec ces élèves, nous ne saurions avoir la prétention de faire des hommes de science, mais nous devons avoir celle de leur donner assez d'instruction technique pour qu'ils puissent être utiles aux malades — tout au moins ne pas leur être nuisibles.

Comme c'est en forgeant qu'on devient forgeron, la base de tout programme d'études doit être, pendant les 5 années de scolarité, la fréquentation quotidienne à l'hôpital, du 1er janvier à la Saint-Sylvestre, avec quelques jours de congé au jour de l'an et à Pâques, avec un mois aux grandes vacances (1). Je reviens un peu sur ce sujet parce qu'un professeur — avec lequel depuis 20 ans je suis dans les meilleurs termes — m'a objecté qu'en première année, tout à fait ignorant en anatomie, physiologie et pathologie, un étudiant ne pouvait pas profiter de la visite hospitalière. Je crois que c'est l'erreur d'un homme fort distingué, mais qui n'est pas aux prises avec les nécessités de la pratique médicale.

Quoi qu'il en pense, ce n'est pas en quelques jours qu'on apprend les parties de métier proprement dites ; et pour exercer la médecine, ces parties sont d'importance majeure. A Paris, dans la classe aisée, le médecin en est allégé, car il trouve des infirmiers et infirmières ; pas toujours si bien dressés qu'on le croit. Quant à la classe ouvrière, elle va toujours à l'hôpital pour les soins minutieux et prolongés. Mais à la campagne, et même dans les petits centres, ce n'est plus du tout la même chose : le praticien doit savoir un peu de tout, être à la fois médecin, chirurgien, accoucheur, dentiste et même infirmier. Il est démontré, par exemple, que pour diverses maladies infectieuses, la balnéation froide est d'une grande efficacité, permet de sauver des malades qui sans elle auraient péri : hors des grandes villes, le médecin doit donner les premiers bains lui-même et dresser quelqu'un à donner les suivants. Il est donc indispensable qu'il ait appris le métier d'infirmier. De même pour stériliser des instruments, pour faire des pansements, pour faire une affusion froide ou un enveloppement humide, pour isoler dans la limite du possible un contagieux et limiter une épidémie, pour le nettoyage des mains, etc.

1. Un article du *Bulletin médical* nous apprend que c'est réalisé à Lille par le doyen, mon ami de Lapersonne. Donc c'est possible.

Je fais exprès une salade de médecine, de chirurgie, d'hygiène. Tout cela, le médecin doit le savoir, et le savoir assez pour l'enseigner, autour des malades, à un infirmier d'occasion; assez pour adapter les procédés qu'il connaît à des conditions matérielles extraordinairement variables. Cela ne lui sera possible que si, par des manipulations prolongées, l'emploi des moyens est devenu réflexe: et il faut que ce réflexe soit puissamment imprimé, pour qu'il ne s'efface pas par de longues années d'exercice, pendant lesquelles le médecin n'aura pas à ses côtés quelqu'un qui le fasse apercevoir de ses fautes.

Je connais des médecins très distingués qui, pour s'être mis au-dessus de ces petites pratiques, soignent mal les malades; j'en connais d'autres, d'une intelligence fort médiocre, qui sont d'excellents praticiens. Aussi j'estime qu'on rend service au futur malade, si on force le futur médecin, au début de ses études, à ces besognes matérielles auxquels il ne s'astreindra pas plus tard. Depuis 10 ans que je suis chirurgien des hôpitaux, j'ai toujours eu des débutants à former: il me faut 6 mois pour les rompre au métier manuel d'infirmier supérieur, sans lequel il n'est pas de bon médecin. Ces jeunes gens ne comprennent pas ce qu'ils font, bien sûr; mais un métier manuel ne se comprend pas, il s'apprend; et l'esprit humain est en général ainsi bâti qu'une fois capable des conceptions théoriques, il plane volontiers au-dessus de détails matériels. Trop souvent nous voyons arriver dans nos services des étudiants qui, après avoir goûté à la science médicale, à l'hôpital ou au laboratoire, auprès de maîtres à grande envergure, sont définivement brouillés avec les œuvres manuelles. Ce n'est pas un bien, mais ce n'est que demi-mal pour ceux qui ont en eux l'étoffe d'un savant; ceux-là sont rares, et les autres font, faute d'une bonne éducation initiale, de mauvais stagiaires, de mauvais externes, de mauvais internes, et plus tard de mauvais médecins.

Aussi devrait-on faire commencer tout de suite le stage, en envoyant les jeunes étudiants en chirurgie d'abord, pendant un semestre — j'entends 6 mois, et non le semestre nouveau style. On a pu voir, d'après mes articles, que je ne suis pas un fervent de l'obligation, et ici je la rendrais assez étroite: car un étudiant qui sort du P. C. N. est incapable de juger à lui tout seul dans quel sens il doit diriger ses premiers pas. C'est lui rendre service que de le forcer à s'attacher d'abord à un service de chirurgie. Je continue d'ailleurs à souhaiter qu'on lui laisse toute liberté, comme autrefois, pour le choix du service.

A part la durée nouveau style des « semestres » et sur la limitation du nombre des services affectés au stage, rien à ajouter pour les 2e, 3e et 4e années. Mais pourquoi la 5e, qui pourrait être affectée aux stages spéciaux, ne comporte-t-elle pas de stage hospitalier? Pour laisser à l'étudiant plus de facilité à préparer des examens théoriques? Les jours contiennent toujours 24 heures, et mieux vaut prélever le travail théorique sur l'heure de l'apéritif que sur celle de l'hôpital.

Pendant 5 années de scolarité, avec deux heures par jour, de 1 heure à 3 heures, consacrées aux travaux pratiques, on a le temps d'apprendre aux jeunes gens ce qui leur est nécessaire en anatomie, médecine opératoire, histologie, anatomie pathologique. Deux semestres de dissection sont le minimum indispensable. J'ajouterais volontiers à cette liste la médecine légale, où l'ignorance a souvent des conséquences désastreuses; et en prenant comme type l'enseignement pratique organisé, sans obligation, par M. Brouardel à la Morgue, on peut apprendre aux étudiants des choses très utiles. De même pour la bactériologie. Il y a là, et largement, de quoi remplacer les inutiles manipulations dont j'ai déjà parlé.

En outre, ces travaux pratiques devraient toujours être liés étroitement à l'enseignement théorique; avoir pour but de montrer aux élèves certaines choses que l'on comprend mieux après les avoir vues et touchées. Or ce qui est défectueux chez nous, c'est l'enseignement théorique élémentaire. Des progrès ont certainement été réalisés depuis une douzaine d'années, et on a doublé chaque cours magistral d'une conférence d'ordre plus élémentaire, confiée à un agrégé. Mais il y a encore beaucoup à faire dans cette voie. Il faudrait que l'étudiant trouvât des cours se succédant de telle façon que, dans les deux semestres de première année, on lui eût exposé toute l'anatomie, toute l'histologie, toute la physiologie élémentaire, avec démonstrations nombreuses pour frapper la mémoire à la fois par les yeux et par l'oreille: un corps de 80 leçons fait déjà un gros manuel. En 2e et en 3e années un programme semblable est facile à mettre sur pied pour la pathologie; le temps nécessaire pour les cours spéciaux élémentaires d'anatomie pathologique, de bactériologie, de médecine légale, d'hygiène, serait aisé à trouver en 4e année, car pour des élèves instruits avec méthode et continuité, en anatomie, physiologie, histologie, pathologie, le complément nécessaire peut fort bien, pour chacune des sciences spéciales que je viens de nommer, tenir en un cours de 40 leçons.

En lisant la série de consultations données récemment sur toutes ces questions au *Bulletin médical*, par une série de directeurs d'Ecole secondaire, on voit que plusieurs maîtres désirent la suppression de cet enseignement élémentaire théorique. Je crois qu'ils ont tort, et que la proportion est grande, parmi les étudiants, de ceux qui s'instruisent beaucoup par la mémoire auditive; et beaucoup, au contraire, s'endorment volontiers sur un livre, ou lisent sans prendre de notes, ou, séduits par un plaisir quelconque, remettent au lendemain une occupation laissée à leur fantaisie. Il y en a plus qu'on ne pense qui, ayant commencé à suivre un cours, continuent s'ils y apprennent quelque chose d'utile.

Sans qu'il soit nécessaire d'édicter l'obligation, ces cours seront suivis: 1° s'ils sont bien faits; 2° si pour leur donner une sanction on revenait, sous une forme quelconque, aux anciens examens de fin d'année; on pourrait encore, comme cela a lieu à l'Ecole centrale, organiser une série de « colles » pour tenir les élèves en haleine, le professeur faisant, je suppose, une leçon de 3/4 d'heure et terminant par 1/4 d'heure d'interrogation de quelques élèves sur les matières déjà enseignées. Ce serait tout à fait contraire à nos habitudes séculaires, mais ce n'est pas un motif pour que ce soit mauvais.

En tout cas, et toute question d'examen de fin d'année mise à part, la distribution actuelle des examens dans la scolarité est mauvaise, et je pense à cet égard comme M. Truc, de Montpellier, dont je n'ai qu'à reproduire un article récemment publié par la *Revue de médecine* (1900, p. 925).

Il existait, de 1846 à 1878, des examens dits de passage qui permettaient de tenir les élèves exactement appliqués à leurs études durant toute l'année; on les a supprimés pour décharger, semble-t-il, d'une trop lourde besogne le personnel de la Faculté de Paris et malgré les protestations unanimes des Facultés de province. Ces examens avaient du bon; mais devant être revisés en quelque sorte par les examens du doctorat, on ne leur attribuait qu'une valeur relative, une portée insuffisante. Il serait facile d'en retenir l'esprit.

Il n'y a plus aujourd'hui que des examens probatoires, définitifs, dits de doctorat, intercalés parmi les inscriptions diverses et subis *ad libitum* à des périodes inter-annuelles.

Il en résulte une perturbation générale telle que les élèves sont déconcertés, les maîtres découragés, les enseignements discordants et les résultats déplorables.

Et c'est facile à comprendre comme à démontrer : l'examen d'anatomie, par exemple, est placé après la 7e et avant la 8e inscription; ceux de pathologie après la 13e et avant la 16e inscription; mais on peut prendre la 7e et aussi la 14e et la 15e inscriptions sans subir les épreuves préalables. Ces périodes intra-annuelles d'examen, cette latitude d'inscriptions et le laisser aller habituel troublent les études et créent des élèves de toutes catégories, à 6, 7, 8, 9, 10... inscriptions avec ou sans examens correspondants. Un même enseignement ne saurait leur convenir.

En 2e année, à 4 inscriptions, les élèves suivent les cliniques, mais n'en ont cure et les négligent naturellement pour l'examen d'anatomie.

En 3e année, dès la 8e inscription, les études comprennent la pathologie et les cliniques, mais les élèves ne peuvent songer qu'à leur prochain examen de physiologie et d'histologie.

En 4e année, à partir de la 13e inscription, ils ont à étudier la thérapeutique, la matière médicale, l'hygiène, la médecine légale, mais ils sont tout entiers à leur examen de chirurgie et d'accouchement; et ainsi de suite. Les élèves s'appliquant naturellement à leurs examens n'ont guère souci de leurs études. Ils vont au plus pressé et sacrifient fatalement l'avenir au présent. Exiger le contraire serait excessif, presque une gageure.

La discordance effective sinon officielle entre les périodes d'études et les périodes d'examens compromet tout le régime scolaire, annihile fatalement les efforts des élèves et des maîtres. Les résultats généraux sont insuffisants. Et la cause de cette situation réside si bien dans cette discordance que là où elle n'existe pas, au P. C. N., en anatomie même, on obtient de très bons résultats.

Il faut à tout prix réaliser la concordance des études et des examens; et cela paraît relativement facile. Il suffira de faire cadrer les cours avec les semestres et les années scolaires, d'établir des examens probatoires correspondants en juillet et en octobre, l'échec à ces deux dates faisant redoubler l'année. Les élèves s'appliqueraient dès lors entièrement à leurs études annuelles, tous au même degré, et subiraient à la fin les épreuves du doctorat.

D'ailleurs, afin de tenir tous les élèves en haleine, après les cours semestriels, les travaux pratiques, les périodes de stage hospitalier, des interrogations faites par les professeurs et leurs chefs de travaux ou de clinique, seront établies et cotées sur un *livret universitaire individuel* pour les examens probatoires correspondants.

La scolarité serait terminée par 3 examens de cliniques chirurgicales, médicales et obstétricales. Les examens de clinique chirurgicale porteraient sur des malades de toutes catégories, générales et spéciales; il en serait de même pour les cliniques médicales; quant à la clinique obstétricale, elle comprendrait un cas simple et un cas de dystocie.

Comme ensemble de programme, je trouve, dans l'article de M. Truc, le suivant qui est en somme à peu près identique à celui dont je souhaiterais la réalisation :

P. C. N. : Physique, chimie, histoire naturelle, anatomie comparée, embryologie, physiologie générales élémentaires.

1re Année. Anatomie, histologie, embryologie humaines, pathologie générale élémentaire.

Cliniques propédeutiques spéciales, imposées.

2e Année. Physiologie, physique, chimie, botanique, parasitologie, microbiologie, pathologie générale élémentaire.

Cliniques propédeutiques générales, imposées.

3e Année. Pathologies chirurgicales, médecine opératoire, accouchements.

Cliniques chirurgicales générales et spéciales, imposées.

4e Année. Pathologies médicales, anatomie pathologique, matière médicale, pharmacologie.

Cliniques médicales générales et spéciales, imposées.

5e Année. Thérapeutique, hygiène, médecine légale, déontologie, histoire.

Cliniques médicales ou chirurgicales générales et spéciales, au choix.

Matin de 8 h. à 11 h., cliniques.
Soir de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, laboratoires.
— de 4 h. à 6 h. ou 7 h., leçons, conférences.

Interrogations à la fin de chaque cours ou stage avec notes sur livret universitaire individuel.

Examens de doctorat : en juillet et octobre seulement; 3 examens de clinique : médecine, chirurgie, accouchements; thèse facultative pour le praticien.

P.-S. — Enfin, toujours un peu révolutionnaire, M. Truc désirerait que la thèse devînt facultative, et en cela il a tout à fait raison. C'est par là que je commencerai mon prochain article.

A. BROCA.

En relisant mon dernier article, je vois que j'ai oublié de corriger, sur Brown-Séquard, deux petites erreurs de faits. *Le Centenaire de la Faculté* par Corlieu nous apprend en effet, p. 378, que :

Brown (Ch.-Edouard), né au Port-Louis (île Maurice), docteur à Paris le 3 janvier 1846, ajouta à son nom patronymique celui de sa femme. Il a enseigné la physiologie en Angleterre, en Amérique, en France, a succédé à Cl.-Bernard en 1878 dans la chaire de physiologie du Collège de France; mort le 2 avril 1894.

C'est même sa naissance à Maurice, à cheval sur les deux dominations française et anglaise, qui explique sa nomination sans naturalisation régulière, parce qu'il n'avait pas d'état civil régulier. Quant au doctorat en médecine parisien, il n'atténue que peu ce qu'a eu d'insolite sa nomination. Cette rectification ne change d'ailleurs rien à ma conclusion, puisque je soutenais, précisément, que pour un homme de cette valeur scientifique, on doit passer sur bien des irrégularités de ce genre, et il y a, dans l'histoire de la Faculté d'autres exemples de professeurs non docteurs en médecine, ou reçus docteurs pour l'occasion, avec la simple formalité d'une thèse, sans scolarité.

J'ai appris, par divers filets, qu'on allait créer à notre Faculté un enseignement de *médecine coloniale*, annexé à nos chaires de parasitologie et d'hygiène; et une lettre de M. R. Blanchard à la *Chronique médicale* précise ce fait qu'en réalité M. R. Blanchard, professeur de parasitologie, revendique l'honneur de cette création.

Cet enseignement nouveau donne trop raison aux idées que j'émets ici depuis plusieurs semaines pour que je ne le signale pas. Certes, c'est un enseignement d'ordre supérieur, destiné à une minorité d'étudiants, car pour exercer en Beauce il est inutile de connaître le pied de Madura; pour cette minorité, ce sera tout à fait utile. Nous avons un empire colonial : au moins envoyons-y des médecins capables de comprendre ce qu'ils observeront. Et si, sur la garde des thèses, la 5e ligne indique toujours une chaire d'histoire naturelle médicale, on constate avec plaisir que, par la force des choses, il ne reste plus rien de l'enseignement ancien : parasitologie d'abord, médecine coloniale ensuite se sont glissées et vont grandir pour le plus grand bien des études.

A. B.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon. — M. Debove.

Lésions multiples du cœur (1).

Je veux étudier avec vous, aujourd'hui, une malade tout à la fois mitrale et aortique : je ne la recommande pas comme un sujet d'étude favorable à ceux d'entre vous qui, jeunes étudiants, ne sont pas encore familiarisés avec l'auscultation du cœur. Il est préférable, en effet, de faire l'éducation de son oreille, en examinant des cas plus simples ; mais ceci fait, il est utile d'aborder des cas plus complexes et de les comparer.

La malade qui fait le sujet de cette leçon est âgée de 40 ans, ses antécédents personnels sont intéressants, car ils nous expliquent sous quelle influence se sont développés les accidents dont elle souffre actuellement. La cause la plus habituelle des affections valvulaires est une endocardite chronique consécutive à une endocardite aiguë développée sous l'influence des maladies infectieuses, et parmi celles qui amènent cette si fâcheuse complication, le rhumatisme articulaire aigu figure au premier rang : or notre malade en a eu trois attaques.

La première eut lieu à l'âge de 16 ans ; elle avait été précédée d'une crise de chorée qui a peut être eu quelque influence sur le développement des lésions cardiaques. La malade prétend que, déjà, dès son enfance, son cœur n'allait pas bien et qu'elle avait eu des palpitations. Toute jeune également, elle aurait eu une pleurésie.

Quoi qu'il en soit, la constatation officielle de son affection du cœur date de la deuxième attaque de rhumatisme qu'elle eut à l'âge de 24 ans.

A 36 ans, elle eut une troisième crise, et il est bien probable que ses lésions cardiaques s'aggravèrent à ce moment, car une lésion valvulaire antérieure prédispose à une nouvelle poussée d'endocardite. De même, dans les infections expérimentales des animaux, la moindre lésion traumatique produite sur les valvules favorise la localisation d'une endocardite.

C'est seulement cette année, c'est-à-dire 16 ans après ce que j'ai appelé la constatation officielle du rhumatisme, que sont survenus les accidents cardiaques. Il y a toujours entre la période d'endocardite aiguë, et la période où apparaissent les phénomènes asystoliques liés à une lésion chronique des valvules, une période latente d'une durée variable qu'on appelle période de compensation : elle a été particulièrement longue chez notre malade.

Au commencement de cette année (1900), elle a eu de la dyspnée, des hémoptysies, de l'œdème : ces accidents l'ont déterminée à entrer à l'hôpital : ils ont rapidement disparu sous l'influence du repos et d'une médication dont la digitale paraît avoir été la partie essentielle.

La malade quitte l'hôpital en assez bon état, mais elle recommence à travailler et aussitôt est reprise des mêmes accidents : elle revient alors à l'hôpital d'où elle sort rapidement très améliorée.

Elle est revenue ces jours derniers pour la troisième fois, et si vous l'examinez aujourd'hui, vous pourrez constater qu'elle est maintenant dans un état assez satisfaisant grâce à l'influence du repos, du lait et de la digitale. Mais, elle est destinée à devenir une hôte habituelle de nos services ; son cœur est, en effet, suffisant lorsqu'elle est au repos, insuffisant au contraire dès qu'elle recommence à se fatiguer, et chaque nouvelle tentative de travail sera probablement suivie chez elle d'une nouvelle attaque d'asystolie.

Ces particularités nous expliquent la différence de pronostic d'une affection cardiaque suivant la condition sociale du patient : dès que celui-ci est obligé de faire un effort même limité pour gagner sa vie, les accès d'asystolie se rapprochent et l'existence est directement menacée. Ceci vous explique encore le grand nombre d'affections du cœur observées dans nos services. Les cardiaques sont des malades chroniques allant d'un service à l'autre, et incapables de vivre en dehors de l'hôpital. Aussi forment-ils une part notable de notre population hospitalière, et si vous n'étiez pas prévenus des particularités que je viens de vous indiquer, vous croiriez les maladies du cœur bien plus fréquentes qu'elles ne le sont, en réalité.

Quand notre malade est entrée dans le service, elle présentait de réelles difficultés d'auscultation ; la dyspnée, les palpitations rendaient l'examen du cœur très difficile. Nous avons prescrit la digitale, et sous son influence, le cœur s'est ralenti, les œdèmes se sont résorbés, une polyurie abondante est survenue, et nous pouvons maintenant pratiquer commodément notre examen, sans provoquer ni souffrance ni angoisse.

Notre malade est maigre, elle a le teint jaunâtre, avec le bout du nez et les pommettes un peu cyanosés : c'est le type du facies que l'on a l'habitude de désigner sous le nom de facies mitral, et cependant, si l'on ausculte le cœur, on est frappé d'entendre un énorme souffle d'insuffisance aortique. Et, en effet, elle a une affection cardiaque complexe : si l'on ausculte le cœur, l'insuffisance aortique semble prédominer, tandis que l'affection mitrale l'emporte si l'on examine l'effet produit par la lésion cardiaque sur les différents viscères. Nous allons donc examiner le cœur et les divers organes, en disant dans quelle mesure les troubles qu'ils présentent dépendent de la lésion mitrale ou de la lésion aortique.

La région du cœur présente une voussure marquée : elle est oblongue, presque verticale, due surtout à l'hy-

1. Leçon recueillie et rédigée par le Dr I. Castaigne, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique de la clinique.

pertrophie du ventricule gauche, et par conséquent à l'insuffisance aortique. L'inspection montre encore que la poitrine est soulevée dans une assez grande étendue à chaque systole, ce qui tient à ce que le cœur hypertrophié se trouve au contact de la paroi thoracique dans une grande étendue et se contracte avec énergie. On constate enfin que la pointe du cœur est abaissée, mais nous allons tout à l'heure revenir sur ce signe.

La palpation douloureuse, pour peu que la pression soit un peu forte, permet de constater que le choc se produit dans une certaine étendue, que la pointe du cœur est abaissée, et qu'elle bat dans le 6e espace intercostal. Mais la pointe n'est pas très déviée vers la ligne axillaire, ce qui semble indiquer une hypertrophie verticale plutôt que transversale. Voici ce que je veux dire par ces mots : dans les hypertrophies du cœur, il semble que, toutes choses restant égales d'ailleurs, l'hypertrophie du ventricule gauche se fait plutôt dans le sens vertical, tandis que l'hypertrophie de l'oreillette gauche et du cœur droit se font plutôt suivant une ligne transversale, et c'est dans ces cas que la pointe du cœur tend à battre dans une région plus ou moins rapprochée de la ligne axillaire.

En cherchant à déterminer par la palpation le point correspondant au choc de la pointe, vous percevez un frémissement très net qui précède immédiatement le choc, qui est présystolique par conséquent : ce frémissement est à peu près caractéristique du rétrécissement mitral ; je dis à peu près, parce qu'il y a lieu de faire quelques petites réserves que je vous exposerai ultérieurement.

La percussion permet de constater une augmentation de la matité cardiaque : elle est surtout augmentée verticalement, si vous attribuez au mot vertical le sens que je lui ai donné précédemment. Quant à l'aorte, elle ne semble pas augmentée de volume.

A l'auscultation, on constate immédiatement un énorme souffle aortique, au second temps, accompagné d'un souffle moins fort du premier temps. Ce souffle aortique si caractéristique, si intense, s'entend dans toute la région cardiaque ; son maximum semble bien être au bord gauche du sternum à la base du cœur ; mais peu importe ce maximum, le double souffle est si net, son timbre est si caractéristique, que le diagnostic d'insuffisance aortique avec léger rétrécissement de l'orifice s'impose.

Aussi peut-on dire que l'examen physique même le plus superficiel du cœur permet d'affirmer que le malade est atteint d'une affection aortique.

Mais un examen plus attentif fait reconnaître qu'il y a en même temps une affection mitrale caractérisée par un souffle présystolique et par un souffle systolique, autrement dit qu'il existe une insuffisance et un rétrécissement mitral. Nous n'avons pas constaté de dédoublement du second temps si fréquent dans le rétrécissement mitral, car au milieu des bruits si complexes perçus par l'auscultation, nous n'avons jamais réussi à isoler le 2e bruit de la base, dû, comme vous le savez, au claquement des valvules sigmoïdes.

Malgré tout cependant, nous avons fait le diagnostic d'insuffisance et de rétrécissement mitral accompagnant la double lésion aortique, tout en vous faisant remarquer que le diagnostic du rétrécissement mitral était basé exclusivement sur la constatation du frémissement et du souffle présystolique. Or, Austin Flint a signalé des insuffisances aortiques non accompagnées de rétrécissement mitral comme l'autopsie en faisait foi, et qui cependant avaient donné lieu à des souffles présystoliques. Le souffle, en pareille circonstance, est attribué au choc des deux colonnes sanguines venues de l'aorte et de l'oreillette gauche : il se produirait seulement, lorsque, par le fait de la déformation des valvules sigmoïdes, le sang aortique est lancé dans une certaine direction. Ces faits sont exceptionnels, et nous ne croyons pas qu'en pareille circonstance, le souffle et le frémissement présystolique se présentent avec une intensité aussi grande que chez notre malade.

Pour sortir de cette difficulté de diagnostic, le professeur Potain avait proposé de percuter l'oreillette gauche, la dilatation de cette oreillette étant pour lui un des meilleurs signes du rétrécissement mitral. Voici comment doit se pratiquer cette percussion qui doit se faire dans la région dorsale : après avoir déterminé la situation des apophyses épineuses des 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales, on les réunit par un trait avec un crayon dermographique ; par un second trait, on marque le bord spinal de l'omoplate, puis on trace deux lignes horizontales, la supérieure au niveau de l'épine de l'omoplate, l'autre au niveau de l'angle inférieur de cet os : on circonscrit ainsi le trapèze dans lequel doit se chercher la matité correspondant à l'oreillette gauche. Elle a normalement la forme d'un ovale dont le grand axe vertical a de 7 cm. 5 à 7 cm. 8, tandis que le petit axe transversal mesure environ 2 cm. 5. A l'état pathologique, dans les cas de dilatation de l'oreillette gauche, due à un rétrécissement mitral, la matité peut aller jusqu'à 6 centimètres ou 6 cm. 5 en longueur, 11 cm. 5 à 12 centimètres en largeur. D'après ces chiffres, vous voyez que l'importance de cette exploration serait très grande, car elle permettrait à elle seule de porter le diagnostic de rétrécissement mitral.

Je vous conseille à tous de vous exercer à la recherche de ce signe, car son étude est très délicate : ce n'est pas, en effet, une matité vraie, mais plus exactement une légère diminution de la sonorité que vous percevez, ou peut-être même seulement une augmentation de résistance au doigt qui percute.

Chez la malade qui fait le sujet de cette leçon, vous pourrez constater qu'il existe une diminution de la sonorité dans le sens transversal sur une étendue de 5 centimètres, au lieu de 2 cm. 1/2 qui est le chiffre normal. Dans ce cas, on peut donc dire qu'il y a une légère augmentation de la zone submate.

Mais si, au lieu de considérer notre malade, vous examinez à ce point de vue spécial une malade couchée dans un lit voisin et atteinte d'un rétrécissement mitral type, vous verrez qu'on ne peut percevoir aucune modification de la sonorité dans la zone trapézoïde que vous avez appris à délimiter. Je ne voudrais pas que vous tiriez de mes paroles la conclusion définitive que le signe indiqué par le professeur Potain n'a pas d'importance clinique ; comprenez bien que je vous rapporte seulement quelques constatations personnelles et que je ne puis nullement avoir l'idée de les opposer à l'affirmation d'un maître éminent comme M. Potain, qui a fait des travaux si remarquables sur les maladies du cœur.

Ici nous avons terminé la première partie de l'examen de notre malade : nous avons reconnu que les divers orifices du cœur gauche sont lésés, mais que si l'on se basait uniquement sur l'auscultation du cœur, on serait en droit de penser que les lésions aortiques sont prédominantes. Nous allons voir maintenant que le seul examen des organes périphériques nous ferait croire à la prédominance de l'affection mitrale.

Et tout d'abord le pouls, lorsque la malade est entrée à l'hôpital, était franchement mitral, c'est-à-dire accéléré, petit, inégal, irrégulier, intermittent. Aujourd'hui, sous l'influence de la digitale, il est devenu régulier, mais c'est en vain que vous chercheriez les caractères du pouls de l'insuffisance aortique : il n'a rien du pouls bondissant et dépressible comme le montre l'examen du tracé sphygmographique que je fais passer sous vos yeux. Si donc l'examen du pouls peut faire diagnostiquer l'affection mitrale, il ne permet même pas de soupçonner les lésions aortiques.

De même, nous n'avons rien constaté qui rappelle le double souffle intermittent crural de Duroziez.

Ajoutons enfin, qu'au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présentait des hémoptysies et une congestion passive du poumon faisant penser immédiatement à une affection mitrale. A la même époque le foie était augmenté de volume et débordait de 4 à 5 travers de doigt le rebord des fausses côtes : aujourd'hui il a repris son volume normal. De même l'œdème considérable qui existait, il y a quelques jours, a disparu en même temps que s'établissait une polyurie abondante.

Tous ces heureux effets sont dus à la digitale : elle a ralenti les battements du cœur, leur a donné plus de force et de régularité, et en augmentant la tension artérielle, elle a provoqué la résorption des œdèmes et une polyurie salutaire; cette amélioration si rapide est encore beaucoup plus en rapport avec une affection mitrale qu'avec une lésion aortique.

De telle sorte que si maintenant nous voulons résumer dans ses grandes lignes l'histoire de cette malade, nous dirons que l'examen de son cœur semble démontrer qu'elle est surtout atteinte d'une insuffisance aortique; tandis que l'examen des organes périphériques fait croire qu'il s'agit surtout d'une mitrale, et somme toute, c'est bien l'affection mitrale qui domine la situation.

On a beaucoup discuté sur les affections complexes du cœur; on a prétendu que certaines associations étaient heureuses et d'autres malheureuses. Je ne crois pas, pour ma part, aux associations morbides heureuses, et s'il était en notre pouvoir de provoquer chez un malade le développement d'une affection valvulaire du cœur, nous ne le ferions pas sous prétexte d'atténuer une autre affection préexistante. Toute lésion surajoutée complique en réalité l'autre lésion. Ce que nous pouvons seulement dire, c'est que certaines associations sont plus dangereuses que d'autres. Dans le cas particulier l'association est certainement très dangereuse, car notre malade a tous les orifices du cœur gauche intéressés, on peut même dire tous les orifices du cœur, car au moment de la période d'asystolie, l'affection du cœur gauche avait retenti sur le cœur droit.

Tout ceci indique un avenir bien sombre! Il est sombre à cause des crises d'asystolie qui tendent à se rapprocher de plus en plus; il est sombre parce que l'affection cardiaque jusqu'ici latente, c'est-à-dire ne se traduisant que par des phénomènes d'auscultation, donne lieu maintenant à des troubles fonctionnels qui aggravent l'état de la malade et hâteront sa fin.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. le Dr Jaboulay.

Sur un cas d'exocholécystopexie,

Par M. Patel,

Interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

Observation. — *Calculs du cystique. Hydropisie de la vésicule biliaire, devenant purulente. Extraction des calculs. Exocholécystopexie.*

L. O..., âgée de 30 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Jaboulay, le 22 octobre 1900.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève les faits suivants : père bien portant, mère morte accidentellement. 5 frères et sœurs bien portants, l'un d'eux est mort récemment d'un accident.

Personnellement, la malade est mère de 4 enfants bien portants : une fausse couche à 7 mois, sans cause connue; il n'y a pas de signe de syphilis; la fausse couche est la première en date, les 4 accouchements normaux lui ont succédé.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

Pas d'affection antérieure, pas de colique; la malade fait un travail pénible, sans fatigue aucune.

L'affection actuelle a débuté il y a 8 jours; après son repas, la malade ressentit une vive douleur dans l'hypochondre droit, avec irradiation à l'épaule droite; la douleur a persisté 24 heures et a cessé sous l'influence de la morphine. Dans la journée, il y a eu aussi des vomissements bilieux, abondants.

Le lendemain, la malade avait un peu de subictère des conjonctives; il disparut très vite : il n'en persiste, du reste, aucune trace.

Les urines ont été rouges : les matières n'ont jamais été décolorées. Sous l'influence d'un purgatif de calomel, une abondante débâcle se produisit, et la disparition du subictère date de ce moment. La malade se sentait faible, transpirait abondamment, n'avait pas d'appétit.

C'est au moment de l'apparition des douleurs, c'est-à-dire au premier jour de l'affection, que la malade s'aperçut dans l'hypochondre droit d'une tuméfaction qui se développa très vite et atteignit le volume qu'elle possède aujourd'hui.

C'est pour ces douleurs, sourdes actuellement, mais persistantes dans l'hypochondre droit, pour cette grosseur anormale, que la malade entre à l'hôpital.

A son arrivée : pas de vomissement, appétit diminué, pas de constipation, douleur sourde dans l'hypochondre droit, spontanée.

Urines normales, matières fécales normales.

Un léger amaigrissement, faiblesse grande.

A l'examen de la région on constate au niveau du bord externe du grand droit, une tumeur mobile sur les plans profonds et les plans superficiels, mobile avec les mouvements respiratoires. Elle est résistante, un peu douloureuse; elle a le volume d'une grosse poire, on peut facilement en saisir le fond dans la paume de la main, et de l'extrémité des doigts, constater qu'elle se rattache par un pédicule étroit aux organes profonds.

L'indépendance, la situation, la forme de cette tumeur permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une vésicule biliaire.

Le foie est normal, l'estomac aussi.

Rien de particulier dans l'abdomen, qui est extrêmement souple.

Pas d'ictère, pas de température.

M. Jaboulay pose le diagnostic d'hydropisie de la vésicule, suite d'obstruction du cystique, de nature probablement calculeuse. Une intervention est immédiatement décidée, en raison de la douleur de la tumeur, ce qui fait supposer un léger degré de cholécystite, bien qu'il n'y ait pas de température.

Opération le 22 octobre 1900. — Anesthésie à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale médiane.

La vésicule énormément dilatée se présente immédiatement après l'ouverture du péritoine.

Son fond est légèrement attiré en dehors de la plaie et ponctionné avec un trocart; il s'écoule un liquide d'abord sans couleur, filant, puis à la fin, il devient un peu trouble et franchement purulent.

Immédiatement après la ponction, la vésicule est incisée sur la face supérieure, ses parois sont très œdématiées, infiltrées; elles mesurent 1 centimètre 1/2 d'épaisseur.

Une fois l'incision pratiquée sur la moitié environ de la face supérieure, le doigt sent facilement un calcul placé dans le bassinet, une pince hémostatique le ramène facilement.

Après cette extraction, un autre calcul volumineux est également senti, mais celui-ci profondément enclavé dans le cystique; il est impossible par un massage prudent des voies biliaires de le faire cheminer dans la vésicule; aussi M. Jaboulay prolongea son incision sur la face supérieure jusqu'à ce qu'une pince pût saisir le calcul et le désenclaver.

Dans cette incision, une branche vasculaire est sectionnée, le jet artériel est assez fort, une pince hémostatique est laissée à demeure.

L'exploration du reste des voies biliaires reste négative.

Toutes ces manœuvres, sauf la dernière, sont pratiquées en dehors de la cavité péritonéale protégée par des compresses de gaze.

La vésicule ainsi vidée de son contenu fait en partie hernie en dehors de la plaie abdominale; ses bords sont réunis à la peau par des points de suture, qui les atteint à une certaine distance de la plaie. Une mèche de gaze est placée tout autour de la vésicule, ainsi fixée au dehors, lui formant une collerette. Des tampons sont placés à l'intérieur de la cavité vésiculaire.

Réunion de la plaie abdominale à la partie supérieure et à la partie inférieure : la partie médiane laisse passer la vésicule. Pansement.

23 octobre. Enlèvement de deux pinces hémostatiques laissées à demeure.

Le pansement est souillé par de la bile et un liquide louche purulent. Pas de température. Pas de signes péritonéaux.

Examen du liquide de la vésicule biliaire. — C'est un liquide épais, filant, clair dans les parties superficielles; un peu de dépôt purulent à la partie inférieure du verre — la couleur est blanc, un peu jaune — la quantité est de 150 grammes.

Une petite partie a été prélevée aseptiquement au moment de la ponction au travail et a été adressée au laboratoire de bactériologie. M. P. Courmont a communiqué la réponse suivante :

L'examen direct a montré la présence de quelques bacilles, ne prenant pas le Gram ;

La culture en bouillon et agar a donné des bacilles cylindriques, courts, ne prenant pas le Gram;

Ces mêmes bacilles ensemencés en bouillon tournesolé et dans le lait, ont fait virer le premier en rouge et coagulé le second ;

Il s'agit donc du coli : puisqu'il ne prend pas le Gram, fait virer le tournesol et coaguler le lait.

27 Octobre. — Ablation des mèches de gaze, la bile coule abondamment. L'état général est très bon.

15 Novembre. — La vésicule commence à se flétrir et à rentrer dans l'abdomen; l'écoulement biliaire est moins abondant.

25 Novembre. — La vésicule est presque entièrement cachée dans l'abdomen, on arrive à avoir une plaie de cholécystostomie; l'écoulement biliaire est peu marqué.

5 Décembre. — La plaie se retirent de plus en plus.

La malade quitte l'hôpital au milieu de Décembre; il persiste une fistule peu marquée, qui sera fermée dans peu de temps, à n'en pas douter.

Cette observation nous a paru mériter quelques détails complémentaires au sujet de l'opération qui a été pratiquée, c'est-à-dire la fixation définitive de la vésicule au dehors, après son ouverture, l'exocholécystopexie.

En 1895, Bloch publiait dans la *Revue de Chirurgie* un cas dans lequel il fit ce qu'il désigne sous le nom de cholécystostomie extra-abdominale : après avoir fixé la vésicule à la partie moyenne, au niveau de la paroi abdominale, et attendu la formation d'adhérences péritonéales, il ouvre la vésicule, en extrait les calculs, puis la rentre dans la cavité abdominale et renferme le péritoine. Il ne s'agit pas là d'une exocholécystopexie, au sens que M. Jaboulay attribue à ce mot; l'opération de Bloch s'en distingue par ce double fait : l'ouverture tardive de la vésicule et la réintégration dans la cavité abdominale; ces manœuvres n'ont qu'un but, c'est d'opérer en dehors du péritoine, d'éviter la pénétration possible dans la cavité séreuse de liquide biliaire plus ou moins infecté. Dans l'exocholécystopexie, au contraire, après ouverture immédiate de la vésicule, la mise à l'air de l'organe est faite intentionnellement pour amener son atrophie et assurer le drainage des voies biliaires.

Dans notre cas, la cholécystostomie simple, avec l'incision classique de la vésicule, n'aurait pu permettre l'extraction du second calcul, profondément engagé dans le canal cystique. Il semblait utile de l'enlever; car en raison de son enclavement dans le cystique, il aurait pu amener une déchirure de ce canal biliaire, et une infection péritonéale ou tout au moins la formation d'adhérences, de trajets fistuleux, qui auraient nécessité une seconde intervention.

Il ne semble pas que la cholécystostomie seule aurait été suivie du désenclavement du calcul; on sait, en effet, que la cholécystostomie faite, on assiste parfois à une débâcle véritable de calculs; mais ceux-ci sont petits; il s'agit alors de lithiase hépatique généralisée. Dans notre cas, on ne pouvait espérer cette issue spontanée du calcul.

C'est dans de semblables conditions que Kehr (XXIIe Congrès des chirurgiens allemands, 1894) a proposé la cysticotomie secondaire à la cholécystostomie; les indications de cette opération semblent être des plus restreintes : elle est très délicate en raison de la situation du canal cystique, profond, et noyé dans un tissu inflammatoire scléreux. De plus, la suture des parois, aurait été impossible et aussi, inutile; l'expérience, en effet, a démontré que dans les cholédocotomies, la suture très exacte faite sur des moules en os décalcifié (Mayo) ne tenait pas, même sur des parois intactes, à plus forte raison sur des parois infiltrées. Le drainage aurait été nécessaire; il en serait résulté une double fistule biliaire, l'une venant de la vésicule, curable; l'autre, venant du canal cystique, très difficilement curable, dangereuse même, en raison du trajet tortueux qu'aurait suivi la bile.

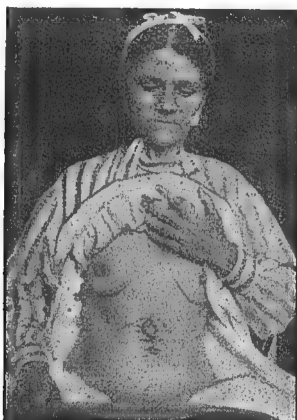
En somme, l'extraction du calcul commandait l'incision prolongée des parois de la vésicule; reste à savoir quel était le meilleur moyen de traiter cette vésicule.

L'abouchement simple à l'extérieur aurait été dangereux; sans faire même entrer en ligne de compte le mauvais état des parois de l'organe, la ligne de suture de la vésicule à la peau aurait été des plus irrégulières, et les nombreux interstices qui devaient exister fatalement auraient permis la pénétration dans le péritoine d'un liquide biliaire septique. De plus, il en serait résulté une large fistule biliaire, longue à guérir et retentissant toujours sur l'état général du malade.

La cholécystectomie semblait plus indiquée. On se trouvait en présence des indications anatomiques principales de cette opération, signalées par Lejars (*Revue Chir.*, 1895) et Tuffier (Soc. chir., 1896) : altération marquée des parois de la vésicule et oblitération du cystique, pouvant être considérée comme définitive, l'absence d'adhérences de la vésicule l'aurait encore facilitée. Cependant, en se plaçant à ce point de vue purement

local, la cholécystectomie présentait un écueil; la ligature du cystique, n'aurait pu être portée facilement à un centimètre du cholédoque, en raison des adhérences rendant l'isolement du cystique presque impossible. Lejars, dans un cas de cholécystectomie qu'il rapporte, insiste sur la facilité avec laquelle, on pouvait saisir dans la main la vésicule qui formait comme un bloc pierreux; dans ces cas le cystique s'isole facilement et peut être lié sûrement. On n'aurait pu, de plus, même après ligature du cystique, rentrer le moignon dans l'abdomen, comme le firent Monod et Schwartz (Soc. Chir., 1893). Broca (*Gaz. hebd.*, 1894) repousse cette cholécystectomie idéale, si la vésicule est purulente.

Drainer alors le pédicule eût été s'exposer à l'infection péritonéale, en raison de la septicité du liquide biliaire, ou, tout au moins, aboutir à la formation d'une fistule plus rebelle encore que dans la cholécystostomie simple.



Exocholécystopexie.

Photographie faite 15 jours après l'intervention; la vésicule commence à s'atrophier et à rentrer dans l'abdomen.

On aurait pu, également pour régulariser la vésicule, l'extirper en partie, comme l'ont fait Lindner et Kottmann; Lejars a utilisé une fois cette cholécystectomie partielle, mais ne la recommande pas; il eût été préférable, dit-il, d'aboucher largement la vésicule à la peau. Dans notre cas, semblable opération eût été dangereuse et insuffisante, car les lésions pariétales étaient généralisées à toute la vésicule et s'étendaient même au delà.

L'exocholécystopexie semblait, dans ce cas, présenter les avantages de l'une et de l'autre opération : cholécystostomie et cholécystectomie.

Comme la cholécystostomie, elle drainait la vésicule et par là, toutes les ramifications biliaires; on ne sait, en effet, s'il existe d'autres calculs hépatiques ou des lésions d'angiocholite, justiciables alors de la cholécystostomie et seulement d'elle. Comme la cholécystostomie, elle réserve l'avenir, suivant l'heureuse expression de Lejars; c'est une soupape de sûreté au cas où le cholédoque serait obstrué par un calcul; peut-on jamais savoir si la lithiase est exactement localisée à la vésicule. Plus encore que la cholécystostomie, elle assure la protection du péritoine, en faisant écouler loin de lui la bile septique.

L'observation de cette vésicule mise ainsi à l'air montre qu'elle diminue de volume, ses parois se sclérosent, il ne reste plus qu'une vésicule, atteignant à peine le volume d'une vésicule normale; c'est ce que prouvent deux cas semblables, opérés par M. Jaboulay et rapportés par M. Thévenod (*Lyon médical* 1897) et M. Koeppelin (Soc. des sc. méd., 1899). Si le canal cystique est oblitéré, on a un moignon cystique inutile; on est arrivé au même résultat que par la cholécystectomie, mais sans encourir les dangers d'infection et de fistule biliaire persistante que présente cette intervention. Au cas où le cystique est libre, on a conservé un réservoir, toujours utile.

Nous rappellerons en quelques mots le manuel opératoire de l'exocholécystopexie :

1er temps. Laparotomie médiane ou latérale;

2e temps. Ponction de la vésicule au niveau de son fond et ouverture.

Incision, s'il est nécessaire d'aller extirper des calculs profondément situés, en suivant non pas le bord supérieur de la vésicule, mais en se tenant un peu à gauche de lui, pour éviter de sectionner les branches cysticohépatiques. On coupe l'arcade anastomotique reliant les deux branches de l'artère cystique; si les parois de la vésicule sont friables, mieux vaut laisser une pince à demeure que de faire une ligature;

3e temps. Luxation de la vésicule au dehors et étalement des bords de la plaie après suture parallèle de la paroi abdominale en haut et en bas.

4e temps. Suture des bords de la vésicule à la peau, aussi loin que l'on peut. Le col de la vésicule apparaît alors nettement. On peut entourer aussi la vésicule d'une mèche de gaze, qui garantit encore mieux le péritoine. Les fils cèdent ordinairement vers le 6e ou 8e jour; des adhérences unissent la paroi à la vésicule peu à peu celle-ci rentre dans l'abdomen.

La fistule biliaire dure environ deux mois, comme après une cholécystostomie.

Sans vouloir généraliser l'emploi de l'exocholécystopexie et la déclarer préférable à la cholécystectomie ou à la cholécystostomie, on peut dire que dans les cas où l'on est obligé d'inciser la vésicule pour extirper les calculs du cystique, elle présente tous les avantages de la cholécystostomie, en préservant encore davantage le péritoine, et aboutit presque au même résultat qu'une cholécystectomie, puisque l'atrophie de la vésicule est la règle.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1899-1900.

M. Godon. *L'évolution de l'art dentaire. L'école dentaire, son histoire, son action, son avenir.* N° 132. (Baillière et fils.)

M. Morhange. *Contribution à l'étude de la gingivite expulsive et de son traitement.* N° 23. (Carré et Naud.)

M. Collard. *Essai sur l'hygiène dentaire publique.* N° 37. (Steinheil.)

M. Peyrot. *Quelques considérations sur le fonctionnement des services dentaires dans les hôpitaux.* N° 64. (L. Boyer.)

M. Monthoux. *Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein.* N° 50. (L. Boyer.)

M. Duparc. *De quelques anomalies de structure de la paroi stomacale.* N° 116. (L. Boyer.)

M. Lemarchand. *Contribution à l'étude de la gastrostomie. Les résultats fonctionnels. Orifice étroit sans suture de la muqueuse.* N° 51. (G. Steinheil.)

M. MORIN. *Étude sur un procédé simple de gastrostomie.* N° 153. (L. Boyer.)

M. BERRY. *Contribution à l'étude du traitement des douleurs d'origine gastrique.* N° 56. (L. Boyer.)

M. NAUDET. *De l'incision cruciale dans la laparotomie.* N° 124. (G. Steinheil.)

M. BOUTES. *Du traitement de l'appendicite.* N° 119. (Jouve et Boyer.)

M. NAQUET. *Contribution à l'étude des hernies de l'appendicite vermiculaire et de leurs complications.* N° 126. (L. Boyer.)

M. OSTY. *De l'appendicite herniaire.* N° 78. (L. Boyer.)

M. VALLÉE. *Situation du cæcum et de l'appendice chez l'enfant (étude basée sur 100 examens de cadavres).* N° 14. (Steinheil.)

M. LOISEAU. *Fistules éloignées d'origine appendiculaire.* N° 220. (Ollier-Henry.)

M. FERRY. *Etude clinique sur les adénopathies péri-appendiculaires.* N° 52. (L. Boyer.)

M. BUFNOIR. *De la cure radicale des hernies inguinales par le procédé myoplastique.* N° 122. (G. Steinheil.)

M. BARGE. *Contribution au traitement chirurgical des fistules à l'anus.* N° 128. (L. Boyer.)

M. JEHANNO. *Contribution à l'étude des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur.* N° 63. (L. Boyer.)

M. PETIT. *Des accidents liés aux déplacements du coccyx consécutifs aux fractures et aux luxations anciennes de cet os.* N° 54. (Carré et Naud.)

M. CAQUILLE. *Du traitement des végétations vulvaires par l'acide phénique pur.* N° 596. (Morel, Lille.)

M. GODON, dans un travail très important, étudie le rôle de l'école dentaire, dont il est à la fois directeur et fondateur, dans l'évolution de l'art dentaire. L'analyse de cette thèse ne peut être faite ici; elle mérite d'être lue par tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'art dentaire.

La gingivite expulsive se montre au cours de certains états diathésiques tels que diabète, arthritisme, etc. C'est une affection des plus rebelles, et abandonnée à elle-même, elle entraîne la chute des dents les unes après les autres; après avoir fait endurer au malade les souffrances les plus vives. Elle ne le met pas à l'abri des complications les plus graves, telles que stomatite généralisée, infection osseuse des maxillaires et du sinus, adénite maxillaire.

Pour M. MORHANGE, le traitement consiste en l'ablation aussi rigoureuse que possible du tartre qui est un foyer à microbes et qui favorise la suppuration de l'alvéole. Le curettage de l'alvéole s'impose par conséquent. On désinfectera l'alvéole avec un antiseptique énergique : l'eau oxygénée.

M. COLLARD émet les vœux suivants :

Que, dans les établissements scolaires, il soit procédé à une inspection des dents au moins tous les 6 mois et que le traitement des dents malades soit assuré régulièrement, ces deux services étant confiés à un dentiste;

Que les règles principales de l'hygiène dentaire soient indiquées dans les établissements d'enseignement primaire par des tableaux et des affiches;

Que l'hygiène dentaire soit comprise dans l'enseignement de l'hygiène générale;

Que partout, où l'État assure le service médical, il assure aussi le service dentaire par des dentistes;

Que les services dentaires publics ne soient confiés qu'à des praticiens pourvus du diplôme dentaire de l'État;

Que le service de santé des armées de terre et de mer comprenne des dentistes, comme il comprend déjà des médecins, des pharmaciens, etc.

A son tour, M. PEYROT demande au point de vue de l'organisation des services dentaires dans les hôpitaux :

Nomination des chefs de service au concours sur épreuves.

(Seront admis à concourir seuls les docteurs en médecine jusqu'à l'âge de 40 ans);

Adjonction d'assistants au chef de service, d'élèves externes et stagiaires inscrits comme étudiants en médecine;

Personnel d'infirmiers attaché spécialement au service;

Locaux isolés, suffisants, uniquement destinés à la consultation dentaire. Amélioration urgente des services consacrés aux examens;

Instrumentation et installation réunissant toutes les conditions du confort moderne;

Trois consultations par semaine au minimum;

Tous les soins de traitement et de prothèse compatibles avec les ressources administratives;

Droit pour les chefs de signer des bons pour la fabrication des appareils.

D'après M. MONTHOUX, le cancer bilatéral primitif du sein constitue une affection rare.

La gravité est plus grande que celle du cancer unilatéral. Il revêt presque toujours en effet une allure rapide et sa tendance à la généralisation est manifeste.

Il est justiciable d'une intervention dans tous les cas, pourvu que celle-ci soit pratiquée à temps.

Les délais opératoires sont beaucoup plus restreints que pour le cancer unilatéral et, dans certaines formes inflammatoires, l'opération, pour être utile, doit être extrêmement précoce et avoir lieu dans les premiers mois à dater du début de la maladie.

D'après M. DUPARC, outre les glandes normales de l'estomac, on a exceptionnellement trouvé dans cet organe des glandes de Brunner et des glandes pancréatiques accessoires.

En effet, le polyadénome à type brunnérien de l'estomac, décrit pour la première fois par M. Hayem en 1895, doit être considéré, d'après les récentes recherches de MM. Socca et Bensaude, non comme un néoplasme proprement dit, mais comme une hétérotopie congénitale, comme des glandes de Brunner aberrantes.

Ces glandes de Brunner aberrantes de l'estomac, réunies par groupes plus ou moins nombreux, peuvent parfois constituer un véritable épaississement de la paroi stomacale. Elles peuvent siéger au voisinage immédiat du pylore, ou occuper toute la grande courbure et une partie des faces antérieure et postérieure de l'estomac ou enfin rester limitées à la région du cardia. Il est probable que, dans ces derniers cas, il n'existe aucune connexion entre les glandes de Brunner de l'estomac et celles du duodénum.

M. LEMARCHAND étudie le procédé de gastrostomie transmusculaire de M. Schwartz.

Il se distingue des autres procédés (classique, valvulaires) en ce qu'il ne touche pas à la muqueuse et ne lui fait subir ni sutures, ni plissement, ni valvulation.

Il réalise le but de la gastrostomie en créant une fistule continente entourée comme d'un sphincter constitué par les fibres du grand droit.

Pour obtenir ce résultat, il est indispensable, comme l'indiquent les propositions formulées par MM. les professeurs Poncet et Terrier, de pratiquer une ouverture aussi petite que possible à l'estomac.

M. MORIN de son côté expose le procédé de M. Routier.

La paroi est incisée au lieu d'élection, parallèlement à la ligne médiane, sur la partie latérale gauche de la région épigastrique, à travers les fibres du grand droit de l'abdomen.

On attire dans la plaie une portion de la face antérieure de l'estomac aussi rapprochée que possible du cardia. On la fixe à la paroi abdominale par quatre points au crin. Ces crins traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale ainsi que les tuniques séreuse et musculaire de l'estomac. Ils circonscrivent un rectangle dans lequel sera pratiquée la bouche stomacale. Deux d'entre eux sont parallèles à l'incision, deux autres la croisent perpendiculairemnt. Ces deux derniers suffisent à rapprocher en même temps les deux lèvres de la plaie au-dessus et au-dessous de la fistule.

On incise l'estomac en ayant soin de pratiquer à la muqueuse un orifice aussi exigu qu'il est possible. Sans faire aucune

nouvelle suture, on introduit dans l'estomac une sonde de Nélaton et on la fixe à la paroi.

L'opération aura duré quelques minutes seulement, et le résultat sera d'avoir créé une fistule continente.

M. Berry fait une revue générale intéressante des moyens de calmer les douleurs d'origine gastrique. Dans les cas rebelles à tout traitement médical, on a parfois obtenu de merveilleux résultats des opérations d'abouchement (gastro-entéro-anastomose). Ces opérations suppriment la stase sanguine et pourraient même parfois modifier favorablement dans la suite le chimisme stomacal.

D'après M. Naudet, les indications de l'incision cruciale dans la laparotomie sont d'un domaine assez restreint. Cette opération convient aux laparotomies de petites dimensions. Par là l'auteur entend les laparotomies n'exigeant pas une incision de plus de 10 à 12 centimètres, chiffres qui, on le voit, indiquent une ouverture suffisante par où une main chirurgicale expérimentée, habile et bien conformée, peut faire passer bien des choses. L'incision cruciale supra-symphysaire effraye moins les malades que la laparotomie ordinaire. La cicatrice obtenue est élégante, « esthétique », suivant le mot de Rapin.

L'incision cruciale supra-symphysaire diminue beaucoup les dangers d'éventration post-opératoire.

Pour M. Boutes, toute attaque d'appendicite nettement caractérisée demande une intervention chirurgicale.

Dans le cas où l'appendice n'a pas été amputé à sa base par le processus infectieux, le procédé de choix, surtout à froid, est le procédé Thiéry-Isch-Wall: l'exoprosphysectomie.

Pour M. Naquet, les hernies de l'appendice sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, et l'appendice constitue souvent à lui seul le contenu d'une hernie.

Le mécanisme des hernies appendiculaires est complexe. Il faut y faire intervenir à la fois les anomalies de longueur et de situation de l'organe et la laxité de ses moyens de fixité.

La hernie appendiculaire, en l'absence de toute complication, ne se traduit par aucun symptôme caractéristique et sera le plus souvent méconnue.

Les signes de l'appendicite herniaire et de l'étranglement appendiculaire reproduisent d'une façon plus ou moins complète le tableau classique de l'étranglement herniaire. Les vomissements, la douleur, l'arrêt des matières existent le plus souvent, mais le passage des gaz est assez fréquemment conservé, et c'est un signe précieux dont la connaissance pourra faire présumer la nature du contenu de la hernie.

Pour M. Osty, l'appendicite herniaire, après l'entérocèle étranglée, est une des causes les plus fréquentes et certainement la plus grave de la péritonite herniaire des anciens.

C'est à partir de 45 ans et chez d'anciens hernieux, hommes ou femmes, qu'elle apparaît le plus souvent. Cependant elle n'est pas rare chez de jeunes sujets.

Le fait que l'appendice soit hernié rend l'inflammation de cet organe plus fréquente et plus grave.

Les lésions de l'appendicite herniaire sont les mêmes que celles de l'appendicite abdominale dans les grandes lignes. Mais le mécanisme de la hernie de l'appendicite crée deux variétés anotomo-pathologiques distinctes.

a) L'appendice enflammé est contenu dans un sac péritonéal qui prend part à la phlegmasie; c'est le cas de beaucoup le plus fréquent;

b) L'appendice est dépouillé de péritoine sur une partie ou la totalité de sa surface, il est extra-sacculaire, et alors la poche herniaire peut ne pas être atteinte ou ne l'être que légèrement. Les cas de ce genre sont rares.

L'appendicite herniaire est cliniquement polymorphe.

On peut cependant grouper la diversité des cas autour de deux formes principales :

a) L'une à symptômes abdominaux et généraux, simulant, suivant leur intensité : l'épiplocèle enflammée ou l'entérocèle étranglée ;

b) L'autre à symptômes locaux prédominants, se rapprochant du phlegmon scrotal ou crural, suivant le siège. Cette forme est beaucoup moins fréquente que la première.

D'après M. Vallée, le cæcum occupe chez l'enfant une position élevée. Dans 72 p. 100 des cas, il est situé au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Il est situé plus bas chez l'adulte et le vieillard. Il peut être tout entier à gauche de la ligne médiane, sans inversion des organes abdominaux (1 cas).

La situation de l'appendice est commandée par la situation du cæcum, sur lequel il s'insère ; il occupe donc une position élevée : 78 fois sur 100, il est en totalité au-dessus du plan passant par les épines iliaques antéro-supérieures.

Il s'abouche généralement à 7 millimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. Sa longueur moyenne est de 5 centimètres et sa direction la plus fréquente est verticale ascendante, ou descendante.

Les anomalies que nous avons rencontrées ont toutes été signalées par les auteurs.

Le côlon est maintenu par un méso qui se réfléchit sur la paroi abdominale postérieure, au niveau de la crête iliaque. Ce méso-côlon peut manquer, et la face postérieure du côlon ne pas avoir d'enveloppe séreuse.

Le méso-appendice vient du mésentère ; il vient quelquefois, mais rarement, du péritoine colique.

Dans la moitié des cas, un feuillet péritonéal part du mésentère, ou de la base de l'appendice, pour se rendre sur les vaisseaux iliaques.

D'autres replis péritonéaux, venant de l'appendice, vont à l'iléon pour former les fossettes iléo-cæcales.

Dans un cas, un ligament séreux réunissait la base de l'appendice au sommet de la vessie.

D'après M. Loiseau, il existe une variété de fistules dont le point de départ est un abcès péri-appendiculaire. Elles donnent lieu à un écoulement de pus et quelquefois de matières stercorales par l'orifice cutané.

Elles reconnaissent comme origine une appendicite légère et un abcès péri-appendiculaire. Ces abcès peuvent être situés en dehors du péritoine et communiquer par un goulot avec une poche intra-péritonéale.

Leur caractère anatomo-pathologique principal consiste dans l'existence d'une cavité purulente dans laquelle nage l'appendice, ou simplement d'une adhérence de l'appendice aux parois de l'abdomen ou aux organes voisins (vessie, vagin, etc., etc.).

L'appendice n'est pas toujours perforé.

L'orifice cutané de la fistule, unique ou multiple, comme le trajet intermédiaire auquel il fait suite, occupe par ordre de fréquence la fosse iliaque droite, le pli de l'aine, la région lombaire, la région ombilicale, enfin la partie supérieure de la cuisse.

L'écoulement de pus par la fistule, loin de mettre sur la voie du diagnostic, fait le plus souvent penser à une tuberculose osseuse ou à un abcès froid ganglionnaire.

Si, anatomiquement, on n'a constaté aucune connexion lymphatique entre les annexes droites et l'appendice, on est fondé, d'après M. Ferry, à croire à l'exercice de communications sous-séreuses.

La contiguïté, les adhérences, l'existence d'une bride néoformée et organisée ne suffisent pas à expliquer tous les retentissements des lésions annexielles sur l'appendice et ses ganglions.

Les ganglions péri-appendiculaires sont parfois le siège de lésions qui constituent l'état pathologique principal de la région iléo cæcale.

L'adénopathie due à une infection générale telle que la tuberculose peut être primitive. Dans la plupart des cas, elle est sous la dépendance d'une appendicite. Celle-ci est plus ou moins grave et n'est, dans certains cas, qu'au deuxième plan dans l'ensemble pathologique de la région.

Quand, après plusieurs crises assez espacées d'appendicite chronique, on sent à travers une paroi abdominale molle, une tumeur d'un certain volume, bosselée, irrégulière, non fluctuante, on a le droit de penser à une adénopathie péri-appendiculaire.

L'infection peut ne pas rester localisée aux ganglions péri-appendiculaires et aller porter la suppuration au loin, dans le foie, autour du rein, dans le petit bassin ou dans la région gastrique et même dans la rate.

M. Bufnoir pense que toutes les hernies inguinales ne sont pas justiciables de la cure radicale par la méthode myoplastique. Les divers procédés qui consistent à reformer une paroi du trajet (procédé de Bassini, procédé de l'abaissement, etc.) suffisent dans la plupart des cas.

Dans les hernies de faiblesse, dans les grosses hernies anciennes, accompagnées d'atrophie des muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen; lorsque le bord inférieur du petit oblique et du transverse est situé trop haut pour pouvoir être abaissé et suturé au fond de la gouttière de l'arcade de Fallope, il est bon de renforcer le plan de ces muscles par un lambeau pédiculé détaché du grand droit de l'abdomen (Procédé myoplastique).

Pour M. Barge, la résection suivie de suture des fistules à l'anus est une opération rationnelle, qui permet d'abréger considérablement la durée de cette affection.

Elle est applicable à tous les cas, sauf peut-être à ces fistules multiples qui accompagnent les rétrécissements du rectum.

Dans tous les cas, quelle que soit la hauteur de la fistule, on peut et on doit conserver le sphincter et ne pas inciser le rectum.

La masse des tissus qui enveloppent la fistule doit être enlevée comme une tumeur en se guidant sur une sonde cannelée. Cette ablation est toujours possible, à la condition de pratiquer des incisions suffisamment étendues, décrivant une légère courbe à concavité interne.

S'il existe une ou plusieurs perforations intestinales, on doit, après avoir avivé les orifices, les suturer.

Cependant si, par exception, dans une fistule complète très élevée, cette suture était impossible, il faudrait non pas inciser le rectum et le sphincter, mais bien, après avoir restreint l'étendue de la plaie, laisser une ouverture suffisante pour recevoir un drain.

Pour M. Jehanno au point de vue anatomique, le phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur ne diffère pas des phlegmons de la gaine hypogastrique et du phlegmon périprostatique.

On peut les diviser en trois variétés d'après leur siège : rétro-rectaux, latéro-rectaux et prérectaux.

Au point de vue du traitement il faut distinguer deux variétés :

Les fistules borgnes externes seront traitées par incision profonde complète mais respectant la paroi rectale et les sphincters;

Les fistules borgnes internes ou complètes seront justiciables de la section de la paroi rectale.

On pourra tenter la réunion par première intention.

D'après M. G. Petit, les accidents liés aux déplacements du coccyx consécutifs aux fractures et aux luxations anciennes de cet os sont assez rares et sont dus à la difficulté d'immobiliser en bonne position les os fracturés ou luxés.

Ils consistent en des douleurs qu'exaspèrent les contractions soit directes, soit indirectes, des muscles du bassin et du périnée.

En tant qu'affection douloureuse, ils comportent un pronostic assez sévère; mais en considération des résultats procurés par l'intervention chirurgicale, ils doivent être considérés comme bénins.

Le diagnostic assez facile à porter ne peut être assuré que par l'exploration rectale.

Le traitement médical ne peut être considéré que comme palliatif de la douleur. Seul le traitement chirurgical est curatif et consiste dans l'ablation totale ou partielle du coccyx.

M. Caquille conseille l'emploi de l'acide phénique pur, employé en badigeonnages, pour le traitement des végétations vulvaires.

Il a comme indications :

L'impossibilité du traitement chirurgical : par cause morale ou matérielle; par crainte d'hémorrhagie ou de complications dans les cas d'hémophilie, d'anémie, de cachexie, de diabète ou de grossesse; par la difficulté d'exérèse des végétations sessiles volumineuses, étendues et très vasculaires.

Il a de nombreux avantages.

Il ne contraint pas la patiente à l'hospitalisation ou au repos; il est facile à appliquer dans tous les cas; il n'expose ni aux hémorrhagies, ni aux complications des plaies.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Rein mobile donnant les symptômes de la colique hépatique (A case in which movable kidney produced the usual symptoms of hepatic colic), par Macpherson Lawrie (*British med. Journ.*, 5 janvier 1901). — Il s'agit d'un homme de 39 ans, dont la santé est altérée depuis 10 ans. Il se plaint de douleurs principalement au-dessus de la vésicule biliaire et du foie. La douleur était intermittente mais les attaques étaient fréquentes, surtout pendant le jour, elles s'accompagnaient de nausées et de vomissements, de constipation et fréquemment de fièvre. A l'occasion d'une de ces crises le malade fit même de l'ictère. Or l'examen physique ne montra rien autre que l'existence d'un rein mobile. L'opération fut pratiquée dans ce but, le 10 décembre 1899, néphropexie lombaire; à la suite, tous les troubles disparurent, nausées, fièvre, vomissements, et le malade, un an après, était resté complètement guéri.

MÉDECINE

Un cas de colique néphrétique due au passage des cylindres urétéraux (ureteritis membranacea). (A case of renal colic attended by the passage of casts of the ureter), par J.-A. Heuton White (*British med. Journ.*, 5 janvier 1901, p. 14). — Le fait que la colique néphrétique peut être produite par d'autres corps que des calculs est bien connue; ce qui l'est moins, c'est que le corps étranger en question soit un cylindre provenant de la muqueuse urétérale. A cet égard, le cas suivant est intéressant. Une femme de 60 ans se plaignait depuis longtemps de douleurs dans le côté gauche ayant beaucoup augmenté depuis quelques années. La douleur apparaissait par crises le long de l'uretère, et à la suite d'une de ces crises l'auteur put constater dans l'urine des caillots de fibrine semi-transparents, allongés, ayant manifestement une origine urétérale.

Ce cas est analogue à celui qu'a publié von Jaksch (*Zeit. f. kl. Med.*, 1893), qui comparait cette affection aux spirales de Curschmann dans certains formes de bronchite et aux cas de colite membraneuse. Fenwick a publié un cas analogue simulant une colique hépatique.

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de pharyngo-clonus unilatéral de Friedreich, par C. Ferrari, *Riforma medica*, an XVI, n°s 63 et 64, p. 747 et 758, 14 et 15 décembre 1900. — Homme de 47 ans, athéromateux et à hérédité névropathique chargée. Immédiatement après une vive frayeur, cet homme présenta une exagération de la gesticulation; puis, après quelques accès de fièvre et un accès de vertige, une motilité exagérée du pied et des mouvements athétosiformes des orteils. Des mouvements saccadés s'étendirent bientôt à tous les muscles du côté droit, tronc, tête et membres, et les secousses musculaires devinrent très fréquentes (30 et plus par minute). Le malade devint très faible; le bras droit pendit inerte le long du tronc, comme paralysé, la parole se perdit. Puis la température s'éleva et le malade fut enlevé de l'hôpital par ses parents et ramené chez lui où il mourut 5 jours plus tard (pas d'autopsie). Ce syndrome tumultueux avait duré un mois.

Après discussion, l'auteur admet que dans ce cas le choc moral de la frayeur a donné lieu chez un individu prédisposé

par son hérédité névropathique et son athérome, d'abord à de petites hémorrhagies cérébrales, d'où la myoclonie; puis les hémorrhagies sont devenues plus fortes et l'apoplexie a mis un terme au tableau clinique du paramyoclonus de Friedreich, à forme unilatérale.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Janvier 1901.

Sur l'anesthésie médullaire appliquée aux accouchements.

M. Guéniot lit un rapport à l'occasion d'un travail sur ce sujet de MM. Doléris et Malartic, d'une note relative à la même question de M. Dupaigne (de Louveciennes).

L'injection sous l'arachnoïde lombaire de 1 centigramme de cocaïne, en solution à 1 p. 100, produit une analgésie régionale qui s'étend à toute la portion du corps située au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic.

Cette injection, pratiquée sur la femme en travail, supprime à la fois la douleur que déterminent les contractions de l'utérus et celle qui est due au passage de l'enfant. De plus, loin d'entraver la marche du travail, elle semble l'accélérer.

L'influence de la cocaïne se fait sentir pendant une heure et demie en moyenne. Les seuls phénomènes toxiques qui aient été observés jusqu'ici à la suite de la cocaïnisation de la moelle sont des crampes ou des tremblements légers des membres, une céphalalgie passagère, des vomissements sans gravité et une faible élévation de la température.

Les injections intrarachidiennes de cocaïne sont cependant contre-indiquées chez les femmes atteintes d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, ainsi que d'une affection chronique de l'appareil respiratoire ou des centres nerveux; on s'abstiendra, en outre, de ces injections lorsqu'on sera dans l'impossibilité de réaliser une asepsie parfaite de la parturiente.

Le rapporteur signale, de plus, un certain nombre de contre-indications spéciales tenant à la rapidité du travail, à la fréquence et à l'énergie des contractions de l'utérus, à l'état de tension exagérée de cet organe et, enfin, à la nécessité d'une intervention manuelle dans la cavité utérine.

Ces trois dernières contre-indications dérivent d'un même fait, à savoir que la cocaïne exercerait sur la contractilité utérine une action stimulante très prononcée.

Quant aux indications des injections intrarachidiennes de cocaïne chez les parturientes, ce sont :

1° Les opérations obstétricales qui réclament l'emploi de l'anesthésie, abstraction faite de celles qui peuvent nécessiter l'introduction de la main dans la cavité utérine;

2° La douleur excessive que détermine parfois le travail;

3° La lenteur exagérée de ce dernier, par suite de la faiblesse et de l'irrégularité des contractions utérines;

4° Enfin la tendance aux hémorrhagies (inertie utérine, insertion vicieuse du placenta, etc.).

Extirpation de la rotule pour une ostéite chronique d'emblée.

M. Berger présente un homme jeune et vigoureux qui a subi, au mois de juin 1899, l'extirpation de la rotule pour une ostéite de cet os. Cette affection avait débuté à l'âge de 9 ans, peu de temps après une chute, et avait fini par déterminer une impotence presque absolue du membre qui était, en outre, le siège de crises douloureuses extrêmement vives.

Pour remédier à ces accidents, M. Berger pratiqua l'extirpation complète de la rotule et sutura ensuite le tendon du triceps au ligament rotulien et aux ligaments latéraux de l'articulation du genou. Le membre fut alors immobilisé et placé dans l'élévation. Celle-ci fut maintenue pendant une quinzaine de jours, puis on ramena peu à peu le membre à la position horizontale.

Vers le 50e jour, le malade put quitter son lit et commencer à marcher. On avait eu soin, depuis qnelque temps, de le soumettre à un traitement mécanothérapique consistant dans la mobilisation graduelle du genou avec massage et électrisation des masses musculaires, principalement du triceps.

Grâce à ce traitement, les mouvements du membre se sont complètement rétablis et l'opéré peut faire aujourd'hui sans fatigue, sans douleurs et sans boiterie de très longues courses.

La flexion du genou dépasse l'angle droit, et l'extension active, complète, du membre inférieur est produite par l'action seule du triceps.

MÉDECINE PRATIQUE

Applications thérapeutiques de l'ozone,

D'après M. le Dr A. Caratzalis (1).

L'ozone a été employé dans un grand nombre de maladies, mais ce sont surtout les anémiques et les tuberculeux qui ont tiré le meilleur bénéfice de l'ozonothérapie.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord pour reconnaître le fait.

Les observations les plus importantes à ce sujet, sont dues à MM. Labbé et Oudin.

Les résultats obtenus par M. Oudin sont vraiment remarquables. Cet auteur a noté une augmentation moyenne d'oxyhémoglobine de 2 1/2 p. 100 chez des syphilitiques prisonnières de Saint-Lazare, soumises au traitement par l'ozone. Or on sait que ces malades se trouvent souvent placées dans des conditions hygiéniques déplorables. Tout en étant mal nourries, les femmes soignées par M. Oudin augmentaient de poids.

Les travaux qui ont paru depuis le mémoire de MM. Labbé et Oudin sont tous venus confirmer les résultats obtenus par ces auteurs.

L'ozone a été employé avec beaucoup de succès, dans les affections de toutes les parties des voies respiratoires.

Les Drs Park et Morton ont obtenu une guérison rapide, dans les cas de catarrhe chronique des fosses nasales, en employant de l'air contenant une forte proportion d'ozone (0 gr. 070 par litre).

M. Labbé cite également deux succès semblables obtenus par M. Oudin.

M. Labbé a guéri un cas d'anosmie par l'ozone. Il cite, dans son dernier travail, les observations du Dr Moutier, qui a réussi par le même traitement à améliorer la voix des chanteurs d'une façon notable.

Le Dr Regnier indique les bons effets de l'ozone dans la bronchite chronique infantile. Dans l'une de ses observations la maladie durait depuis plus de 3 ans et fut complètement guérie en moins de 1 mois de traitement (deux inhalations quotidiennes d'ozone de 10 minutes chacune). Les mêmes bons effets ont été observés dans la bronchite infantile, par M. Labbé.

En 1892 (2), le Dr Hellet, a publié 4 cas de guérison rapide survenue chez des enfants atteints de coqueluche. Au bout de 28 jours de traitement (inhalations quotidiennes), ses petits malades ne toussaient plus du tout. A son tour le Dr Auguste Caillé, de New-York, rapporte, en 1892 également, 7 cas de coqueluche guéris par l'ozone. Les améliorations furent manifestes après les trois ou quatre premières inhalations, quant à la violence et à la fréquence des accès spasmodiques. Les enfants dormaient mieux la nuit et les tout jeunes sujets s'endormaient après chaque inhalation. Ces résultats ont été confirmés par les observations de M. le Dr Derecq (d'Ormesson) et le Dr Doumer (de Lille), et par les recherches de MM. Labbé et Oudin.

1. *Thèse* de Paris, 1900, n° 134.
2. *Revue internationale d'électrothérapie*, juin 1892.

M. Labbé a repris la question dans un mémoire présenté au Congrès international de Paris, de 1900.

Il conclut que les quintes de toux de la coqueluche, sous l'influence de l'ozone, sont rapidement modifiées, non seulement comme fréquence, mais aussi comme intensité et durée. L'angoisse respiratoire et la cyanose deviennent presque nulles et les vomissements disparaissent. Les enfants reprennent leur gaieté et leur bonne mine antérieure. Si pour une raison quelconque on suspend les inhalations d'ozone pendant 1 ou 2 jours, les quintes reparaissent avec toute leur intensité. Ce dernier fait prouve d'une façon absolument indiscutable, la réelle action de l'ozone, dans la coqueluche.

Déjà en 1886, M. E. de Renzi avait soulagé 13 malades phthisiques par l'ozone. Après lui le Dr Birioukoff (1), en 1888, communique un certain nombre de cas de tuberculose traités par l'ozone et améliorés. Le Dr Collart, de Liège, qui en 1891 a traité 3 cas de tuberculose par l'ozone, constate chez ses malades l'amendement des symptômes généraux et des signes locaux, ainsi que l'augmentation du poids du corps.

Puis vient, en 1893, l'importante communication de MM. Labbé et Oudin à l'Académie de médecine. Elle porte sur 38 cas de tuberculose soumis à l'ozonothérapie. Dans tous les cas, les auteurs ont constaté une amélioration durable ou temporaire, caractérisée par le retour de l'appétit, la disparition des sueurs, de la diarrhée, des vomissements. En résumé, sur ces 38 cas tuberculeux, 7 au 1er degré et 5 au 2e paraissent guéris au moment de la publication du travail; 16 au 2e et 3 au 3e degré étaient améliorés; 6 malades ont succombé aux progrès de la cachexie.

De son côté, Norris (2) a publié, en 1893, 15 observations de phthisiques traités par l'ozone. Deux des malades ont succombé. Cinq autres ont vu leur état s'aggraver. L'un s'est amélioré légèrement. Dans 7 cas, l'amélioration a été considérable. Chez ces derniers, on a noté une augmentation du poids, la diminution de l'expectoration, la cessation des sueurs nocturnes, l'atténuation, et même dans 2 cas la disparition des signes phthisiques.

A ces observations, il faut ajouter 12 cas de Bontems.

Peu de temps après paraît un travail important de Slétoff (3). Ce dernier auteur s'est beaucoup occupé du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'ozone. Il donne le résultat de 147 observations. La première action du séjour du tuberculeux dans l'atmosphère ozonisée est, dit-il, un désir irrésistible de respirer plus profondément, sensation que l'auteur compare à celle qu'on éprouve lorsque, au printemps, on passe dans un bois de sapins. Ces inspirations profondes sont légères et indolores. Pendant les 2 ou 3 minutes de l'expérience, on constate de la toux due à l'excitation des voies respiratoires supérieures; puis, tout se calme. Les inhalations doivent être prises deux ou trois fois par jour. Sous leur influence, la toux du matin diminue, les crachats deviennent plus abondants, plus spumeux, et se détachent plus facilement. L'appétit augmente. Le sommeil est plus profond, plus long, ce qui confirme encore une fois l'action somnifère de l'ozone indiquée par Binz.

Chez les tuberculeux fébricitants, on constate déjà à la fin de la 1re ou de la 2e semaine un abaissement de la température. Les sueurs deviennent plus rares et moins abondantes.

M. Slétoff n'a pas observé la disparition complète de la fièvre chez les tuberculeux fébricitants.

L'oppression diminue, par conséquent la marche est plus aisée.

Les hémoptysies deviennent plus rares, parfois même disparaissent au cours du traitement. M. Slétoff raconte l'histoire d'un malade chez lequel les hémoptysies, presque quotidiennes, ont complètement disparu après 2 mois de traitement.

Comme conséquence directe de l'amélioration de l'appétit et du sommeil, on constate l'augmentation des forces et du poids, bien que les conditions dans lesquelles vit le malade, restent les mêmes.

Gessler (4) applique l'ozonothérapie à 22 tuberculeux, dont 9 moururent. Des 13 autres, deux présentèrent une guérison complète (après de 1 an 1/2 à 2 ans de traitement); les autres bénéficièrent d'une amélioration notable. On examinait régulièrement les crachats des malades; et les résultats de cet examen furent que l'ozone entrave considérablement l'évolution des bacilles. Toutefois, cette action bactéricide n'est pas durable et on ne peut pas se prononcer définitivement sur la durée de la guérison. L'auteur est d'avis qu'on doit soumettre très longtemps les malades aux inhalations d'ozone. Les autres moyens hygiéniques ne doivent naturellement pas être négligés. Gessler a également obtenu de très bons résultats, dans des cas de pleurésie ancienne exsudative avec adhérences.

Les observations personnelles de Caratzalis entreprises sur trois malades confirment les résultats obtenus par les précédents auteurs. Aussi de son étude croit-il pouvoir conclure que l'ozone a une action favorable sur l'évolution de la tuberculose, action qui se traduit par l'augmentation du poids du corps, la disparition des sueurs nocturnes, l'amélioration des signes stéthoscopiques.

1. *Wratch*, 1888, n° 29.
2. *New-York, méd. journ.*, 5 novembre 1893.
3. *Medicinskoye Obozrenie*, 1895, n° 5.
4. *Jestchrift des Stuttgaren. Arzt. Ver.* 1897.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

L'enseignement à la Faculté de Paris. Les examens.

Il n'y a rien à changer dans les matières des cinq examens de doctorat. Mais la suppression de la thèse constituerait un progrès réel. On objecte toujours à cette opinion radicale que tous les ans sont publiés ainsi quelques travaux importants, dont l'auteur aurait gardé le silence s'il n'avait pas été obligé de produire une thèse. Il serait facile de parer à cet inconvénient en supprimant la thèse de la scolarité habituelle, mais en exigeant de tous ceux qui voudraient prendre part à l'enseignement dans une Faculté ou dans une école; de tous ceux aussi qui voudraient briguer au concours les places de médecins et chirurgiens des hôpitaux. C'est très simple pour ce qui dépend du ministère de l'Instruction publique, qui se réserve d'*autoriser* les candidats à prendre part au concours d'agrégation pour lequel ils se sont inscrits. Quant à l'Assistance publique de Paris, elle exige de ses concurrents un stage de 5 années de doctorat, qu'elle réduit à une pour ses anciens internes; elle peut aussi bien exiger la thèse ou, à son défaut, un stage prolongé, de 10 ans, par exemple, qui équivaudrait à une élimination. Ce serait plus simple, et aussi efficace, que de créer un doctorat ès sciences médicales : nous avons déjà, en France, assez de boutons de cristal.

Peu importe le procédé : le fait est que la grande majorité des thèses sont une mauvaise plaisanterie. Observations mal rédigées, texte incompréhensible ou copié dans un manuel, bibliographie incomplète, fausse, pleine de fautes d'orthographe dans les langues étrangères : rien n'y manque pour qu'elles soient, dans les bibliothèques de l'étranger, des exemples ridicules de la littérature médicale française. Celles des Facultés de province sont en général meilleures — pas énormement — mais celles de Paris sont au-dessous de tout. Aucun de nous n'en est surpris, car nous savons tous comment se fabrique une thèse. Il y a quelques années, la presse politique a révélé au grand public l'existence d'une usine à thèses annexée par un éditeur du quartier à son imprimerie pour thèses; le prix était variable, selon l'importance du monument que le candidat désirait élever à la science.

Je crois que cette révélation n'a pas surpris grand

public dans le personnel de professeurs et agrégés ; plusieurs d'entre nous auraient même pu signaler d'autres boîtes analogues. Et cela n'a ému personne, parce que nous savons tous que ce mode de confection est de tradition ; parce que nous considérons tous, en nous-mêmes, la thèse comme une formalité. Une thèse refusée, c'est un événement ; cela se voit 2 ou 3 fois par an, quand il est prouvé avec trop d'évidence que le candidat n'a même pas lu le manuscrit qu'il a acheté. Même alors, la réception est la règle. Pour ma part, dans les jurys où j'ai siégé, je n'ai vu refuser qu'une seule thèse, et encore ai-je pensé personnellement que ce n'était pas juste. Par contre, j'en ai vu recevoir, où je n'avais sûrement pas devant moi l'auteur véritable.

A un moment donné, la suppression de la thèse a été dans l'air. Cela a abouti à une grosse réforme : la format in-8° au lieu de format in-4°. Espérons que cette diminution de surface nous présage l'histoire de « la peau de chagrin ». Mais préparons-nous à voir encore déranger, pendant de longues années, 4 juges pour ce « couronnement d'études ».

Car, de tous les examens passés à la Faculté, la thèse est le seul où il faille 4 juges, 2 professeurs et 2 agrégés : pour tous les autres, il n'y en a que trois. Il est vrai que pour cet acte solennel le candidat est revêtu d'une robe (5 fr. de pourboire aux garçons) et qu'il y a en moyenne 3 candidats par série (minimum, 2 ; assez souvent 4, exceptionnellement 5) : en sorte qu'on peut officier avec dignité et lenteur, un seul juge parlant à la fois, les 3 autres l'écoutant (ou faisant leur correspondance). Après quoi, le jeune homme est toujours reçu.

A ce tableau, on peut opposer celui des autres examens, des examens où les juges doivent interroger le candidat pour établir le bilan de ses connaissances. Entre 1 h. 20 et 1 h. 1/2 le jury entre en séance ; il est composé de 3 membres qui se trouvent, d'ordinaire, en présence de 10 candidats ; les 3 juges interrogent ensemble, le président au milieu de la table, les assesseurs chacun à un bout. Entre 2 h. 1/2 et 3 h. moins 1/4, tout est terminé, délibération comprise : et c'est nécessaire, car à tout instant siègent dans les jurys des professeurs et agrégés dont le cours commence à 3 heures. Cela fait environ 6 minutes par juge pour chaque candidat, ce que je crois insuffisant pour rendre en toute conscience un verdict équitable : les candidats douteux en bénéficient, et c'est un des motifs pour lesquels les examens de médecine sont trop faciles.

Sous l'ancien régime, après un arrêté du 12 août 1825, les choses étaient très différentes. Pour 3 juges il y avait 4 candidats. En 1846 on porta le nombre à 5. Chaque juge interrogeait pendant que les autres écoutaient au moins d'une oreille ; ce qui avait de l'intérêt, car il y a sans contredit des savants très distingués qui sont de fort mauvais examinateurs, en sorte que le ou les voisins pouvaient mettre obstacle à une sévérité ou à une indulgence excessives.

Avec le personnel des professeurs et agrégés, — dont le nombre est à peu près le même aujourd'hui qu'en 1878, — ces dispositions relatives au nombre des candidats étaient possibles parce que chaque examen comportait des matières multiples et que les divisions des 2°, 3° et 5° de doctorat en 2 ou 3 parties n'existaient pas. La division, telle qu'elle fut faite pour le régime de 1878, fut un bien, car il était mauvais de recevoir, parce qu'il avait été bon avec les 2 anatomistes, un candidat nul en physiologie. Pour les quelques examens où les matières sont restées multiples, le nouveau régime a encore accentué ce progrès, en permettant aux juges de prononcer, au lieu de l'ajournement complet, l'ajournement pour une seule ou pour deux matières.

Mais de ces divisions, de l'augmentation du nombre des étudiants, est résultée une augmentation considérable dans le nombre des séries d'examens, et comme le nombre des examinateurs n'a que peu changé, il a fallu multiplier, dans chaque série, le nombre des candidats.

Des décisions ont permis de porter ce nombre à 10 pour les examens théoriques, à 3 pour les épreuves cliniques, à 16 pour les épreuves pratiques de dissection et médecine opératoire ; et j'ai vu, à ces dernières, des séries encore plus nombreuses, contenant 20 et même 25 candidats.

Il saute aux yeux que ces conditions sont incompatibles avec un examen sérieux. Dans ces derniers temps, le mal a paru s'atténuer, mais ce sera passager : comme le nouveau régime fonctionne depuis peu d'une manière exclusive, l'encombrement y est beaucoup moindre ; de même pour l'ancien régime, pour lequel pendant quelque temps l'option a été possible. En sorte qu'il y a quelques jours j'ai été juge dans une série de 3° doctorat (A. R) où il y avait 6 candidats ; dans une de 3° (N. R) où il y en avait 7. Mais cela n'aura qu'un temps ; déjà l'encombrement recommence un peu ; bientôt il sera revenu au degré antérieur. C'est fatal, à partir du moment où tous les élèves seront du nouveau régime et où derrière ceux de l'année courante s'accumuleront les retoqués.

Le retour à l'interrogatoire ancien, un seul juge parlant à la fois, est impossible, car le mode de notation après l'examen a changé. Autrefois chaque juge, sans doute, donnait sa note, mais après délibération ; on se faisait donc une idée d'ensemble sur le candidat. Aujourd'hui il est réglementaire que, comme à la Faculté de droit, chaque juge mette dans l'urne une boule représentant sa note, et le dépouillement du scrutin donne un résultat automatique ; et la délibération générale n'a plus sa raison d'être depuis le droit au refus partiel pour les rares examens où il y a encore des matières multiples.

Le retour aux séries à candidats peu nombreux ne rencontre qu'un seul obstacle : la multiplication inverse des séries et par conséquent des juges. Ici, il y a un remède possible ; mais avant d'y arriver, j'ai à signaler la manière absurde dont est réglé le 5° de doctorat. En principe, cet examen devrait être le plus sérieux : portant, en trois parties, sur les trois cliniques, il termine les études, il nous permet de déclarer si le candidat possède l'instruction pratique nécessaire à l'exercice de la médecine. En fait, il est ridicule. Non par le nombre des candidats qui est réglementairement de 3 et peut être, en temps de presse, porté à 4. Cela n'est pas trop. Chaque candidat examine 2 malades, pendant 10 minutes chacun ; avec le temps perdu, cela prend donc 25 à 30 minutes, car sans aucun inconvénient les candidats travaillent simultanément.

Puis le candidat expose, à un des deux assesseurs, pour chaque malade, le résultat de ses recherches. A l'examen de clinique chirurgicale, le président interroge en pathologie ; à l'examen de clinique interne, le troisième juge est occupé à l'épreuve pratique d'anatomie pathologique. Il est hors de doute qu'on puisse, en une dizaine de minutes, se rendre compte si un candidat sait ou non examiner et traiter un malade. En sorte qu'un examen très consciencieux, l'interrogatoire des malades ayant commencé entre 1 heure et 1 h. 1/4, peut fort bien être terminé vers 2 h. 1/2.

Mais l'examen est passé dans les services de clinique de la Faculté; ces services sont situés dans des hôpitaux centraux où le recrutement des malades n'est pas toujours très abondant; en chirurgie, nous n'avons plus coutume de faire attendre les malades avant de les opérer, car avec l'activité opératoire actuelle, l'encombrement deviendrait formidable; de plus, nous n'avons pas le droit de mettre entre les mains d'un candidat, dont nous ignorons les habitudes, un malade susceptible d'être infecté. En sorte que nous avons à notre disposition des hernies, fistules à l'anus, hémorrhoïdes, entorses; et quelques cas chroniques : tumeurs inopérables, ulcères variqueux, tuberculoses externes diverses. Avec les chroniques, on comprend ce qu'est l'examen : au bout d'une séance ou deux les candidats connaissent le malade, qu'ils sont à peu près sûrs de voir donner chaque fois. Quant aux autres malades, l'infirmier qui les indique au juge connaît en gros — et quelquefois en détail — le diagnostic posé par le chef ou les internes. Si on n'était pas un brin méfiant, on s'étonnerait de la régularité avec laquelle, dans les cas douteux, les élèves donnent au juge le diagnostic de l'infirmier. J'ai à ce sujet quelques faits typiques : en particulier un malade que l'on présentait comme atteint de lymphadénome cervical, et chez lequel pour mon compte je croyais à de la tuberculose ganglionnaire, ce que la suite justifia. Il fut donné plusieurs fois à l'examen, et toujours, même quand on sentit la première bosselure fluctuante, le candidat conclut au lymphadénome, c'est-à-dire à la chose rare, où l'on risque par conséquent beaucoup plus de se tromper. Même fait pour les malades dits « entrants ».

Le motif en est que l'élève vient dans les salles à la visite des malades, va à la consultation et enfin interviewe l'infirmier. A l'époque où j'étais étudiant, l'interview coûtait environ 40 sous. Si bien qu'il n'y a pas longtemps, dans une série dont je faisais partie, un de mes collègues, argumentant l'épreuve d'un candidat à propos d'un malade assez difficile, nous a dit qu'il lui tenait compte de n'avoir pas formulé un diagnostic parfait, parce que cela prouvait qu'il s'était honnêtement fié à ses propres forces.

Et, avec une forme paradoxale, c'était un jugement tout à fait équitable. Car nous en sommes arrivés à considérer comme négligeable, dans notre appréciation, l'exactitude du diagnostic, puisque nous savons tous qu'elle ne prouve rien. J'ajoute tout de suite qu'une erreur de diagnostic ne doit pas être et n'est presque jamais par elle-même un motif de refus; que nous devons tenir compte avant tout de la manière d'examiner, du bon sens général dans la discussion, dans la conclusion thérapeutique.

On trouvera, peut-être, que les juges devraient débrouiller complètement, et sans indication de l'infirmier, les malades qu'ils vont donner. Mais aucun chef n'admettra qu'une bande d'intrus, fussent-ils ses collègues, vienne fouiller dans son service une ou deux fois par semaine.

La réforme de ces abus n'est pas aisée. Peut-être cependant pourrait-on organiser quelque chose comme ceci : le candidat serait envoyé le matin, dans un service qu'il ne connaîtrait qu'au dernier moment, dirigé par un des examinateurs et, de là, après une ou au besoin deux matinées, il partirait avec sa note. Sur des malades qu'il soigne et qu'il connaît bien, le juge sera capable de faire passer un examen sérieux; à la consultation aussi, il se trouve toujours des cas faciles, courants, avec laquelle la valeur pratique d'un candidat serait vite mise en relief, tandis qu'avec le système actuel, on ne se fait souvent pas une idée juste. Et comme avec le procédé des boules, adopté pour le nouveau régime, chaque juge donne sa note sans s'occuper de celle des voisins, comme, après cela, le dépouillement est automatique, on peut très bien concevoir le fonctionnement d'un examen de ce genre. Ce serait comme une petite révolution, sans doute : mais la Faculté nous a habitués aux innovations hardies.

Et puis, si on veut instituer des examens probants, une autre réforme, dont on parle depuis bien longtemps, serait utile : la séparation du corps enseignant et du corps examinant. En fait, elle est réalisée par les facultés libres — en médecine nous n'avons que celle de Lille, mais il y en a pour d'autres branches de l'enseignement supérieur — qui ont droit à l'enseignement mais non pas à la collation des grades, et ce fonctionnement me semble tout à fait raisonnable. L'Etat, puisque par une loi il confère des droits aux médecins et leur impose des devoirs, a de son côté le droit et le devoir de vérifier leur instruction, de ne leur accorder que sous certaines conditions le diplôme utile à l'exercice. Mais pourvu que l'impétrant soit instruit, l'Etat n'a pas à savoir où et comment il s'est instruit. Que l'Etat, par ses universités, cherche à prendre la part prépondérante de l'enseignement supérieur, c'est son affaire. Mais c'est un rôle dans lequel il peut être suppléé, au lieu qu'il ne peut pas l'être, avec la loi française sur l'exercice de la médecine, dans son rôle d'examinateur.

Ce rôle, pour le moment, il ne le remplit pas d'une manière convenable. De tous côtés, on nous dit que les examens de médecine ne sont pas sérieux, et on a raison. Notre carrière est celle où, s'il est patient, c'est-à-dire éternel, l'étudiant obtient son diplôme avec le plus de certitude. Il y a quelques années, on a publié dans les les journaux médicaux la statistique des refus à nos examens : à Paris surtout, et principalement pour le 5e de doctorat, la proportion est d'une insuffisance évidente. On peut dire qu'un jeune homme inscrit à la Faculté de médecine de Paris est sûr, en y mettant le temps, d'être reçu docteur sans travailler. Le mal disparaîtrait peut-être, en partie, si l'on créait un corps examinant proprement dit. Il disparaîtrait sûrement si on fixait une limite au nombre de refus permis soit à un examen, soit en total. J'ai vu un dossier qui, pour un candidat arrivé au 5e, mentionnait 24 ou 25 refus, je ne me souvins plus au juste; et aux réceptions, toujours la note minima. J'ai octroyé le 25e ou 26e, et ce ne fut pas le dernier. Il faudrait trouver le moyen d'éliminer vite les gens de cette espèce : or le jeune (?) homme est maintenant docteur.

Faire faire des cours à programmes fixes et sériés, organiser des examens de fin d'année ou des « colles », diminuer dans chaque séance le nombre des candidats et par conséquent multiplier les séries, voilà un ensemble de propositions qui frisent la folie. Avec 34 professeurs et 36 agrégés pour un roulement de 600 élèves nouveaux par an et 5 ans de scolarité, c'est impossible; et il n'y a pas d'argent pour rémunérer plus de concours. Or, si l'on voulait s'en donner la peine, on trouverait, à bien peu de frais, tout le personnel suffisant. J'essayerai de le prouver la semaine prochaine.

A. Broca.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'influence du climat sur l'évolution de la tuberculose pleuro-pulmonaire expérimentale.

Communication à l'*Académie des Sciences* (Séance du 21 janvier 1901),

Par MM. Lannelongue, Achard et Gaillard.

L'influence des conditions climatériques sur l'évolution du processus tuberculeux est assez mal déterminée. Assurément, en certaines contrées, la tuberculose est relativement rare ; mais cette rareté paraît tenir moins à leur climat qu'au genre de vie de leurs habitants, à l'absence de grandes agglomérations humaines, et surtout de foyers importés.

Sans doute encore, en séjournant dans certaines stations réputées pour la cure de la phtisie, des sujets atteints de cette maladie peuvent voir leur état s'améliorer, guérir même ; mais, là non plus, l'influence du climat n'est pas seule à s'exercer : il faut compter encore avec l'action des divers traitements mis en œuvre, avec celle du changement de milieu, d'hygiène, d'alimentation. D'ailleurs, on ne saurait méconnaître quelles différences profondes séparent, sous le rapport des conditions météorologiques, les localités auxquelles on attribue ces vertus curatives, puisqu'une faveur à peu près égale s'attache à des régions élevées et froides, aussi bien qu'à des lieux situés au bord de la mer et jouissant d'une température douce.

L'observation clinique n'apportant que des données peu précises à la solution de ce problème, nous avons tenté de l'aborder par le côté expérimental.

Les expériences consistaient à inoculer dans la plèvre, en même temps et de la même façon, 300 cobayes, tous mâles répartis en 6 lots, avec une égale quantité d'une émulsion de tuberculose humaine, et à soumettre immédiatement après chaque lot à des influences climatériques différentes, les autres conditions de logement commun à chaque lot et d'alimentation restant aussi pareilles que possible.

Deux séries d'expériences ont été faites. Dans une première, de 150 cobayes, répartis en 3 lots d'un poids égal, un lot avait été conservé au laboratoire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Paris, un autre avait été envoyé au bord de la mer, aux Grandes-Dalles, entre Fécamp et Saint-Valery, et le troisième, à la campagne, dans les terres, à Valmont, également près de Fécamp. L'expérience prit fin le 14 novembre 1900, les 6 cobayes survivants du lot du laboratoire ayant été tués accidentellement par un chien. Il restait alors 3 cobayes au bord de la mer et un à la campagne ; les animaux furent alors sacrifiés.

L'examen des courbes de mortalité montre que celle du lot de la campagne s'est, dès le début, maintenue un peu plus élevée que les autres. Celles-ci ont gardé plusieurs mois la même direction ; puis, vers le mois de décembre 1899, celle de la mer a définitivement dépassé celle du laboratoire.

Dans une 2e expérience, commencée le 22 juin 1899, un premier lot fut conservé au laboratoire, un deuxième fut envoyé dans la montagne, au Thiolent, près du Puy, et le troisième dans les bois de l'Isle-Adam. Ce dernier lot ayant été prématurément détruit ne peut entrer ici en ligne de compte. Pour les deux premiers l'expérience prit fin le 12 septembre 1900, pour le même motif que précédemment. Il restait alors 11 cobayes au laboratoire et 4 au Thiolent. C'est donc au lot du laboratoire que restait encore l'avantage. De plus, l'examen des courbes de mortalité montre que celle du lot de la montagne s'était maintenue, pendant le premier été, un peu au-dessous de celle du laboratoire ; aux premiers froids, en octobre, elle l'avait rapidement dépassée, s'en tenant assez éloignée pendant tout l'hiver ; puis, elle tendait à s'en rapprocher pendant le second été.

En somme, dans les deux expériences, l'avantage reste aux lots du laboratoire, malgré les conditions en apparence défavorables que créaient l'exiguïté de l'espace, le peu de ventilation, l'absence de lumière, la permanence de l'humidité, l'abondance des vapeurs ammoniacales. Le froid et le changement de température paraissent surtout avoir agi défavorablement, tandis que l'égalité de température, l'immobilisation plus grande des animaux du laboratoire, semblent avoir opéré une influence salutaire.

Un autre fait, d'un ordre tout différent, se dégage encore de ces expériences. Dans chacun des lots, tous les cobayes ont été inoculés le même jour, de la même manière, dans la plèvre, avec le même virus. Or, chez les animaux d'un même lot, l'évolution de la tuberculose a présenté de très grandes différences.

Nous ne parlons pas seulement ici des formes anatomiques de l'infection, ni de la variété des lésions dans les différents organes. Nous nous proposons, d'ailleurs, de revenir ultérieurement sur les plus intéressantes de ces lésions. Mais, à n'envisager même que l'évolution générale du processus tuberculeux, nous trouvons, parmi les animaux de chaque lot, de grandes dissemblances.

Sans doute, dans le cours d'une infection relativement lente, bien des circonstances accidentelles peuvent survenir, qui en précipitent la marche ou qui déterminent la mort par une cause tout à fait indépendante. Toutefois, comme les considérations extérieures étaient aussi semblables que possible pour les animaux d'un même lot, il semble bien que les différences dans l'évolution de la tuberculose aient été dues surtout à des causes internes, inhérentes à l'organisme, en d'autres termes au terrain. Tandis que certains cobayes mouraient de tuberculose généralisée au bout de 6 semaines, au contraire, chez quelques autres, au bout de 15 et 18 mois, les lésions n'étaient que minimes et étaient restées localisées au thorax. C'est ainsi qu'à la fin des expériences trois cobayes du lot de la mer, trois du lot de la campagne et quatre du lot de laboratoire n'avaient que

des lésions très discrètes. Et il en était de même, dans la deuxième expérience, pour un cobaye du lot de la montagne et pour trois de celui du laboratoire.

La résistance remarquable que certains cobayes ont présenté à la généralisation de la tuberculose pouvait-elle aller jusqu'à la guérison complète et à la disparition de la virulence? Cela reste douteux pour un certain nombre d'animaux qui sont morts sans offrir de lésions macroscopiques évidentes, mais dont les organes n'ont été ni inoculés ni examinés histologiquement. Toutefois, dans la première expérience, les organes des trois derniers animaux de chaque lot ont été inoculés à des cobayes sains.

Or ces inoculations ont fourni des résultats négatifs pour trois cobayes : deux d'entre eux, appartenant l'un au lot du laboratoire, l'autre au lot de la mer, ne présentaient pas de lésions macroscopiques; le troisième, appartenant au lot de la campagne, avait dans ses poumons de très petits tubercules grisâtres. Il semble donc que, pour ces 3 animaux au moins, l'infection avait avorté ou avait spontanément guéri.

Ces faits expérimentaux peuvent être rapprochés de ceux qu'on observe en pathologie humaine. L'évolution de la tuberculose chez l'homme est éminemment variable suivant les sujets, et des formes très diverses de la maladie se rencontrent indépendamment du climat et de l'altitude. La résistance à l'infection et la guérison s'observent seulement avec une fréquence beaucoup plus grande chez l'homme que dans nos expériences, ce qui s'explique suffisamment, d'ailleurs, par la réceptivité plus considérable du cobaye à la tuberculose et par la dose relativement forte de virus que nous inoculions à nos animaux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 Janvier 1901.

Radiopelvigraphie et radiopelvimétrie à longue portée.

M. H. Varnier (de Paris). — Il est possible d'obtenir, à l'aide d'un simple radiotype, une représentation du bassin osseux meilleure qu'une bonne photographie, en grandeur égale, et permettant d'apprécier, avec une exactitude suffisante, les diamètres utiles à l'accoucheur, qu'il s'agisse du grand bassin, de l'entrée ou de la sortie du petit bassin.

Il suffit pour cela de radiographier le bassin en pronation, c'est-à-dire sur le ventre, à l'aide d'une ampoule placée à 2 m. 50 de la plaque sensible et dont la cathode se trouve perpendiculaire à l'axe prolongé du détroit supérieur d'un bassin normal pris comme point de mire.

Les expériences faites par nous, sur les bassins secs et sur le cadavre, et dont quelques épreuves sont présentées, établissent que, dans ces conditions, les diamètres agrandis ne le sont que de 5 milltmètres au maximum.

Cette méthode de radiopelvigraphie et de radiopelvimétrie à longue portée est applicable — des radiotypes présentés le prouvent — à la femme vivante dont le bassin, dans le décubitus ventral, porte sur la plaque sensible comme le bassin sec et le bassin du cadavre.

Nos expériences sur les bassins secs et sur les cadavres montrent qu'en plaçant l'ampoule plus loin encore, à 5 mètres de la plaque sensible, on arrive à corriger presque entièrement l'écart maximum de 5 millimètres indiqué ci-dessus.

Au cours de ces expériences j'ai été amené à étudier la portée des appareils dont nous disposons à l'heure actuelle (ampoules ordinaires bi-anodiques — bobine de 25 centimètres d'étincelle — trembleur des ingénieurs Ducretet et Lejeune). Avec 10 minutes de pose (10 ampères — 26 volts) j'ai pu obtenir la silhouette d'un bassin sec sur une plaque photographique placée à la distance de 25 mètres de l'ampoule. Avec 20 minutes de pose, le bassin se voit encore sur une plaque distante de 30 mètres. Une glissière est silhouettée à 35 et à 40 mètres; une spirale de plomb à 45 mètres.

Le cadavre peut être radiographié à 5 mètres.

La main vivante l'est aisément à cette même distance en 9 minutes.

Il y a donc lieu d'espérer qu'on pourra, avant qu'il soit longtemps, en opérant à 5 mètres, atténuer encore, pour le bassin de la femme vivante, la légère déformation inhérente à la radiopelvimétrie à 2 m. 50.

Telle qu'elle est, cette dernière donne des résultats suffisants pour la pratique et supérieurs à ceux que fournissent les procédés de pelvimétrie digitale, manuelle, instrumentale, voire radiographique employée jusqu'à ce jour.

J'ai poursuivi cette étude au laboratoire de radiographie que mon maître Pinard et moi avons créé, il y a quatre ans, à la clinique Baudelocque, en vue des applications obstétricales des rayons X.

Du sérum musculaire.

M. Ch. Richet. — Si l'on comprime de la chair musculaire au moyen d'une forte presse, on obtient un liquide rouge, riche en matières protéiques. J'ai montré que ce liquide, ingéré par les chiens, les guérissait définitivement de la tuberculose inoculée, pourvu que la dose ingérée fût suffisante, soit 20 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Avec l'aide de J. Héricourt et A. Perret, j'ai poursuivi l'étude chimique et physiologique de ce produit. Je propose de l'appeler sérum musculaire ou myosérum.

Avec une forte presse (25 kilogrammes par centimètre carré), on peut obtenir par première expression, en opérant avec de la viande de bœuf, environ 33 p. 100 de liquide. Encore doit-on procéder avec lenteur. Jamais on ne peut dépasser, même par plusieurs compressions successives, le chiffre de 40 p. 100. Avec la viande congelée, on obtient sans peine 50 p. 100.

Ce sérum musculaire filtre comme de l'eau, à travers le papier, malgré sa richesse en albuminoïdes; et cette facilité de filtration permet de l'avoir immédiatement privé de graisses et de tout élément morphologique.

Avec la chaleur ou l'acide nitrique il se coagule en masse. Sa densité moyenne est 1,033.

La réaction, si l'on a employé de la viande fraîche, est d'alcalinité trop faible pour être dosée.

La constitution chimique du myosérum est la suivante (pour 1 000 grammes) :

Extrait sec	67,10
Cendres	8,9
Azote total	10,50
Azote des albuminoïdes	8,05
Azote des matières azotées solubles dans l'alcool à chaud	2,52

Il existe des traces de glucose.

Une des matières albuminoïdes est une hémoglobine qui présente tous les caractères de l'hémoglobine du sang. Si le sérum est abandonné à lui-même, par suite des oxydations qui se produisent, l'oxygène disparaît et la liqueur devient d'un noir brunâtre foncé, en une ou deux heures, selon la température, après l'extraction.

Le sérum musculaire est très facilement altérable. Même à 0°, en quelques jours, il est putréfié. En été, à la température extérieure, en une ou deux heures, il s'est déjà altéré. C'est un fait important à connaître, car les légers accidents parfois observés après ingestion de ce sérum ne sont attribuables qu'à ce commencement très rapide de putréfaction.

Injecté dans la veine ou sous la peau, à la dose de 5 centimètres cubes par kilogramme d'animal, le sérum musculaire produit un abaissement considérable de pression artérielle et un état de demi-stupeur et de coma qui se termine en 24 ou 48 heures, quelquefois même, au bout de quelques heures, par la mort de l'animal. Vomissements, diarrhée sanguinolente et ténesme rectal intense. A l'autopsie, les intestins et le foie sont extrêmement congestionnés : souvent même la congestion est telle qu'il y a des hémorrhagies péritonéales et des ruptures de vaisseaux dans le foie. Le sang est coagulable.

Pas de lésions apparentes des reins; ni hémoglobinurie, ni albuminurie.

Des doses de 3 centimètres cubes par kilogramme peuvent même, dans certains cas, amener la mort, mais plus tardivement : en général, la dose de 3 centimètres cubes est tolérée, mais c'est la limite (moyenne de 25 expériences).

Il est presque inutile d'ajouter qu'après coagulation par la chaleur le sérum est devenu absolument inoffensif, même à la dose de 30 centimètres cubes par kilogramme.

Il est remarquable de voir qu'un produit alimentaire, comme le sérum musculaire, possède une action toxique aussi intense. Il faut donc admettre que la digestion stomacale ou, mieux encore, l'assimilation hépatique, détruisent, en les modifiant, les toxines actives qu'il contient.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 Janvier 1901.

De l'influence des lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque.

J. Babinski. — On sait que, lorsqu'on applique les électrodes d'un appareil voltaïque des deux côtés de la tête, soit aux apophyses mastoïdes, soit aux tempes, le sujet en expérience éprouve à la fermeture du courant, entre autres phénomènes, une sensation de vertige, ainsi qu'une inclination latérale de la tête et la partie supérieure du corps du côté où se trouve le pôle positif. C'est là le vertige voltaïque.

Des recherches que j'ai poursuivies depuis quelque temps sur ce sujet m'ont conduit à constater que l'inclination de la tête dans le vertige voltaïque était particulièrement net chez les individus jeunes et apparaissait chez beaucoup d'entre eux sous l'action de courants de très faible intensité (1 à 2 ma.).

Ces recherches m'ont ensuite amené à déceler une influence modificatrice remarquable que les lésions de l'appareil auditif exercent sur le vertige voltaïque.

Je n'ai eu jusqu'à présent que deux fois l'occasion d'expérimenter sur des malades atteints de surdité bilatérale complète. L'un d'eux est un tabétique, dont la surdité semble liée à des lésions des nerfs acoustiques, l'autre a une double sclérose labyrinthique. Dans le premier de ces cas, il faut employer un courant assez intense, de 10 à 12 ma., pour provoquer un mouvement; de plus, l'inclination, au lieu d'être latérale, se fait en arrière. Dans le deuxième cas, il n'y a pas d'inclination.

Ce sont surtout des faits de lésion unilatérale et de lésions bilatérales avec prédominance d'un côté qu'il m'a été donné d'observer.

Ces observations montrent que dans la plupart des cas de lésion unilatérale de l'appareil auditif, que la lésion occupe le tympan, la caisse, le labyrinthe, le nerf acoustique à son origine, le vertige voltaïque n'a plus la forme normale; l'inclination, au lieu de s'effectuer du côté où se trouve le pôle positif, a lieu exclusivement du côté de la lésion, ou bien prédomine de ce côté. Cette inclination unilatérale peut être plus ou moins prononcée, mais son intensité ne donne aucunement la mesure de l'intensité de la lésion. Elle peut être très marquée dans des cas où la lésion est superficielle; par contre, elle peut être très légère dans des cas où la lésion est profonde. De plus, dans les observations de lésions bilatérales, avec prédominance d'un côté, l'inclination n'est pas plus marquée du côté où la lésion prédomine.

Ces faits me semblent intéressants au point de vue de l'étude du mécanisme du vertige voltaïque. On sait, en effet, que tandis que certains physiologistes supposent que ce vertige est lié à une excitation électrique du labyrinthe, d'autres pensent qu'il dépend d'une excitation directe des centres nerveux par le courant électrique. Mes observations viennent à l'appui de la première de ces deux opinions.

De plus, il en résulte que l'exploration voltaïque de la tête est un réactif propre à déceler des lésions auriculaires, qui, autrement, auraient pu être méconnues. J'ai observé des sujets, en apparence simplement hystériques, atteints d'hémianesthésie hystérique occupant le côté où la lésion auriculaire a été décelée, et qui ne s'étaient nullement plaints de troubles auriculaires.

L'une de nos malades nous affirmait même qu'elle entendait aussi bien des deux côtés; or l'examen local a décelé l'existence d'une otite suppurée.

Il est nécessaire de continuer ces recherches, mais, dès maintenant, je puis affirmer que les lésions de l'appareil auditif, particulièrement les lésions unilatérales, modifient notablement, au moins dans un certain nombre de cas, les caractères du vertige voltaïque normal.

Action du mucus sur l'organisme.

MM. Charrin et Moussu. — On recueille du mucus frais dans les voies respiratoires de grands animaux; on dilue ce mucus, en battant avec soin, dans 30 ou 40 fois son poids d'eau salée à 8 p. 1 000 ou additionnée de carbonate de soude à 1/1 000; on filtre sur du papier, puis on injecte dans la veine de l'oreille du lapin.

Il suffit d'introduire 5 à 10 centigrammes par kilogramme pour amener la mort en moins de 2 minutes. Quand on emploie des doses minimes, à l'autopsie faite hâtivement, on voit le cœur battre, mais assez faiblement: le sang, encore fluide, se coagule très vite, et, dans le ventricule droit, on trouve des caillots naissants; on peut même, lorsqu'on emploie des quantités considérables, constater que le contenu ventriculaire est entièrement coagulé.

Cette accélération de la coagulation est telle qu'on se demande si ce phénomène ne joue pas un rôle dans le mécanisme de la mort.

Bien que le cœur présente quelques battements, bien que le sang soit encore liquide durant quelques instants, on est porté à admettre cette opinion, surtout quand on sait qu'il suffit d'injecter, au préalable, un peu d'extrait de sangsue aux animaux pour les préserver de cette action du mucus. Or, *in vitro*, cet extrait de sangsue maintient la fluidité du sang en dépit de l'addition de ce mucus.

On enregistre, toujours *in vitro*, des résultats analogues avec l'oxalate de soude ou du fluorure de sodium; mais on ne peut employer ces sels chez l'animal, en raison de la toxicité des proportions rendues nécessaires pour le maintien de la fluidité.

Il est assez difficile de croire qu'il s'agit là du fibrin-ferment; la chaleur détruit facilement ce principe, tandis que l'activité coagulante du mucus, surtout dans l'eau carbonatée, supporte, au moins durant quelques instants, une température de 100°, parfois davantage; d'autre part, la précipitation par l'alcool (procédé de préparation pour le fibrin-ferment) altère cette activité coagulante. Ajoutons que ces dilutions du mucus sont pauvres en cellules, en leucocytes; après dépôt ou centrifugation, la partie superficielle du tube est sensiblement aussi active que la partie profonde; au contraire, l'influence du fibrinferment varie avec les éléments figurés, principalement les globules blancs.

Ce produit coagulant ne dialyse pas, précipite par le sulfate d'ammoniaque; certains acides le détériorent et quelques réactions font penser à l'intervention de la mucine; le foie ne le modifie pas sensiblement. Il s'agit là vraisemblablement d'un coagulant direct, attendu que quelques gouttes d'une dilution suffisent à assurer en 3 minutes la coagulation du sang de cheval dans des tubes où normalement ce sang se maintient liquide pendant plus d'un quart d'heure. Il est vrai qu'avec différents extraits de tissus on hâte cette coagulation, mais la chaleur supprime aisément l'influence de ces extraits; d'un autre côté, injectés dans la circulation, ces extraits n'engendrent pas de modifications spéciales.

Nous ne prétendons pas, d'ailleurs, localiser uniquement dans ce mucus cette action nuisible si manifeste; il convient de rechercher cette action un peu partout, d'élucider la nature, le mécanisme du phénomène, d'examiner ses variations pathologiques, d'établir s'il est possible de créer une sorte d'immunité, de voir si une telle action intervient dans la genèse des thromboses, des phlébites, dans l'arrêt des hémorrhagies, etc. Quoi qu'il en soit, l'abondance de ce mucus répandu dans les diverses régions de l'organisme, son augmentation dans une série de maladies, son apparition dans une foule de cultures

microbiennes, d'autre part, l'intensité, la netteté de ce pouvoir coagulant, toutes ces raisons font comprendre l'intérêt de ces recherches.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 Janvier 1901.

Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. Utilité de la radiographie.

M. Mignon communique une observation qui vient démontrer une fois de plus l'utilité de la radiographie. Les épreuves en ont été faites par M. Loison. Il s'agit d'un jeune soldat qui, à la suite d'un coup de revolver dans la tempe, avait présenté du vertige. La radiographie a annoncé que le projectile était situé à 2 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire droite, et c'est exactement à ce niveau que la trépanation lui a permis de le trouver et de le retirer.

Rupture de la rate.

M. Loison avait présenté en 1898 un malade qui avait été atteint de rupture de la rate. Cet homme avait reçu un coup de pied de cheval dans l'hypochondre gauche. Deux ou trois côtes avaient été fracturées, une hématurie s'était produite et le ventre s'était ballonné. Le lendemain, le pouls battait 120 et la température marquait 38°.

La laparotomie a montré, au-dessous des anses intestinales qui n'étaient pas déchirées, une énorme quantité de sang et de caillots qui furent retirés. Dans la profondeur, on a aperçu la rate déchirée à son pôle supérieur. Après avoir fait un tamponnement serré, M. Loison a suturé l'abdomen et l'opéré a guéri sans incidents.

Laparotomie pour appendicite aiguë.

M. Poirier communique la statistique du traitement de l'appendicite aiguë qu'il opère le plus tôt possible.

Depuis 2 ans, M. Poirier a recueilli 64 observations. 46 malades ont été opérés à l'hôpital et 18 en ville.

Les 46 premiers se décomposent ainsi : 26 en 1899 : 7 à froid et 19 à chaud ; 2 de ces derniers seulement ont succombé ; 20 en 1900 : 1 à froid et 19 à chaud, sans mortalité.

Les opérés en ville ont été au nombre de 18, 7 en 1899 et 11 en 1900. Sur ces 18 opérés, M. Poirier a eu 4 insuccès, ce qui s'explique par les conditions beaucoup moins favorables dans lesquelles on opère.

M. Poirier est convaincu que l'opération précoce donne le plus de chances possible de guérison. Elle met à l'abri de la septicémie péritonéale, qui est plus à redouter quand l'abdomen n'est pas ouvert. Il ajoute que, dans plusieurs cas où les accidents ont persisté après la laparotomie, il les a vu céder à une application de sangsues.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Janvier 1901.

Cirrhose hypertrophique diffuse.

MM. A. Gilbert et J. Castaigne. — Sous le nom de cirrhose hypertrophique diffuse, on doit entendre une forme bien particulière de cirrhose bi-veineuse et péri-capillaire, nettement caractérisée par son étiologie, sa clinique et son anatomie pathologique et dont nous avons pu réunir 5 observations sur lesquelles est basée notre communication.

Les deux grands facteurs étiologiques sont l'alcoolisme, que l'on retrouve dans toutes les observations, et la tuberculose qui est intervenue dans 3 cas et qui semble avoir joué un rôle prépondérant, au moins chez un des malades.

Dans tous les cas, le foie est extrêmement volumineux, mais lisse, et présente un bord inférieur moins mousse que dans la cirrhose hypertrophique graisseuse. La rate est légèrement hypertrophiée. L'ascite, toujours constatée, ne nécessita la ponction que dans un seul cas ; en général, il s'agit d'ascite peu abondante, variant de 6 à 9 litres. La circulation collatérale est très peu accentuée. Quant à l'ictère, il fut relevé dans tous les cas, mais jamais avec l'intensité qu'il acquiert dans les cirrhoses graisseuses ; il s'agit, en général, d'une coloration jaune sale de la peau avec présence de pigments modifiés dans les urines.

L'évolution de cette cirrhose se fait en deux stades : il existe d'abord une période de præ-cirrhose, pendant laquelle on note les différents petits signes décrits par Hanot. Cette période peut durer plus ou moins longtemps et même présenter des rémissions, si le malade est mis au régime lacté ; il semble qu'à ce moment rien ne soit encore définitif : le malade prépare, pour ainsi dire, sa cirrhose. Mais quand commence la seconde période, quand l'ascite apparaît, l'évolution est rapidement fatale : à peine 2 ou 3 mois pour les malades les plus favorisés séparent l'apparition constatée de l'ascite, des accidents terminaux.

Il était intéressant de savoir quel est, à cette période ascitique, le fonctionnement de la cellule hépatique ; il fut recherché avec soin et à plusieurs reprises dans une observation : or, même par les procédés les plus sensibles, le fonctionnement des cellules hépatiques parut normal. Il semble donc que, dans ce cas, le pronostic fatal n'était pas lié à une insuffisance hépatique, et que la loi de pathologie établie par Hanot — à savoir que le pronostic d'une cirrhose est parallèle à l'état fonctionnel de la cellule hépatique — paraissait en défaut.

A l'autopsie, on pourrait croire, au premier abord, comme d'ailleurs pendant la vie, à l'existence d'une cirrhose graisseuse, mais dans les cas de cirrhoses hypertrophiques diffuses, le foie est plus dur au toucher et à la coupe, il est moins onctueux et sa densité est plus considérable.

L'examen histologique va, d'ailleurs, lever tous les doutes : à un faible grossissement, il semble qu'on se trouve en présence d'un épaississement du tissu conjonctif autour des veinules portes et sus-hépatiques, mais en y regardant de plus près, ou à un grossissement un peu plus fort, on voit que, des formations scléreuses principales, partent des fibres conjonctives qui pénètrent dans l'intérieur du lobule en suivant le trajet des capillaires, séparent les travées, pénétrant même entre les cellules qui sont dissociées pour ainsi dire une à une. A un fort grossissement on se rend compte, en somme, que le tissu scléreux forme un fin grillage dont chaque maille contient une cellule hépatique ; on note également que les cellules ont gardé leur affinité spéciale pour les colorants et ne présentent pas de lésions de dégénérescence granuleuse ni graisseuse.

Il s'agit donc là d'une forme bien particulière de cirrhose simple, puisqu'il n'existe pas de lésions cellulaires, — bi-veineuse, puisque le maximum des lésions existe autour des veinules portes et sus-hépatiques, — mais aussi péric-apillaire, puisque les travées sont dessinées par le tissu conjonctif. C'est bien, en réalité, une cirrhose hypertrophique diffuse bi-veineuse et péricapillaire.

Syndromes arthritiques chez les enfants.

M. Comby. — Sans prétendre exposer, dans son ensemble, la diathèse arthritique chez les enfants, M. Comby se borne, pour aujourd'hui, à appeler l'attention sur trois grands syndromes assez fréquents et d'une interprétation parfois difficile.

1° *Céphalalgie périodique.* — La céphalée paroxystique des enfants arthritiques a été attribuée quelquefois à la croissance. Elle se montre dans la seconde enfance, entre 7 et 15 ans, chez des sujets de souche arthritico-nerveuse, et il est aisé de retrouver chez les ascendants une ou plusieurs des modalités de la diathèse : goutte, obésité, diabète, asthme, migraine, gravelle, dermatoses, etc.

L'enfant présente des crises périodiques de douleurs de tête, tantôt fulgurantes et de courte durée, tantôt prolongées. Ces douleurs, qui diffèrent de la migraine, outre leur évolution, par l'absence de nausées et de vomissements, reviennent toutes les 5 à 6 semaines. Elles ne sont dues ni à la croissance, ni à l'anémie, ni au surmenage cérébral. Elles sont d'origine uricémique ou arthritique, s'amendant ou disparaissant par une thérapeutique appropriée : alcalins, régime végétarien, diète aqueuse, hygiène de la peau, vie au grand air.

2° *Vomissement cyclique.* — Le vomissement périodique ou cyclique est un syndrome encore plus émouvant. Tout à coup l'enfant est pris, en pleine santé, de vomissements incoercibles avec fièvre, abattement, etc. On songe à l'appendicite, à l'occlusion intestinale, à la péritonite, à un empoisonnement. Mais le ventre est souple, sans foyer localisé, sans tympanisme. D'autre part, aucun excès alimentaire, aucune ingestion suspecte ne sauraient être incriminés. Les vomissements persistent pendant plusieurs jours, pendant 8 jours parfois. L'enfant tombe dans un état cachectique, puis, tout à coup, la crise touche à son terme et la santé revient presque instantanément. Au bout de 3, 4, 6 mois, nouvelle crise semblable à la première, sauf quelques variantes quant à la durée et l'intensité, et ainsi de suite pendant des années.

Là encore on relève aisément la tare arthritique des parents et, s'inspirant de cette étiologie, on cherche à prévenir le retour des accès par une bonne hygiène thérapeutique.

3° *Fièvre arthritique.* — La fièvre urémique ou arthritique, qu'il croit être le premier à décrire, se présente avec des allures encore plus déroutantes. Elle sévit sur les enfants de même âge et de même souche que la céphalalgie et le vomissement paroxystique. Mais elle semble calquée sur la fièvre intermittente palustre à type quotidien. Après quelques jours de malaise, parfois un refroidissement insignifiant, un mal de gorge, l'enfant présente un formidable accès de fièvre avec frisson, chaleur, sueur. La température monte à 40°, 40°,5, parfois 41°. Le matin elle redescend à 37° ou 38° pour remonter tous les soirs à un niveau fort élevé. Cette intermittence quotidienne dure ainsi 4, 5, 8 jours, parfois davantage. Elle s'accompagne de faiblesse, d'anémie. Cependant la rate n'est pas grosse, le foie reste normal. Aucune localisation viscérale apparente. Rien dans le sang. La quinine, même à haute dose, reste d'ailleurs absolument inefficace.

Après une durée plus ou moins longue, le paroxysme fébrile disparaît et l'enfant revient à la santé. L'analyse des urines révèle souvent un accès d'urée et d'acide urique. Les antécédents arthritiques héréditaires sont très accusés. Enfin, chez un de ses malades, la crise fébrile intermittente s'est terminée par un véritable accès de goutte. Comment, après cela, ne pas voir l'analogie de toutes ces manifestations paroxystiques avec la goutte larvée ?

Conclusions. — Les trois syndromes qu'il vient d'esquisser (céphalalgie, vomissements, fièvre urémique) sont certainement d'origine arthritique. Cette pathogénie est confirmée, non seulement par les allures cliniques de ces paroxysmes, mais encore par l'analyse des urines, et par les antécédents héréditaires des malades.

Cette conception permet d'instituer un traitement rationnel.

Contre les accès, peu de chose à faire. On prescrira le repos au lit, la diète hydrique, les bains tièdes, au besoin les injections de sérum artificiel.

Dans l'intervalle des accès, on cherchera à modifier le tempérament morbide par la vie au grand air, les exercices physiques, les pratiques hydrothérapiques, les frictions et massages, le séjour à la campagne ou à la montagne, les cures alcalines (Vichy, Pougues), les eaux arsenicales dans quelques cas (la Bourboule), les chlorurées sodiques chaudes et froides, les eaux sulfureuses. Régime en grande partie végétarien (pain et farineux, légumes secs et légumes verts, œufs et laitages, viandes blanches, fruits cuits, etc.). Comme boisson, de l'eau ou du lait. Pas d'excès alimentaires, pas de surmenage cérébral ou même physique. En somme, hygiène du poumon, du tube digestif, de la peau, des muscles, du cerveau.

Fièvre typhoïde à prédominance méningée.

MM. Bernard et **Sergent** communiquent une observation de fièvre typhoïde à manifestations méningées très marquées, à début brusque, chez un homme de 36 ans, alcoolique absinthique, qui, 6 semaines auparavant, s'était tiré une balle de revolver dans la tempe droite, laquelle balle n'avait pu être extraite. La prédominance des phénomènes méningés, l'absence de diarrhée (il y avait même constipation), de taches rosées, firent tout naturellement errer le diagnostic qui ne put être établi que grâce à la séro-réaction.

MM. Rendu et **Troisier** rapportent quelques observations récentes de fièvres typhoïdes apyrétiques, ou presque apyrétiques, sans taches rosées, sans diarrhée, qui n'auraient pas pu être diagnostiquées sans la séro-réaction.

Lésions méningitiques dans la paralysie générale, le tabes et la méningite méningo-syphilitique.

M. Nageotte. — En rapport avec la lymphocytose signalée par MM. Widal, Monod, Sicard, Ravaut, dans la paralysie générale, le tabes et la méningo-myélite syphilitique, on rencontre dans toutes ces affections des lésions de méningite qui sont constantes et qui ont tous les caractères de la méningite syphilitique. Cette méningite est caractérisée par une grande abondance de lymphocytes. C'est là une nouvelle parenté entre ces trois groupes d'affections syphilitiques diffuses qui ont des parentés symptomatiques nombreuses.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Janvier 1901.

Application de la photothérapie au traitement du lupus érythémateux.

M. Leredde. — Le traitement du lupus tuberculeux par les rayons chimiques concentrés (photothérapie) est fondé sur les propriétés microbicides de la lumière, dues, comme l'ont démontré Roux, Arloing, Duclaux, aux rayons violets et ultraviolets (rayons chimiques) du spectre. Finsen a soigné par sa méthode 600 malades, et n'a eu que 3 p. 100 d'insuccès.

M. Leredde a obtenu à l'établissement dermatologique de Paris les mêmes résultats que Finsen. Comme M. Petersen, de Saint-Pétersbourg, il peut déclarer que ces résultats sont merveilleux.

M. Leredde a eu surtout l'occasion de traiter des malades atteints de lupus érythémateux. On sait combien cette maladie est rebelle, plus encore que le lupus de Willan. Le nombre des procédés thérapeutiques qui lui ont été appliqués est considérable ; souvent tous les efforts restent inutiles.

Les malades que M. Leredde a eu à traiter étaient atteints de formes graves et avaient été soignés sans résultats, par tous les procédés, avant d'être soumis à la photothérapie. Les uns avaient été traités par les procédés galvanocaustiques, d'autres par des scarifications, des applications d'emplâtres et de caustiques pendant des années, plusieurs avaient même été soumis au traitement régulier par les courants de haute fréquence, dont l'utilité dans la cure du lupus de Cazenave a été démontrée par M. Brocq.

Sur 11 malades, 3 sont actuellement guéris, 2 améliorés d'une manière considérable, 6 sont encore en traitement ; sur ceux-ci, 4 sont très modifiés et guériront complètement ou à peu près ; 2 seulement sont réfractaires.

Ces chiffres, et surtout l'échec des procédés employés antérieurement chez les malades, semblent démontrer que la méthode de Finsen constitue un progrès considérable dans le traitement du lupus érythémateux.

M. Bolognesi rappelle que, en 1893, Juhel-Rénoy avait eu de très bons résultats de l'emploi de la lumière rouge chez les varioleux ; la suppuration est beaucoup moindre sous cette influence et les malades guérissent avec des cicatrices très peu apparentes.

M. Blondel a visité, à Copenhague, l'Institut de Finsen, et il a été vivement impressionné par les très belles guérisons de lupus obtenues ; il a vu un malade, soigné à l'hôpital Saint-Louis, de Paris, depuis 10 ans, par les procédés classiques, déclaré incurable par Besnier, que Finsen est parvenu à guérir après un très long traitement.

M. Du Castel reconnaît toute l'importance de la méthode Finsen dans tous les cas de lupus profonds ; c'est, en effet, en raison de la grande pénétrabilité des rayons Finsen, le seul procédé avec lequel on soit certain d'atteindre tous les nodules. Lorsqu'au contraire on a affaire à des lupus superficiels (ne

pénétrant pas à plus de 1/2 centimètre dans les tissus) on peut obtenir de très belles guérisons par la méthode chirurgicale de Lang, qui consiste à enlever, en une séance, tous les tissus morbides.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 17 Janvier 1901.

Dystocie par kyste hydatique du petit bassin.

M. Boissard. — Il s'agit d'une jeune femme opérée à l'âge de 18 ans pour un kyste hydatique du foie. Un an après, elle devint enceinte et accoucha difficilement. Pendant le cours de sa dernière grossesse, elle se présenta à l'hôpital Tenon. A l'examen, on trouve l'excavation complètement remplie par une tumeur fluctuante. Une ponction au trocart ne ramenant pas de liquide, on incisa le cul-de-sac postérieur, et cette ouverture permit d'évacuer de nombreuses poches hydatiques. La malade sort de l'hôpital sans vouloir consulter de chirurgien. L'année dernière, nouvelle grossesse et nouvelles difficultés pour l'accouchement. La tumeur s'est reproduite et remplit à nouveau l'excavation. On incisa longuement le cul-de-sac postérieur, ce qui permit à la poche de se vider.

Le kyste était suppuré ; malgré cela, à la suite d'une marsupialisation et du tamponnement de la cavité, la guérison s'obtint facilement.

Cinq opérations césariennes.

M. Fournier (Amiens) a pratiqué 5 fois l'opération césarienne chez des femmes ayant des rétrécissements du bassin variant de 7 cent. 1/2 à 8 cent. 1/2. Les 5 femmes ont guéri. En rapportant ces cas, M. Fournier insiste sur un procédé opératoire qui consiste à décoller complètement l'œuf avant de l'ouvrir. La paroi abdominale et la cavité utérine étant incisées, on passe la main entre les membranes et l'utérus, et on décolle l'œuf tout entier. On le remet entre les mains d'un aide qui l'ouvre sur une petite table voisine et qui délivre l'enfant. Ce procédé empêche la pénétration du liquide amniotique dans la cavité péritonéale.

Un cas d'ectopie pharyngée de la langue.

M. Fabre (Lyon). — Il s'agit d'un enfant qui mourut d'asphyxie quelques heures après sa naissance. Cet enfant présentait une atrophie considérable du maxillaire inférieur. En ouvrant la bouche, on constate que la langue ne dépasse pas l'isthme du gosier. Cet organe est refoulé en arrière et comprime fortement l'orifice du larynx. Cette anomalie est très rare, elle se termine toujours par la mort. Dans un cas, cependant, on a pu faire vivre l'enfant en incisant la muqueuse du plancher de la bouche tout autour de la langue, et en attirant cet organe au dehors.

Gangrène pleuro-pulmonaire à la suite d'infection utérine par rétention des lochies.

M. C. Jeannin. — Il s'agit d'une primipare de 20 ans, de bonne santé antérieure, accouchée à la Charité d'un enfant vivant et à terme. Tout s'était passé très normalement; au troisième jour, la fièvre éclate, on pratique le curage de l'utérus; les symptômes locaux purulents s'amendèrent, surtout quand on fit le redressement de l'antéversion très prononcée qui gênait l'écoulement lochial. Cependant, la fièvre persista, et, le septième jour, la malade se plaignit d'un violent point de côté à la base du poumon gauche; ce fut le symptôme initial d'une pleurésie putride qui emportait la malade le vingt-et-unième jour. L'examen du liquide utérin et pleuro-pulmonaire montra la présence de nombreux germes anaérobies, sans aérobies. Il s'agit donc bien là d'une infection gangréneuse, à point de départ utérin. Etant données les conditions dans lesquelles s'effectua l'accouchement, tout porte à croire qu'il y a eu « auto-infection » ascendante.

Recherches sur la cryoscopie du liquide amniotique.

M. Keim a fait, comparativement, la cryoscopie du liquide amniotique, celle du sang de la mère et du fœtus et de leurs urines. Chez la femme à terme, Δ du sang maternel est abaissé et en moyenne = — 0,507 ; Δ du sang fœtal = — 0,521. Ces résultats confirment les recherches chimiques qui ont démontré la dilution du sang maternel à la fin de la grossesse. Les urines de la mère ont Δ moyen = — 2,035 (peut-être en rapport avec l'excès des chlorures), celles du fœtus — 0,22. Enfin le liquide amniotique a Δ qui oscille entre 0,424 et — 0,51, en moyenne — 0,477. Il est donc hypotonique par rapport au sérum sanguin de la mère et à celui du fœtus.

Il est vraisemblable qu'à terme, le liquide amniotique est résorbé, comme l'expérimentation l'avait déjà indiqué (Gusserow, Bar). S'il a, vis-à-vis du fœtus, le rôle d'un liquide conservateur des éléments cellulaires, ce rôle est seulement indirect. Passant, en effet, ainsi que l'a montré Brugmans, dans les lymphatiques cutanés du fœtus, le liquide amniotique rend à son sang les parties aqueuses qui lui manquent et favorise, par là même, les échanges fœto-maternels au terme de la grossesse. Il est, d'ailleurs, préparé à ce rôle, par sa composition, puisque, normalement, à terme, il contient 5 à 6 grammes de NaCl, substance, on le sait, la plus diffusible.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 14 Janvier 1901.

Latéroflexion de l'utérus gravide.

M. Routier communique l'observation d'une femme dont les dernières règles remontaient au début d'avril 1900, et qui présenta à trois reprises différentes, en juillet et au commencement d'août, des accidents douloureux accompagnés de petites pertes sanguines. M. Routier fit chez cette jeune femme le diagnostic de grossesse extra-utérine, diagnostic qui fut aussi celui de M. Terrier. Au cours de la laparotomie qui fut pratiquée le 9 août par M. Routier, on vit qu'il s'agissait d'un utérus gravide en latéroflexion droite. Quoique M. Routier se soit contenté de redresser simplement l'utérus, la femme avorta 16 jours après.

M. Quénu rappelle, à ce propos, le cas communiqué par lui à la Société en mai 1900. Il s'agissait d'une femme enceinte de 5 mois 1/2, à laquelle M. Quénu enleva, par laparotomie, un kyste dermoïde de l'ovaire, et qui avorta également malgré l'extrême simplicité de l'intervention. Cette femme, redevenue grosse depuis, accoucha prématurément vers 6 mois 1/2. M. Quénu se demande si certaines femmes n'offrent pas une prédisposition personnelle aux avortements.

M. Pinard croit qu'il ne faut pas plus parler, à l'heure actuelle, de prédisposition personnelle à l'avortement que de mort habituelle du fœtus. Il y a toujours une cause qu'il faut savoir retrouver et qui, pour l'interruption prématurée de la grossesse, peut être une malformation utérine.

De l'influence de la menstruation sur l'apparition des attaques d'appendicite.

M. Le Gendre a examiné un certain nombre de femmes qui ont vu leurs règles s'arrêter; ces arrêts étant accompagnés de douleurs et quelquefois d'une légère élévation de la température. En examinant ces femmes, il n'a rien trouvé de particulier du côté de l'utérus, mais de la sensibilité au niveau de la région cæcale, et de la douleur au niveau du point de Mac Burney. Le repos et la diète firent disparaître ces accidents. Des accidents utérins tapageurs seraient donc parfois liés à des troubles digestifs. M. Legendre conseille aux personnes habituellement constipées de veiller à la liberté du ventre, tout particulièrement au moment des règles.

M. Quénu. — Il n'est pas besoin de réflexe colo-utérin pour expliquer ces faits, qui sont simplement une nouvelle preuve de l'influence qu'a la menstruation sur l'apparition des attaques d'appendicite. M. Quénu a été un des premiers à insister sur ces faits à la Société de chirurgie. C'est bien souvent au moment des règles que l'appendice joue ses vilains tours.

M. Legueu rapporte l'histoire de deux de ses malades où cette influence a été des plus nettes. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une appendicite à répétition. Les crises survenaient toujours au moment des règles. La deuxième malade présentait tous les mois, à cette époque, une attaque d'appendicite absolument caractérisée. M. Legueu finit par opérer cette malade. L'appendice était perdu dans un tissu lardacé et ne présentait aucune adhérence avec les annexes du côté correspondant.

M. Le Gendre partage absolument la manière de voir de MM. Quénu et Legueu, et il a observé lui-même un cas d'appendicite survenue pendant la grossesse au moment correspondant aux règles.

Spina bifida.

M. Kirmisson lit son rapport sur la communication faite à la Société par M. Gosset au sujet d'une opération de spina bifida. Il s'agissait d'un spina bifida de la région lombo-sacrée qui fut opéré par M. Gosset le 27 mars 1900, le lendemain de la naissance de l'enfant. Les suites immédiates furent parfaites. L'enfant fut ramené le 18 avril parce qu'il avait des attaques convulsives. Les fontanelles présentaient une tension assez accusée. M. Gosset, à l'aide d'une ponction, évacua 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Les convulsions disparurent pour réapparaître bientôt après. On refit une ponction évacuatrice le 4 mai. Les convulsions cessèrent et, en novembre dernier, l'enfant était en bon état, présentant toutefois un volume un peu exagéré du crâne. M. Kirmisson insiste sur l'intérêt qu'il y aura à suivre cet enfant, car dans le spina bifida la guérison opératoire n'est rien, tout l'intérêt réside dans les résultats éloignés de l'intervention, c'est la guérison thérapeutique qui est tout.

Pour ce qui est de l'opération elle-même, le gros danger qu'il faut chercher à éviter c'est l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Aussi faut-il toujours faire une suture aussi exacte que possible. Quand l'orifice de communication est étroit, M. Kirmisson fait, après dissection, une ligature en masse. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien est accompagné d'un suintement perpétuel qui s'oppose à l'union des tissus; il est une cause d'épuisement et laisse une porte ouverte à l'infection. La longue durée de l'intervention et l'abondance de l'écoulement sanguin ne permettent pas de recourir aux opérations ostéo-plastiques chez les très jeunes enfants. Au point de vue du pronostic il faut faire une très grande différence suivant qu'il s'agit de nouveau-nés ou d'enfants très jeunes, chez lesquels les opérations, même les mieux faites, sont presque fatalement suivies d'hydrocéphalie, ou qu'il s'agit de sujets plus âgés, d'adultes chez qui on intervient dans des conditions infiniment plus favorables.

Hystérectomie abdominale pour cancer pratiquée au huitième mois de la grossesse.

M. Legueu. — Il s'agit d'une femme de 36 ans que des pertes sanguines amenèrent dans le service de M. Pozzi, en juillet 1900. Cette femme, dont les dernières règles remontaient au début de janvier, était alors enceinte de 5 mois à 5 mois 1/2. Elle était atteinte d'une infiltration cancéreuse du col. A ce moment, le mal était encore limité et le cancer opérable. En août survinrent d'abondantes hémorrhagies qui faillirent tuer la malade et qui s'arrêtèrent après un curettage du cancer, que pratiqua alors M. Legueu. La malade se remonta peu à peu, mais le mal se propageant assez rapidement, M. Legueu pratiqua, le 12 septembre, l'hystérectomie abdominale précédée d'une hystérectomie qui permit l'extraction d'un enfant qui, né en état de mort apparente, mourut le même soir. Aujourd'hui le cancer a déjà récidivé chez la mère. M. Legueu demande s'il a bien fait d'attendre ou s'il aurait dû intervenir plus tôt.

Au sujet de la thérapeutique du cancer au cours de la grossesse, M. Legueu fait remarquer que si le cancer est inopérable, il n'intéresse pas le chirurgien, mais, dans le cas contraire, il n'en est plus de même. Durant les trois premiers mois on met neuf fois sur dix, sur le compte du cancer, les modifications apportées par la grossesse au volume de l'utérus. En supposant que le diagnostic de grossesse ait été cependant fait, M. Legueu est d'avis de ne pas attendre, mais d'opérer, et l'opération à laquelle il donne la préférence est l'hystérectomie abdominale.

Quand la femme est enceinte de 3 à 6 mois, faut-il également intervenir immédiatement? La question est très délicate : en opérant on supprime le fœtus et l'on ne fait que retarder la mort de la mère de quelques mois, de quelques années tout au plus. C'est pour cela que M. Legueu a attendu dans le cas rapporté plus haut. Durant les trois derniers mois de la grossesse on a le devoir, tout en recherchant la guérison de la mère, d'assurer la vie de l'enfant. Autrefois on attendait l'accouchement spontané, puis on opérait la mère; cette pratique est actuellement abandonnée de tous, et l'on recourt à l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale. Mais à quel moment faut-il ainsi intervenir? Faut-il attendre le travail, ou opérer dès le 8ᵉ mois? Sur 14 femmes opérées au moment du travail, 11 sont mortes; sur 7 femmes opérées le 8ᵉ mois, une seule a succombé. Aussi M. Legueu se déclare-t-il partisan de l'opération pratiquée à cette époque, et pour ainsi dire à froid.

Foie polykystique cause de dystocie. Association de la dégénérescence kystique du foie et des reins chez un fœtus affecté de malformations multiples.

MM. Porak et **Couvelaire** présentent un cas de dystocie par excès de volume du ventre du fœtus. La cause de cet excès de volume était un foie polykystique renfermant 350 grammes de liquide vert porracé, associé à une dégénérescence kystique des deux reins et à des malformations multiples (encéphalie, achondroplasie, doigts et orteils surnuméraires, organes génitaux externes rudimentaires, etc., etc.).

Cette observation est intéressante à un double titre :

1° La cause de la dystocie (foie polykystique) qui est exceptionnelle ;

2° L'association de la dégénérescence kystique du foie et des reins, que MM. Porak et Couvelaire pensent être constante dans la maladie kystique congénitale au moins histologiquement réalisée.

Le développement de ces deux points amène les auteurs, d'une part, à esquisser l'histoire encore peu faite de la dystocie par excès de volume du foie, d'autre part, à établir l'anatomie pathologique des variétés de foie polykystique congénital et l'histogénie de la maladie kystique congénitale.

Mort du fœtus par arrachement des vaisseaux du cordon pendant le travail.

MM. Lepage et **Grosse.** — Il s'agit d'une femme de 25 ans qui, le 18 décembre 1900, expulsa un fœtus de 6 mois enveloppé dans les membranes non encore rompues, mais complètement séparées du placenta.

L'enfant, décoloré, exsangue, a succombé pendant le travail à une hémorrhagie par déchirure des vaisseaux du cordon qui se divisaient avant leur arrivée au placenta et se ramifiaient en partie sur la face fœtale du placenta, en partie dans l'épaisseur des membranes. Au-dessous de la zone de ramification des vaisseaux, la face fœtale du placenta était recouverte de fibrine comme dans les cas de placenta bordé.

L'arrachement des vaisseaux du cordon s'est produit au point où ils abordaient le placenta. Cet arrachement résulte : 1° de la brièveté du cordon qui, long de 39 centimètres, faisait encore, dans sa portion libre, un circulaire autour du cou du fœtus; 2° de la disposition des vaisseaux du cordon qui ne se ramifient sur sa face fœtale que d'un seul côté; 3° des lésions du placenta (placenta bordé) et de la fragilité des vaisseaux qui en est vraisemblablement la conséquence.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 16 Janvier 1901.

Tubage et trachéotomie pour compression de la trachée par un cancer du corps thyroïde.

M. Casella présente une pièce provenant du service de M. Gangolphe. Il s'agissait d'une malade de 63 ans qui n'avait présenté antérieurement aucune hypertrophie du corps thyroïde. Il y a 3 mois seulement la malade s'aperçut que son cou augmentait de volume, l'accroissement fut rapide et bientôt apparurent des troubles dyspnéiques intermittents d'abord puis continus avec quelques exacerbations. Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate une tumeur nettement thyroïdienne, prédominant à droite et paraissant s'enfoncer assez bas. La trachée n'est perceptible à la palpation que dans sa partie toute supérieure ; elle paraît déviée à gauche.

Six jours après son entrée, la malade est prise de dyspnée intense avec cyanose. L'intubation du larynx est pratiquée, le doigt servant de conducteur, mais dès l'introduction du tube la respiration s'arrête. On retire le tube et l'on pratique la trachéotomie immédiatement au-dessous du cricoïde, la tumeur ne permettant pas d'aborder la trachée plus bas. On introduit une canule ordinaire et la respiration est de nouveau aussitôt suspendue. On essaye alors de placer une longue canule qui ne peut pénétrer complètement ; la cyanose s'accentue et la malade meurt.

A l'autopsie on constate la tumeur thyroïdienne qui plonge un peu derrière le sternum. La glotte est normale : le thyroïde est légèrement incliné à droite ; plus bas le coude s'accentue et la trachée décrit un arc de cercle à concavité droite : elle se trouve séparée par un véritable clivage de l'œsophage qui a conservé sa place. La plaie de la trachéotomie a été faite latéralement, la trachée étant non seulement déviée, mais tordue, la face antérieure regardant à gauche.

Le tube laryngien a donc dû buter contre le premier coude ; la canule courte était insuffisante, la longue canule se heurtait au second coude et ne pouvait pénétrer : il aurait été probablement utile, dans ce cas, d'introduire une canule molle, une sonde œsophagienne par exemple, qui se serait prêtée aux inflexions de la trachée.

Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle.

M. Laroyenne présente un segment d'intestin grêle provenant d'une malade décédée dans le service de M. A. Pollosson. Il s'agit d'une jeune femme qui présentait depuis assez longtemps des troubles digestifs apparaissant et disparaissant d'une façon plutôt brusque. Il y quelques jours, à la suite de phénomènes plus aigus que d'habitude, se développait, dans le petit bassin, une collection volumineuse bombant dans le cul-de-sac postérieur. Cette collection ouverte d'urgence laissa s'écouler un demi-litre environ de pus fétide.

L'évacuation de cette collection n'ayant pas produit d'amélioration sensible, on fait la laparotomie. On tombe sur une poche purulente, à odeur stercorale, au centre de laquelle on trouve un noyau de cerise. Drainage abdomino-vaginal. Mort quelques jours après.

A l'autopsie, on trouve des lésions typiques de l'intestin grêle. A partir du cæcum, le diamètre de l'intestin grêle est fortement réduit, à 60 centimètres ; au-dessus, première sténose, très serrée, admettant à peine le petit doigt ; un peu plus haut, deuxième sténose mais plus lâche. Au-dessus, l'intestin grêle est très dilaté. C'est à ce point que s'est produite la perforation spontanée qui a provoqué l'abcès du petit bassin et par laquelle s'est échappé le noyau de cerise trouvé dans la collection. Cette perforation dans la pièce qu'il présente a près de 1 centimètre de diamètre.

On trouve en outre des ganglions mésentériques nettement caséeux, des granulations sur le péritoine et la face externe de l'intestin et des cavernes tuberculeuses au sommet gauche.

Cette observation est intéressante par l'existence de ces phénomènes aigus qui auraient pu faire croire, au début, à une appendicite ou à une annexite aiguë.

Abcès cérébelleux d'origine otique.

M. Vial a recueilli, dans le service de M. Lannois, des pièces provenant d'un petit malade mort d'accidents aigus à point de départ otique.

L'enfant avait une otorrhée droite datant de 3 mois, quand, il y a 3 semaines, il fut pris de douleurs violentes dans la tête, de fièvre, de délire. Un médecin appelé fit le diagnostic de mastoïdite et conseilla le transport à l'hôpital.

A l'entrée, l'état général est mauvais, délire, convulsions, cris chaque fois qu'on essaye de toucher l'enfant. Du côté local, un peu de rougeur et de gonflement de la région mastoïdienne ; mydriase de ce côté.

Intervention : trépanation de la mastoïde. Pus en assez grande quantité dans l'antre. Le sinus est fortement prolabé en avant, mais pas de thrombose. La table interne ne présente pas de nécrose. Pansement à la gaze iodoformée.

Les jours suivants, amélioration notable : plus de température, plus de vomissements. La plaie a bon aspect.

Huit jours après, les vomissements reviennent ; le malade a le ventre rétracté, se couche en chien de fusil, mais pas de température.

Les parents refusent une nouvelle intervention.

Le malade meurt.

A l'autopsie :

Vaste abcès occupant tout le lobe droit du cervelet dont il ne reste plus que la coque ;

Ramollissement blanc de la partie du cerveau entourant la corne sphéno-temporale du ventricule latéral ;

Thrombose du tissu latéral en rapport avec la lésion mastoïdienne.

M. Lannois. — Ce petit malade, malgré son abcès cérébelleux, ne présentait pas d'élévation de température, ni de symptômes de lésions cérébelleuses. Si, en présence des nouveaux symptômes, on était intervenu, on aurait été bien embarrassé. L'intervention aurait porté sur le lobe temporo-sphénoïdal ; on aurait trouvé la zone de ramollissement décrite à l'autopsie ; la ponction n'aurait rien donné et on se serait arrêté là en l'absence de tout symptôme cérébelleux.

On ne voit pas comment s'est développé cet abcès cérébelleux. Il faut incriminer la propagation par voie lymphatique, car il n'y avait aucune trace de perforation ou de lésion osseuse.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 14 Janvier 1901.

Hydronéphrose double et mort subite.

MM. Michel et **Monié** présentent des pièces provenant d'un homme entré le 11 janvier dans le service de M. Pousson pour y subir le lendemain une uréthrotomie interne. On n'a aucun renseignement sur ses antécédents. Quelques minutes avant qu'on l'opère, il est pris, en revenant des cabinets, d'une syncope qui dura 3 ou 4 minutes et à laquelle il succomba malgré tous les moyens mis en usage.

A l'autopsie, on trouva dans l'urèthre membraneux une plaque laiteuse au niveau de laquelle la muqueuse était malade. Il s'agissait d'un rétrécissement peu marqué puisqu'il admettait une sonde n° 17 ; cependant cela n'infirme nullement l'utilité d'une uréthrotomie interne, car les difficultés du sondage tenaient surtout, dans le cas actuel, aux irrégularités de la muqueuse.

Au niveau des reins, on trouvait deux énormes hydronéphroses que rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner ; d'ailleurs il n'existait ni lésions des uretères, ni brides compressives capables de les expliquer. Faut-il donc faire remonter l'origine de ces hydronéphroses au rétrécissement uréthral ? Cela est peu probable. On pourrait davantage invoquer l'existence d'un affaiblissement primitif de la musculature du bassi-

net ainsi que des auteurs l'ont signalé dans quelques cas, d'autant plus que la vessie du malade possède une musculeuse irrégulière, ce qui est exceptionnel chez un individu de 36 ans. Les urines ne renfermaient pas d'albumine. On n'avait trouvé aucun signe qui pût faire porter le diagnostic d'urémie. Le cerveau et le cœur étaient normaux. Quant aux reins, ils sont très congestionnés, presque violacés; ils seront examinés microscopiquement.

Gangrène gazeuse guérie.

M. Bernex rapporte l'observation d'un homme de 46 ans, qui avait reçu dans le bras un coup de fusil à bout portant; la charge avait fait balle, elle était entrée par la face interne du bras et ressortie par l'épaule en broyant l'humérus sur son passage et en respectant les nerfs et les vaisseaux. A son entrée à l'hôpital, on constate les orifices d'entrée et de sortie, et on retire quelques séquestres. Mais le lendemain, le malade avait 38°,4 le matin, et on pouvait voir à la face externe du bras une tache bronzée qui était rougeâtre la veille et au niveau de laquelle on percevait de la crépitation gazeuse; les plaies étaient grisâtres et laissaient écouler une sérosité louche et nauséabonde.

L'examen de cette sérosité démontra la présence du vibrion septique avec quelques coccidies. On fit de grands lavages à l'eau oxygénée, et un nouvel examen pratiqué 6 jours plus tard décela cette fois des streptocoques avec quelques rares vibrions septiques.

D'ailleurs, il se formait du pus, les plaies prenaient bon aspect, la tache bronzée s'effaçait et le malade entrait en convalescence, de sorte qu'on peut le considérer comme guéri d'une gangrène gazeuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 18 Janvier 1901.

Hématome et épithélioma.

M. Moure donne quelques renseignements complémentaires sur un malade qu'il a présenté à une des dernières séances. Ce malade, chez lequel on croyait à un simple hématome consécutif à une tentative de strangulation, a été suivi depuis. La strangulation avait produit une rupture vasculaire avec épanchement sanguin; mais dès la résorption de cet épanchement, on a pu voir évoluer certains phénomènes inflammatoires nouveaux.

Actuellement, il existe une infiltration très notable de la région et une ulcération fongueuse de la langue; en un mot, tous les signes classiques d'un épithélioma. L'hématome n'avait fait que masquer la lésion préexistante.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 14 Janvier 1901.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Menzer, malgré le résultat positif de ses recherches bactériologiques dans les 4 cas qu'il a relatés dans la dernière séance, à l'occasion de la communication de M. Meyer, ne croit pas que le diplostreptocoque en question soit réellement l'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu. Depuis longtemps, on a trouvé dans cette affection des microbes variés, diplocoques, staphylocoques, etc., qui, pas plus que le micro-organisme isolé par M. Meyer, par M. Wassermann et par lui-même, n'ont reproduit d'une façon indéniable la polyarthrite rhumatismale chez les animaux auxquels on les a injectés. Au reste, il a observé le diplostreptocoque dans des cas d'angine où il n'existait aucune manifestation articulaire, ainsi que chez une chlorotique sans fièvre. Il s'appuie, en outre, sur la variabilité des caractères de ce micro-organisme, — qui forme des chaînettes tantôt courtes et tantôt longues, qui est délié ou trapu, qui trouble fortement le bouillon ou y détermine seulement un faible précipité, qu'il est facile ou difficile d'inoculer à l'animal, dont l'injection provoque ou non des phénomènes locaux — pour lui dénier toute spécificité.

M. Litten déclare que l'on peut expliquer que M. Meyer n'ait pas trouvé le diplostreptocoque dans le liquide articulaire par ce fait qu'il s'agissait de formes bénignes, comme on en a observé un grand nombre dans les hôpitaux à la même époque; dans 2 cas semblables, où il n'existait qu'un peu de rougeur du pharynx et des amygdales, il a isolé le diplostreptocoque, mais il n'a pu reproduire expérimentalement l'endocardite rhumatismale, ce qu'il attribue à l'évolution trop rapide des accidents.

M. F. Meyer fait observer que l'on n'a pu déterminer jusqu'ici la fixation, dans les articulations, les séreuses et sur l'endocarde, des divers microbes cités par M. Menzer, qu'à la faveur d'un traumatisme préalable de ces parties, ce qui n'est pas le cas pour le diplostreptocoque.

M. von Leyden tient les recherches de M. Meyer pour absolument démonstratives. En ce qui concerne l'absence du micro-organisme dans les jointures, il fait observer que depuis longtemps on fait dans son service, chez tous les rhumatisants, l'examen bactériologique de l'exsudat articulaire, et que, sauf dans 2 cas avec endocardite, on n'y a jamais rien trouvé jusqu'ici; il en conclut que le microbe du rhumatisme doit être très peu résistant, ce qui explique aussi les allures de la maladie; l'agent pathogène, parti de son foyer originel, vient infecter une jointure, où il meurt bientôt — d'où disparition des phénomènes locaux; mais entre temps une autre jointure a été infectée, et le cycle continue ainsi.

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. Ewald revenant sur la récente communication de M. Körte dit que depuis 4 ans il a fait opérer 35 cas d'ulcère gastrique, dont 28 à l'hôpital et 7 dans sa clientèle privée.

Les malades à opérer peuvent être rangés en trois catégories. La première comprend des sujets que le traitement médical ne guérit pas, et dont l'affection primitive détermine même des complications, telles que la gastrectasie, des adhérences périgastriques, la formation de l' « estomac en sablier ». Le diagnostic de cette dernière complication est généralement possible, en utilisant à la fois l'insufflation, l'introduction de ballons en gomme et l'examen électrique; c'est ainsi que l'auteur a pu le poser dans 3 cas. La proportion des succès, chez les malades de ce groupe, est variable suivant les auteurs : von Leube donne 96 p. 100 de résultats favorables, dont 75 p. 100 de guérisons.

A la seconde catégorie appartiennent les cas de perforation d'un ulcère rond. Ici l'urgence d'une intervention ne saurait faire de doutes; une statistique a montré que la mortalité, de 39 p. 100 quand l'opération est pratiquée au cours des douze premières heures, s'élève à 76 p. 100 si l'on compte aussi les cas opérés pendant les 12 heures suivantes.

En ce qui concerne le troisième groupe d'indications opératoires, constitué par les hémorrhagies, il est plus difficile d'avoir une opinion ferme, car, d'une part, la guérison sans intervention est fréquente, et, d'autre part, le traitement chirurgical expose à des dangers assez sérieux; alors que la mortalité sans opération ne serait que de 6 à 8 p. 100, les décès post-opératoires, d'après Rothmann, atteindraient la proportion de 34 p. 100. Il faut tenir compte, en outre, de la difficulté de trouver la source de la perte sanguine, surtout en cas d'hémorrhagie parenchymateuse. Comme traitement médical, l'orateur donne la préférence au lavage de l'estomac avec de l'eau glacée, pour déterminer la contraction des vaisseaux qui saignent; il a

obtenu ainsi des succès dans des cas où tous les autres moyens avaient échoué.

Société médicale de Halle

Séance du 24 Octobre 1900.

Lésions des poumons dans les anévrysmes de l'aorte.

M. Reinebath a examiné les lésions pulmonaires dans 4 cas d'anévrysme de l'aorte :

Dans le premier cas, les phénomènes cliniques ont été ceux des adhérences pleurales gênant l'expansion du sommet gauche avec symptômes de bronchite chronique. A l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'aorte comprimant la bronche gauche, une induration du poumon gauche (mais sans pneumonie), des adhérences pleurales entourant un exsudat de la plèvre.

Chez le second malade, le diagnostic d'anévrysme de l'aorte a été fait pendant la vie. Du côté des poumons, on a observé des symptômes faisant penser à un exsudat de la plèvre gauche. A l'autopsie, on trouva bien l'anévrysme et même un très léger exsudat pleural; mais, en outre, il existait dans le poumon gauche de la péribronchite et de la pneumonie indurative.

Ce qui était particulièrement intéressant dans ce cas, c'est qu'il n'existait pas de compression de la bronche et que les râles et la respiration bronchique ont fait défaut pendant la vie. L'existence d'un petit exsudat dans la plèvre et l'obstruction des bronches par des mucosités ne pouvait guère expliquer l'absence des symptômes cliniques d'induration du poumon, constatée à l'autopsie; les symptômes faisaient plutôt penser à une sténose de la bronche gauche, causée par la tuméfaction inflammatoire ou la stase.

Dans le troisième cas, l'anévrysme de l'aorte était accompagné de pleurésie putride avec foyers de gangrène dans les poumons. Toutes ces lésions furent retrouvées à l'autopsie. L'anévrysme, quoique très volumineux, n'avait pourtant pas produit de compression notable de la bronche gauche.

Chez le quatrième malade, l'anévrysme de l'aorte évolua avec des symptômes indiquant une rétraction progressive du sommet gauche. Au point de vue clinique, on aurait même pu penser à une phtisie fibreuse du sommet, n'était l'absence des bacilles dans les crachats, l'absence de la plèvre et de l'amaigrissement. Le malade a succombé avec des phénomènes de paralysie du cœur, provoqués par une recrudescence de la bronchite dont il présentait les symptômes. L'autopsie n'a pas été faite.

M. Hoeniger a cité un autre cas indiquant bien les difficultés diagnostiques des lésions pulmonaires au cours de l'anévrysme de l'aorte.

Un maçon, âgé de 55 ans, contracte en mai 1898 l'influenza, et garde une toux persistante. En juillet, il est pris de paresthésie qui débute dans les orteils et remonte jusqu'aux hanches. Il survint ensuite une parésie de la jambe gauche et une céphalalgie intense, si bien que lorsque le malade entre, en août, à l'hôpital, on trouve les symptômes suivants :

Effacement du pli naso-labial du côté gauche; parésie ataxique du membre inférieur gauche; parésie et ataxie des orteils des deux pieds. Pas de trouble de la sensibilité cutanée. Matité du poumon gauche semblant indiquer l'existence d'un exsudat pleural. Crachats sanguinolents mais ne contenant pas de bacilles. Rien du côté du cœur, ni du pouls, mais parésie du récurrent gauche.

Pendant que le malade reste à l'hôpital, on note des accès, des convulsions à type jacksonien, l'accentuation de la parésie du membre inférieur avec exagération des réflexes et clonus du pied. Le traitement antisyphilitique n'amène aucun résultat.

En décembre, le malade est pris brusquement d'hémiplégie gauche et tombe dans le coma. Trois jours après, il est emporté par une hémoptysie foudroyante.

L'autopsie n'a pas été faite.

D'après M. Hoeniger, il pouvait s'agir, dans ce cas, aussi bien d'une tumeur de la plèvre avec métastases dans le cerveau, que d'un anévrysme de l'aorte.

AUTRICHE

Société império-royale des médecins de Vienne

Séance du 18 Janvier 1901.

Traitement des douleurs dysménorrhéiques par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

M. Redlich a fait remarquer, à propos de la communication de M. Schiff sur ce sujet, que Head a signalé l'existence, au cours de diverses affections des viscères, de zones d'hyperesthésie de la peau. Il existe probablement des zones analogues au niveau des muqueuses, et en particulier de celle du nez. Quant aux effets curatifs de la cocaïnisation de cette dernière muqueuse sur les douleurs dysménorrhéiques, l'orateur croit que la suggestion n'y est pas complètement étrangère.

M. Mor. Weil a dit avoir traité plusieurs malades atteintes de dysménorrhée par la cocaïnisation des points génitaux du nez, et avoir pu les débarrasser ainsi de leurs douleurs pendant plusieurs mois. Il en a été de même dans un cas de névralgie des grandes lèvres, et de l'anus, apparue au moment des règles.

M. Gomperz a constaté l'existence d'une tuméfaction de certaines parties de la muqueuse nasale chez les femmes atteintes de dysménorrhée, et il a toujours vu la cocaïnisation de ces tuméfactions faire disparaître les douleurs abdominales, en général pour 8 à 12 mois; au bout de ce laps de temps, une nouvelle intervention devient nécessaire.

D'après l'orateur, l'action de la cocaïnisation des points génitaux sur les douleurs de la dysménorrhée n'est manifeste que chez les neurasthéniques. Chez l'homme, il existe aussi des rapports entre certains points des fosses nasales et les douleurs névralgiques de la région des lombes. Dans 3 cas de névralgie de cette région, dont deux reconnaissaient une origine génitale (excès vénériens, masturbation), la guérison a été obtenue par la cocaïnisation du nez.

M. Grossmann a pu faire cesser pendant 5 semaines des accès et des vertiges épileptiques, par la cautérisation du cornet inférieur gauche. Le même traitement a également guéri une névralgie du trijumeau. Enfin, l'orateur a constaté expérimentalement, après l'irritation de certains points de la muqueuse nasale, une augmentation de la pression sanguine, ainsi que de l'arhythmie cardiaque et des stases veineuses.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

L'enseignement à la Faculté de Paris. L'encombrement à Paris et la décentralisation possible.

Dans le travail déjà cité de M. Truc, je lis que Paris comptait l'an dernier 4072 étudiants; Lyon, 1113; Bordeaux, 700; Lille, 297; Montpellier, 519; Toulouse, 485; Nancy, 264.

En présence du chiffre des élèves, voici ceux des maîtres relevés dans l'*Annuaire de l'Instruction publique :*

Paris, 70 professeurs et agrégés;
Lyon, 49 professeurs et agrégés;
Bordeaux, 50 professeurs et agrégés;
Lille, 34 professeurs et agrégés;
Montpellier, 40 professeurs et agrégés;
Toulouse, 35 professeurs et agrégés;
Nancy, 35 professeurs et agrégés.

C'est-à-dire que si nous prenons comme étalon la Faculté de Toulouse, avec environ 500 étudiants, nous comptons 35 professeurs, soit 70 pour 1000, alors qu'à Paris on en trouve 70 pour 4000; négligeons les chiffres très bas de Lille et de Nancy. A Paris, on a joint à cela, depuis quelques années, 30 professeurs chargés, dans les hôpitaux, de cliniques annexes où sont répartis les sta-

giaires. En outre, pour le service des examens, on rappelle souvent à l'exercice d'anciens agrégés.

Malgré cela, il est évident que la Faculté de Paris est encombrée : locaux, cadavres, professeurs, tout y est insuffisant pour fournir à 4 000 étudiants l'instruction convenable. Heureusement que sont là les services hospitaliers, où les chefs s'occupent des internes, externes et bénévoles.

On dit depuis longtemps qu'il faudrait trouver le moyen d'éviter la venue des étudiants à Paris, et certainement on pourrait leur fournir dans les Ecoles secondaires un enseignement élémentaire, qui serait perfectionné, à la fin de la scolarité, par un séjour à la Faculté voisine (1). Il y a toutefois quelques difficultés, car si dans presque tous ces centres de deuxième ordre il y a de quoi organiser très aisément l'enseignement de la clinique propédeutique, c'est un peu plus compliqué pour l'anatomie et la physiologie. Presque toujours, il y a des cadavres en proportion bien plus grande qu'à Paris, mais la plupart du temps il n'y a pas un professeur d'anatomie qui soit anatomiste de métier ; et les prosecteurs chargés de la direction immédiate des élèves sont souvent des étudiants trop jeunes, trop peu anatomistes. Ce n'est nullement un reproche que je leur adresse, c'est un fait que je constate, en ajoutant que dans l'état actuel des choses il est inévitable, puisque les études ne peuvent être terminées qu'après un séjour de 2 ans au minimum dans une Faculté.

Quant aux professeurs titulaires ou suppléants d'anatomie et de physiologie, ce ne sont pas des hommes de métier, mais presque toujours des praticiens qui entrent dans l'Ecole par cette porte, dont l'ouverture leur parut propice. Il en sera ainsi tant que leurs appointements seront dérisoires : un praticien, anatomiste d'occasion, gagne sa vie par la clientèle civile ; un vrai anatomiste ou physiologiste aurait l'unique ressource de crever de faim.

A cet égard, malgré l'amour de la symétrie et de l'égalité qui nous caractérise, on n'arrivera à rien tant qu'on ne fera pas une situation pécuniaire différente aux pathologistes et aux scientifiques. Et d'après ce que j'ai écrit jusqu'à présent, on prévoit que je ne serais pas autrement marri si on doublait le traitement des professeurs d'anatomie, physiologie et histologie après suppression des chaires de physique, chimie et histoire naturelle. Puisque ces dernières devraient être réservées, dans nos grandes Facultés, à l'enseignement médical supérieur, à plus forte raison n'ont-elles pas leur raison d'être, depuis la création du P. C. N., dans les Ecoles secondaires.

Si l'on disposait ainsi d'appointements convenables, on pourrait, sans aucun inconvénient et avec beaucoup d'avantages, multiplier le nombre des agrégés d'anatomie et de physiologie, les nommer jeunes et, au lieu de les attacher à une Faculté déterminée, instituer pour eux le roulement entre les diverses Facultés et Ecoles, comme cela se fait en France pour toutes les Facultés sauf pour celles de médecine, comme cela se fait en Allemagne pour la médecine.

Le roulement, de ville en ville, est en principe excellent. Sitôt finies ses études, un jeune docteur va faire ses premières armes dans un centre peu important ; après quoi, selon qu'il travaille et réussit plus ou moins, il est attiré dans des villes de plus en plus considérables.

Les professeurs de pathologie et de clinique ne peuvent guère, avec l'organisation française, subir un système de ce genre ; toujours on objecte, en leur nom, le déplacement impossible de la clientèle, mais c'est une habileté de nos dirigeants pour masquer la vérité : car pourquoi ce déplacement, impossible en France, est-il possible en Allemagne?

La vérité est que chez nous les Universités n'ont pas d'hôpitaux qui leur appartiennent en propre. Dans chaque ville où il y a un enseignement médical, elles ont quelques services, en petit nombre, mis à leur disposition par la municipalité et l'assistance publique. Mais dans une école secondaire il y a juste pour chacune des trois cliniques, interne, externe et obstétricale, un professeur indépendant du corps hospitalier municipal. Si l'on envoie débuter en province un jeune docteur, pendant les quelques années où, dans la grande ville, la clientèle ne l'étouffe pas, on ne pourra lui donner presque jamais qu'une chaire théorique : il ne consentirait à quitter Paris, Lyon, Bordeaux, etc., que s'il trouvait l'avantage de posséder tout de suite un service hospitalier, et d'en trouver un tout prêt à chacune de ses étapes dans l'ascension universitaire. Or, dans chaque ville, il lui faudrait subir le concours local, puisque l'Université ne possède de droits que sur de rares cliniques et pour leurs titulaires ; à supposer qu'un malheureux veuille tenter ces ricochets de concours, ce serait mal connaître l'esprit de clocher que de croire à la possibilité du succès. Quelque distingué qui fût l'intrus, il serait vite troussé !

Voilà, bien plus que l'éternel argument de la clientèle, quel est à mon sens le motif pour lequel le roulement n'est pas applicable aux pathologistes. Mais il tombe à faux, aussi bien que celui de la clientèle, pour les anatomistes et physiologistes : car à ceux-là suffisent un laboratoire, des cadavres, des animaux et des élèves. Je sais qu'à tout instant, à Paris comme en province, l'agrégation d'anatomie, histologie, physiologie, est une manière choisie par certains pathologistes pour entrer dans une Faculté où ils brigueront plus tard une chaire de pathologie et là est un obstacle à la régularisation du roulement. Mais il est certain que, fort heureusement, ce défaut tend à s'atténuer ; cet abus qui, il n'y a pas longtemps encore, était la règle, devient moins constant : et d'ailleurs nos dirigeants pourraient profiter de l'occasion pour couper le mal dans sa racine. Mais ils en sont encore à se figurer que l'agrégation d'anatomie dans une Faculté constitue un titre pour être nommé professeur de clinique dans une école.

Quoi qu'il en soit, et tout en reconnaissant l'impossibilité actuelle de généraliser le recrutement des professeurs d'écoles secondaires par une agrégation à base très large, comparable à celle des écoles de droit, on est en droit de penser que ce système pourrait être appliqué

1. L'enseignement de la médecine est donné actuellement dans 7 Facultés (Paris, Montpellier, Nancy, Bordeaux, Lille, Lyon, Toulouse), 4 Ecoles de plein exercice (Alger, Marseille, Nantes, Rennes), et 12 Ecoles préparatoires (Amiens, Angers, Besançon, Caen, Clermont, Dijon, Grenoble, Limoges, Poitiers, Reims, Rouen, Tours). Passant sur les différences entre les Ecoles de plein exercice et les écoles préparatoires, on peut les rapprocher par ce fait que, dans les unes comme dans les autres, l'étudiant ne peut pas y achever sa scolarité ; on y passe certains examens devant un jury mixte présidé par un professeur de la Faculté correspondante ; il doit venir à la Faculté pour subir les autres.

On peut donc grouper ces établissements sous le nom d'Ecoles secondaires qui actuellement ne correspond plus à quelque chose d'officiel. Quelques-uns d'entre nous voudraient que dans ce groupe on élevât les écoles de plein exercice à la dignité de Faculté et qu'on supprimât les Ecoles préparatoires. Avec beaucoup d'autres, je pense que l'ensemble des écoles secondaires peut rendre de grands services et qu'il faut leur conserver leur rôle fondamental : dégrossir, en 2 ou 3 années, des étudiants qui iront terminer leurs études dans une Faculté.

avec fruit pour l'anatomie et la physiologie ; et pour cette partie de notre enseignement serait ainsi réalisée une réforme que, depuis des années, je crois d'importance capitale : la pérennité de l'agrégation.

A. BROCA.

P.-S. — La campagne que je mène en ce moment ne déplaît pas à tout le monde ; voici, en effet, la lettre que j'ai reçue de M. Mayet, professeur de pathologie générale à la Faculté de Lyon.

Lyon, 24 janvier 1901.

HONORÉ CONFRÈRE,

Permettez-moi d'exprimer ma chaleureuse adhésion aux idées que vous avez émises sur l'organisation de l'enseignement médical, dans la série de vos articles publiés depuis 2 mois dans la *Gazette hebdomadaire*.

Comme vous, je désire vivement qu'on développe incomparablement plus qu'actuellement l'enseignement au lit du malade et qu'on ne fasse de l'enseignement théorique que l'annexe, le complément synthétique de ce que l'observation des faits sous la direction du professeur aura appris aux élèves.

Tous les titulaires des chaires dites théoriques devraient à mon avis devenir des professeurs de clinique, avec application spéciale des observations sur le malade ou à l'amphithéâtre à la pathologie générale, la pathologie interne et externe, l'anatomie pathologique et la chimie médicale dans ses procédés pratiques.

Comme vous, je suis convaincu que s'il faut favoriser par tous les moyens les recherches originales de nos éminents professeurs et chefs de laboratoire de physiologie, les travaux pratiques dans ces laboratoires sont inutiles et même nuisibles aux élèves qui ne sont pas destinés à faire des travaux personnels et qui ne peuvent y apprendre qu'incomplètement et mal ce qui est du domaine d'autrui, enseignements sur lesquels empiètent ces prétendus travaux pratiques de physiologie.

Des démonstrations expérimentales nombreuses, bien choisies, pendant le cours valent beaucoup mieux pour leur instruction.

Je ne puis assez approuver vos propositions relatives à la méthode applicable à la chimie et la physique biologiques, absolument différente de celle qui leur convient dans l'étude du monde inanimé.

Comme vous, je suis convaincu que les chimistes et les physiciens purs, incomplètement initiés aux sciences biologiques, ne possèdent pas la notion claire des procédés de détermination qui leur sont applicables.

Permettez-moi d'en donner un exemple récent. Un étudiant en médecine, licencié ès sciences et préparateur d'un laboratoire de pathologie où l'on a, pour ainsi dire, le culte de la vraie chimie biologique et en particulier de celle du sang, cherchant un sujet de thèse, le professeur propose à son choix huit questions relatives à des points non étudiés ou mal étudiés encore d'hématologie.

Avant de se décider l'élève croit devoir consulter un professeur de chimie pure qui le détourne de tous les sujets proposés parce que, dit-il, la chimie du sang ne s'appuye sur rien d'absolument précis. Spécialement la détermination des divers albuminoïdes du sérum par la cryoscopie, la dialyse, l'action précipitante ou dissolvante des sels, la température de coagulation, lui paraît un terrain mouvant où l'on est très exposé à patauger ! *(sic.)*

Cette appréciation est le reflet exact des idées fausses des chimistes sans esprit médical. Il est incontestable qu'en chimie biologique (à part certains points de l'étude de l'urine) il faut déterminer les modalités caractéristiques des principes constituants et des réactions réciproquement dépendantes des échanges de la vie, par des méthodes qui tiennent compte des limites presque toujours peu définies et non rigoureusement mesurables entre lesquelles sont comprises les conditions dominant les phénomènes.

Ces méthodes se rapprochent souvent plus de celles des naturalistes que de celles des chimistes qui ne connaissent que les formules exactes.

Bien entendu, cela n'exclut pas des formules semblables quand il s'agit en biologie de phénomènes stables et constants.

Ce qui précède est pour vous appuyer quand vous affirmez qu'un seul progrès a été réalisé ces dernières années dans l'enseignement de nos facultés, c'est quand un arrêté ministériel a fait de la physique et de la chimie générales la préface et non une partie intégrante des études médicales.

Mise à part cette base excellente, tout est à reconstruire dans l'édifice vermoulu de l'enseignement médical.

D'autres prétendues réformes antérieures (hâtons-nous de le dire, datant d'une époque où M. Liard n'était pas encore Directeur de l'enseignement supérieur, et sans faire allusion bien entendu à l'organisation des Universités, qui est hors de cause) n'ont été que des facteurs d'infériorité de l'enseignement.

Il sera sans doute nécessaire d'une initiative énergique pour rompre l'esprit de routine et les oppositions intéressées.

Il faudra modifier la distribution des cours suivant les années, l'époque des examens du doctorat, rétablir les examens de fin d'année, instituer des modes probatoires sérieux et pratiques d'assiduité, organiser de nombreuses cliniques à affectations spéciales, établir sur des bases nouvelles les services à demander aux agrégés, réorganiser leur mode de recrutement, rendre leur position moins précaire ; pour ne mentionner que ce qui est le plus urgent.

Contre l'avis de quelques-uns des professeurs, je ne crois pas qu'on doive concéder aux étudiants, comme en Allemagne, le choix des cours qu'ils doivent suivre.

Les habitudes invétérées, foncièrement vicieuses, des étudiants français s'y opposent. Il faut tenir compte du parti pris intolérable d'absentéisme aux cours, surtout à partir du milieu du semestre, comme vous l'indiquez, de l'organisation parallèle mauvaise des conférences préparatoires aux concours de l'internat et de l'externat (au moins à Paris et Lyon) en concurrence avec l'enseignement des Facultés.

Ces conférences remplacent l'acquisition plus lente de notions solides et raisonnées par une préparation hâtive et superficielle où la mémoire tient trop de place, les connaissances momentanément acquises ne tardant pas à s'obscurcir ou même à faire place à une ignorance complète.

Contre le choix libre des cours, plaide surtout la manie funeste de la spécialisation prématurée des élèves les mieux doués, qui entraîne fatalement pour eux une instruction élémentaire générale insuffisante.

Nous n'avons que trop de preuves, aux examens, des conséquences fâcheuses de tous ces vices d'organisation.

J'en ai assez dit, surtout après votre étude critique si spirituelle et si complète, pour démontrer que la campagne que vous poursuivez est mille fois justifiée.

Plusieurs des points que vous traitez sont d'ailleurs spéciaux à la Faculté de Paris, et les règlements nouveaux devraient, tout en établissant une règle commune, laisser la latitude de tenir compte des conditions locales de chaque école, dans les questions accessoires.

Je tenais surtout à applaudir à votre courageuse initiative et à ajouter une voix à l'unisson de la vôtre pour dire bien haut : *On ne sait pas faire des médecins praticiens instruits en France. Il y en a sans doute un nombre assez grand, mais ils le doivent à leurs efforts personnels, surtout après leur scolarité, quand ils sont à même d'apprécier les lacunes de leurs connaissances.*

Je suis persuadé d'ailleurs que M. le Directeur actuel de l'enseignement supérieur nous a donné trop de preuves de son amour du progrès pour laisser se perpétuer une organisation essentiellement défectueuse.

Agréez, honoré Confrère, l'assurance de ma considération.

MAYET,
Professeur de pathologie générale
à la Faculté de Lyon.

P.-S. — Cette lettre était écrite quand j'ai lu votre note bibliographique sur le nouveau Traité de physique biologique. Les noms des collaborateurs de cette œuvre capitale qui mérite un examen approfondi sont une garantie certaine qu'elle est conçue dans l'esprit qui peut seul assurer sa valeur.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Symptomatologie, diagnotic et traitement du cancer aigu du sein,

D'après M. A. Charbonnier (1).

I

Parmi les formes diverses du cancer du sein, il en est une, heureusement rare, mais particulièrement redoutable par sa marche si rapide, qu'elle est en quelque sorte foudroyante. Aussi Volkmann a-t-il pu dire que la dégénérescence cancéreuse marche souvent avec des caractères inflammatoires si tranchés et frappe toute la glande et même les deux, d'une manière si diffuse, qu'on pourrait parler d'une mastite carcinomateuse, comme on parle d'une pleurite carcinomateuse.

Il n'est pas très facile d'écrire un tableau d'ensemble sur la symptomatologique du cancer aigu du sein : car si, dans certaines observations, nous trouvons le tableau exact d'un processus inflammatoire aigu, dans d'autres cas, presque égaux en nombre, l'affection revêt des allures moins franches, moins nettement phlegmasiques et prend le masque d'une mastite subaiguë.

Il existe donc plusieurs modalités cliniques du cancer aigu du sein, et l'étude de 16 cas réunis par M. Charbonnier permet de dégager des types ayant quelque vérité d'observation.

I. *Forme suraiguë.* — A prendre la maladie dans sa forme véritablement suraiguë, voici ce que nous apprend l'étude de 6 observations, celles d'Aitken, de Billroth, de Reclus, de Terrillon, de Loisnel et de M. Guinard.

Une femme jeune, de 28 à 36 ans, est prise soit brusquement (Terrillon, Billroth), soit en quelques jours (Reclus) d'un gonflement d'un (Reclus) ou des deux Billroth, Aitken) seins. Ce gonflement offre des caractères inflammatoires nets dans la plupart des cas : la glande est chaude, pesante, elle gêne par son poids; elle est douloureuse à la pression, mais l'élément souffrance est fort variable.

Parfois, un mouvement fébrile général a marqué le début de l'affection (Aitken).

Localement, en même temps que le gonflement, apparaissent d'ordinaire, dès le début, les autres symptômes de l'inflammation : la peau devient rouge plus ou moins foncé, plus tard cuivrée, bleuâtre, par développement des réseaux veineux. Elle est d'ordinaire luisante, tendue, chaude; cependant Loisnel a observé chez sa malade que la température n'était pas plus élevée.

Mais il peut y avoir des variantes dans l'expression symptomatique. Reclus a observé au début des plaques rouges séparées. Il est vrai que très rapidement elles se fusionnèrent. Il peut se faire aussi que les phénomènes inflammatoires soient moins marqués au début : ainsi, chez la malade d'Aitken, les seins avaient beaucoup grossi avant que le tégument eût perdu sa couleur normale (ce qui ne se produisit que 3 semaines après le début), et, chez la malade de Billroth, la peau ne changea pas non plus, dès l'abord.

Quoi qu'il en soit, après ce début, qui appelle invinciblement l'idée de phlegmon, le ou les seins grossissent rapidement jusqu'à acquérir des dimensions énormes, celles, par exemple, d'une tête d'enfant nouveau-né. Cette augmentation se fait sans déformation; il n'y a pas de point qui grossisse plus vite qu'un autre, la croissance est uniforme, et la morphologie extérieure de la glande est respectée. N'étaient les phénomènes phlegmasiques, on croirait à une hypertrophie de la mamelle.

Cette croissance est habituellement indolente. Cependant Loisnel a observé des douleurs vives. Et, en tout cas, les seins deviennent gênants par leur poids.

Lorsque les seins ont ainsi acquis un volume considérable, la symptomatologie est très accusée. La teinte cuivrée de la peau est très marquée, quelquefois, cependant, il n'y a qu'une teinte rosée générale (Guinard), les réseaux veineux très dilatés dessinent leurs arborisations serpentines sous-cutanées et marbrent par endroit la la teinte cuivrée de plaqnes bleuâtres.

A la palpation, la consistance est ferme, rénitente, dure parfois, égale partout, c'est un plastron solide, un sein de cire fondue (Loisnel) ou un sein injecté à la cire (M. Guinard). Nulle part, il n'y a de vraie fluctuation. Si, dans un cas, Reclus observa au début trois plaques d'induration plus grande que dans le reste de la glande, cet état ne dura pas longtemps; les plaques se fusionnèrent presque immédiatement, et la couleur livide s'étendit à tout le sein. La lobulation de la glande resta très manifeste dans le cas d'Aitken. Au contraire, dans la plupart des autres observations, la lobulation était effacée.

La mobilité de la peau est difficile à constater; de fait, les observations sont muettes à ce sujet. Quant à la mobilité de la glande sur les parties molles, elle varie suivant les cas.

Le mamelon n'est pas rétracté dans l'observation d'Aitken, mais il l'était dans les cas de Reclus et celui de Loisnel. Il n'y avait jamais eu d'écoulement par son orifice.

Y a-t-il de l'adénopathie axillaire? Aitken n'en signale pas, mais il ne nous dit pas s'il l'a recherchée. Billroth nous apprend qu'il n'y en avait pas chez sa malade. Terrillon a constaté aussi l'absence de ganglions sur la paroi interne de l'aisselle. Par contre, Reclus a trouvé, partant de la plus externe des trois masses, que la palpation révélait au début une traînée, sorte de corde qui soule-

1. Le cancer aigu du sein (*Thèse* de Paris, 1900).

vait la peau à laquelle elle adhérait et qui joignait l'aisselle en abordant un volumineux ganglion. Loisnel trouva dans l'aisselle un paquet de ganglions mobiles. Il ne nous est pas dit si ces ganglions étaient douloureux. M. Guinard a trouvé une adénopathie volumineuse. De plus, l'œdème se prolongeait vers la région axillaire et, à la palpation, on trouvait une traînée comme dans le cas de M. Reclus.

En somme, l'adénopathie est un phénomène inconstant dans la mastite carcinomateuse aiguë.

La tumeur est d'une vascularité considérable. Aitken ayant ponctionné l'un des seins de sa malade, avec une aiguille ordinaire, en vit sortir de véritables jets de sang, il en recueillit en l'espace de quelques minutes 200 à 250 grammes.

La marche est rapidement progressive, c'est par semaines seulement que l'on compte la durée. En moins de 1 mois ou de 6 semaines, la cachexie s'installe sans que la tumeur soit jamais le siège d'ulcérations, quoi qu'en aient écrit certains auteurs; les malades deviennent fort maigres, anémiques et blêmes; l'émaciation de l'abdomen et des membres inférieurs fait contraste avec le développement excessif de la partie supérieure du thorax. Les seins, par leurs poids, et la tension de la peau qui les recouvrait, ont causé chez la malade d'Aitken une gêne respiratoire considérable.

Puis la mort arrive, soit par affaiblissement progressif et marasme, soit par cachexie aiguë, soit au milieu de symptômes typhoïdes, soit par généralisation ou récidive foudroyante après opération.

Terrillon et Reclus ont, en effet, opéré leurs malades, malgré l'allure si maligne de l'affection. Mais la récidive se produisit dans la plaie chez la malade de Terrillon, et cela 6 semaines après l'intervention; cette récidive eut une marche très aiguë, s'étendit à la base du cou, au thorax, et tua en 15 jours.

M. Reclus obtint une survie plus longue, le sein gauche avait été amputé avec la peau qui le recouvrait, et la cicatrisation avait demandé 7 mois. Au bout d'un an le sein droit se prit, et fut amputé; puis au bout de quelques mois, nouvelle opération complémentaire. La généralisation se produisit cependant dans le cours de la 3e année.

M. Guinard fit une opération très large, enlevant toute la glande, toute la peau, et vidant complètement l'aisselle. Cependant, 5 mois après, le second sein se prit comme le premier, et au bout de 8 mois la malade était morte au milieu de phénomènes de généralisation pulmonaire.

II. *Forme subaiguë.* — Un autre type clinique nous est fourni par l'observation déjà ancienne de Bérard (1842) et par l'observation personnelle de M. Charbonnier. Ici, peu de réaction d'aspect inflammatoire, du moins pendant une longue période.

Le début fut indolent dans les 2 cas, à tel point que la malade de M. Charbonnier, âgée de 45 ans, avait une énorme tuméfaction mammaire et un œdème de compression qui doublait le volume du bras, et elle ne se plaignait que de vagues phénomènes bronchitiques! La dame de 25 ans, dont parle Bérard, accusait simplement un gonflement rapide du sein gauche, survenu sans changement de coloration de la peau et sans douleur.

A la période d'état, le sein est gros; le sein gauche de la malade de Bérard était trois fois plus gros que celui du côté opposé; il égalait presque le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Sa surface était lisse, sillonnée par des veines. Au toucher, l'on sentait des bosselures de consistance ferme. La peau n'adhérait pas à la glande. La tumeur était complètement indolente, spontanément et à la palpation. Il n'y avait pas de ganglions axillaires. La toux était apparue depuis quelque temps. En somme, c'était une simple hypertrophie unilatérale de la mamelle et tel fut le diagnostic porté.

L'indolence, qui fut continue chez cette patiente tout le temps que dura la maladie, se retrouve chez la malade de M. Charbonnier. Les douleurs n'apparurent que 15 jours avant la mort; elles furent extrêmement vives. On a noté également les phénomènes bronchitiques, la toux, mais il est difficile de dire s'il s'agit d'une coïncidence fortuite ou de manifestations dues à une propagation pulmonaire ou pleurale.

La surface du sein était lisse et de consistance uniforme, pâteuse; la peau avait une apparence laiteuse, analogue à celle de la *phlegmatia alba dolens.* Mais — et ici ce cas diffère de celui de Bérard — les veines superficielles étaient fort peu apparentes et surtout il y avait un volumineux paquet axillaire comprimant la veine et déterminant un œdème énorme du bras.

Mais l'indolence n'empêche pas une marche rapide puisque la malade de M. Charbonnier mourut un mois après le début constaté des accidents.

Moins rapide fut l'évolution du cas de Bérard. Cependant, après ablation du sein gauche, le côté droit se prit et la malade succomba, sans qu'une deuxième intervention fût possible.

III. *Formes de transition.* — Dans toute une série d'autres cas, il s'agit de cancers qui, par quelques caractères de leur évolution, se rapprochent du cancer ordinaire du sein, la marche rapide exceptée. Ce sont pour M. Charbonnel des formes mixtes et il les appelle cancers à diffusion rapide du sein.

Il existe 8 cas de ce genre : ce sont ceux de Volkmann, d'Estlander, de Rochard, de Duplay, de Faure, de Fink et de Gay.

Le début a toujours été marqué par l'apparition d'une petite tumeur, tantôt mal circonscrite, tantôt arrondie et mobile comme une petite boule, siégeant au-dessous du mamelon ou dans le quadrant antéro-externe du sein.

L'apparition de cette tumeur s'est accompagnée plusieurs fois de douleurs lancinantes; d'autres fois, elle a été indolente, et c'est fortuitement que la malade a découvert la petite induration. Mais au bout de peu de temps, la peau change de couleur; rougeâtre au début, elle se parsème ensuite de taches bleuâtres, puis prend une teinte cuivrée. A ce moment, l'élément douleur est fort variable, tantôt aiguë et lancinante, tantôt continuelle irradiant du côté du bras qui est parfois engourdi et se fatigue au moindre effort (Estlander), mais dans certains cas, elle est fort peu marquée. La douleur à la pression existe souvent.

Lorsque la maladie a évolué pendant un certain temps, la peau présente une teinte cuivrée, couvrant tantôt toute la glande, prédominant, au contraire, parfois dans la région supéro-externe et se prolongeant vers la cavité axillaire (Gay, Duplay) comme en une traînée, ce qui ne se voit pas dans le cancer ordinaire du sein, même dans les formes réputées les plus malignes, ainsi que le fait remarquer avec soin M. Duplay.

A la palpation, il y a d'abord des noyaux séparés plus ou moins nombreux. Plus tard, on trouve soit une tumeur unique occupant un plus ou moins grand volume, soit une infiltration diffuse, mal limitée, de toute la glande. Il n'y a pas de partie ramollie dans cette induration. Le sein reste parfois mobile sur la paroi. Une

fois même, la peau est restée mobile sur la tumeur, ce qui avait fait croire à une tumeur bénigne (Faure), mais le plus souvent, elle est infiltrée. Le phénomène de la peau d'orange est signalé par Duplay. Estlander a retrouvé en dehors des noyaux secondaires dans la peau. De même, Volkmann dans ses deux observations.

Le mamelon était rétracté dans les cas de Duplay et d'Estlander, il ne l'était pas dans celui de Rochard. On n'a pas noté d'écoulement par le mamelon.

L'adénopathie axillaire est constante. Parfois, elle existe dès le début, dès l'apparition de la tumeur et des douleurs; les ganglions deviennent gros et douloureux, ou bien ils restent petits, mais durs. La compression des vaisseaux axillaires a été notée.

Telle est l'affection à la période d'état. A part la teinte cuivrée de la peau, l'œdème dur et de couleur musculaire (Gay) se prolongeant vers la cavité axillaire, c'est assez bien le cancer ordinaire. Mais l'évolution est bien différente. L'extension du mal se fait dans tous les sens. Chez la malade d'Estlander, toute la moitié gauche du thorax, où l'on trouvait des plaques rouges, correspondait à une infiltration d'une dureté ligneuse. Le sein opposé devint le siège d'une rougeur annulaire qui ne contracta aucune liaison avec le sein primitivement atteint. La malade mourut 5 mois après l'apparition de sa tumeur. Rochard et Faure opérèrent leurs malades, Faure eut une récidive immédiate, qui fut réopérée, mais cette seconde intervention fut suivie d'une généralisation foudroyante. Plus lente fut la récidive chez la malade de Rochard.

Enfin, dans deux cas, qui marquent un degré de plus dans la transition entre le cancer aigu et le cancer vulgaire, il y eut ulcération. Ce sont les cas de Fink et de Gay. Chez la première malade, au milieu d'une grande plaque cuivrée existait une petite ulcération. Malheureusement, l'évolution ne put être suivie, la malade ayant succombé à un accident de chloroforme.

Le cas de Gay est mieux étudié. Il y eut d'abord un petit ulcère de mauvaise apparence au-dessous du mamelon, au milieu d'un vaste placard pourpre foncé. Douze jours plus tard, l'ulcère se transforme en vaste fissure s'étendant jusqu'au sommet de l'aisselle. Puis des morceaux de tissus nécrosés de plus en plus grands se détachent, d'immenses lambeaux du pectoral, puis six jours après la plèvre s'ouvre, les côtes se dénudent, se nécrosent et la malade meurt, 15 jours à peine après le début du processus destructeur. Nous connaissons les accidents terminaux de gangrène observés dans le cancer ordinaire; ceux-ci s'en rapprochent beaucoup, mais nulle part nous n'en avons trouvé d'aussi rapides.

Quoi qu'il en soit, la durée de ces formes mixtes est un peu plus longue que celle de la mastite carcinomateuse aiguë, 10 mois dans le cas de Gay, 5 mois dans celui d'Estlander, 6 mois dans celui de Faure.

En résumé, on peut distinguer :

1° Une *mastite carcinomateuse aiguë*, caractérisée par l'hypertrophie énorme totale de la mamelle, la teinte cuivrée de la peau, les phénomènes phlegmasiques intenses, l'absence habituelle de douleurs, l'adénopathie inconstante et l'absence constante d'ulcération, l'évolution en 6 ou 10 semaines. C'est un type clinique très net;

2° Une *mastite carcinomateuse subaiguë*, type moins net, moins bien établi, caractérisé surtout par l'indolence et l'absence de phénomènes inflammatoires;

3° Enfin, des *formes de transition*, des *cancers à diffusion rapide*, débutant par une petite tumeur et des douleurs, où l'on retrouve de façon constante la teinte cuivrée de la peau et l'adénopathie axillaire, fréquemment une traînée d'œdème dur reliant la tumeur aux ganglions, et quelquefois une ulcération.

II

Les difficultés diagnostiques ne sont évidemment pas les mêmes dans les diverses formes du cancer aigu du sein.

1° *Mastite carcinomateuse aiguë*. — Le diagnostic est fort difficile et « au début, l'on passe presque toujours à côté et l'on croit à une inflammation ou à un engorgement » (Delbet).

L'analogie d'aspect est telle que la première impression de tous les observateurs, dans les cas que nous possédons, fut celle de phlegmon. L'expression de mastite phlegmoneuse se retrouve dans les trois observations de cancer unilatéral. Elle ne se trouve pas dans les deux qui ont trait à des mastites carcinomateuses doubles.

Cependant, Terrillon fit le diagnostic dès la première fois qu'il vit la malade, malheureusement il ne dit pas sur quoi il le basa. Aitken ne fit pas de diagnostic, et aucun des médecins qui virent la malade n'avait observé chose pareille ou même analogue. Billroth resta hésitant, jusqu'au dernier moment; il avait d'abord étiqueté la maladie comme sarcome, puis corrigea son diagnostic *post mortem* quelque temps après. Reclus ne put se défendre à première vue de l'idée de phlegmon plus ou moins subaigu, mais les symptômes de cancer, coloration cuivrée de la peau, œdème dur se prolongeant vers la cavité axillaire, apparurent 2 ou 3 jours après et entraînèrent la conviction de Verneuil appelé en consultation. Enfin, Loisnel, après beaucoup d'hésitations et devant les affirmations catégoriques de sa malade, fit le diagnostic, mais son attention avait été pour ainsi dire orientée dès l'abord par ce fait très important : l'absence d'élévation de température locale.

Il faut donc examiner avec un soin extrême les cas douteux pour essayer de découvrir un indice révélateur et, parmi ces indices révélateurs, la traînée dure infiltrée d'œdème axillaire et l'absence d'hyperthermie locale semblent avoir une réelle valeur, plus que la teinte cuivrée et les réseaux bleuâtres, car l'injection de la peau peut donner lieu à un aspect analogue dans les mastites suppurées de quelque cause qu'elles relèvent.

L'absence de phénomènes généraux dans la mastite carcinomateuse a aussi une certaine importance lorsqu'elle est dûment constatée. Mais il y a des cas complexes, tel celui de Reclus où un cancer du sein nageait au milieu d'une collection suppurée d'origine vraisemblablement ganglionnaire et qui présentait un volume considérable fusant sous le grand pectoral. Il n'y a pas de règles de diagnostic à formuler pour des cas aussi bizarres.

2° *Martite carcinomateuse subaiguë*. — La mastite carcinomateuse subaiguë fut confondue par Bérard avec une hypertrophie des mamelles, mais ici l'évolution est toute différente et il n'y a pas de changement dans la consistance du sein, l'affection n'a aucun retentissement sur l'état général, et à une période avancée les seins deviennent mous.

3° *Cancer à diffusion rapide du sein*. — Les causes d'erreur sont nombreuses.

La mammite chronique d'abord qui, suivant l'expression du professeur Duplay, « s'accompagne d'un semblant de tumeur, c'est-à-dire d'une tuméfaction et d'une in-

duration de la totalité ou d'une partie plus ou moins étendue de la glande ». Les difficultés sont maxima évidemment dans le cas de mammite chronique généralisée; parfois, il est tout à fait impossible.

Cependant, la mastite chronique se développe après une grossesse et une lactation; ensuite l'œdème, lorsqu'il existe, occupe la totalité de la région, tandis que dans les cas de cancer, il y avait une traînée d'œdème dur, mais une traînée seulement marquant le chemin suivi par l'infection cancéreuse.

La rétraction du mamelon peut servir aussi de caractère différentiel; dans la mammite il est rétracté, mais de façon régulière et de plus, par la traction, on peut lui rendre sa forme primitive. Dans le cancer au contraire, la rétraction est irrégulière, il n'y a point moyen de rendre à l'organe sa forme normale. La douleur aussi est, dit-on, plus vive dans la mammite chronique que dans le cancer, mais il n'y a rien d'absolu et nous savons combien l'élément douleur est variable dans le cancer aigu du sein. Enfin, l'adénopathie cancéreuse est dure, les ganglions gardent une mobilité relative; dans la mammite chronique, l'adénopathie n'est pas constante et les ganglions semblent souvent noyés dans une gangue épaisse.

Enfin, la mammite s'améliore sous l'influence du traitement, et particulièrement sous celle de la compression qui n'a jamais rien produit toutes les fois qu'elle a été appliquée dans des cas de cancer aigu.

La tuberculose mammaire peut simuler le cancer et nous ne connaissons pas de signes objectifs capables d'entraîner la certitude du diagnostic. Toutefois, les suppurations tuberculeuses d'autres régions sont fréquemment notées dans les antécédents, et le début est froid, l'évolution reste d'habitude torpide pendant assez longtemps. Cependant, il est très possible de se tromper au moment où des lésions tuberculeuses du sein sont prêtes à s'abcéder et donnent lieu à des phénomènes d'aspect inflammatoire.

Rappelons, enfin, que le cancer à diffusion rapide du sein se distingue par certaines particularités cliniques du cancer ordinaire, de l'encéphaloïde à marche rapide, comme ceux que Fricher a signalés qui tuèrent en dix mois. Dans ces cas il n'y a pas de teinte cuivrée de la peau, pas d'œdème dur à prolongement axillaire dès le début; l'ulcération survient vite. Elle présente des végétations fongueuses et saignantes, volumineuses et vasculaires. En somme, il n'y a là qu'un cancer ordinaire qui marche vite.

III

Il existe deux opinions au sujet du traitement du cancer aigu du sein. Les uns avec Duplay et Delbet sont pour l'intervention quand même; les autres, parmi lesquels Tillaux, se prononcent pour l'abstention. Laquelle de ces opinions peut-on donner comme règle générale à suivre pour les praticiens?

Pour répondre à cette question, M. Charbonnier examine la conduite qui fut tenue dans les divers cas qu'il a réunis.

Pour ce qui est de la mastite carcinomateuse aiguë, un cas s'est présenté dès l'abord inopérable, celui de Loisnel, où l'état général était déjà atteint, et où le sein, la peau et le grand pectoral formaient un seul plastron, solide.

Aitken et Billroth n'opérèrent pas; Aitken peut-être par incertitude de diagnostic, Billroth à cause de l'allure pour ainsi dire suraiguë. Terrillon, Reclus et Guinard intervinrent, mais Terrillon eut presque immédiatement (six semaines après) une poussée nouvelle très aiguë inopérable d'emblée. Reclus vit le second sein de sa malade se prendre au bout de quelques mois; il intervint une seconde fois, mais la généralisation survint cependant. Et pourtant cet auteur est peut-être celui qui a observé la maladie le plus près de son début; il s'est donc trouvé dans des circonstances qui sembleraient particulièrement favorables à l'ablation totale du mal si elle était possible.

Le bilan de cette première catégorie de cas se présente donc comme suit : 1 cas inopérable d'emblée, 2 autres non opérés, mais que nous pouvons considérer avec quelque apparence de raison comme inopérables à cause de la bilatéralité des lésions et de leur évolution véritablement foudroyante; 2 cas opérés dès le début avec localisation ultérieure du côté opposé et généralisation un peu plus tard; un autre cas opéré avec récidive absolument suraiguë. Voilà certes de quoi décourager les partisans de l'intervention et nous souscrivons entièrement à l'opinion des maîtres éminents qui ont vu dans cette forme un « noli me tangere ».

Dans la 2e forme, la malade de M. Charbonnier ne pouvait bénéficier d'aucune intervention, étant donnée l'étendue extrême des lésions, mais celle de Bérard fut opérée. Là aussi le second sein se prit avant toute autre partie du corps et la malade succomba sans qu'il fût possible de l'opérer une seconde fois. Dans la forme subaiguë, il n'y a donc pas non plus de fait favorable à l'intervention.

Dans les formes de transition, le point semble plus délicat à trancher. Gay n'eut pas le temps d'opérer. Volkmann opéra largement sa seconde malade, sur sa demande expresse. Elle eut bientôt une récidive sur toute la longueur de la cicatrice, et l'extension cutanée fut très hâtive. La première malade était inopérable par bilatéralité des lésions. Fink voulut faire l'amputation typique du sein avec curage axillaire, mais la malade mourut sous le chloroforme. Duplay opéra, la malade obtint la guérison opératoire, mais mourut bientôt après être sortie du service. Rochard fit aussi une amputation typique avec curage de l'aisselle. Il eut un soulagement immédiat, mais, deux mois après, apparurent des symptômes de généralisation pulmonaire avec une petite récidive au niveau de la cicatrice. Ce noyau de récidive resta insignifiant, mais la généralisation fut totale. Faure opéra aussi avec récidive immédiate. Réopération, seconde récidive immédiate, foudroyante, avec généralisation. Enfin, Estlander, qui avait une malade inopérable à cause de l'extension cutanée des lésions, vit lui aussi apparaître une métastase dans le sein du côté opposé.

Ceci dit, si nous résumons encore une fois les résultats opératoires du cancer à diffusion rapide du sein, nous trouvons les résultats suivants :

Sur 8 cas, 3 inopérables, 5 opérés, 2 avec récidive rapide, un autre avec récidive suraiguë, un 3e avec résultat inconnu. La 5e malade est morte pendant l'opération. Toutes les fois cependant, on avait fait une ablation large avec curage axillaire.

Il semble donc bien que cette intervention suffisante parfois, souvent légitime, dans le cancer du sein ordinaire, soit ici insuffisante. La survie n'est jamais supérieure à celle que la malade aurait eue vraisemblablement si on l'avait laissée tranquille.

Mais des considérations, d'ordre moral, peuvent entrer en ligne de compte; c'est affaire de circonstances extérieures, de conscience médicale. Elles ne peuvent pour-

tant être érigées en règle de conduite générale, et, en tout cas, elles n'augmentent pas la valeur thérapeutique de l'extirpation sanglante, appliquée au traitement du cancer aigu du sein. Et pour le répéter encore une fois, cette extirpation est insuffisante.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Pettit. *Diagnostic histologique des curettages utérins.* N° 112. (Schleicher.)

M. Danthez. *Contribution à l'étude de la métrite hémorrhagique dite essentielle.* N° 121. (L. Boyer.)

M. Aubry. *Contribution à l'étude de la torsion pédiculaire des kystes ovariens.* N° 120. (L. Boyer.)

M. Alvernhe. *Traitement des hémorrhagies dans les corps fibreux et les polypes de l'utérus.* N° 96. (Institut nt. de Bibliographie scient.)

M. Leroy. *Étude clinique des polypes du méat urinaire chez la femme.* N° 82. (Inst. Bibliog. Scientifique.)

M. Moineau. *Contusion et déchirure du rein.* N° 57. (Jules Rousset.)

M. Bahuand. *Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives du rein chez l'adulte.* N° 60. (Baillière.)

M. Besserve. *Contribution à l'étude du traitement des abcès urineux.* N° 44. (L. Boyer.)

M. Pellizza. *Quelques considérations sur les plaies de l'échancrure sciatique.* N° 97. (Jules Rousset.)

M. Wintrebert. *Des luxations de l'astragale par rotation.* N° 45. (Morel, Lille.)

M. Leprince. *Contribution à l'étude de la main bote-congénitale.* N° 141. (Vigot frères.)

M. Silvy. *Du traitement des ulcères variqueux par la dissociation fasciculaire du nerf sciatique.* N° 113. (L. Boyer.)

M. Granel. *Rétrécissements larges et uréthrites chroniques.* N° 91. (L. Boyer.)

M. Kahn. *Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule et de son traitement par la résection totale sous-périostée de cet os.* N° 59. (J. Steinheil.)

M. Moret. *Contribution à l'étude clinique des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires chez les vieillards.* N° 31. (G. Steinheil.)

M. Audic. *Contribution à l'étude de la scoliose de l'adolescence.* N° 33. (L. Boyer.)

M. Chatin. *Les chancres simples extra-génitaux.* N° 77. (L. Boyer.)

M. Malinsky. *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la tuberculose testiculaire.* N° 42. (L. Boyer.)

M. Labeyrie. *La tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne.* N° 136. (Dugas, Nantes.)

M. Pettit, chef de laboratoire à la Faculté, a présenté comme thèse un remarquable travail d'histologie gynécologique.

Dans une première partie il étudie les modifications bénignes de la muqueuse utérine, et passe ainsi en revue les différentes formes de métrite dont il a pu fixer d'une façon précise les caractères histologiques. La deuxième partie est consacrée aux modifications néoplasiques.

Ce beau travail est complété par des planches dessinées par l'auteur et qui ne sont pas un des moindres mérites de cette étude.

Deux théories sont en présence pour expliquer la métrite hémorrhagique essentielle.

Pour M. Bouilly il y a infection portant d'abord sur le col utérin, transmise par voie lymphatique aux ovaires qui deviennent scléro-kystiques. Les lésions ovariques déterminent par action réflexe une hyperhémie avec hypertension du système vasculaire utérin. A cette hypertension succède les lésions vasculaires définitives.

Pour MM. Hepp et Richelot, il ne faudrait voir dans les lésions des annexes et de la matrice qu'une localisation de l'artério-sclérose généralisée.

M. Danthez pense que les deux théories ne peuvent expliquer séparément tous les cas, mais qu'elles comportent chacune une part de vérité.

La théorie de l'infection paraît absolument juste lorsqu'il s'agit de femmes jeunes, en pleine vie génitale, ayant été notamment infectées, chez lesquelles la diathèse arthritique et scléreuse n'a pas encore, à quelques bien rares exceptions près, pu commettre de grands ravages.

Au contraire, la théorie émise par MM. Hepp et Richelot est plus vraisemblablement applicable aux métrites des femmes âgées, au voisinage, ou parfois ayant passé la ménopause, et n'ayant plus qu'un passé génital déjà fort éloigné.

D'après M. Aubry, ce qui caractérise l'anatomie pathologique des torsions pédiculaires des kystes ovariens, graduelles, lentes ou brusques, c'est l'oblitération des veines, puis des artères, la compression des nerfs, par suite la tumeur est congestionnée et augmentée de volume avec présence ou absence d'adhérences, la péritonite partielle ou diffuse par rupture du kyste et l'hémorrhagie intra ou extra-kystique.

La symptomatologie de la torsion lente est si peu marquée que la torsion n'est souvent connue qu'en pratiquant la laparotomie. La torsion brusque se manifeste par une douleur primitive, aiguë, localisée dans un des côtés du bas ventre; accompagnée des symptômes généraux alarmants. La menstruation est rarement troublée.

Pour M. Alvernhe, le curettage et les injections de chlorure de zinc constituent cependant un moyen des plus utiles pour combattre les hémorrhagies des fibromes sous-muqueux compliqués de métrite.

Pour modifier la muqueuse utérine atteinte d'endométrite, on aura également recours à la méthode électrique, dont l'effet semble être une sorte de curettage électrique, et qui peut agir également sur la nutrition du fibromyome.

M. Leroy pense qu'il est nécessaire d'enlever le plus tôt possible les polypes du méat, qui, outre les souffrances qu'ils causent, peuvent donner, entre autre complications, de la cystite, de l'uréthrocèle, du prolapsus muqueux.

Le traitement médical est illusoire. L'arrachement, la ligature, la cautérisation, l'excision, avec les inconvénients propres à chacun d'eux, ont tous le tort de ne pas mettre à l'abri des récidives. Il est donc préférable d'employer la méthode préconisée par le Dr Delagénière, du Mans, c'est-à-dire la résection de la terminaison de l'urèthre, et de la muqueuse uréthrale. Outre qu'il empêche la récidive, ce procédé permet de traiter radicalement, d'un seul coup, non seulement les polypes du méat, mais encore l'uréthrocèle, ou le prolapsus concomitant.

Dans les contusions du rein, pour M. Moineau, le traitement chirurgical doit être employé en cas d'hémorrhagie qui se traduira par une pâleur considérable des téguments, le pouls petit, filiforme, la température au-dessous de la normale, ou en cas de suppuration qui s'annonce vers le 6e, 8e ou 10e jour après l'accident par de la fièvre, la recrudescence des douleurs, la diminution des urines.

On ne recourra à la laparotomie que si l'on croit à un épanchement intra-péritonéal ou à une lésion concomitante des viscères abdominaux.

Hormis ces cas, c'est toujours à la voie lombaire que l'on s'adressera.

Le rein étant mis à nu, il faut pratiquer l'hémostase soit par la ligature des vaisseaux, soit par des pinces laissées à demeure

48 heures, soit par le tamponnement, soit même par la néphrectomie.

Pour M. Bahuand, la néoplasie conjonctive embryonnaire est représentée dans le rein par le sarcome : tantôt on trouve le sarcome globo-cellulaire, tantôt le sarcome fuso-cellulaire; assez souvent les deux éléments sont réunis en proportion variable; enfin, quelquefois, on observe du myxosarcome.

Au point de vue de sa structure, on note parfois un grand développement de la trame conjonctive pouvant aller jusqu'au fibro-sarcome.

L'élément vasculaire est souvent très développé, d'où la fréquence et le volume des kystes sanguins.

On trouve quelquefois des fibres musculaires lisses qui n'ont aucune importance, au point de vue de la valeur histologique du néoplasme.

La néoplasie conjonctive adulte est représentée dans le rein par le fibrome et le lipome.

Les tumeurs conjonctives du rein prennent naissance dans le tissu conjonctif interstitiel de l'organe, principalement dans la région voisine du hile, sous la capsule ou dans la capsule fibreuse elle-même.

D'autres naissent de la capsule surrénale ou de noyaux aberrants de la capsule surrénale.

Les abcès urineux doivent être incisés d'une manière précoce et avant même que la fluctuation soit nette.

L'intervention comporte ordinairement deux actes distincts : le traitement direct de l'abcès et le traitement du canal.

Au sujet de la date du traitement du canal par rapport à l'incision de l'abcès, deux méthodes sont actuellement suivies.

Les uns, avec M. le professeur Guyon, ne se préoccupent pas du canal avant un délai variant de 6 à 15 jours après l'ouverture de l'abcès.

Les autres font suivre immédiatement l'incision de l'abcès par le traitement du canal.

L'uréthrotomie interne est pratiquée dans la même séance que l'incision et une sonde à demeure est établie aussitôt.

Cette pratique, à laquelle se rattache M. Besserve, a l'avantage de faire gagner du temps au malade.

Pour M. Pellizza, les plaies de l'échancrure sciatique peuvent se diviser en :

a) Superficielles ou non pénétrantes ou extra-pelviennes.

b) Profondes, pénétrantes, intra-pelviennes.

Dans les plaies superficielles, les lésions peuvent porter (outre le tissu cellulaire sous-cutané, et le tissu musculaire) sur les vaisseaux et nerfs qui émergent de l'échancrure sciatique, c'est-à-dire :

1° Sur les trois artères : fessière, ischiatique, honteuse interne, et sur leurs branches superficielles;

2° Sur les veines collatérales de ces artères ;

3° Sur les nerfs qui suivent plus au moins exactement le trajet de ces artères :

Nerf fessier, grand sciatique, petit sciatique, honteux interne ;

4° Sur les vaisseaux lymphatiques, qui, de cette région, vont se jeter dans le réseau hypogastrique.

Dans les plaies profondes ou intra-pelviennes, les lésions peuvent porter sur ces mêmes organes à l'intérieur du bassin, mais elles peuvent aussi et surtout intéresser tous les organes pelviens : vessie, rectum, utérus, péritoine, intestin.

D'après M. Wintrebert, les luxations de l'astragale par rotation sont rares et rarement diagnostiquées; aussi leur étude est-elle encore incomplète.

Elles se distinguent en :

a) Luxations par rotation simple : autour de l'axe antéro-postérieur; autour de l'axe vertical; autour de l'axe transversal;

b) Luxations par rotation multiple.

Leur diagnostic, très difficile, ne peut se faire qu'après des recherches basées sur une connaissance profonde de l'anatomie normale du cou-de-pied et des diverses positions que peut prendre l'astragale luxé : la radiographie sera d'une grande utilité.

D'un diagnostic exact dépend une bonne réduction et le rétablissement intégral des fonctions du membre.

Dans le cas où la réduction est contre-indiquée ou la luxation irréductible, on peut essayer, par des débridements, de dégager l'os et de le remettre en place; mais si cette opération ne réussit pas, pratiquer immédiatement une astragalectomie.

La main bote congénitale qu'étudie M. Leprince est une affection assez rare. Il existe deux variétés de mains botes congénitales : dans l'une le squelette est conservé et bien conformé; dans la seconde, il y a malformation des os de l'avant-bras ou du carpe. Dans les cas de malformations du squelette, ou d'absence congénitale d'un os, c'est le radius qui est le plus souvent intéressé. Les mains botes les plus fréquemment rencontrées, sont les mains botes cubito-palmaire de radio-palmaire; les autres sont des exceptions. Cette difformité paraît due à une compression de l'amnios, ou à des adhérences de cette membrane au fœtus pendant les premiers mois de la vie intra-utérine. Le traitement de la main bote sans malformation osseuse se résume en ceci : massage, appareils et ténotomie. Lorsque le radius manque, diverses opérations ont été proposées par Sayre, Bardenheuer et Romano.

D'après M. Silvy, l'ulcère variqueux relève d'une triple pathogénie : artérielle, veineuse et nerveuse. Il est la conséquence d'un trouble du système nerveux trophique.

Il est rationnel de lui appliquer, dans une large mesure, une thérapeutique s'adressant à l'élément nerveux. La dissociation fasciculaire du nerf sciatique a l'incontestable supériorité d'être simple, rapide et de pouvoir s'appliquer quel que soit le siège de l'ulcère. Elle semble surtout efficace contre les ulcères qui ne sont pas à la fois trop étendus et trop profonds; elle n'aurait aucune conséquence fâcheuse. Malgré le petit nombre d'observations enregistrées par la méthode, malgré la date encore récente de son application, les résultats obtenus permettent de croire à son avenir.

M. Granel pense que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une uréthrite invétérée, rebelle à la thérapeutique ordinaire, il faut rechercher le rétrécissement large.

L'uréthrite chronique est fréquemment sous la dépendance du rétrécissement large; celui-ci entretient dans son voisinage, en avant et en arrière, une zone d'hyperhémie favorable à la persistance des lésions.

Sur les lésions d'uréthrite postérieure peut venir se greffer l'infection tuberculeuse.

L'endoscope nous permet de constater que les lésions d'uréthrite chronique peuvent siéger en un point quelconque de la muqueuse uréthrale et non pas forcément aux points classiques.

La thérapeutique sera surtout dirigée contre le rétrécissement; le traitement de choix est la dilatation poussée jusqu'à ses plus hautes limites.

La tuberculose de la clavicule est une localisation relativement rare du bacille de Koch.

Une opération parcimonieuse, grattage ou résection partielle, ne donnera le plus souvent qu'un résultat incomplet et peu durable.

Aussi M. Kahn croit-il que la guérison radicale ne suit souvent que l'ablation totale de la clavicule.

Cette extirpation totale par la méthode sous-périostée est une opération sans danger et facilement exécutable.

Le procédé de choix est celui recommandé par Chassaignac, puis par Farabeuf, c'est-à-dire la section préalable de la clavicule suivie de la désarticulation des deux fragments.

Contrairement à l'opinion ordinairement admise, M. Moret a trouvé fréquemment la tuberculose osseuse et articulaire chez les vieillards.

Il appuie son affirmation sur une statistique personnelle portant sur 3925 malades et relevant 178 cas de tuberculose osseuse et ostéo-articulaire.

Parmi les conditions étiologiques pouvant expliquer cette fréquence, l'auteur n'a rencontré que les causes banales de toutes les infections tuberculeuses.

La marche de la maladie lui a paru lente et son évolution

torpide. Le pronostic est cependant assombri par la possibilité toujours menaçante d'une propagation à un autre organe.

La gravité de la maladie résulte d'ailleurs entre autres choses de la localisation de l'affection.

Les recherches faites, tant sur les malades observés par M. Moret que dans les observations parues antérieurement, l'ont amené à placer dans un ordre de fréquence décroissant les régions suivantes, les plus souvent atteintes : pied, côtes, genou, sternum, poignet, main, colonne vertébrale, etc. Chez les enfants, le traitement conservateur est la règle; chez les vieillards au contraire, les opérations économiques doivent être proscrites.

M. Audic pense que, dans la classe des scolioses dites « essentielles de l'adolescence », il faut réserver une place, très minime il est vrai, à ce qu'on peut appeler avec L.-H. Petit la « scoliose neurasthénique ».

La pathogénie de ce genre de scoliose semble conduire au traitement, dont l'indication principale sera de traiter l'état neurasthénique. A cette condition seule, une thérapeutique locale, s'attachant, par des moyens mécaniques variés, à la correction de la déviation, aura chance d'avoir des résultats durables.

Les chancres simples extra-génitaux, quoique rares, sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Cette rareté tient souvent à ce qu'on les recherche avec les signes qu'ils n'ont pas.

M. Chatin, par ordre de fréquence et d'importance, les classe de la façon suivante : chancres céphaliques, chancres des doigts, chancres des membres inférieurs, chancres du tronc.

Le médecin en face d'une ulcération située sur un territoire quelconque, face, thorax, membres, doit penser à la possibilité d'un chancre simple extra-génital.

La grande source des chancres extra-génitaux résidant dans une contamination secondaire par les mains infectées, dans un but prophylactique le médecin devra recommander au malade de prendre de grands soins de propreté, de se laver les mains avec une solution antiseptique chaque fois qu'il aura touché sa plaie ou ses pansements souillés du pus chancrelleux.

Pour M. Malinsky, la tuberculose du testicule est toujours associée à d'autres lésions bacillaires de l'appareil génital.

La tuberculose génitale se localise primitivement sur la prostate et les vésicules séminales.

Les lésions tuberculeuses se propagent au testicule par la voie déférentielle.

La région prostato-vésiculaire reçoit le bacille de Koch par la voie sanguine; pourtant, d'autres voies sont également possibles, mais beaucoup moins fréquentes : voies rénale, lymphatique, rectale et péritonéale.

La castration est devenue une opération exceptionnelle; elle est remplacée par les opérations conservatrices, parmi lesquelles l'épididymectomie pratiquée seule ou jointe à la déférentectomie et même à la vésiculectomie doit être considérée comme opération de choix.

La localisation de la tuberculose sur la symphyse pubienne et le pubis est rare; mais elle acquiert une certaine importance par ce fait qu'elle est souvent méconnue et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

D'après M. Labeyrie, elle s'accompagne fréquemment de la production d'abcès ossifluents formant tumeurs et ayant pour siège de prédilection la partie antéro-interne de la cuisse et la région hypogastrique immédiatement au-dessus du pubis. Elle entraîne avec elle peu de troubles fonctionnels.

C'est une cause sans doute assez fréquente de disjonction de la symphyse au cours du travail mécanique de l'accouchement.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hypothermies dans l'épilepsie et leurs rapports avec le pouvoir toxico-hypothermique du sang (Ipotermie nell' epilepsia et loro rapporti col potero tossico-ipotermico del sangue), par Carlo Ceni, de Reggio-Emilia (*Rivista sperimentale di freniatria e med. leg. d. al. ment.*, vol. XXVI, fasc. 4, p. 585, décembre 1900). — L'auteur, ayant fait prendre à diverses reprises la température de quelques épileptiques plusieurs fois dans une même journée, eut l'attention attirée sur un phénomène clinique assez intéressant et non encore décrit, qui, à cause de sa nature et de sa constance, semble devoir prendre place parmi les symptômes principaux de l'épilepsie. Le phénomène consiste en un abaissement de la température des malades, qui survient à des périodes intermittentes dans la journée; pendant ces crises véritables d'hypothermie, la température du corps peut descendre de 1, 2 et même de 3 degés au-dessous de la normale. Ces crises passent à peu près inobservées du malade et peuvent durer de 1/2 heure à 1 heure. Elles ne sont pas l'effet de la médication bromurée, mais bien de l'épilepsie elle-même.

Analysant le phénomène, M. Carlo admet que ces crises hypothermiques des épileptiques sont dues à un phénomène vasomoteur d'origine centrale, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une action sur ce centre de toxines accumulées ou momentanément produites en excès. Ce phénomène peut très bien être interprété comme une décharge des centres vasomoteurs, irrités d'une façon constante. Il s'agit donc d'un phénomène ayant son individualité et qui n'a aucun rapport avec la gravité de la maladie, le nombre et l'intensité des autres symptômes épileptiques.

Deux cas d'amyotrophie (Due casi di amiotrofia), par Guglielmo de Pastrovich (*Rivista sperimentale di freniatria e med. leg. d. alien.*, vol. XXVI, fasc. 4, p. 664-691, décembre 1900). — Ces deux cas d'atrophie musculaire chez deux frères ne correspondent parfaitement à aucun type classé, présentant d'une part des caractères se rapportant aux myopathies primitives, notamment à la forme juvénile de Erb, à la forme infantile de Duchenne et à la pseudo-hypertrophie, et d'autre part quelques symptômes propres à l'atrophie musculaire d'origine spinale. Semblable mélange de symptômes a été observé dans d'autres cas et ce sont justement les observations de ce genre qui ont fait naître le soupçon que, dans toutes les formes d'atrophie musculaire, il s'agit d'une cause commune, d'un processus unique, qui détermine suivant les cas des manifestations cliniques ou même des lésions anatomiques différentes; mais les différents types décrits et connus ne représenteraient dans la classification que des variétés d'une même espèce morbide, l'atrophie musculaire. Les deux observations de l'auteur sont d'une grande valeur au point de vue de l'idée du rapprochement de tous les types d'atrophie musculaire dans le cadre d'une maladie unique.

Sur un cas d'épilepsie par trauma de la région préfrontale (Sopra un caso di epilepsia da trauma della regione prefrontale), par de Pastrovich et G. Modena (*Rivista sperimentale di freniatria e med. leg. d. alien. ment.*, an XXVI, fasc. 4, p. 723, décembre 1900). — Blessure du front à l'âge de 11 ans, premier accès d'épilepsie à 15 ans, mort en état de mal à 25 ans. L'étude anatomique démontra un épaississement considérable des méninges et une sclérose névroglique complète au point du lobe frontal droit correspondant à l'ancien traumatisme. Ni dans les régions rolandiques, ni ailleurs, aucune trace de processus inflammatoire chronique. Un peu partout dans l'écorce, de légères lésions cellulaires constatables au Nissl.

Les fonctions corticales du sujet étaient donc insuffisantes, du fait des altérations cellulaires diffuses, consécutives à la lésion corticale au point traumatisé, et surtout à cause de cette lésion ayant détruit une bonne partie des éléments du lobe frontal. Dès lors l'épilepsie s'explique par la perte du pouvoir d'inhibi-

tion sur les effets des causes convulsivantes d'ivresse, auto-intoxications, d'autant plus que le sujet était un prédisposé à l'épilepsie par l'alcoolisme de son père et l'hérédité psychopathique du côté de sa mère.

MÉDECINE

Traitement des anévrysmes par les injections de gélatine, par Forenico de Castro (*Revista de Medic. y Cirurgia practicas*, 21 mai 1900). — L'auteur a essayé de modifier la méthode de Lancereaux et Paulesco pour le traitement des anévrysmes par les injections de gélatine. En effet, Lancereaux fonde sa méthode sur l'action coagulante de la gélatine mise en contact avec le sang de l'intérieur des anévrysmes. Or il y a là de réels dangers. Aussi M. F. de Castro a-t-il essayé de faire agir la gélatine sur les parois artérielles et non sur le sang. Les injections qu'il pratique ne pénètrent pas dans l'intérieur des artères et ne produisent pas de caillots; elles sont donc sans danger. Il s'agit de faire pénétrer la gélatine à travers le réseau lymphatique depuis le plan sous-entané jusqu'à la tumeur, en passant par la voie la plus directe ou la plus riche en vaisseaux. La solution employée est de 3 grammes de gélatine pour 40 grammes d'eau en injections sous-cutanées. Les résultats obtenus par l'auteur seraient des plus satisfaisants et l'on pourrait par ce moyen produire un soulagement notable et prolonger la vie du malade.

Infantilisme mitral, par L. Ferranini (*Riforma medica*, an XVI, vol. 14, nos 56, 57, 58; p. 663, 675, 687; 5, 6, 7 décembre 1900. — M. Ferrannini décrit l'infantilisme mitral et fait remarquer que c'est toujours dans le rétrécissement mitral pur qu'on l'observe; il ne l'a jamais rencontré chez les malades affectés des autres cardiopathies.

L'évolution de l'infantilisme mitral est simple. La petite taille et la faible dimension des organes épargnent au cœur un excès de fatigue qu'il ne saurait supporter. Les malades chétifs s'évitent les efforts violents ou prolongés. Néanmoins, ils supportent très bien les injures physiques et les secousses morales, car la lésion valvulaire est compensée depuis l'enfance par le myocarde. — Ces infantiles peuvent vivre longtemps en bonne santé; l'auteur a observé un paysan qui a commencé à souffrir de son rétrécissement mitral congénital à l'âge de 72 ans. Cependant si ces infantiles font du rhumatisme aigu ou quelque autre infection qui détermine une nouvelle localisation cardiaque ou aggrave la sténose, ils tombent dans l'asystolie.

CHIRURGIE

Rétention d'urine complète. Tolérance extraordinaire de la vessie, par J. Foustanos (*La Grèce médicale*, nov. 1900, p. 103). — Il s'agit d'un homme de 65 ans, prostatique, n'ayant pas rendu une seule goutte d'urine depuis 12 jours. La cathétérisme au début avait été impossible et la ponction suspubienne énergiquement refusée par le malade ne fut acceptée que le 12e jour. A ce moment la vessie était tellement distendue que le fond en était refoulé, jusqu'à l'estomac à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La pression de la vessie n'était nullement douloureuse et l'état général était resté bon.

Tumeur papillaire de la vessie, ayant déterminé un volumineux polype sortant par l'urèthre, chez une femme de 60 ans, par le Dr Mordret (*Arch. méd. d'Angers*, 1900, p. 220). — Le début des accidents remonte chez Mme X... à 5 ou 6 ans. Ayant des troubles de la miction on examina les urines; on y constata de l'albumine; elle est depuis 5 ans soumise à un régime sévère. De temps à autre les urines contenant du sang, les hématuries devenant de plus en plus fréquentes ainsi que les douleurs de la miction et les besoins impérieux, on la considéra toujours comme une albuminurique. Elle est arrivée à un état de faiblesse extrême, est exsangue, ne quitte plus son lit, perd continuellement du sang et des urines qui s'écoulent inconsciemment; quand on la découvre il s'exhale une odeur infecte.

En écartant les lèvres, on voit une tumeur gangrenée du volume du pouce; elle se continue par un pédicule assez long. Le doigt la suit facilement non dans le vagin, mais dans l'urèthre extrêmement dilaté. On sent le point d'insertion qui est nettement vésical, mais on n'arrive pas à le contourner.

Sous chloroforme on constate que le pédicule se prolonge et adhère dans la région du trigone vésical. On sent tout autour des masses villeuses, volumineuses, et il s'écoule à l'examen une assez grande quantité de sang. L'urèthre est dilaté au maximum et on procède au nettoyage de la vessie, tantôt avec le doigt ou avec une curette, tantôt avec des pinces et par torsion, ce qui permet d'enlever des débris plus ou moins considérables. Des lavages à l'eau très chaude diminuent l'hémorrhagie, qui cesse quand le curettage est complet. Un gros drain est placé dans la vessie et des injections chaudes sont faites plusieurs fois dans la journée pour combattre l'hémorrhagie. On retire le tube au bout de 48 heures pour le remplacer par une sonde à demeure, laquelle sera retirée elle-même quelques jours plus tard. Il s'est perdu sous l'influence des lavages une assez grande quantité de débris de la tumeur vésicale. Celle-ci semble toutefois pouvoir être évaluée au volume de deux noix. Elle était établie sur la surface de la muqueuse y formant une sorte de chou-fleur étalé. Il n'existait pas d'autre masse pédiculée que le polype que nous avons signalé.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un papillome resté dans sa structure absolument correct. Quant aux débris des masses vésicales, ils présentent un commencement d'évolution carcinomateuse, car entre les quelques faisceaux de fibres lisses de la vessie qui se trouvent au niveau de la surface d'extirpation on trouve des infiltrations épithéliales devant faire craindre qu'il ne s'agisse d'un papillome encore silencieux, pouvant plus tard se transformer en véritable cancer.

L'opération a été suivie d'une amélioration immédiate. Les hémorrhagies ont complètement cessé et l'état général est redevenu bon. Cinq mois après son opération, il n'était survenu aucune complication.

Incontinence nerveuse d'urine guérie par l'ablation totale du clitoris, par le Dr Tesson (*Arch. méd. d'Angers*, 1900, p. 232). — Il s'agit d'une fille de 28 ans, très nerveuse, qui fut prise, pendant une cérémonie au mois d'août 1899, d'une envie subite d'uriner à laquelle elle ne put résister. Depuis ce moment, le besoin d'uriner se fait sentir environ toutes les demi-heures, irrésistible, et la vessie se vide aussitôt, sans que la volonté de la malade puisse empêcher ces accidents. Cette personne est obligée de renoncer à sortir; elle reste alitée ou assise dans son fauteuil. Traitement médical varié pendant 4 à 5 mois sans résultat. Même sous l'influence du sommeil naturel ou provoqué par injections de morphine, la vessie se vide au moins toutes les heures. La quantité d'urine émise à chaque fois est de 20 à 30 grammes au plus; l'urine est absolument normale.

M. le Dr Tesson voit la malade au mois de décembre 1899. En présence des symptômes, il pense d'abord à la possibilité d'un corps étranger de la vessie: exploration négative. A force d'examens et d'interrogations, il découvre que le clitoris était extrêmement excitable et toujours en érection. Il pense que cet éréthisme du clitoris a fait naître un éréthisme semblable de la vessie, l'innervation des deux organes ayant une origine commune. Il pense qu'en supprimant un des organes trop sensibles, il fera disparaître ou du moins atténuera l'excitabilité de l'autre. Le clitoris est enlevé totalement. Immédiatement, cessation complète des accidents. La malade reste 4 à 5 heures sans uriner; elle peut résister au besoin, ce qui lui permet de reprendre la vie habituelle. Cet état se maintient, M. le Dr Tesson a revu la malade à la fin de février 1900. Etat général parfait.

Contribution au traitement chirurgical de l'entéroptose (Beitr. zur chirurgischen Behandlung der Enteroptose), par A. Blecher (*Deut. Zeitschr. f. Chirurgie*, t. LVI, f. 3, 4, 1900). — Depuis que la néphropexie est devenue la méthode générale de traitement de la néphroptose on a tenté avec succès la fixation de différents organes. M. Blecher rapporte que Bier dans 4 cas a pratiqué sa gastropexie en raccourcissant un ligament gastro-hépatique et deux fois en réunissant la tunique séreuse de l'estomac au bord du lobe gauche du foie. Il obtint dans un cas la guérison des troubles.

Dans un autre cas, Bier a pratiqué la colopexie en raccourcissant le mésocôlon.

Au point de vue des indications du traitement chirurgical de l'entéroptose, on peut dire que la néphropexie doit toujours être opérée, lorsqu'elle s'accompagne de troubles marqués, et dans les cas où les troubles sont manifestement sous la dépendance de la pose d'un organe déterminé, il faut pratiquer par une opération le relèvement et le maintien de cet organe.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Janvier 1901.

Analgésie obstétricale par les injections intrarachidiennes de cocaïne.

M. Porak a eu recours dans 10 cas aux injections intrarachidiennes de cocaïne pour obtenir l'analgésie obstétricale.

D'une façon générale, ces injections lui ont paru assez difficiles à pratiquer chez les parturientes; 4 fois il a complètement échoué. Dans les 6 autres cas, les résultats ont été remarquables : au bout de 5 ou 6 minutes, il a constaté une analgésie complète des membres inférieurs et de toute la partie sous-diaphragmatique du tronc, analgésie qui a toujours eu une durée assez longue pour permettre les opérations nécessitées par l'état de ces parturientes (3 symphyséotomies et 1 périnéorrhaphie). Une seule fois l'orateur a eu recours à l'analgésie cocaïnique pour un accouchement normal donnant lieu à des douleurs extrêmement violentes; celles-ci ont été supprimées pendant quelque temps sans que les contractions aient paru augmenter d'intensité; le travail n'a pas été accéléré et l'accouchement ne s'est terminé que 5 heures après l'injection.

C'est donc seulement dans les cas de manœuvres ou d'opérations obstétricales que les injections intrarachidiennes de cocaïne sont indiquées, l'action de ces injections étant trop temporaire pour qu'on puisse les employer dans les accouchements normaux.

La solution de cocaïne dont s'est servi M. Porak est au centième et la quantité de substance active qu'il a injectée n'a jamais dépassé 1 centigramme à 15 milligrammes.

Traitement de la mort apparente chez des nouveau-nés.

M. Pinard proteste contre l'assertion de M. Laborde qui, dans la dernière séance, avait déclaré le tube laryngien inutile à employer pour le rappel à la vie des enfants nés en état de mort apparente.

Les tractions rhythmées de la langue sont excellentes, mais à condition que les voies aériennes soient débarrassées du mucus qui les obstrue le plus souvent et que seul le tube laryngien peut enlever.

MÉDECINE PRATIQUE

Effets favorables des injections hypodermiques de chlorhydrate d'apocodéine contre la constipation (1),

D'après MM. les Drs Raviart et Bertin (de Lille).

Le chlorhydrate d'apocodéine, $C^{18}H^{19}AzO^{2}$, HCL, est un sel de cet alcaloïde de l'opium qui fut découvert il y a quelques années par MM. Mathiessen et Burnside : il est difficile de l'obtenir à l'état de pureté. Pour M. Guinard, qui a consacré à son étude physiologique de nombreux et savants mémoires, il serait presque constamment mélangé à des traces d'apomorphine; et cette constatation a la plus grande importance, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Contrairement à ce que pensaient la plupart des auteurs avant les expériences de M. Guinard (1), en 1893, ce sel, employé pur, n'a nullement une action émétique. Cet effet ne se produit que s'il est mélangé à des traces d'apomorphine, circonstance fréquente, ainsi que nous le faisions remarquer plus haut. Cette opinion est partagée par le professeur Fröhner, de Berlin, par Toy dont nous invoquerons plus loin le témoignage : elle est aussi confirmée par les recherches cliniques de MM. Raviart et Bertin.

Si elle ne se traduit pas par des vomissements ou des nausées, l'action de l'apocodéine sur le tube digestif n'en est pas moins certaine. Lorsqu'on injecte, en effet, une dose moyenne d'apocodéine sous la peau d'un animal, l'effet se traduit assez rapidement par des borborygmes bruyants, suivis d'expulsion de gaz et de défécation; en même temps, l'animal paraît en proie à des coliques douloureuses : « il regarde ses flancs et se met à pousser des cris qui ne laissent aucun doute sur l'existence de douleurs abdominales assez vives ». On peut du reste constater *de visu* ce péristaltisme exagéré, soit en pratiquant une laparotomie, soit en introduisant le doigt par une ouverture faite à la paroi abdominale; si l'on injecte une dose mortelle, on constate que ces mouvements péristaltiques violents de l'intestin persistent 15 minutes au moins après l'arrêt des battements du cœur, et beaucoup plus amples qu'à l'état normal.

Il est à retenir que l'action de l'apocodéine sur les glandes annexes du tube digestif est encore beaucoup plus marquée que celle sur l'intestin lui-même. Chez le chat, aussitôt après l'injection d'apocodéine, la salive s'écoule hors de la bouche, comme après une injection de pilocarpine. Sur le foie, sur le pancréas, même hypersécrétion qu'on peut mesurer au besoin en pratiquant une fistule biliaire ou sur le canal cholédoque. D'après M. Guinard, cette action est d'origine centrale, et ne provient pas d'un effet direct sur les éléments glandulaires.

L'action de l'apocodéine sur les centres nerveux était importante à connaître, qu'elle fût ou non comparable ou analogue aux effets de la morphine ou d'autres alcaloïdes de l'opium. L'emploi thérapeutique de l'apocodéine avait été en effet jusqu'à ce jour réservé parce que, pour certains auteurs, il fallait craindre des phénomènes graves de collapsus, et parce que, pour d'autres, au contraire, le médicament avait sur le système nerveux une action excitante qui pouvait conduire aux accidents les plus redoutables. Or, dit M. Guinard, « quand l'apocodéine est administrée par la voie hypodermique chez le chien, à la dose de 25 à 30 milligrammes par kilogramme d'animal, elle est simplement calmante. Elle détermine un sommeil calme et léger, sans excitation préliminaire trop vive et sans vomissement préalable. Ce sommeil semble physiologique; le sujet dort en conservant une attitude normale et se réveille sans effarement; dans tous les cas, il ne montre pas l'agitation des animaux morphinisés qui, tout en dormant, se plaignent souvent et paraissent affolés quand on les touche et quand on fait du bruit autour d'eux. La disparition des effets soporifiques de l'apocodéine est fort simple; l'animal est vite rétabli et ne montre jamais l'hébétude, l'effarement et l'abrutissement qui suivent habituellement le sommeil morphinique. Quatre ou cinq heures après, on ne voit plus trace de la médication. L'action est ordinairement fugace et de courte durée; l'apocodéine paraît imprégner très superficiellement les éléments sur lesquels elle agit et semble s'éliminer rapidement. La voie qu'elle utilise pour sortir paraît être la voie du rein... »

En résumé, le chlorhydrate d'apocodéine est un sédatif et un hypnotique qui, à dose moyenne, n'influe jamais sur l'organisme de façon nocive; il possède sur le tube digestif une action toute particulière qui consiste en l'augmentation de ses mouvements péristaltiques, et en de l'hypersécrétion glandulaire. Cette action si caractérisée laissait supposer que le chlorhydrate d'apocodéine agirait efficacement, à doses faibles, contre la constipation, la stagnation des matières fécales étant

1. *Écho med. du Nord*, n° 203, 2 déc. 1900.

1. Guinard, *Contribution à l'étude physiologique de l'apocodéine.*

due l'atonie de la tunique intestinale musculaire aussi bien qu'à l'insuffisance des sécrétions glandulaires, quand les deux causes réunies n'entrent point en jeu. C'est sur ce point que MM. Raviart et Bertin ont entrepris une intéressante étude dont le point de départ a été une excellente et trop courte note de M. Toy (1) au *Congrès des aliénistes et neurologistes* tenu en 1895 à Bordeaux, dans laquelle on relevait les conclusions suivantes :

1° L'administration du médicament a toujours diminué l'excitation des malades, souvent même elle leur a procuré quelques heures de sommeil ;

2° L'ingestion ou l'injection a toujours amené dans la nuit une selle au moins, souvent deux, quelquefois trois;

3° Dans aucun cas, elle n'a été suivie de vomissements.

Le travail de M. Toy, surtout entrepris pour étudier les actions hypnotique et sédative de l'apocodéine, enregistrait donc son action évacuante. Ce seul point intéressait la clinique générale et incitait à distraire l'apocodéine des indications un peu spéciales qu'avait visées M. Toy dans son expérimentation; MM. Bertin et Raviart étudièrent donc cette action spéciale sur 34 constipés de tous genres, habituels ou passagers, par rétention ou troubles digestifs, pris au hasard de la clinique; la constipation durait chez eux depuis au moins trois jours, quelquefois depuis 5 et 6 jours, voire même depuis 10 jours. Or, sur ces 34 cas, 25 fois une selle a été obtenue, parfois 2, parfois 3. Le chlorhydrate d'apocodéine amène donc dans les trois quarts des cas de constipation la cessation immédiate de cet état; cette conclusion n'est ferme que pour la constipation passagère, bien entendu.

Il resterait à rechercher s'il est une catégorie spéciale de constipés sur lesquels l'apocodéine n'a pas de prise. Il paraît aventureux de se prononcer sur ce point.

Tous les constipés habituels en effet ont été soulagés sans exception, et les constipés par dyspepsie l'ont été également à l'exception d'un hyperchlorhydrique. Ces résultats, quelque importants qu'ils soient, puisque positifs, ne laissent pas apercevoir quand l'apocodéine doit être inefficace. Remarquons cependant que c'est dans la catégorie des constipations passagères et dans celle des constipations par obstacle mécanique que n'agissait pas l'apocodéine. Deux carcinomes de l'estomac en effet n'ont pas été touchés par le médicament, et M. le professeur Combemale a rapporté aux auteurs un troisième cas tiré de sa clientèle particulière où les résultats furent encore négatifs. Il semble donc bien que la constipation du cancer stomacal, par un mécanisme interprétable, ne réponde pas à l'apocodéine.

D'autre part, parmi les constipés passagers, MM. Raviart et Bertin ont relevé une choréique, un alcoolique en accès de *delirium* et saturé d'opium, un hémiplégique, un paludéen en accès, un neurasthénique, un tuberculeux, un hyperchlorhydrique rebelles à l'action évacuante de l'apocodéine. Pour trois d'entre eux leur affection, d'essence nerveuse ou à manifestations nerveuses intenses, les réunit, peut-être artificiellement, les groupe néanmoins de telle façon qu'il est permis de se demander si le péristaltisme intestinal somnolent ou engourdi ne résiste pas à l'incitation de l'apocodéine aux doses employées, parce que ces doses sont trop faibles. Quant aux deux autres, le tuberculeux et l'hyperchlorhydrique en particulier, si nous ne faisons pas la même hypothèse de doses trop faibles, nous ne voyons pas quelle explication donner. Point n'est besoin de chercher la raison de l'insuccès chez l'alcoolique délirant : s'il avait été calmé par l'opium, il avait aussi été abominablement constipé, ce qui est la règle, et la dose d'apocodéine était manifestement trop faible. Le paludéen seul n'est peut-être pas susceptible de cette explication. Son système nerveux actionné par la fièvre ne répondait qu'incomplètement à l'agression par l'apocodéine ; telle est l'opinion que nous faisons de cette exception à la règle sans qu'on puisse donner de ces faits une explication suffisante. En dehors de ces exceptions tous ces cas ont démontré l'efficacité du médicament.

En aucun cas, il n'a été noté d'accidents dignes d'être signalés. Plusieurs malades, les femmes en particulier, se sont plaints d'une douleur assez vive qui suivait l'injection hypodermique, douleur, qui, dans un cas, dura plus de 24 heures : cette douleur ne fut plus observée lorsque l'injection fut pratiquée dans le tissu musculaire. Les injections étaient naturellement pratiquées avec toute l'asepsie désirable, et il ne se produisit jamais d'abcès. L'apocodéine possède donc une action irritante locale légère, lorsqu'on l'introduit dans l'économie par la voie sous-cutanée. Mais il n'y a pas dans ce fait de quoi faire abandonner la voie hypodermique.

Pour bien mettre en évidence l'action évacuante de l'apocodéine, il convenait même de n'avoir recours qu'à la voie sous-cutanée, afin d'éviter que l'action excitante locale, si l'apocodéine en possède une, ne fût accusée d'être directement la cause du réveil de l'hypersécrétion et du péristaltisme intestinaux. Il faut ajouter que, pour la sincérité de l'épreuve, ce moyen était excellent, puisqu'aucune supercherie ne pouvait intervenir, alors que les auteurs faisaient eux-mêmes l'injection.

MM. Raviart et Bertin ont employé pour leurs expériences la solution :

Chlorhydrate d'apocodéine. . . .	50 centigr.
Eau stérilisée	50 grammes.

La quantité injectée étant en général de 2 centimètres cubes, la dose du médicament absorbée était de 2 centigrammes en moyenne. Cette dose, suffisante pour produire l'effet recherché, ne pouvait avoir sur l'organisme aucun retentissement; on a vu en effet que M. Guinard, en injectant 2 à 3 centigrammes par kilogramme d'animal, n'obtenait que des effets soporifiques assez légers.

En résumé, le chlorhydrate d'apocodéine est un médicament que l'on peut employer toujours contre la constipation passagère, parfois contre la constipation habituelle, sans craindre le moindre accident. Dans presque tous les cas, son effet est sûr, et assez rapide à la dose de 2 centigrammes par la voie hypodermique.

Ces propriétés évacuantes, laxatives plutôt que purgatives, de l'apocodéine étaient donc dignes d'être signalées ; aussi faut-il remercier les auteurs de les avoir mises en lumière.

1. Toy, Note sur l'emploi du chlorhydrate d'apocodéine dans l'excitation maniaque. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1895, p. 442.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

L'enseignement à la Faculté de Paris. La pérennité de l'agrégation.

Dans un de mes derniers articles, j'ai comparé l'agrégé à l'oiseau sur la branche, avec perchoir pour 9 ans dans une faculté de médecine. Encore n'a-t-il pas à se plaindre, car nous avons connu, il y a quelque 20 ans, une époque où de ces 9 années les 3 premières étaient un stage, pendant lequel le futur agrégé n'avait ni fonctions ni appointements.

Ainsi, tandis qu'un agrégé en droit est sûr d'être pendant toute sa vie chargé d'un enseignement, à Paris ou en province, comme titulaire ou comme chargé de cours, l'agrégé en médecine est congédié au bout de 9 ans; on l'a payé, à Paris, 4000 francs par an, avec retenue de 5 p. 100 pour une retraite à laquelle il n'aura jamais droit s'il n'arrive pas un jour professeur ; à laquelle il n'aura parfois pas droit s'il arrive professeur.

Dans tout l'enseignement supérieur, nous seuls subissons cette situation absurde pour nous, nuisible pour les élèves, et il y a beau temps que l'on a tenté d'attirer sur elle l'attention des pouvoirs publics. Depuis une dizaine d'années, les partisans d'une réforme ont certainement fait des progrès ; dans les facultés de province, professeurs et agrégés ont multiplié les rapports favorables à la pérennité de l'agrégation ; à Paris même beaucoup de professeurs lui sont bienveillants. Et dans

le fond des cartons, les rapports s'entassent sur les rapports : autrefois on ne prenait même pas la peine d'en parler; aujourd'hui on les enterre sous des fleurs.

Avec le système actuel on ne peut pas avoir à Paris un corps enseignant proprement dit, car tous les agrégés cherchent à se créer une situation hors de la Faculté de médecine. La chose est, depuis des années, évidente pour presque tous les physiciens et chimistes. Les physiologistes ne sont pas encore envahis par le corps hospitalier, ce qui tient à ce que, spécialisés depuis peu, ils ne sont pas encore nombreux et acculés dans une impasse. Mais nous avons juste un agrégé exclusivement histologiste ; *et d'anatomiste de carrière, plus du tout* : ce sont des places prises par des médecins et chirurgiens des hôpitaux. Cela se comprend, car ceux-là peuvent gagner leur vie par la clientèle; il y a, au reste, à Paris et en province, pas mal de « sciencepuristes » qui n'appartiennent pas au corps hospitalier, mais, grâce à leur titre d'agrégé, fréquentent sans trop de répugnance le malade rémunérateur.

Je les entends quelquefois blâmer : à tort, car il faut d'abord manger. Ce pour quoi 4 000 francs par an pendant 9 ans sont maigres. Une fois professeur avec 12 000 francs pour commencer, puis 15 000, l'universitaire vit tranquillement. Il peut, avec sécurité, se consacrer à la science et à l'enseignement. Mais entre l'agrégation et le douteux professorat, il y a une interruption plus ou moins longue. En province cela va à peu près, car les places de professeur sont relativement abondantes par rapport aux places d'agrégés; car presque partout on s'arrange pour charger les anciens agrégés de cours complémentaires, de cliniques spéciales. Mais à Paris la liste des agrégés hors d'exercice est longue, et on ne peut pas demander qu'un homme se contente d'être convié, dans les moments de presse, à faire passer quelques examens moyennant 30 francs la séance.

Or, à Paris, un agrégé ne peut pas, ne doit pas compter sur le professorat, qui est un hasard et non un aboutissant régulier.

C'est vers 50 ans qu'un agrégé commence à devenir un candidat possible; à 55 ans on le trouve mûr, et quelquefois on ne craint pas qu'il frise la soixantaine, pour mettre au service de l'Etat « les restes d'une voix qui tombe et d'une ardeur qui s'éteint ». De 30 à 55 ans, pendant les années de vigueur où il serait propre à l'enseignement, le malin qui vise le titulariat évite d'exprimer une opinion; dans les concours où il est juge, dans les élections auxquelles il prend part, sa voix est au service de son ambition, qui sera sénile quand elle sera assouvie; dans son enseignement, il attire l'élève, mais pas trop, pour éviter à certains titulaires des comparaisons désobligeantes ; dans ses publications, il supprime ou pallie toute contradiction capable d'être nuisible. Car il sait que si X., Y. et Z., après avoir agi autrement, ont tout de même revêtu la robe désirée, ce fut à grand'peine, après des candidatures difficiles et des rebuffades pénibles, seulement parce que le hasard a multiplié à un moment les vacances et que l'injustice devenait trop criante. L'indépendance n'est pas toujours une cause d'arrêt total, mais c'est toujours une cause de retard. Elle procure seulement par-ci par-là, à ses victimes, une joie philosophique, quand, par un concours de circonstances mal calculées, par longévité insolite de celui dont on guignait la place, par une élection à l'Institut qui prolonge de 5 ans la limite d'âge, un des malins susdits reste le bec dans l'eau.

Au milieu de tout cela, l'enseignement pâtit; d'autant plus que ceux qui désireraient s'y livrer ne le peuvent pas. Je vais sortir d'exercice dans 3 ans, et en 9 ans j'aurai fait, en tout, 4 semestres de cours : 2 conférences d'agrégé, 2 suppléances de cours magistraux. Peut-être, si un professeur prend un congé, aurai-je encore un remplacement à mon tour de roulement. Mais c'est le maximum possible. Et vous noterez que les chirurgiens sont très bien partagés, puisqu'il n'y a plus qu'un seul professeur de pathologie externe et qu'il y a tous les ans, pour le semestre d'été, un cours complémentaire.

Admettons, ce que je ne crois pas, que pour être bien entraîné un professeur ait assez de 40 leçons tous les 2 ans. Une fois ainsi exercé, il est congédié pour 10, 12, 15 ans, au bout desquels on lui confie une chaire : il est clair qu'il est mal préparé à ses fonctions. Et puis, n'est-il pas à l'âge où on aspire au repos, où on peut continuer, de façon brillante même, une besogne qu'on a entreprise étant jeune, mais où la plupart des hommes n'ont pas coutume de commencer un métier nouveau? Car la parlotte hospitalière quotidienne, si utile aux élèves, ne saurait être assimilée à la préparation régulière d'un cours.

Toutes les fois qu'on signale en haut lieu notre situation exceptionnelle et mauvaise, on nous fait comprendre qu'on ne peut s'intéresser à des gens qui cherchent seulement à battre monnaie et ne sont pas universitaires. On répond sciemment par un cercle vicieux, car c'est précisément en nous créant une situation précaire qu'on nous empêche d'être universitaires; et on ne tient pas à ce que nous le devenions parce qu'on sait que, grâce à la clientèle, et même grâce à la seule clientèle hospitalière non rémunérée, nous avons une indépendance et une influence personnelle que n'ont pas, en moyenne, les professeurs des autres facultés. De plus, on nous reproche notre clientèle, mais on en profite pour nous exploiter, car on sait qu'on ne manquera pas de candidats. C'est, en grand, l'histoire des pièces sèches dans l'ancien concours de prosectorat : on allouait aux concurrents une indemnité tout à fait dérisoire; pour remettre quelque chose de propre ils devaient dépenser une somme rondelette, et on garnissait à leurs dépens les vitrines du musée Orfila.

Le jour où l'agrégation sera devenue une carrière, la correction de tous ces abus ne sera pas instantanée. Quand une habitude est à peu près séculaire, il faut compter avec elle. Mais l'amélioration ne tardera pas, et en tout cas, ayant des droits nous aurons des devoirs, on pourra être exigeant envers nous.

Dans la plupart des facultés de province, on a résolu le problème, ai-je dit, en prolongeant presque tous les agrégés dans leurs fonctions, en les chargeant de cours complémentaires, de cliniques annexes. Cela diminue un peu le nombre des places mises au concours à chaque période de renouvellement triennal. Mais c'est un bien, car le nombre des candidats capables de faire de bons agrégés n'est pas indéfini.

A Paris non plus, sans doute, mais déjà avec le nombre actuel des places on est forcé de laisser hors de la Faculté des médecins tout à fait distingués. En outre, avec le chiffre de notre population scolaire, avec les nécessités de l'enseignement professionnel et la multiplicité des examens, on a besoin d'un personnel nombreux.

La solution doit donc consister à nommer autant d'agrégés, mais à leur assurer une carrière fixe, avec retraite à un âge déterminé, à 60 ans par exemple.

On objecte d'abord que, si un agrégé est sûr de l'avenir, il ne travaillera pas, il lui faut le stimulant

d'un avancement aléatoire. Aussi propose-t-on parfois une nomination pour une période limitée, renouvelable après avis de la Faculté; ou mieux renouvelable sauf avis contraire de la Faculté. Ce serait un moyen d'éliminer, de temps en temps, quelques non-valeurs.

La réponse est qu'en ce cas la longue nomenclature de professeurs publiée dans le *Centenaire de la Faculté* prouve que pour quelques titulaires, jugés avec le recul de l'histoire, une précaution semblable n'eût pas été superflue. Pourquoi appliquer aux seuls agrégés une mesure de défiance justifiée par la nature de l'homme et non par celle des fonctions? Et cette mesure est inutile, car si les professeurs titulaires veulent, comme ils le doivent, exercer un choix, ils auront, comme dans toutes les autres facultés, à donner leur avis pour que l'agrégé gravisse les échelons successifs de la carrière universitaire : agrégé, chargé de cours, professeur adjoint, titulaire.

Une sélection très suffisante s'exercerait de la sorte, et sans craindre la stérilité de gens assurés du lendemain, on peut proposer que l'agrégé reste en fonction jusqu'à l'âge de 60 ans, qu'après 30 ans de service, il soit admis à faire valoir ses droits à la retraite.

On objecte ensuite qu'on ne peut confier un cours à un agrégé terne et vieilli. Mais pour une bonne part cette sénilité relative est due à l'interruption du travail; précisément j'ai fait remarquer que la titularisation arrive trop souvent, chez nous, après une longue période d'interruption. Si un agrégé reste continuellement en fonctions, il ne sera pas en moyenne plus démodé à 60 ans qu'un titulaire à 70 ans et un membre de l'Institut à 75.

J'ai soulevé ces deux objections parce qu'elles l'ont été par les professeurs auxquels, il y a 2 ans, les agrégés ont soumis leur projet, mais personne ne leur attribue une bien grande valeur.

La seule difficulté à laquelle on se heurte réellement est d'ordre budgétaire et, comme je l'ai dit plus haut, elle est spéciale à Paris, puisqu'en province il n'y a pour ainsi dire pas d'agrégés libres. Mais à Paris ils sont nombreux, et de relevés faits avec soin par quelques-uns d'entre nous en décembre 1898, il ressort que le total des agrégés âgés de moins de 60 ans, avec le mode de recrutement actuel, est en moyenne de 70. A 4000 francs par tête, il faut pour les rémunérer 280000 francs, tandis qu'aux 37 en exercice 148000 francs suffisent.

La surcharge budgétaire ne serait pas si lourde, car il faut compter les traitements des agrégés rappelés en exercice pour les examens : en décembre 1898, la moyenne des 5 dernières années était de 24000 francs. De plus, les agrégés, en faveur de la stabilité, renonceraient aux appointements spéciaux pour cours et conférences; ceux qui, à des titres divers, reçoivent d'autres traitements à la Faculté en abandonneraient une partie : et cela donne d'une part 16000 francs, d'autre part 21 000 francs. En chiffres ronds, les dépenses actuelles sont de 210000 fr. L'augmentation budgétaire pour réaliser la pérennité de l'agrégation serait donc de 70000 francs à peu près : et il est à noter que c'est pour toute la France, puisqu'à ce point de vue Paris seul a besoin de quelque chose. La majeure partie de cette dépense serait vite couverte si le ministère consentait à laisser la Faculté disposer des « rompus », c'est-à-dire des fonds qui, représentant le traitement des professeurs en congé et des chaires vacantes, sont actuellement retournés à l'administration supérieure : mais ces « rompus » sont chose sacro-sainte, car ils servent à donner des suppléments, des missions aux *persona grata* (je fais exprès un solécisme, car mes lecteurs peu latinistes traduiraient peut être *personis gratis* par personnages *gratis*, ce qui est tout à fait contraire à ma pensée). Si nous obtenions cela, le projet étudié il y a 2 ans par une commission d'agrégés ressortirait à 25760 francs d'augmentation, ce qui n'est pas exagéré. Et si l'on voulait faire état des 90000 francs, aujourd'hui payés aux fameux professeurs de cliniques annexes qui sont chargés de nos stagiaires nouveau modèle, on conclurait qu'il y a, à notre budget, de quoi faire bien marcher, avec des agrégés stables, à la fois l'enseignement professionnel et l'enseignement supérieur.

Mais ces 90000 francs passent pour intangibles, parce qu'ils sont fournis par la Ville à condition qu'on charge de ces cours indifféremment les médecins et chirurgiens des hôpitaux agrégés et non agrégés. En fait et toute question politique mise à part, la bonne moitié de ces professeurs adjoints sont et seront toujours agrégés et on peut tabler sur leurs appointements.

La vraie vérité, c'est qu'on met toujours des bâtons dans les roues à la pérennité de l'agrégation parce qu'on sent qu'une fois cela obtenu l'élément jeune et actif prendra dans l'enseignement une influence prépondérante. Les gens au-dessous de 50 ans ne sont rien dans notre carrière, et on désire ne pas les faire entrer en ligne. Car, malgré la dépendance où certains de nos maîtres tiennent les agrégés, tout en les traitant en petits garçons, ils sont trop avisés pour ne pas se rendre compte que l'effort donné par des hommes de 30 à 50 ans est plus considérable que celui des hommes de 50 à 70 ans. Or la sagesse des nations nous apprend qu'il ne faut jamais, chez un individu, mettre en balance l'intérêt personnel et l'intérêt général.

Aussi à cette réforme, qui devrait être la pierre angulaire de l'édifice nouveau, les oppositions n'ont pas manqué. D'abord le mépris, puis l'irritation, puis la force d'inertie. Nous en sommes à la période du baiser Lamourette. Eh bien! c'est un progrès et nous commençons à entrevoir la possibilité du succès, car on commence à comprendre, autour de nous, que nous cherchons l'intérêt des élèves et non le nôtre, que nos adversaires, au contraire, luttent sinon pour leurs foyers, au moins pour leurs autels. J'entends, ceux que leur dressent les candidats perpétuels. Parmi nos maîtres, quelques-uns nous appuient en toute sincérité; et ceux que nous savons hostiles *in petto* n'osent plus nous répondre par une fin de non-recevoir. Ils discutent, accordent en principe et font la guerre de chausse-trapes. Encore une vingtaine d'années, et on atteindra le but : car ceux d'entre nous qui se jettent dans la mêlée savent fort bien qu'ils tirent simplement les marrons du feu, au prix d'inimitiés puissantes. Mais ils savent aussi que, si on considère l'ensemble des professeurs de province et de Paris, ils ont dès maintenant avec eux, même parmi les titulaires, une grosse majorité; ils savent que les habiletés des équilibristes ne réussissent jamais d'une manière définitive à entraver le cours naturel des choses, ils savent que la force immanente de la vérité triomphe avec le temps. C'est sur cette espérance que je termine la série, trop longue déjà, de mes articles. Je me bornerai, dorénavant, à résumer pour nos lecteurs les divers documents qui ont paru ou paraîtront sur la question.

A. Broca.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Appendicite. Complications pleuro-pulmonaires. Mort par vomique,

par MM. les Drs

André, Agrégé et Michel, Chef de clinique

de la Faculté de Nancy,

L'appendicite n'en est plus à compter ses méfaits. Non seulement par ses accidents locaux graves, mais encore par des complications à distance, elle vient trop souvent dérouter les efforts du chirurgien. Parmi ces complications à distance aujourd'hui bien étudiées, une des plus sérieuses est la pleurésie. L'infection appendiculaire peut en effet se compliquer d'une infection pleurale. Le fait, sans être très commun, n'est pas absolument rare, et dans ces derniers temps le professeur Dieulafoy, qui a attiré l'attention sur ces faits, a pu en réunir un certain nombre de cas (1). Toutes les variétés, d'ailleurs, de pleurésie peuvent venir compliquer l'appendicite. Tantôt l'infection pleurale est réduite à son minimum ; c'est la pleurésie sèche qui se traduit par des frottements. Tantôt encore il y a un épanchement, mais il est séreux et peut se résorber spontanément sans intervention. Mais, d'autres fois et malheureusement souvent, il s'agit de pleurésies suppurées à grand épanchement, avec un liquide fétide, et même putride. C'est là une variété grave venant apporter sa forte part d'infection à l'infection péritonéale, toujours étendue et profonde en pareil cas. C'est un fait de ce genre que nous rapportons ici, fait qui s'est malheureusement terminé par la mort survenue au cours d'une vomique. Celle-ci est d'ailleurs une terminaison exceptionnelle de la pleurésie appendiculaire.

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, d'une bonne santé habituelle, mariée depuis l'âge de 17 ans 1/2 et ayant présenté peu après son mariage des symptômes de métrite et de salpingite, très probablement d'origine blennorrhagique, qui nécessitèrent des soins pendant 7 mois.

Le 25 juillet 1900, la malade fut prise dans la nuit de phénomènes qu'on qualifia d'indigestion. Ses règles venaient d'arriver. Elles durèrent jusqu'au 10 août, s'accompagnant de douleurs dans le ventre. La malade continuait à vaquer à ses occupations. Elle avait cependant un peu de fièvre la nuit. Le 8 août, la malade, se trouvant mal à l'aise, prit une bouteille de limonade purgative (elle n'avait pas été à la selle depuis 4 jours). Dans la nuit, elle fut très agitée, eut de fortes coliques et dans la matinée du 9 août se mit à vomir. La malade est très abattue et se plaint de douleurs intenses dans tout le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Le médecin de la malade appelé à ce moment constate que la face est pâle, couverte de sueurs, le pouls fréquent à 134, la température à 39°,4. Il y a 42 respirations par minute. La malade se plaint aussi d'un point de côté très intense au niveau des fausses côtes droites avec irradiations à l'épaule droite. La palpation de l'abdomen est excessivement douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. La douleur permet à peine de toucher la peau. La percussion du thorax donne à droite de la matité en avant, à partir du 4e espace intercostal. Dans les deux premiers espaces, son scodique. En arrière, matité depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas du thorax. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire ; œgophonie, pas de souffle.

Traitement : glace sur le ventre, champagne, lait, bouillon.

Le soir, la douleur, malgré la glace, est devenue intolérable dans tout l'abdomen. Le poids seul des couvertures est difficile à supporter. Le point de côté a augmenté. Signes d'épanchement toujours très nets. Température 39°,6. Pouls 140. Respiration 36.

Le 10 au matin : température 37°,4, le pouls est rapide. Point de côté toujours intense. Douleur abdominale diminuée. Son maximum est au point de Mac-Burney. Une ponction est faite avec l'appareil de Potain dans le 9e espace intercostal droit. au niveau de la ligne axillaire, la malade restant couchée à cause de sa faiblesse. On retire environ 850 grammes de pus épais, fétide, d'odeur fécaloïde. La malade ne paraît pas soulagée par la ponction.

Telle est la première partie de l'observation que le Dr Freliet, médecin de la malade, a bien voulu nous remettre. Nous voyons la malade dans l'après-midi. La température dépasse 39°, le pouls est à 130, la respiration fréquente, le teint jaunâtre. Le côté gauche de l'abdomen est peu douloureux à la palpation, dépressible. Au contraire, à droite, la pression réveille une douleur vive sur toute la fosse iliaque. Défense musculaire très accentuée. La matité thoracique à droite remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate.

On porte le diagnostic d'appendicite avec péritonite à grand foyer et pleurésie purulente d'origine appendiculaire. On conseille le transport immédiat de la malade à l'hôpital pour y être opérée aussitôt que possible. Elle n'y est amenée que le lendemain 11 août, vers 11 heures. L'état est le même. Température 39°,2. Dyspnée assez forte. Elle a vomi 4 fois depuis hier. L'intervention est pratiquée à 3 h. 1/2 de l'après-midi.

1. Dieulafoy, La pleurésie appendiculaire (*Presse médicale*, 1900, p. 185).

Le plan opératoire est le suivant : 1° ouvrir largement le foyer appendiculaire, enlever l'appendice si possible; 2° fonction exploratrice pour s'assurer de l'existence du pus dans la plèvre, suivie immédiatement de l'opération de l'empyème.

Opération. — Incision de Roux. En arrivant sur le péritoine, on voit à travers cette membrane une teinte jaunâtre, indiquant la présence du pus. A peine le péritoine est-il ouvert qu'il s'écoule un flot très abondant de pus franc, très fétide. Il en sort plus d'un demi-litre. Dans la plaie apparaît d'abord une masse épiploïque verdâtre, infiltrée de pus, couverte de fausses membranes, puis le cæcum complètement caché ainsi que les anses grêles voisines sous des fausses membranes verdâtres. La fosse iliaque est baignée de pus. Celui-ci sourd aussi en abondance de l'angle supérieur de la plaie venant de la profondeur, dans la direction du foie.

Le doigt introduit sent vers la ligne médiane des adhérences molles qu'on respecte, de même en bas et en dedans. En haut, en remontant vers le foie, on n'en sent pas. En écartant doucement les bords de la plaie et en soulevant un peu l'épiploon et le cæcum, on cherche l'appendice, mais sans le trouver dans la fosse iliaque. Pour ne pas rompre les adhérences protégeant le reste de l'abdomen, on cesse les recherches. Le foyer est lavé à l'eau bouillie chaude, et drainé avec deux tubes dont l'un remonte très haut dans la direction du foie. Entre les deux tubes on place une mèche de gaze iodoformée. Pas de sutures. Pansement.

Faisant ensuite incliner un peu la malade sur le côté gauche, on pratique dans le 8e espace intercostal droit plusieurs ponctions aspiratrices en enfonçant progressivement l'aiguille, de toute sa longueur, sans ramener autre chose qu'un peu de sang venant certainement du poumon. On renonce pour le moment à pratiquer la pleurotomie.

La malade supporte bien l'intervention. Elle se réveille facilement. Injection de sérum.

Le lendemain, la malade ne souffre pas du ventre et n'a pas vomi. P. : 100 — T. 38/39,5. La dyspnée persiste et augmente par moments. Diarrhée.

Le 13 août T. : 39/39,5. La dyspnée et la diarrhée persistent. Pas de douleurs dans le ventre. La plaie lavée à l'eau oxygénée suppure peu. On retire la mèche.

Le 14, la température dépasse encore 39°. On fait plusieurs ponctions exploratrices dans les 7e et 8e espaces, en arrière de la ligne axillaire, en pleine matité qui remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate. On ne ramène qu'un peu de sang. Dans l'espoir de trouver cependant du pus, on fait une incision exploratrice dans le 8e espace, au lieu classique de la pleurotomie.

La plèvre est ouverte sur environ 1/2 centimètre, on constate avec un stylet qu'elle est libre de tous côtés sur une assez grande distance. Pas d'adhérences. Pas de pus.

Le 15 août, la température tombe à 37°,5, le matin. La plaie abdominale, lavée à l'eau oxygénée, va bien et suppure peu.

Le 16, T. : 37°,5 et 38°,5. On fait deux nouvelles ponctions exploratrices tout à la base du thorax dans le 10e espace, l'une en avant, l'autre en arrière, sans trouver de pus.

Le 17, on constate qu'il s'écoule toujours passablement de pus de l'angle supérieur de la plaie abdominale venant de la direction du foie. On glisse profondément dans ce sens un long drain.

Les jours suivants la situation reste la même. La malade ne souffre pas, s'alimente un peu. La suppuration reste modérée. La température oscille entre 38° et 38°,5. Il y a toujours de la dyspnée.

L'examen du thorax, pratiqué le 27 août par notre collègue, M. Etienne, dénote des signes de broncho-pneumonie avec matité, foyers de râles sous-crépitants. L'état est toujours le même. La fièvre persiste. De temps à autre, accès de dyspnée. Suppuration modérée de la plaie.

Les jours suivants la température atteint et dépasse même 39°. L'état général est moins bon, sans être cependant alarmant.

Brusquement, dans la nuit du 31 août au 1er septembre, la malade meurt presque subitement, après avoir été prise de toux et avoir rendu une certaine quantité de pus.

L'autopsie n'a pu être faite, la famille s'y étant opposée.

Cette terminaison fatale montre bien les dangers qu'une intervention trop tardive n'a pu conjurer dans un cas grave d'appendicite. Voilà une malade qui est prise de son appendicite le 25 juillet. Elle croit à une simple indigestion et continue à aller et venir. Ce n'est que le 9 août qu'elle fait appeler son médecin, et l'opération ne put être faite que le 11. A ce moment l'état est grave et la plèvre est infectée; la ponction a déjà ramené 3/4 de litre d'un pus très fétide, à odeur intestinale. Tout le côté droit de l'abdomen est rempli de pus qui remonte très haut dans la direction du foie. Il s'agissait très probablement chez cette malade d'un appendice à type remontant. Ce qui l'indique, c'est la direction de la fusée purulente du côté du foie et l'absence constatée pendant l'opération de l'appendice dans la fosse iliaque. On sait que c'est surtout dans ces appendicites à type remontant que se voient les complications à distance, l'abcès sous-phrénique et la pleurésie purulente; des observations déjà nombreuses en font foi.

Un point qu'il eût été intéressant de préciser et qui malheureusement n'a pu l'être, puisque l'autopsie a manqué, est le siège exact de la collection purulente qui a fini par s'ouvrir dans les bronches. Le 10 août, la ponction ramenait 3/4 de litre de pus et tout faisait croire que ce pus provenait de la grande cavité pleurale. Il n'en était rien puisque de nouvelles ponctions pratiquées les 11, 14 et 16 août, dans les 7e, 8e et 10e espaces, tant en avant qu'en arrière, n'ont rien ramené qu'un peu de sang, et que l'incision exploratrice pratiquée au lieu d'élection de la pleurotomie a montré que la grande cavité pleurale était libre. Deux hypothèses seulement sont possibles. Ou bien il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique, ou bien d'une collection purulente sous-phrénique que l'aiguille opératoire aurait vidée en passant à travers le diaphragme refoulé en haut. Dans le cas particulier, il est fort difficile en l'absence de constatation anatomique d'affirmer le siège exact du pus, d'autant que celui-ci pouvait parfaitement siéger à la fois au-dessous et au-dessus du diaphragme; l'appendicite à type remontant a tendance à s'accompagner de fusées purulentes dans la direction du foie. Comme le montrent certaines observations, il peut se produire une collection purulente sous-phrénique, et l'infection de la plèvre est très facile sans même qu'il y ait perforation du diaphragme. La propagation se fait par les communications lymphatiques normales qui réunissent les deux séreuses à travers le diaphragme. Chez notre malade, la plèvre diaphragmatique a certainement, à un moment donné, été envahie par le pus qui a fini par ulcérer le tissu pulmonaire et par s'ouvrir dans une bronche.

La complication pleurale semble ne s'être produite qu'au bout de plusieurs jours, du 8 au 9 août, alors que le début de l'appendicite remontait au 25 juillet. C'est la plèvre droite, comme toujours, dans les cas de ce genre, qui fut atteinte, et l'infection pleurale s'est installée insidieusement venant compléter l'infection péritonéale, sans qu'on puisse fixer exactement le moment où elle a commencé, et la succession des lésions a dû être la suivante : appendicite à type remontant, fusée purulente vers le foie, abcès sous-phrénique, pleurésie diaphragmatique, terminée par l'ouverture dans une bronche et mort probablement par inondation de l'arbre bronchique.

A noter aussi l'odeur fétide, intestinale, du pus retiré par la ponction pleurale. Cette fétidité est d'ailleurs la règle dans la pleurésie purulente d'origine appendicu-

laire. Parfois le liquide est même putride et contient des gaz.

Ce cas malheureux montre bien la gravité du pronostic de la pleurésie purulente appendiculaire, venant s'ajouter à celui, déjà suffisamment grave par lui-même, de l'infection péritonéale, lorsqu'on trouve comme chez notre malade tout le côté droit du ventre rempli de pus. Sans doute, une intervention chirurgicale plus précoce l'eût mise à l'abri de cette complication.

D'autre part, étant donné qu'elle existait déjà, lors de notre intervention, il est regrettable que le pus n'ait pas siégé dans la grande cavité pleurale, car en pratiquant, immédiatement après la laparotomie, une pleurotomie, nous aurions peut-être pu sauver la malade. Ce serait la conduite la plus rationnelle à suivre. Elle a déjà donné quelques rares succès, et nous y aurions recours le cas échéant.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 25 Janvier 1901.

Cancer de l'œsophage ouvert dans la trachée.

M. X. Gouraud présente un cancer de l'œsophage ayant envahi et perforé la paroi trachéale. Le malade est mort subitement. On aurait dû porter le diagnostic pendant la vie, car, aussitôt après l'absorption d'une tasse de lait, le malade était pris de quintes de toux et expectorait le lait qu'il venait d'ingérer.

M. Milian a connaissance d'un cas analogue, où le lait contenait tellement de bulles d'air qu'on avait fait le diagnostic de perforation.

Tumeur de l'estomac.

MM. Zacchiri et **Lemaire** apportent une pièce de tumeur de l'estomac avec grosse poche juxta-gastrique, développée dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique et ouverte secondairement dans la cavité de l'estomac.

Kystes hydatiques latents.

MM. Zacchiri et **Ollier** montrent un foie qui offre à sa face supérieure trois kystes hydatiques demeurés absolument latents. La paroi de ces hystes est très épaisse et calcifiée; leur cavité contient des membranes hydatiques.

Volumineux molluscum de la cuisse.

M. Cabanne-Tellé apporte une volumineuse tumeur pédiculée de la cuisse. C'est un molluscum du poids de 1 400 grammes; il s'était produit un léger sphacèle superficiel d'un point de la tumeur, lorsque le malade s'est décidé à se la faire extirper.

Radiographies d'ostéites raréfiantes.

M. Bouglé montre des épreuves radiographiques de 2 cas de malformation du pied avec troubles trophiques; la raréfaction du tissu osseux en certains points du squelette semble bien évidente à l'examen des épreuves.

Les trois faces du cœur chez l'enfant.

M. Cruchet (de Bordeaux) présente les résultats de ses recherches sur la configuration extérieure du cœur chez l'enfant. Dans 29 cas, conformément à ce qui a été décrit par M. Poirier chez l'adulte, il a toujours constaté trois faces; mais la face antérieure était constituée le plus souvent par le ventricule droit exclusivement, et la face inférieure partagée en deux parties sensiblement égales par le sillon interventriculaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 14 et 21 Janvier 1901.

Alcool et travail musculaire.

M. A. Chauveau s'est attaché à déterminer si un sujet qui travaille, et dont le sang est saturé d'alcool, tire de la combustion de cet alcool l'énergie nécessaire au fonctionnement de ses muscles.

Pour cela, il a mesuré le quotient respiratoire — c'est-à-dire le rapport existant entre le volume d'acide carbonique excrété et celui d'oxygène fixé — chez un chien soumis à un travail déterminé et absorbant alternativement une nourriture normale (viande et sucre) et le même régime après substitution à 84 grammes de sucre de 48 grammes d'alcool à 96° (quantité isodyname). Or, avec une alimentation normale, le quotient respiratoire a été en moyenne de 0.963; pendant la période d'alcoolisation, au contraire, il n'a été que de 0.922. M. Chauveau conclut que l'alcool ingéré ne participe que très faiblement, s'il y participe, aux combustions où le système musculaire puise l'énergie nécessaire à son fonctionnement.

A l'état de repos, on arrive à des résultats analogues, ce qui prouve que l'organisme n'utilise pas plus l'alcool pour les dépenses physiologiques ordinaires que pour celles qui résultent du travail musculaire.

Enfin, pendant la période d'alimentation normale, le chien en expérience a fourni, comme travail journalier, une moyenne de 23 kilom. 924 de marche en 2 heures, et son poids a augmenté de 1 kilogr. 245, soit presque le cinquième du poids primitif. Au contraire, durant le laps de temps où cet animal a pris une certaine dose d'alcool à la place d'une quantité équivalente de sucre, il n'a fait en moyenne, chaque jour, que 18 kilom. 666 et son poids a légèrement baissé (de 115 grammes).

La substitution d'alcool au sucre, dans l'alimentation, est donc une opération désavantageuse à tous les points de vue, car elle a pour conséquence une diminution de la valeur du travail fourni par le sujet, lequel, d'autre part, s'entretient moins bien.

Transformation de la créatine en créatinine par un ferment soluble déshydratant de l'organisme.

M. E. Gérard. — Dans le but de rechercher si, comme Voit l'a prétendu, c'est bien dans le rein que la créatine se transforme, par déshydratation, en créatinine, M. Gérard a soumis *in vitro* de la créatine à l'action d'extrait aqueux de rein de cheval. Dans tous les cas, il a obtenu par ce moyen la production de petites quantités de créatinine. C'est donc réellement dans le rein que se produit la transformation en question, vraisemblablement sous l'influence d'un ferment soluble déshydratant sécrété par cet organe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 Février 1901.

Perméabilité du rein sain ou malade à la caséine.

MM. Ch. Achard et **L. Gaillard.** — L'expérimentation a depuis longtemps montré que le rein, même sain et imperméable aux albumines normales du sérum, laisse passer les albumines étrangères. D'autre part, on voit souvent, en clinique, le rein malade se laisser plus difficilement traverser par les éléments cristalloïdes, normaux ou accidentels, et pourtant

devenir perméables aux albumines normales du sérum. Que devient alors la perméabilité de cet organe à l'égard des albumines étrangères.

Pour étudier ce point, nous avons produit expérimentalement chez le lapin diverses lésions rénales : néphrites toxiques au moyen d'injections sous-cutanées de sublimé et de bichromate de potasse, sclérose rénale au moyen de cautérisation du rein par des pointes de feu. Puis nous avons injecté dans le péritoine de ces animaux de la caséine (obtenue en dégraissant du lait par l'éther et en le concentrant). En comparant l'élimination urinaire de cette caséine chez les animaux porteurs de lésions rénales et chez d'autres animaux témoins, nous avons toujours constaté que la caséine s'éliminait mieux dans le cas de lésions rénale et d'albuminurie. En provoquant une lésion unilatérale par la cautérisation d'un seul rein, chez un chien, nous avons pu comparer chez le même animal l'élimination de l'organe sain et de l'organe malade. Or le rein malade, qui éliminait moins bien le bleu de méthylène, éliminait mieux la caséine.

En somme, le sang se débarrasse de la caséine comme de toute autre substance étrangère. Seulement le passage de la caséine à travers le rein nécessite des conditions physiques spéciales, différentes de celles qui suffisent à assurer le passage des substances cristalloïdes. Si ces conditions physiques de perméabilité aux colloïdes sont déjà réalisées par l'état morbide, comme il arrive dans le cas d'albuminurie, le passage de la caséine se produit alors d'autant plus facilement.

Si l'albuminurie préalable facilite l'élimination de la caséine par un rein malade, inversement la caséine, en traversant un rein sain, le rend en même temps perméable aux albumines normales du sérum et l'on observe l'albuminurie proprement dite en même temps que la caséinurie.

Toutefois, si la dose de caséine injectée est extrêmement faible, elle ne passe pas à travers le rein et ne provoque pas non plus d'albuminurie.

Des greffes échinococciques.

M. F. Devé. — On sait que les kystes hydatiques du péritoine siègent toujours sous la séreuse péritonéale. Les auteurs ont conclu de cette disposition anatomique que les germes hydatiques qui leur donnent naissance avaient une origine extrapéritonéale (voie d'apport circulatoire, cheminement direct); et comme ces kystes sont toujours multiples, ils ont admis dans ces cas une multi-infestation primitive par des embryons hexacanthes (qui, seuls, d'après l'opinion classique, peuvent donner naissance aux kystes hydatiques).

Les expériences de l'auteur démontrent :

1° Que les hystes hydatiques peuvent se développer aux dépens des vésicules filles (fait bien établi aujourd'hui par de nombreux faits cliniques et expérimentaux); mais aussi — point beaucoup plus discuté — aux dépens des vésicules proligères et des scolex. Nos résultats positifs confirment les expériences antérieures d'Alexinsky, non confirmées jusqu'ici. Ils vérifient l'opinion récemment soutenue à ce sujet dans la discussion de la Société de chirurgie, par M. Peyrot ;

2° Que des kystes situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal peuvent provenir de germes échicococciques divers (parois kystiques, vésicules filles, vésicules proligères et scolex) tombés dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Le siège sous séreux ne démontre donc pas, comme l'ont admis Freund et Ratimoff, l'origine extrapéritonéale et primitive de ces kystes.

Ces faits éclairent la pathogénie des kystes multiples du péritoine et de ces nombreuses variétés de kystes de l'abdomen étudiées jusqu'ici isolément (K. du mésentère, K. du bassin, K. de la prostate, etc.). Ces kystes sont le plus souvent consécutifs à la rupture, apparente ou latente, d'un kyste abdominal primitif.

La même pathogénie s'applique aux kystes multiples sous-pleuraux.

Ces expériences montrent encore la nécessité de protéger les tissus, au cours des interventions opératoires sur les kystes hydatiques contre les germes échinococciques et spécialement contre les vésicules et les scolex pratiquement invisibles. Le seul moyen prophylactique qui permette d'éviter l'échinococcose secondaire post-opératoire consisterait à tuer les germes dans le kyste par une injection tænicide faite avant l'ouverture large de la poche.

Séreuses et substance agglutinante.

MM. P. Nobécourt et Bigart. — Des inoculations de bacilles d'Eberth faites parallèlement sous la peau et dans le péritoine de cobayes et des mensurations comparatives du pouvoir agglutinatif du sérum sanguin et des sérosités de ces animaux nous ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Le péritoine, malgré sa richesse en leucocytes mononucléaires et éosinophiles ne constitue pas un lieu de formation de la substance agglutinante, que le bacille y soit apporté directement par inoculation intra-péritonéale ou qu'il soit introduit dans l'organisme en tout autre point. Ces expériences confirment donc celles de MM. Vidal et Sicard, Achard et Bensaude, P. Courmont, qui ont démontré la non-intervention des globules blancs dans la formation de cette substance;

2° La substance agglutinante est toujours moins abondante dans les sérosités que dans le sérum sanguin; elle est plus abondante dans la sérosité péritonéale que dans les sérosités pleurale et péri-cardique.

Fixité du taux de l'urée chez des adultes sains dont le régime alimentaire reste le même.

M. G. Leven a signalé dans une note antérieure l'existence de variations considérables dans le taux de l'urée chez des enfants sains dont le régime alimentaire restait le même.

Il n'a pas constaté les mêmes variations chez 2 adultes sains observés, l'un pendant 9 jours, l'autre pendant 10 jours.

Chez ces 2 sujets, le régime alimentaire, le travail physique et intellectuel ne variant pas, l'excrétion de l'urée a présenté une remarquable fixité.

Action du cantharidate de potasse sur la cellule nerveuse.

M. Pinoy et **Mlle Densusianu.** — C'est de la cellule nerveuse que dépendent la sensibilité ou l'indifférence des animaux vis-à-vis de la cantharidine. L'action du cantharidate de potasse sur la cellule nerveuse peut être mise en évidence par deux méthodes :

1° La méthode histologique ;

2° La méthode des injections intra-cérébrales.

L'examen par la méthode Nissl de cerveaux de cobayes ayant succombé à la suite d'une injection sous-cutanée de cantharidate de potasse montre toutes les phases de la destruction de la cellule nerveuse.

La méthode des injections intra-cérébrales n'est pas moins démonstrative : d'une part, une injection de 1/100 de milligramme dans le cerveau tue un cobaye auquel il faudrait 1 milligramme par la voie sous-cutanée; d'autre part une poule reste indifférente à une injection intra-cérébrale de 4 milligrammes.

Trois cas de stomatite provoquée par des chenilles.

M. Artault (de Vevey) appelle *stomatite érucique* (de *erucæ*, chenilles urticantes), une forme très caractéristiques d'inflammation de la muqueuse buccale, lèvres, joues, gencives et palais provoquée par l'ingestion de fruits qui se sont trouvés au contact de nids de *Liparis chrysorrhæ*, et qui sont par conséquent plus ou moins saupoudrés des poils et des sécrétions desséchées et pulvérulentes, des glandes cutanées des chenilles de ce papillon.

La durée de cette stomatite, sans traitement, est de 4 à 5 jours. La muqueuse des plaques se desquame et les ulcérations s'effacent sans laisser de traces. A aucun moment, il n'y a de symptômes généraux ni de retentissement ganglionnaire.

Cette stomatite bénigne s'observe surtout chez les enfants. M. Artault en cite 3 cas; elle survient naturellement après

l'ingestion de fruits que les enfants absorbent entiers et non pelés, particulièrement de cerises et de groseilles. Aussi ne l'observe-t-on guère que pendant les mois de mai ou de juin dans nos pays, et dans les années sèches.

La stomatite érucique cède très facilement aux badigeonnages de teinture de myrtille, répétés 3 ou 4 fois dans les 24 heures.

Sur le tokélau dans l'Indo-Chine française.

M. E. Jeanselme. — Le tokelau, ou *tinea imbricata*, est une dermatose très prurigineuse qui décrit sur la peau des cercles squameux concentriques d'une régularité géométrique. Les placards s'accroissent par progression excentrique et finissent par couvrir le tégument de dessins à contours bizarres et polycycliques.

Le tokélau respecte le cuir chevelu et ne produit pas d'alopécie, mais on le voit plusieurs fois altérer profondément les ongles des doigts et des orteils.

Cette dermatose est très commune dans l'Indo-Chine française. L'auteur l'a observée sur la côte d'Annam, dans la haute-Cochinchine, le Cambodge, le Laos, le delta du Tonkin, dans la vallée de la haute Rivière Noire et sur le cours supérieur du fleuve Rouge.

Si l'existence du tokélau n'a pas encore été signalée dans notre colonie d'Extrême-Orient, c'est que ses formes jeunes et circinées sont rapportées à tort à la trichophysie cutanée, et que ses formes anciennes et généralisées sont confondues avec l'ichthyose ou la dermatite exfoliatrice.

Or il existe dans les squames un abondant réseau mycélien. Dès ses premières recherches (février 1899), il a été remarqué que le thalle de la mucédinée du tokélau émet des rameaux sporifères du type *Aspergillus*. Le tokélau, comme les caratées d'Amérique, est donc une *Aspergillose*.

Les spores qui surmontent les capitules d'*Aspergillus* contiennent un pigment de nuance jaune sale, ce qui donne aux squames du tokélau une couleur cendrée spéciale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er Février 1901.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique.

MM. Rendu et **P. Boulloche** présentent un enfant, âgé de 11 ans, qui offre un type très complet d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. L'affection a débuté il y a 7 ans pendant la convalescence d'une pleuro-pneumonie. Actuellement l'état est le suivant : rétraction thoracique très marquée et absence d'expansion inspiratoire de tout le côté droit avec scoliose de compensation. Les mains sont un peu plus longues et plus larges qu'à l'état normal ; mais les déformations portent surtout sur les dernières phalanges qui sont élargies en baguettes de tambour. Les ongles, très incurvés dans le sens latéral et dans le sens antéro-postérieur, ont tendance à déborder la phalange sur les côtés (ongles en verre de montre). Mêmes déformations aux pieds, mais moins accentuées. Les poignets, les articulations tibio-tarsiennes sont très augmentés de volume ; les genoux, globuleux, sont distendus par un épanchement intra-articulaire. Il n'y a pas de troubles fonctionnels ; cependant il se produit de temps en temps des poussées douloureuses qui rendent la marche assez difficile.

Sur les radiographies, on peut constater que l'élargissement des doigts tient à l'hyperplasie du tissu osseux qui coiffe, comme une houppe, l'extrémité de la phalangette. De même, l'état globuleux du genou est dû, non seulement à la tuméfaction des tissus péri-articulaires et à l'épanchement de la synoviale, mais aussi à une augmentation de volume manifeste de l'extrémité osseuse.

M. Variot rappelle que l'hypertrophie du tissu osseux des phalangettes est spéciale à cet état morbide, car on ne la retrouve pas dans les déformations des extrémités de la cyanose congénitale. L'augmentation du volume des doigts ne porte alors que sur les parties molles.

Angines à bacilles fusiformes.

M. H. Vincent fait observer qu'à la suite de la communication qu'il a faite sur l'angine à bacilles fusiformes, de nouveaux travaux ont été publiés, en France et à l'étranger, qui, joints aux publications antérieures, démontrent la fréquence de cette angine. Il en a observé personnellement 3 cas depuis un an ; l'un d'eux a duré plus de 6 mois, exposant le malade à des poussées successives accompagnées d'adénopathie sous-maxillaire, de dysphagie, de fièvre (38°,6-39°), de courbature.

M. Vincent a tenté de nouveau la culture du bacille fusiforme dans les milieux les plus variés, soit à l'air, soit dans le vide. On réussit parfois à obtenir sa multiplication en même temps que d'autres bactéries, en ensemençant à l'air, et à 37°, une parcelle de l'exsudat dans du bouillon un peu acide.

Le bacille fusiforme est très répandu ; il est à peu près constant dans la bouche des sujets sains (22 fois sur 27 sujets). Il existe dans leur intestin. On en trouve quelques exemplaires dans toutes les angines à fausse membrane, à côté du microbe pathogène essentiel. Le bacille fusiforme peut encore provoquer des abcès dentaires ou péri-buccaux. Il est très probablement identique au bacille de la diphthérie des plaies ou pourriture d'hôpital, que M. Vincent a également signalé et décrit en 1896.

Le bacille fusiforme peut donc, comme une foule de bactéries pathogènes (pneumocoque, streptocoque, bacille de Löffler, etc.), susciter des lésions anatomiques très variables. On ne saurait évidemment se fonder sur cette multiplicité de ses propriétés pathogènes pour formuler des réserves sur sa spécificité dans l'angine ulcéro-membraneuse. Il y est constant, et l'on peut, du reste, inoculer expérimentalement la lésion au même sujet, en grattant l'amygdale saine avec une spatule chargée de l'exsudat. Le bacille pullule dans la nouvelle lésion.

Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

M. Troisier rapporte un cas de fièvre typhoïde observé récemment dans son service chez une jeune fille de 24 ans, entrée pour une dilatation d'estomac et chez laquelle, au 36e jour de l'hospitalisation, une dothiénentérie se manifesta. Or il est extrêmement probable que la contagion se fit par l'eau, filtrée mais non bouillie, avec laquelle on lui lavait l'estomac.

Comme il y avait, à ce moment, 9 cas de fièvre typhoïde dans le service, on pourrait penser à une contagion directe, mais l'autre hypothèse est beaucoup plus probable.

M. Ballet avait dernièrement, dans ses salles, une malade agitée qui, lorsqu'on lui donnait un bain (à l'eau de rivière, naturellement), opposait à l'infirmière une résistance telle que, dans la lutte, baigneuse et baignée finissaient par barboter plus ou moins dans l'eau. Or, après quelques jours de ce manège, la malade et l'infirmière commençaient une fièvre typhoïde ; M. Ballet s'est demandé si on ne devait pas invoquer une origine hydrique assez exceptionnelle comme processus.

M. Letulle a observé, en 3 ans, dans les salles pourtant neuves de Boucicaut, 7 cas intérieurs de fièvre typhoïde (4 chez des femmes du service, 3 chez les infirmières), qui, vraisemblablement, ont été dus à une contagion directe.

M. Vincent dit que, dans les hôpitaux militaires, la contagion directe est beaucoup plus fréquente que dans les hôpitaux civils. La raison en est que des salles spéciales sont réservées aux typhoïdiques, et que les infirmiers affectés à ces salles se souillent en passant le bassin aux malades, en les nettoyant, et ne prennent guère, ensuite, les précautions de propreté nécessaires.

L'eau ne paraît pas pouvoir être incriminée, puisque leurs collègues, qui ne sont pas dans les salles de typhoïdiques, ne contractent pas la maladie, et que les uns et les autres consomment la même eau.

Méningite cérébro-spinale au cours d'une grippe.

M. Rendu communique l'observation d'un enfant de 5 ans

chez lequel une grippe, à localisations naso-pharyngiennes prédominantes, fut le point de départ d'une méningite cérébro-spinale, ou, tout au moins, d'accidents rappelant ce syndrome.

S'agit-il d'une grippe avec accidents méningés ou d'une méningite cérébro-spinale distincte de la grippe? Il est assez difficile de se prononcer. On ne trouva pas de microbes dans le liquide de la ponction lombaire. Les bains chauds (à 38°) furent employés. Le petit malade a guéri.

M. Comby s'appuyant, d'une part, sur l'absence de microbes dans le liquide de la ponction, et, d'autre part, sur l'existence d'une grippe très nette avant l'apparition des accidents méningés, pense que ceux-ci n'ont été qu'un épiphénomène de la grippe, dans l'histoire de laquelle cette sorte de complications a été décrite il y a déjà bien longtemps.

M. Bezançon fait remarquer que, dans l'état actuel de nos connaissances, il faut, si on veut s'entendre sur la méningite cérébro-spinale, séparer la clinique de la bactériologie, attendu que clinique et bactériologie ne sont pas du tout superposables dans l'espèce.

M. Parmentier a en ce moment un petit malade qui, après avoir présenté des symptômes méningitiques, fait actuellement de la paralysie avec atrophie musculaire. On eût, autrefois, rangé ces faits dans la paralysie infantile.

M. Lermoyez cite 3 cas personnels dans lesquels les méningites cérébro-spinales très nettes ont eu, comme dans l'observation de M. Rendu, le naso-pharynx — ou l'oreille — pour point de départ. Les faits de ce genre ne sont pas rares.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 23 Janvier 1901.

Phlébite mortelle.

M. Alain relate l'observation d'une malade entrée les premiers jours d'octobre, à la suite d'un avortement de 2 mois 1/2, dans le service d'accouchement, où l'on pratique un curettage. Quelques jours après, elle fit une phlébite de ses veines fémorales. Son cœur était absolument sain à son entrée dans le service, mais on vit naître et se développer un souffle intense au niveau de la pointe et au premier temps.

La malade meurt. Autopsie : à la face interne de la valvule mitrale on trouve une végétation de la grosseur d'une noisette. Sur des coupes, on trouve à la périphérie de nombreux petits espaces dilatés et bourrés de streptocoques.

On examine des fragments des muscles couturier et droit interne, et on les trouve remplis de streptocoques.

Tous les organes, le foie et les reins présentaient les signes macroscopiques de l'infection.

L'artère et la veine fémorale gauche sont remplies de gros caillots. Sur une coupe de l'artère et de la veine, on trouve des streptocoques. Sur des coupes de l'utérus, aucun streptocoque.

Les muscles présentent la dégénérescence granulo-graisseuse. Les vaisseaux des muscles sont dilatés et remplis de streptocoques.

Grossesse tubaire de deux mois rompue avec hémorrhagie abondante.

M. Fieux communique l'observation d'une malade âgée de 37 ans, qui deux mois après ses dernières règles présenta brusquement le 15 août une violente douleur dans le bas-ventre, s'accompagnant de nausées, de vomissements, d'un écoulement sanguin abondant par les organes génitaux externes. Depuis le 15 août, elle continua à perdre du sang, tantôt rouge ou noir, parfois couleur de rouille.

A l'examen direct, on trouvait deux tumeurs; l'une à droite, du volume d'une grosse orange, absolument immobile, et à côté et à gauche, une autre tumeur plus petite et mobile.

L'utérus est porté à gauche; dans le cul-de-sac droit on trouve une voussure immobilisable qui déborde dans le cul-de-sac antérieur. M. Fieux diagnostique une grossesse ectopique qui s'était rompue quelques jours auparavant, grossesse tubaire de 2 mois, et proposait de l'opérer le 6 septembre, lorsque, le 5 au soir, la malade fut prise de douleurs intolérables dans le bas-ventre, avec ballonnement du ventre, syncope, vomissements, écoulement de sang par le vagin.

L'examen du ventre est impossible à cause de la douleur; on fait une injection de sérum salé, et la laparotomie fut pratiquée. On trouva le péritoine noir, une grande quantité de sang liquide rouge, des caillots et un petit œuf qui contenait un embryon de 2 mois, long de 40 millimètres, et qui exécuta quelques mouvements. On attira la trompe et on trouva un kyste tubaire rompu; on fit la toilette du péritoine et on laissa un gros drain, après suture à 3 étages. Le lendemain, il s'écoula une grande quantité de sang.

Comme après l'opération le pouls était peu sensible et la malade fortement choquée, on fit une injection intra-veineuse de 1 000 centimètres cubes de sérum salé, et une demi-heure après, le pouls, bien frappé, battait à 96 à la minute. Les suites opératoires furent normales; le drain enlevé le septième jour; la malade quitte l'hôpital le vingt-et-unième.

M. Fieux a pratiqué des coupes sur la trompe, à quelques millimètres du kyste, et la muqueuse était normale, l'épithélium cylindrique et cilié; il n'y avait donc pas de salpingite desquamative; la trompe était normale et saine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 25 Janvier 1901.

Tumeur de l'œil.

M. Armaignac présente un malade de 39 ans, qu'il a vu pour la première fois il y a 26 mois. Ce malade, qui 2 ans auparavant avait fait une chute de bicyclette ayant fortement contusionné la région temporo-orbitaire, ne voyait absolument rien de l'œil gauche. L'examen ophthalmoscopique démontra l'existence d'une atrophie grise (très foncée) du nerf optique et d'une large plaque de choroïdite atrophique occupant le pôle postérieur. Un an après le premier examen, on trouve une chorio-rétinite généralisée avec poussées inflammatoires intermittentes de l'œil. Enfin aujourd'hui existe dans l'angle interne de l'orbite une tumeur arrondie, lisse, noirâtre, adhérente au globe, au-dessus de laquelle la conjonctive est mobile. A l'ophthalmoscope, on ne trouve pas de tumeur intra-oculaire, mais seulement la chorio-rétinite ancienne et une hypermétropie de 6 dioptries. S'agit-il, dans le cas présent, d'une ectasie de la coque oculaire due à la scléro-choroïdite postérieure ou d'un sarcome mélanique extra-oculaire, et quel est le traitement à appliquer?

M. Lagrange, étant donnés les symptômes énoncés, croit qu'il s'agit d'un sarcome mélanique né dans la choroïde et qui a ensuite évolué en dehors de l'œil. Ce n'est pas la marche classique des sarcomes mélaniques, qui évoluent plutôt vers l'intérieur du globe, et le cas présente plusieurs particularités singulières, telles que sa marche vers l'intérieur, l'hypermétropie consécutive et l'enkystement de la tumeur. On a pourtant cité des cas de sarcome mélanique dont la marche était analogue à celle de la tumeur actuelle. Dans ces cas, c'est par la gaine vaginale que se fait la propagation vers l'extérieur.

Le pronostic est sérieux, mais on a beaucoup exagéré la gravité des sarcomes mélaniques. Ceux-ci, en effet, peuvent guérir dans un certain nombre de cas sans récidive métastatique lorsqu'on pratique une opération large, une exentération de l'orbite par exemple. C'est l'opération que conseille M. Lagrange pour le malade de M. Armaignac.

M. Fromaget ne partage pas l'opinion de M. Lagrange. Affirmer l'existence d'un néoplasme d'origine intra-oculaire ayant abouti à la production d'une tumeur aussi volumineuse lui paraît difficile et en opposition avec ce qu'enseigne la clinique. Cette tumeur, très volumineuse, ne s'est accompagnée d'aucun des phénomènes habituels aux tumeurs de la choroïde: ni décollement rétinien, ni glaucome, ni irido-choroïdite. La tumeur se serait donc développée soit dans la sclérotique ou l'épisclère. Mais il ne faut pas oublier que le malade a présenté

de la rétino-choroïdite peut-être spécifique, et avant de porter le diagnostic de sarcome, surtout à marche atypique, il faut penser à la possibilité d'une gomme. M. Fromaget conseille tout d'abord un traitement spécifique énergique.

Balle de revolver logée dans l'apophyse mastoïde.

M. Hassler présente un malade qui a reçu dans la figure une balle de revolver d'ordonnance tirée à un mètre de distance. La balle pénétra à un centimètre au-dessous de l'œil gauche, perforant l'os malaire, fracturant le condyle gauche du maxillaire inférieur, le conduit auditif, pour aller se loger enfin dans la région mastoïdienne. Le malade tomba foudroyé et resta toute la nuit dans un état comateux. Le lendemain, il reprit progessivement connaissance. La région était considérablement tuméfiée, la vision de l'œil gauche presque complètement abolie, mais pas de strabisme ni de diplopie. L'ouïe abolie à gauche était diminuée du côté opposé. La vision binoculaire se rétablit bientôt, ainsi que l'audition du côté droit. Vingt jours après environ, la fracture du condyle est consolidée et la mastication se fait normalement. L'orifice d'entrée du projectile est cicatrisé. Le conduit auditif rétréci permet à peine de voir le tympan qui est intact. L'audition est toujours nulle; il n'y a pas de paralysie faciale. L'apophyse mastoïde est tuméfiée et sensible à la pression. Deux photographies radioscopiques faites sous des incidences différentes et presque perpendiculaires permettent d'apercevoir le projectile dans la portion moyenne de l'apophyse mastoïde.

L'otorrhée n'ayant pas cédé aux lavages antiseptiques, on pratique l'extraction du projectile, qui fut très simple. Un mois et demi après, la guérison est complète. Cette intéressante observation et les quelques réflexions qui l'accompagnent soulèvent une discussion sur les plaies par armes à feu.

MM. Moure, Dudon, Pousson font ressortir tour à tour la différence des blessures produites par les balles anciennes et les balles nouvelles. Tandis que les anciennes, par leur aplatissement et leurs déformations, produisaient des blessures graves et étaient d'une extraction difficile à cause de leur morcellement, les balles nouvelles, au contraire, à moins qu'elles ne rencontrent de gros vaisseaux ou un organe essentiel, sont bien moins nuisibles et méritent le nom de balles humanitaires qui leur a été donné.

Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Méningite aiguë un mois après l'intervention.

MM. Moure et Lafarelle présentent un temporal provenant d'un homme mort de méningite aiguë généralisée, un mois après avoir subi la trépanation de l'apophyse mastoïde. L'autopsie a montré que cette complication imprévue a été déterminée par un foyer purulent développé dans une cellule mastoïdienne aberrante directement en contact avec le sinus latéral. Celui-ci était sain cependant, et l'infection des méninges s'est faite par voie sanguine ou lymphatique.

Ce cas est intéressant surtout par sa rareté; il n'existe pas, en effet, dans la littérature médicale de fait analogue, tant en ce qui concerne la malformation anatomique que le fait pathologique lui-même.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séances des 10 et 17 Janvier 1901.

Varices lymphatiques du pli de l'aine.

M. Goullioud a présenté une jeune fille opérée pour des varices lymphatiques du pli de l'aine et qui présentait sans doute la filariose, contractée pendant un long séjour à Cayenne.

Cette malade est entrée dans le service de M. Goullioud pour une arthrite du genou et une arthrite vertébrale, attribuées à du pseudo-rhumatisme, d'origine génitale et survenues quelques semaines après une fausse couche. Elle allait quitter le service, guérie, après un séjour de plusieurs mois dans une gouttière Bonnet, quand elle se plaignit de douleurs au pli de l'aine gauche, irradiées dans la fosse iliaque et dans la cuisse, et aussi d'une petite tumeur qu'on me signala comme une petite hernie crurale. Cette tumeur, qui augmente quand la malade se lève, est située au-dessous de l'arcade crurale, se perdant dans la graisse assez abondante de la partie interne du haut de la cuisse, vers la pointe du triangle de Scarpa et donne l'impression d'un sac graisseux ou d'un lipome mou et mal délimité. Quand la malade tousse la masse grossit, et il y a une communication certaine entre la tumeur et l'abdomen, communication qui se fait par le canal crural. Cependant on ne sent rien qui rappelle le passage de l'intestin ou même de l'épiploon.

On pense à quelque petit lipome herniaire. L'indication paraît nette de délivrer la malade de son affection, avant son départ de l'hôpital.

Incision comme pour une hernie crurale. On trouve d'abord des ganglions qui sont mous et peu distincts de la graisse de la région, puis la tumeur principale, grosse comme une figue.

En coupant le pédicule d'un des ganglions, on voit sourdre, des mailles du tissu, un liquide séreux, légèrement teinté en rose par le sang du champ opératoire. On essaye de pénétrer dans le trajet avec un stylet, mais ce trajet est cloisonné. En cherchant à le disséquer, on reconnaît manifestement qu'on a affaire à des varices lymphatiques, qu'on enlève comme les veines dans la phlébotomie, mais elles en diffèrent par une moindre consistance. Le suintement séreux continue et il est manifeste qu'il vient de l'abdomen.

On rapproche ce fait de ce que la malade a habité longtemps la Guyane française et l'on rectifie le diagnostic dans le cas d'une affection lymphatique, d'origine exotique.

On se demande un instant si ce suintement séreux, abondant, ne peut donner lieu à une fistule. On l'arrête en partie par compression et on draine la plaie suturée.

Les suites furent simples, malgré un fort suintement le premier jour, et un peu d'œdème de la cuisse; le 15 janvier tout était cicatrisé.

Le sérum, les ganglions, furent soumis à l'examen bactériologique, toutes les cultures restèrent stériles. Les ganglions et le liquide lymphatique, examinés au microscope avec ou sans coloration, n'ont présenté ni microbes, ni parasites.

Lymphosarcome opéré chez une enfant de 2 ans, sans récidive au bout de 3 mois.

M. Nové-Josserand présente une fillette âgée de 2 ans chez laquelle on remarqua, à l'âge de 10 mois, dans la région sus-claviculaire droite une tumeur grosse comme la moitié d'une noix. Celle-ci reste stationnaire jusqu'à l'âge de 19 mois, puis elle se mit à grossir lentement d'abord, puis de plus en plus vite, si bien que, dans les quinze derniers jours, elle s'accroissait à vue d'œil, bien que l'état général restât assez satisfaisant.

A l'entrée à l'hôpital on constate que la région sus-claviculaire droite est remplie par une tumeur bosselée, formée par deux masses ganglionnaires agglomérées, encore faiblement adhérentes à la peau qui est saine, et paraissant assez mobiles sur les plans profonds. Quelques petits ganglions durs le long du bord antérieur du trapèze. Les autres groupes ganglionnaires sont indemnes : la foie, la rate, le sang sont normaux. Cliniquement, le diagnostic de lymphosarcome n'est pas douteux.

L'extirpation de la tumeur, semblant anatomiquement possible, est pratiquée le 8 octobre 1900. La tumeur est enlevée largement avec la portion adhérente de la plaie, un petit morceau de l'acromion et une languette assez étendue du trapèze. La dissection des petits ganglions fut poursuivie jusqu'en haut du cou, en disséquant les vaisseaux carotide et jugulaire, et parut complète.

Les suites opératoires furent simples et, actuellement, 3 mois après l'opération, il n'y a pas trace de récidive. L'enfant se porte bien.

L'examen macroscopique de la pièce confirma de tout point le diagnostic clinique; on ne trouva aucun point ramolli ou caséeux ressemblant à de la tuberculose.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait de lymphosarcome.

Brièveté acquise des fléchisseurs des doigts.

M. Vallas présente également un malade qui, à la suite d'une opération faite dans l'enfance, pour une ostéite du radius, actuellement entièrement guérie, a présenté une rétraction des muscles fléchisseurs ne permettant l'extension complète des doigts que lorsque le poignet est fléchi. Pas de troubles de la sensibilité. Il ne s'agit évidemment pas d'une lésion nerveuse ni d'une contracture.

M. Jaboulay observe que ce malade présente quelques signes de névropathie, notamment absence du réflexe pharyngien; il pense que ce pourrait être une contracture hystérique.

M. Nové-Josserand a observé chez 2 enfants une lésion analogue qui était survenue à la suite de l'application de bandages trop serrés, pour des fractures soignées à la campagne. Il ne s'agit pas de contracture, car les mouvements persistent dans de certaines limites et l'anesthésie ne modifie rien.

On pourrait peut-être essayer de faire l'allongement de ces tendons.

M. Vallas. — Ce n'est pas une contracture, car le malade exécute tous les mouvements lorsqu'il a la possibilité mécanique de les faire.

M. Gangolphe rappelle qu'il existe, sur cet ordre de faits, une publication récente de Little et Wood; la rétraction est due à une destruction partielle du muscle, suivie de sclérose.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 11 Janvier 1901.

Appendice englobé dans une gangue fibreuse.

M. Le Fort, à propos d'un cas d'appendice opéré à froid, signale une particularité opératoire : le chirurgien, suivant le procédé de Poncet, attaqua l'appendice par sa base, le décortica par traction, mais le rompit, et l'extrémité distale resta dans la masse de tissu inflammatoire, malgré toutes les recherches qui furent faites pour l'en retirer.

M. Moty conseille de décortiquer l'appendice avec les doigts, de le contourner, de l'attaquer par son méso, puis de l'extraire par traction, car dans les cas d'appendicite ancienne, l'appendice est généralement englobé au milieu de fausses membranes. Il a vu, dans un cas analogue à celui de M. Le Fort, l'extrémité libre de l'appendice adhérer au voisinage de l'arcade crurale; l'ablation en fut impossible, aussi M. Moty laissa un drain dans la plaie opératoire.

Névrite sciatique avec purpura.

M. Ingelrans présente un homme de 63 ans, atteint d'un morbus coxæ senilis à gauche. Il existe en même temps des signes de névrite sciatique spasmodique. La radiographie révèle un épaississement énorme de la jointure. Il y a lieu de croire que le nerf est comprimé ou enclavé, comme dans une pièce disséquée par Quénu. On peut se demander si les symptômes de sciatique habituellement observés au cours de l'arthrite sèche de la hanche ne sont pas l'expression d'un pareil état anatomique méconnu. Le malade a présenté, en outre, de vastes ecchymoses dans le creux poplité et à la région externe de la jambe : ce sont des hémorrhagies névropathiques, analogues à celles qu'à décrites Faisans. Une attitude vicieuse et une sciatique homologue existent chez ce sujet : M. Ingelrans essaye d'établir la part respective de l'arthrite et de la sciatique dans leur pathogénie.

M. Moty fait remarquer que le nerf crural du malade est également douloureux. Cette propagation de la douleur du nerf malade aux autres troncs nerveux du membre est généralement observée dans les cas de névrites du bras; elle peut s'expliquer par l'hypothèse d'une névrite propagée du nerf primitivement lésé, aux nerfs anastomosés avec le premier.

M. Ingelrans. — Le terme de névralgie sciatique est mal choisi, car en même temps que les points douloureux du membre inférieur existe de la névralgie lombo-sacrée. Cette co-existence n'explique pourtant pas le fait signalé par M. Moty, qui pourrait plutôt être la conséquence d'un retentissement médullaire propagé au centre du nerf sciatique à celui du nerf crural qui sont très rapprochés.

M. Combemale demande si le malade ne retirerait pas un bénéfice d'une intervention chirurgicale, comme l'ablation des ostéophytes, qui, peut-être, sont en contact avec le nerf.

M. Charmeil a observé, dans certains cas de compression du nerf radial, par cal exubérant de l'humérus, les phénomènes d'amyotrophie retrocéder après la libation du nerf, aussi se montre-t-il partisan d'une intervention, qui peut faire disparaître les phénomènes de névrite.

Volumineux varicocèle.

M. Le Fort présente un malade atteint d'un varicocèle descendant jusqu'au tiers intérieur de la cuisse et qui offre la particularité de changer de volume dans des proportions considérables, par le simple fait d'un changement de position ou d'une excitation du scrotum. En effet, à un nouvel examen, pratiqué dans le décubitus dorsal, M. Le Fort constata un scrotum de volume très diminué et, quelque temps avant la présentation du malade, le contact des doigts avait suffi pour produire le même phénomène.

M. Le Fort croit que le traitement de ce cas nécessite une opération complexe portant, à la fois, sur le scrotum, sur les veines et aussi sur le testicule droit, car cet organe est hypertrophié, descend plus bas que le gauche et présente des lésions d'hydrocèle.

M. Moty qui, dans la cure du varicocèle, ne s'attaquait, autrefois, qu'aux veines, est actuellement partisan des opérations complexes, comprenant une intervention sur les veines et sur le scrotum. Il ajoute que le succès n'est pas certain, car cette façon de faire, qui amène la guérison chez quelques-uns, n'empêche pas la récidive de se produire chez d'autres sujets.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche.

M. Gaudier présente un kyste dermoïde unilatéral du plancher de la bouche, enlevé chez une femme de 32 ans, entrée à l'hôpital avec le diagnostic de lipome. Ce kyste, très volumineux, faisait saillie dans la bouche et non dans la région hyoïdienne ; par son volume, il gênait les fonctions de phonation et de déglutition. Sa consistance était mollasse et pâteuse ; sa forme était oblongue et l'on pouvait le suivre jusqu'aux piliers antérieurs. Une ponction exploratrice fut négative : d'où le diagnostic de lipome qui avait été posé.

Opération par une large incision dans la région sus-hyoïdienne latérale; le kyste apparut coiffé de la glande sous-maxillaire très volumineuse. L'extirpation fut difficile en raison d'adhérences intimes de la tumeur avec le corps de l'os hyoïde et d'un prolongement qui filait dans la base de la langue.

M. Moty a observé un cas de tumeur dermoïde enflammée, suppurée, dans lequel un amas de ganglions tuberculeux recouvrait la tumeur. La dissection fut assez délicate, à cause d'adhérences à l'os hyoïde, et montra l'existence d'un prolongement qui allait s'insérer au niveau de la bifurcation de l'artère carotide gauche. M. Moty saisit l'épithélium avec une pince et réussit à le décortiquer de son enveloppe fibreuse. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'une tumeur dermoïde.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 28 Novembre 1900.

Un cas de lithiase intestinale d'origine médicamenteuse.

M. de Langenhagen montre des calculs intestinaux rendus en grand nombre depuis plusieurs mois par une femme qu'il eut occasion de soigner à Plombières. L'analyse chimique démontra que ces calculs n'étaient autres que des cachets médicamenteux absorbés journellement par la malade et qui, composés de magnésie et de chaux, subissaient dans l'intestin une véritable pétrification et étaient ainsi expulsés à l'état de ciment, par les fèces.

M. Spillmann a observé en 1897 un enfant d'une douzaine d'années qui rendait de temps en temps des concrétions intestinales. Ces concrétions furent analysées par le professeur Guérin. Elles étaient entièrement formées de carbonate de magnésie aggloméré en petites masses par une très petite quantité de matières organiques. L'enfant avait absorbé pendant longtemps, après les repas, des cachets contenant du benzoate de magnésie. M. Spillmann fait remarquer que les médicaments non solubles s'agglomèrent dans l'intestin sous l'influence des mouvements péristaltiques. Il y aurait lieu, pour empêcher l'agglomération, de les mélanger avec du sucre.

M. P. André rapporte l'observation d'un de ses malades soumis à un traitement par le salol et qui rendit par la bouche un calcul de cette substance.

M. Schmitt fait remarquer que les calculs médicamenteux se produisent assez souvent chez les hyperchlorhydriques qu'on traite par les mélanges de bicarbonate de soude, magnésie et bismuth. L'acidité du suc gastrique est neutralisée par le bicarbonate de soude qui se décompose en tout ou en partie, et les autres substances restant inattaquées dans l'estomac s'agglomèrent en grumeaux plus ou moins durs et compacts. M. Schmitt ajoute que la poudre de magnésie hydratée, souvent employée à l'heure actuelle, se prend en grumeaux dans les boîtes mêmes où on la conserve et qu'un phénomène analogue peut se passer dans le tube digestif. Il est d'ailleurs porté à croire, d'après des expériences personnelles, que l'addition de lactose à la poudre composée de magnésie hydratée, bicarbonate de soude et sous-nitrate de bismuth pourrait prévenir la formation des calculs.

M. Guilloz. — Le rôle utile joué par le sucre dans les cachets à base de magnésie et qui consiste à en empêcher l'agglutination semble bien déterminé et connu. Les sucres et en particulier la saccharose forment avec la chaux et la magnésie des combinaisons solubles où ces derniers corps peuvent entrer en proportion relativement considérable. L'industrie sucrière connaît bien les combinaisons solubles de la saccharose avec la chaux et, dans la pharmacopée anglaise, il existe, sous le nom de médecine des dames, une potion purgative préparée en broyant de la magnésie avec du sucre et en dissolvant par l'eau. La dissolution de la magnésie est presque totale.

L'auteur est d'avis, comme M. Schmitt, que c'est la présence du bicarbonate de soude dans les cachets qui est la cause de leur durcissement. Si l'on remplaçait le bicarbonate de soude par du carbonate de magnésie, ce phénomène ne se produirait probablement pas.

M. de Langenhagen rappelle qu'il s'agissait chez sa malade d'une hypochlorhydrie et que les calculs paraissaient dépendre de l'insuffisance d'action du suc gastrique sur le mélange pulvérulent, l'inactivité du suc gastrique favorisant la production dans l'intestin d'un véritable ciment de chaux et de magnésie.

Un cas d'empoisonnement aigu par le thé.

M. Spillmann père. — Il s'agit d'une femme de 65 ans chez laquelle on pouvait penser à un cancer latent de l'estomac. La malade a beaucoup maigri depuis quelques mois, l'appétit s'est perdu ; elle présente un teint cachectique, a du dégoût pour les aliments ; cependant elle n'a jamais vomi. On ne perçoit aucune tumeur au palper. Il existe un ganglion de Troisier au-dessus de la clavicule gauche. Pour déterminer le chimisme gastrique de cette malade, on prescrit de prendre le lendemain matin, à 8 heures, un repas d'épreuve, composé de 300 grammes d'infusion de thé avec 60 grammes de pain blanc et de se rendre à l'hôpital vers 9 heures. Le mari de la malade et une de ses parentes, interprétant mal la prescription, versèrent 300 grammes d'eau bouillante sur 300 grammes de thé noir. Au bout d'un quart d'heure d'infusion, la malade absorba ce breuvage qui était d'une couleur presque noire et très amer. Elle se rendit à l'hôpital et fut bientôt prise de tremblements avec petites secousses convulsives dans les membres ; elle éprouvait une grande sensation de faiblesse avec tendance syncopale, puis elle se mit à vomir d'une façon incoercible ; les vomissements persistèrent jusqu'à 8 heures du soir, malgré tous les moyens employés. La malade était très pâle et se plaignait d'une céphalée intense avec sensation de froid dans tous les membres. Vers midi le pouls, jusqu'alors faible et assez rapide, devint petit, irrégulier, inégal ; en même temps, il se ralentit et ne battit plus que 40 fois par minute. La respiration était accélérée. La température était tombée à 36° C. Les urines, très peu abondantes, étaient foncées en couleur. Vers 4 heures de l'après-midi, le pouls se releva, battant 60 à la minute ; en même temps, la malade ressentit de la chaleur à la peau, suivie de sudations abondantes. A 6 heures, le pouls était à 80, régulier ; la température s'élevait à 36°,5. La malade passa une nuit assez calme et n'éprouvait plus aucun malaise le lendemain matin.

Il faut relever surtout dans cette observation les phénomènes nerveux (céphalée, tremblements légers, mouvements convulsifs), l'hypothermie avec sensation de froid, l'état syncopal, les vomissements incoercibles et l'irrégularité avec ralentissement du pouls.

M. Paul Parisot rapporte une indisposition dont il fut personnellement atteint après avoir bu une seule tasse de thé de Ceylan. Les accidents, caractérisés par des sueurs froides et de la faiblesse du pouls, ne disparurent que le lendemain et se terminèrent par une débâcle intestinale.

M. Schmitt rappelle que l'empoisonnement par le thé est dû à l'essence spéciale à cette substance et surtout à la caféine que le thé contient en quantités notables. Ainsi, dans le cas de M. Spillmann, on peut estimer, à 3 grammes environ, la dose de caféine absorbée par la malade. Bien qu'on admette qu'il faut, en général, 7 grammes et plus de caféine pour entraîner la mort chez l'homme adulte, cette dose de 3 grammes suffit à expliquer les symptômes observés, surtout si l'on se rappelle que chez certains sujets des doses de 50 grammes de caféine provoquent parfois des accidents sérieux pouvant durer jusqu'à 24 heures. M. Schmitt relate à ce propos l'observation d'une femme qui, pour se faire avorter, absorba en une fois une infusion de 250 grammes de café dans un demi-litre d'eau. Elle fut bientôt prise d'angoisse précordiale intense, puis de lipothymies avec ralentissement et irrégularité du pouls. Survinrent ensuite des nausées, des vomissements, et enfin une diarrhée qui termina la scène. La patiente guérit. La dose de caféine qu'elle avait ingérée était certainement inférieure à 2 grammes.

M. Haushalter, pendant les vacances dernières, eut occasion de voir dans les Alpes des guides qui le soir, avant de se coucher, absorbaient à haute dose un breuvage brun foncé, obtenu par décoction d'une poignée de thé dans l'eau. Ils faisaient ce thé comme ils auraient fait de la soupe aux légumes et n'en étaient d'ailleurs nullement incommodés ; ce qui prouve, ou bien qu'ils achetaient sous le nom de thé un ingrédient qui n'avait de thé que l'étiquette, ou bien qu'ils étaient, par accoutumance, arrivés à supporter ce thé concentré sans en ressentir aucun effet nuisible.

Un cas d'empoisonnement par l'anis.

M. G. Etienne rapporte un cas d'intoxication aiguë par par l'anis étoilé, qui paraît corroborer l'hypothèse de l'action toxique des huiles essentielles.

Une femme de 40 ans, atteinte de flatulences, avait acheté environ 30 grammes d'anis étoilé et les avait laissé infuser dans un verre d'eau sur son fourneau pendant toute une journée. Le soir, elle absorba le liquide ainsi préparé et réduit par l'évaporation au volume de quelques cuillerées. Environ 2 heures plus tard, elle fut prise de vertiges, de vomissements incessants, et très rapidement tomba dans le collapsus avec pouls misérable, incomptable, filiforme, sueurs froides, état syncopal très grave. On vint à bout de ces accidents vraiment effrayants par des frictions générales de baume de Fioravanti, des injections d'éther et de caféine, du champagne, du thé chaud alcoolisé. Le lendemain, la malade était revenue à son état normal.

M. Etienne estime que, dans ce cas, la quantité d'anis mise à infuser n'a pas été énorme ; les accidents seraient plutôt dus aux huiles essentielles que des infusions de beaucoup plus courte durée n'isolent habituellement pas.

M. Schmitt fait remarquer que les phénomènes d'intoxication par l'anis se rapprochent beaucoup de ceux que produisent le camphre et l'essence de térébenthine. La mort survient par

tétanos respiratoire et axphyxie consécutive, ainsi qu'il put le constater chez des chiens sur lesquels il étudiait l'effet des huiles essentielles d'anis et de fenouil. Quinze gouttes d'essence d'anis suffirent à tuer un chien de forte taille.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 Janvier 1901.

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. A. Fränkel divise les indications, en chirurgie gastrique, en trois ordres : ou bien il s'agit d'une insuffisance motrice si prononcée que la nutrition devient impossible, ou bien il y a des douleurs très vives contre lesquelles les ressources de la thérapeutique médicale sont impuissantes, ou bien enfin on a affaire à des hémorrhagies.

C'est contre l'insuffisance motrice que les résultats, d'après M. Körte, seraient le plus favorables; malheureusement, il y a toujours à craindre l'apparition ultérieure d'un ulcère peptique du duodénum ou du jéjunum, sous l'influence de l'action corrosive du suc gastrique; aussi faut-il plutôt chercher le soulagement du malade dans un régime alimentaire strictement établi que dans une intervention chirurgicale.

En ce qui concerne les hémorrhagies, le chirurgien se trouve souvent désarmé, parce qu'il ne peut trouver la source de la perte sanguine, notamment quand l'estomac adhère à la rate ou au pancréas.

Enfin, à l'égard des phénomènes douloureux, c'est surtout lorsqu'il s'agit d'adhérences périgastriques que l'opération donne de bons résultats, M. Fraenkel en a eu récemment un exemple chez un homme de 20 ans, ayant depuis 3 semaines une insuffisance motrice et sécrétoire absolue; le diagnostic penchait vers l'hypothèse de sténose hypertrophique du pylore; mais la laparotomie permit de constater qu'il s'agissait d'adhérences périgastriques, avec dégénérescence maligne, par places de la paroi gastrique.

M. Boas estime que l'ulcère gastrique est une affection qui doit guérir par des moyens purement médicaux; quand la guérison ne survient pas, ou bien il s'agit d'une erreur de diagnostic, ou bien il est survenu quelques complications, et c'est alors que le chirurgien peut utilement intervenir.

La sténose pylorique — une des plus importantes de ces complications — peut être organique ou spasmodique; contre la première variété, le rôle du médecin se borne à mettre le patient en état de supporter l'opération; la seconde est beaucoup plus fréquente et cède en une ou deux semaines aux lavages de l'estomac et à un régime approprié; il ne subsiste généralement, à la suite, qu'un peu d'atonie gastrique.

Les sténoses vraies sont souvent simulées par la *sténose relative*, qui fournit parfois aussi une indication opératoire à cause des hémorrhagies qu'elle peut entraîner. Le diagnostic en est possible, dans un assez grand nombre de cas, grâce à un symptôme jadis signalé par Cruveilhier, la contraction intermittente de l'estomac.

M. Albu pense que la ptose gastrique, pas plus que les névroses de l'estomac, ne doit être considérée comme une indication opératoire, quelle que soit l'insistance des patients.

Après la cure chirurgicale de l'ulcère, il peut survenir toute sorte de complications, comme ulcère peptique, *circulus vitiosus*, etc.; même pour les hémorrhagies on a quelquefois des mécomptes : un des malades de M. Albu a été enlevé par une perte sanguine après une gastro entérostomie. Pour sa part, il ne reconnait qu'une seule et unique indication à l'intervention, c'est un rétrécissement très prononcé du pylore, et alors seulement qu'un régime soigneusement établi ne suffit plus à assurer la nutrition.

Contre l'ulcère récidivant, M. Albu a recours à l'alimentation, pendant 10 à 14 jours, au moyen de lavements nutritifs, ce qui permet à l'ulcère de commencer à se cicatriser.

M. Rosenheim, malgré l'opinion de M. Fränkel, ne croit pas que l'opération soit utile lorsqu'il existe des adhérences périgastriques; elle ne donne jamais la certitude que les douleurs ne reviendront pas. Pour lui, l'intervention n'est justifiée qu'en cas de perforation de l'uléus, mais il n'a pas vu d'exemple de guérison en pareille occurrence.

M. F. Krause relate l'observation d'un sujet qui, 4 semaines après la section d'une adhérence en forme de bride, vit, à la suite d'un écart de régime, ses troubles reparaître. L'opération, pratiquée 2 mois plus tard, montra un estomac en sablier; la résection de la partie étranglée et la suture des deux moitiés de l'estomac ont parfaitement réussi.

M. Litten attire l'attention sur les cas où l'on hésite entre un ulcère et un cancer. Dans un fait semblable, il avait porté, contrairement à l'avis du médecin traitant, le diagnostic d'ulcère, la palpation de l'estomac ne faisait pas percevoir d'induration et les ganglions du cou, à gauche, n'étant pas engorgés. L'intervention ne fut pas acceptée; or l'autopsie montra un ulcère duodénal avec adhérences, pour lequel l'opération, quoique difficile, eût cependant été possible.

Dans les cas d'ulcère tuberculeux de l'estomac, autant qu'il peut en juger par le résultat de ses autopsies, l'orateur estime que l'intervention serait généralement praticable.

M. Heubner ne croit pas le spasme du pylore fréquent chez l'adulte; par contre, on l'observe souvent chez les nourrissons. Ici, l'opération est tout à fait contre-indiquée, car il n'existe pas de lésion. Contre cette affection, les lavages de l'estomac ne sont généralement pas utiles; ceux de l'intestin donnent plus fréquemment de bons résultats.

M. Straus se dit opposé à toute opération, même en cas d'hémorrhagie gastrique, cet accident cédant souvent à des moyens purement médicaux. Pour porter le diagnostic précoce dans les cas où l'on soupçonne un cancer de l'estomac, l'orateur préconise le toucher rectal dans le but de s'assurer s'il existe des métastases. En cas d'ulcère, il prescrit un régime dont sont exclus les hydrates de carbone, afin d'éviter les fermentations.

M. W. Körte déclare que les résultats que lui ont donnés ses interventions pour péritonite par perforation d'un ulcère gastrique ne sont pas bons, parce qu'il n'a jamais pu opérer dans les 24 premières heures : sur 10 cas, il n'a obtenu qu'une seule guérison.

Narcose par des inhalations d'un mélange de chloroforme et d'oxygène.

M. Wohlgemuth, s'appuyant sur ce fait que l'on emploie les inhalations d'oxygène pour combattre les accidents les plus graves de la narcose chloroformique, l'asphyxie et la paralysie du cœur, a eu l'idée de provoquer l'anesthésie par l'emploi d'un mélange de chloroforme et d'oxygène qui vient de traverser un cylindre de verre dans lequel du chloroforme tombe goutte à goutte.

M. Wohlgemuth a expérimenté ce procédé 140 fois. Ses principaux avantages sont que le pouls, au lieu d'être petit et rapide, reste plein et ne dépasse pas 60 à la minute, et qu'il n'y a pas trace d'asphyxie; en outre, le réveil est facile et ne s'accompagne pas de vomissements ni de nausées.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 14 Janvier 1901.

Contractures congénitales.

M. Schiffer a montré un enfant venu à terme après un accouchement normal, en présentant une contracture des membres inférieurs.

Actuellement l'enfant, bien développé, pèse 5 kilos et présente une contracture des quatre membres qui était encore bien plus accentuée il y a 6 semaines. A cette époque les cuisses étaient fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses; au niveau des membres supérieurs, les avant-bras étaient fléchis sur les bras. Les mouvements des doigts et des orteils étaient normaux.

Cette position des membres était auparavant constante, puis grâce au massage, à la faradisation, aux mouvements spontanés et passifs, les contractures s'amendèrent. Aujourd'hui les mouvements spontanés sont plus fréquents et plus faciles, mais quand l'enfant est au repos, l'ancienne position en flexion revient. Si aujourd'hui on essaye d'étendre la jambe au delà d'un angle de 160°, on sent le triceps fémoral se tendre comme une corde, et même en déployant une force appréciable on n'arrive pas à mettre le membre en rectitude. L'obstacle persiste pendant le sommeil. La contracture est actuellement le plus accusée au niveau des genoux, moins dans les coudes, moins encore dans l'articulation tibio-tarsienne gauche dont les mouvements ne sont pas encore tout à fait normaux.

Les autres articulations sont libres. Les réflexes sont très vifs, mais il n'existe pas de clonus du pied; l'excitabilité électrique est normale. Pas de spasmes ni d'atrophie musculaire, pas de signes d'affection cérébrale. Les nerfs craniens fonctionnent normalement. Le développement psychique de l'enfant est normal. La colonne vertébrale est normale.

Il s'agit donc chez cet enfant de contractures congénitales qu'on désignait dans le temps sous le nom d'arthrogryposis. Aujourd'hui ce terme n'est plus employé que pour désigner une contracture typique de tétanie. Chez cet enfant l'absence des accès, du phénomène facial, l'intégrité des doigts et des orteils, l'existence d'une excitabilité électrique normale montrent qu'il ne s'agit pas de tétanie.

On aurait pu encore penser à une paralysie cérébrale spasmodique. On peut invoquer contre ce diagnostic l'apparition précoce des contractures, l'absence de tout moment étiologique, l'amélioration progressive, la localisation des contractures sur une partie des membres, la prédominence de la flexion, l'absence des symptômes cérébraux, de l'épilepsie ou de l'idiotie.

Chez cet enfant il ne s'agit que des lésions périphériques du côté des articulations, des tendons et des ligaments. Dans la production de ces lésions, on ne peut incriminer que l'insuffisance quantitative du liquide amniotique qui fait que le fœtus se trouve comprimé dans l'utérus.

M. Kalischer, qui a observé plusieurs cas de ce genre, cite un cas dans lequel il a fallu faire la section du tendon du biceps.

Myasthénie pseudo-paralytique.

M. Mendel a communiqué l'observation d'une jeune fille de 21 ans dont les parents sont morts tuberculeux, et dans les antécédents de laquelle on trouve seulement une scarlatine et une diphthérie pendant l'enfance.

En décembre 1899 elle commença à éprouver un endolorissement général; la déglutition et la parole sont devenues difficiles; la marche et même la station debout amènent très rapidement une sensation de fatigue; il en est de même de l'acte de manger et souvent les aliments reviennent par le nez. Tous ces symptômes sont plus accentués le soir que le matin.

A son entrée à l'hôpital, en juillet 1900, on ne constate aucun trouble psychique. Du côté des yeux existe une parésie des deux droits internes. Les pupilles réagissent à la lumière, mais la réaction s'épuise assez vite. L'occlusion des paupières se fait mal et incomplètement; légère parésie du facial inférieur du côté droit. Les masséters se fatiguent très rapidement. Pendant la phonation le voile du palais reste immobile, mais les cordes vocales se contractent bien. Pas d'atrophie musculaire. La parole est nettement bulbaire, mais moins nette le soir qu'au matin. Les réflexes sont normaux. Respiration affaiblie; quelques intermittences cardiaques. L'urine contient de petites quantités d'albumine et des éléments figurés. La rate est hypertrophiée; le diaphragme présente des phénomènes de parésie. La réaction de myasthénie est particulièrement accentuée au niveau du biceps et du deltoïde.

Il s'agit manifestement ici d'un cas de myasthénie pseudo-paralytique, car le diagnostic différentiel avec la paralysie bulbaire, l'atrophie musculaire et la poliencéphalite ne présente aucune difficulté.

La néphrite que présente cette malade, et qui a été notée dans d'autres cas, peut être considérée comme une manifestation de l'auto-intoxication qui expliquerait aussi l'asthénie cardiaque, à moins que celle-ci n'indique l'existence d'une myasthénie cardiaque.

M. Jolly a eu l'occasion de faire l'autopsie dans un cas de ce genre qui s'est terminé par la mort par asphyxie. Il n'existait pas de lésions nerveuses. Il s'agit probablement dans ces cas d'un trouble dans le chimisme des muscles.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 25 Janvier 1901.

Traitement des douleurs dysménorrhéiques par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

M. Chiari a fait remarquer, à propos de la communication de M. Schiff que la muqueuse nasale change d'aspect non seulement suivant la quantité de sang contenu dans les vaisseaux, mais aussi avec l'état psychique du sujet. Il n'est donc pas certain que les altérations de cette muqueuse que l'on constate pendant les règles soient liées directement à la menstruation. Aussi ne faut-il pas accorder une confiance trop grande au traitement des douleurs dysménorrhéiques par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

M. Réthi a observé que, durant les règles, ce ne sont pas seulement les points génitaux de la muqueuse nasale, mais encore différentes parties du nez et du pharynx qui sont hyperémiées. Sur 11 cas de dysménorrhée qu'il a traités par la cocaïnisation du nez, M. Réthi n'a obtenu qu'un seul succès.

M. Halban a pu vérifier chez 12 malades l'exactitude des assertions de Fliess et de M. Schiff. En outre, dans un fait d'aménorrhée ayant duré 5 ans, les règles se montrèrent quelques heures après la cocaïnisaiion de la muqueuse nasale du côté gauche.

M. Chrobak n'a pas pu contrôler l'opinion de Fliess, qui prétend qu'on peut diminuer les douleurs de l'accouchement en agissant sur la muqueuse nasale ; mais la cocaïnisation de cette muqueuse chez les femmes atteintes de dysménorrhée lui a constamment paru exercer une action si manifeste, qu'il croit que le médecin devrait toujours essayer ce mode de traitement.

Abcès appendiculaire dans la cavité de Douglas.

M. von Friedländer a présenté un enfant qui, après avoir eu de la diarrhée pendant quelques jours, fut pris subitement de collapsus. Le météorisme de l'intestin rendant l'exploration de l'abdomen difficile, on pratiqua le toucher rectal et on trouva dans l'espace de Douglas une tumeur fluctuante. L'auteur réséqua alors le coccyx et ouvrit la cavité de Douglas qui était remplie de pus provenant d'une appendicite. La collection fut évacuée, mais l'appendice fut laissé en place.

Homalomyia alaris.

M. Csokor a montré des larves d'*homalomyia alaris*, qui vivent parfois à l'état de parasites dans l'intestin de l'homme. Ces larves ont la forme de vers annelés ; leur tête est munie de tentacules et présente un orifice buccal, des yeux et 2 plaques de chitine. L'appareil digestif se compose d'un œsophage, d'un proventriculus, d'un estomac, d'un intestin et d'une glande salivaire. L'appareil urinaire communique avec la première portion du rectum. Ces larves possèdent enfin un cœur à 3 compartiments et 2 ganglions pharyngiens. Leur longueur varie de 1 à 10 millimètres.

La contamination se fait par les œufs du parasite, qui, introduits dans l'estomac avec les aliments, s'y transforment en larves.

Dextocardite acquise.

M. Weinberger a présenté un malade chez lequel le cœur a subi un déplacement à droite, à la suite d'une sclérose du poumon droit ayant entraîné la rétraction de la moitié droite du thorax. La matité du cœur est limitée par la 3e côte, le bord sternal gauche et la ligne axillaire; en bas elle se confond avec la matité hépatique. La pointe du cœur est dirigée vers la gauche.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 30 Novembre 1900.

Grossesse tubaire.

M. Lebesgue présente une pièce provenant d'une femme de 32 ans qui n'avait plus été réglée que 2 fois pendant les derniers mois. Elle se plaignait de violentes crises de douleur du côté gauche du ventre. Le cul-de-sac gauche était occupé par une tumeur du volume d'une orange. L'opération, qui fut pratiquée par le ventre, permit d'enlever la trompe gauche qui présentait l'aspect d'un pyosalpinx. En réalité, il s'agissait d'une grossesse tubaire; la trompe renfermait un fœtus âgé d'un mois et demi.

Ostéo-sarcome de la cuisse.

M. Marcel Heger présente le membre inférieur gauche d'un homme de 18 ans, du service de M. Thiriar. Il y a 2 mois, le sujet reçut sur la cuisse un coup violent à la suite duquel survinrent du gonflement et de vives douleurs. A l'entrée du malade à l'hôpital, le tiers inférieur de la cuisse était le siège d'une tuméfaction avec tache rouge à la peau et retentissement dans les ganglions du pli de l'aine. M. Thiriar ayant diagnostiqué un ostéo-sarcome de la cuisse, M. Heger fit l'amputation. La radiographie n'avait démontré aucune lésion osseuse. La dissection de la pièce montre des muscles à aspect lardacé; l'os n'a que peu souffert; sa consistance est diminuée à la partie inférieure. M. Geeraerd, qui a fait l'examen microscopique de la tumeur, a porté le diagnostic de sarcome globo-cellulaire.

Sarcome mélanique du bras.

M. Lemoine présente le bras d'un sujet âgé de 42 ans, désarticulé pour récidive multiple d'une tumeur du volume d'un œuf de poule qui avait été excisée du bras 15 jours auparavant par M. Thiriar. Les tumeurs, d'après les analyses microscopiques, présentaient les caractères du sarcome mélanique. Quoique les ganglions de l'aisselle fussent pris, il n'y a pas encore de récidive depuis 6 semaines.

M. Gratia rappelle combien la métastase ganglionnaire d'un sarcome est chose rare; elle suit d'habitude la voie sanguine, alors que la métastase cancéreuse suit plutôt les voies lymphatiques. Il fait remarquer en passant que le sarcome mélanique est celui qui récidive le plus vite.

Tuberculose rénale.

M. Mayer présente un rein enlevé par M. Depage pour tuberculose rénale.

Le malade, qui a des poumons suspects, a une hérédité entachée de tuberculose. L'urine était purulente et répandait une odeur fétide. Le début des accidents remontait à 3 ans, époque à laquelle on avait enlevé des calculs vésicaux. Depuis 3 semaines, les symptômes avaient suivi une marche alarmante.

Le rein enlevé présentait une caverne tuberculeuse à côté de lésions de néphrite parenchymateuse.

M. Depage fait remarquer quelle quantité de pus peut doner dans l'urine une caverne de dimensions somme toute assez réduites. Avant l'opération, il croyait le rein bien plus atteint. Après l'opération, on a constaté des symptômes de néphrite congestive de l'autre rein, mais au bout de quelques jours, tout était rentré dans l'ordre. La recherche des bacilles de Koch n'a pas donné de résultat.

M. Gratia, dans un cas semblable, a fait, sans le moindre succès, plus de 10 examens microscopiques; les inoculations au cobaye ne lui ont pas donné plus de résultat au point de vue de la recherche du bacille de Koch.

Plaie péritonéale du cul-de-sac de Douglas.

M. Stiénon montre l'utérus et l'estomac d'une femme qui, malade depuis quelques semaines, était atteinte de vomissements incoercibles; une fois elle avait eu une hématémèse et des selles sanglantes. Rien ne put arrêter les vomissements, qui persistèrent jusqu'à la mort. L'alimentation rectale n'empêcha pas l'émaciation progressive, et la malade mourut en adynamie complète, sans avoir présenté de symptômes fébriles. La veille de la mort, on avait trouvé le lit inondé de sang.

L'autopsie démontre l'existence d'un utérus augmenté de volume. Dans le vagin se trouvait un fœtus de 3 mois momifié, et dans l'utérus, un caillot et un fragment placentaire. Dans le cul-de-sac postérieur, du côté du péritoine, existait une plaie qui ne peut être expliquée que par des manœuvres abortives ayant amené une perforation du cul-de-sac dont l'ouverture vaginale ou rectale se serait fermée sans plus laisser de trace. Le péritoine n'était du reste pas infecté.

L'estomac était très réduit de volume et sa muqueuse couverte d'une épaisse couche de mucus concrété.

Lithiase biliaire.

M. Stiénon montre le foie d'une femme sur laquelle l'effet de la constriction extrême de la taille est marqué d'une façon frappante. Le foie porte un sillon très marqué au niveau duquel existent des adhérences péritonéales. La constriction qui siège au niveau du col de la vésicule biliaire a provoqué l'hypertrophie de celle-ci qui renferme un certain nombre de calculs. Ce fait vient encore à l'appui de la théorie défendue dans la séance précédente pour expliquer la pathogénie de la lithiase biliaire.

Sarcome du nerf sciatique.

M. Depage montre un sarcome du nerf sciatique enlevé chez une jeune fille d'une vingtaine d'années. Les premiers symptômes douloureux avaient débuté en avril 1900.

Il y a 4 à 5 semaines, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur à la partie postérieure de la cuisse droite. A l'opération, on vit qu'elle dépendait du sciatique. Du volume du poing, elle siégeait un peu au-dessus du poplité. Certaines fibres du nerf s'étalaient sur la tumeur; d'autres y pénétraient et s'y perdaient.

Le diagnostic microscopique fut : sarcome fuso-cellulaire. Une coupe pratiquée sur le nerf même, en dehors de la tumeur, montre que le tissu conjonctif est déjà infiltré de cellules sarcomateuses.

L'intérieur de la tumeur est en pleine dégénérescence. Ces constatations montrent les inconvénients de la pratique de certains chirurgiens qui dissèquent la tumeur du nerf lorsque celui-ci vient s'étaler à sa surface.

Dans ce cas, la longueur de nerf réséqué rendait sa suture difficile à pratiquer; les deux bouts furent donc abandonnés dans la plaie. Les muscles de la jambe et du pied sont paralysés; il n'existe d'insensibilité que dans certaines gaines du pied.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le Prof[r] Terrier.

Statistique des opérations faites à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine, à l'hôpital de la Pitié, pendant l'année 1900.

avec l'aide de

MM. les D[rs] Banzet, Gosset et Reymond,
Chefs de clinique,

et de

MM. Alexandre, Bernard, Mouchotte et Veau,
Internes du service.

(*Leçon du 25 janvier 1901.*)

Messieurs,

Je reprends aujourd'hui, un peu tardivement il est vrai, le cours de nos conférences cliniques.

Je comptais commencer cette nouvelle série de leçons plus tôt, mais j'en ai été empêché par des circonstances absolument indépendantes de ma volonté : mon état de santé.

Aujourd'hui, grâce au repos que j'ai pu prendre, nous pouvons continuer d'étudier ensemble les nombreux faits soumis à notre observation et à nous rendre compte de la valeur des fréquentes interventions que vous m'avez vu utiliser pour guérir nos malades ou nos blessés.

Une longue année s'est écoulée depuis mon entrée à la clinique, et dès maintenant je tiens à mettre sous vos yeux les *résultats* que nous avons obtenus pendant cette année.

Les conditions dans lesquelles nous fûmes placés, surtout au début de l'année 1900, n'étaient pas des plus favorables, et je vous en ai déjà exposé dans diverses leçons cliniques, les nombreuses difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés pour obtenir l'amélioration d'un service de la Faculté de médecine, service qui, *théoriquement*, devrait être abondamment pourvu de tout ce qui est nécessaire pour traiter et guérir les malades, et enseigner la chirurgie aux élèves.

Mais qui, *pratiquement*, est très pauvre, entièrement à la disposition de l'administration de l'Assistance publique, avec son organisation surannée, son insuffisance budgétaire, ses routines hospitalières, son incurable ignorance des éléments les plus simples de l'hygiène et de la propreté en particulier.

Malgré cela, Messieurs, grâce au dévouement de tous, personnel et élèves, nous avons pu obtenir des résultats sur lesquels je comptais assez peu ; or ce sont ces résultats que je vais mettre aujourd'hui sous vos yeux, en y ajoutant çà et là quelques remarques pratiques, pour corriger tout ce que présente d'aride une statistique hospitalière.

Cette statistique est divisée en deux parties.

Dans la première partie sont comptées toutes les opérations faites dans le service après un examen complet des malades et la discussion du diagnostic et du traitement.

Dans la seconde partie, sont réunies toutes les opérations faites d'urgence alors que la plupart du temps la vie du blessé ou du malade est menacée à très bref délai, si l'on n'intervient pas.

585 opérations appartiennent à cette première série.
35 opérations appartiennent à la deuxième série.

En bloc, notre statistique porte donc sur 620 opérations pour une période de 10 mois.

En effet, pendant les deux mois de vacances du 15 août au 15 octobre 1900, le service de la clinique chirurgicale a été fait par mon élève et ami M. le professeur agrégé, H. Hartmann, et il a publié sa statistique opératoire (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 87, p. 1036, 1[er] novembre 1900), qui porte sur 83 opérations.

Le nombre des opérations faites en 1900, à la Clinique chirurgicale de la Pitié, fut donc de 620.

PREMIÈRE PARTIE

Opérations pratiquées sans urgence immédiate.

1° *Opérations sur le crâne et la face.*

(32 opérations. — 1 mort.)

3	Sutures pour plaies de tête	3	guérisons.
6	Incisions pour périostite du maxillaire	6	—
1	Ablation d'esquilles pour fracture du maxillaire inférieur	1	—
1	Trépanation du sinus maxillaire pour suppuration	1	—
1	Résection du maxillaire pour épithélioma du sinus	1	—
3	Evidements pétro-mastoïdiens pour suppuration	3	—
2	Tamponnements pour épistaxis	2	—
2	Ablations de tumeur mixte de la parotide	2	—
7	Ablations de cancroïde de la lèvre inférieure	7	—
1	Ignipuncture pour angiome de la lèvre	1	—
1	Enucléation de l'œil	1	—
1	Ablation de kyste sébacé du cuir chevelu	1	—

1	Ablation de langue pour néoplasme	1 *mort.*
2	Craniotomies :	
	1 Pour ostéite traumatique	1 guérison.
	1 Pour tumeur cérébrale. Décompression	1 améliorat.

2° Opérations sur le cou.

(39 opérations. — 1 mort.)

11	Incisions d'adéno-phlegmon du cou	11 guérisons.
15	Ablations d'adénites tuberculeuses du cou	15 —
6	Ouvertures d'adénites tuberculeuses avec drainage	6 —
1	Incision pour anthrax de la nuque	1 —
2	Incisions pour phlegmon du plancher de la bouche	2 —
1	Ablation de la glande sous-maxillaire pour grenouillette	1 —
2	Thyroïdectomies partielles pour goître	2 —
1	Trachéotomie pour cancer du larynx	1 *mort.*

3° Opérations sur le thorax et la colonne vertébrale.

(46 opérations. — 2 morts.)

2	Pleurotomies pour pleurésie purulente	2 guérisons.
1	Thoracoplastie pour fistule pleurale	1 *mort.*
6	Résections costales pour tuberculose. 5 g.	1 *mort.*
4	Incisions avec grattage pour abcès froid du sternum	4 guérisons.
8	Ponctions avec injection d'éther iodoformé pour abcès par congestion après mal de Pott	8 —
7	Incisions pour abcès du sein	7 —
2	Ablations de ganglions tuberculeux de l'aisselle	2 —
2	Incisions pour abcès de l'aisselle	2 —
14	Ablations du sein pour cancer	14 —

4° Opérations sur l'abdomen.

(108 opérations. — 5 morts.)

42	Cures opératoires de hernie inguinale	42 guérisons.
3	Cures opératoires de hernie crurale	3 —
1	Cure opératoire de hernie inguino-crurale	1 —
1	Cure opératoire de hernie épigastrique	1 —
6	Cures opératoires d'éventration	6 —
2	Cures opératoires de hernie ombilicale	2 —
1	Ouverture d'abcès de la gaine du droit	1 —
3	Laparotomies exploratrices :	
	1 Pour tuberculose intestinale	1 *mort.*
	1 Pour cancer du grand épiploon	1 *mort.*
	1 Pour néoplasme de l'estomac	1 guérison.
1	Laparotomie pour occlusion intestinale par adhérences inflammatoires. Libération des adhérences	1 —
7	Gastro-entérostomies	7 —
2	Gastrostomies	2 *morts.*
19	Résections à froid de l'appendice	19 guérisons.
6	Incisions pour appendicite suppurée avec résection de l'appendice	6 —
2	Incisions de kyste hydatique du foie :	
	1 Ouverture transthoracique pour kyste ouvert dans les bronches	1 —
	1 Marsupialisation pour kyste hydatique suppuré	1 —
2	Cholécystostomie pour cholécystite calculeuse	2 —
4	Cholécystectomies pour cholécystite calculeuse	4 —
2	Fermetures de fistule biliaire	2 —
2	Entéro-anastomose :	
	1 Pour néoplasme du cæcum	1 —
	1 Pour rétrécissement iléo-cæcal	1 —
1	Résection d'intestin grêle pour anus artificiel	1 *mort.*
1	Laparotomie pour fistule cæcale ; résection partielle du cæcum	1 guérison.

5° Opérations sur l'anus et le rectum.

(51 opérations. — 1 mort.)

8	Dilatations de l'anus pour fissure	8 guérisons.
2	Ablations de fistule congénitale	2 —
15	Incisions pour fistules anales	15 —
10	Incisions d'abcès péri-ano-rectaux	10 —
2	Ablations de papillome anal	2 —
1	Ablation d'épithélioma ano-rectal	1 —
1	Ablation d'ulcération tuberculeuse du périnée	1 —
		1 —
11	Ablations d'hémorrhoïdes	11 —
1	Incision de phlegmon gangréneux ischio-rectal	1 *mort.*

6° Opérations sur les organes génitaux de la femme.

(140 opérations. — 2 morts).

9	Ablations bilatérales des annexes pour lésions non suppurées	9 guérisons.
2	Ablations unilatérales des annexes pour lésions suppurées	2 —
8	Ablations unilatérales des annexes pour lésions non suppurées	8 —
1	Ablation unilatérale des annexes pour grossesse tubaire	1 —
6	Ovariotomies pour kystes ovariques	6 —
1	Ovariotomie pour kyste ovarique à pédicule tordu	1 —
1	Raccourcissement intra-abdominal des ligaments rond	1 —
11	Hystéropexies	11 —
49	Hystérectomies abdominales sus-vaginales :	
	15 Pour fibromes	15 —
	2 Pour fibrome et salpingite suppurée	2 —
	2 Pour kystes des ligaments larges	2 —
	12 Pour salpingite double suppurée	12 —
	10 Pour salpingite double non suppurée	10 —
	1 Pour salpingite suppurée avec appendicite	1 —
	5 Pour salpingites tuberculeuses	5 —
	2 Pour hématocèle	2 —
16	Hystérectomies abdominales totales :	
	4 Pour fibromes	4 —
	1 Pour fibrome avec épiploïte suppurée	1 *mort.*
	3 Pour salpingite double suppurée	3 guérisons.
	6 Pour cancer du col de l'utérus	6 —
	1 Pour cancer du corps de l'utérus	1 —
	1 Pour cancer des ovaires	1 *mort.*
1	Laparotomie pour excision de fistule abdominale	1 guérison.
22	Curettages :	
	2 Pour épithélioma	2 —
	8 Pour rétention placentaire non infectée	8 —
	12 Pour métrite hémorrhagique	12 —
3	Evacuations et lavages de la cavité utérine pour infection puerpérale	3 —
1	Curettage avec amputation du col	1 —
7	Périnéorrhaphies pour déchirure du périnée	7 —
2	Excisions de bartholinite	2 —

7° Opérations sur les organes génitaux de l'homme.

(28 opérations. — 0 mort.)

4	Résections de varicocèle	4 guérisons.
7	Cures opératoires d'hydrocèle	7 —
1	Cure opératoire d'hématocèle	1 —
2	Ablations de kystes du cordon	2 —

8 Castrations unilatérales pour tuberculose testiculaire	8	guérisons.
1 Incision d'abcès du testicule	1	—
1 Castration pour sarcome du testicule	1	—
3 Circoncisions pour phimosis	3	—
1 Ablation de papillome de la verge	1	—

8° *Opérations sur les voies urinaires.*

(8 opérations. — 0 mort.)

1 Ablation de kyste para-uréthral	1	guérison.
1 Uréthrotomie interne	1	—
2 Néphrotomies exploratrices	2	—
2 Néphropexies	2	—
1 Néphrostomie pour kyste hydatique suppuré du rein	1	—
1 Néphrectomie pour hydronéphrose	1	—

9° *Opérations sur les membres supérieurs.*

(64 opérations. — 3 morts.)

2 Sutures pour plaies du membre supérieur	2	guérisons.
2 Incisions pour panaris	2	—
7 Désarticulations de phalanges	7	—
6 Sutures tendineuses	6	—
3 Fractures compliquées de l'avant-bras. Incisions. Nettoyage	3	—
2 Sutures du nerf médian	2	—
2 Réductions de luxation de l'épaule	2	—
1 Incision exploratrice pour luxation ancienne de l'épaule	2	—
10 Incisions pour phlegmons de l'avant-bras	9	g. *1 mort*
1 Ablation de lipome du bras	1	guérison.
3 Ablations de kystes du poignet	3	—
1 Ablation de papillome de l'index	1	—
2 Ablations de corps étranger de la main (fragments d'aiguille)	2	—
1 Ablation d'exostose de l'humérus	1	—
1 Suture de l'humérus pour pseudarthrose	1	—
2 Sutures de l'humérus pour fracture mal consolidée	2	—
1 Arthrotomie pour arthrite suppurée de l'épaule	*1*	*mort.*
1 Autoplastie pour rétraction de l'aponévrose palmaire	1	—
4 Ablations de synovite tuberculeuse de la gaine des fléchisseurs	4	—
1 Trépanation pour ostéomyélite aiguë de l'omoplate	*1*	*mort.*
1 Trépanation pour ostéomyélite aiguë de l'humérus	1	guérison.
4 Incisions et drainages pour ostéite tuberculeuse de l'olécrâne	4	—
4 Incisions et drainages pour ostéite tuberculeuse du carpe	4	—
2 Amputations de l'avant-bras pour tuberculose du carpe	2	—

10° *Opérations sur les membres inférieurs.*

(69 opérations. — 1 mort.)

1 Plaie de la cuisse par balle de revolver. Extraction du projectile. Suture	1	guérison.
1 Suture de plaie du pied	1	—
2 Ténotomie du tendon d'Achille	2	—
1 Tarsectomie cunéiforme pour pied bot	1	—
3 Réductions de luxation de la hanche	3	—
1 Réduction sanglante de luxation ancienne de la hanche	1	—
1 Suture du tibia pour fracture non compliquée	1	—
2 Sutures du tibia pour fracture compliquée	2	—
1 Amputation pour fracture de jambe non consolidée	1	—
2 Sutures pour fracture de rotule	2	—
1 Incision pour hygroma suppuré du genou	1	guérison.
2 Ablation d'hygroma prérotulien	2	—
2 Incisions d'adénite inguinale suppurée	2	—
3 Ablations d'adénite inguinale tuberculeuse	3	—
1 Ablation d'adénite inguinale cancéreuse	1	—
7 Incisions d'abcès froid de la fesse	7	—
1 Ablation de gomme tuberculeuse de la fesse	1	—
4 Incisions d'abcès froid de la cuisse	4	—
2 Incisions de phlegmons de la jambe	2	—
3 Arthrotomies pour arthrite suppurée du genou	3	—
2 Trépanations pour ostéomyélite aiguë du fémur	2	—
1 Incision pour ostéomyélite aiguë du fémur	1	—
1 Amputation pour ostéomyélite du fémur	1	—
2 Trépanations pour ostéomyélite du tibia	2	—
7 Incisions et grattage pour ostéite tuberculeuse	7	—
1 Ablation d'exostose du calcanéum	1	—
1 Grattage pour ostéite traumatique d'un métatarsien	1	—
1 Grattage pour ostéite tuberculeuse du gros orteil	1	—
1 Résection du genou pour tuberculose	1	—
1 Résection du genou pour ankylose en position vicieuse	1	—
1 Amputation de cuisse pour tumeur blanche du genou	1	—
3 Amputations de jambe pour tumeur blanche tibio-tarsienne	3	—
1 Amputation de cuisse pour cancer greffé sur cicatrice de la jambe	1	—
2 Greffes de Thiersch pour ulcère variqueux	2	—
1 Ablation de kyste synovial du pied	1	—
2 Cures opératoires d'onyxis latérale	2	—
1 Amputation de cuisse, pour broiement	*1*	*mort.*

EXPOSÉ DES CAUSES DE MORT.

Un néoplasme de la langue avec envahissement du plancher de la bouche. Ablation par la voie sus-hyoïdienne. Mort en 48 heures, de septicémie. (Gosset.)

Une thoracoplastie pour empyème, mort 5 jours après, septicémie. (Reymond.)

Une trachéotomie pour néoplasme du larynx, mort subite au 2° jour, par issue de la canule. (Banzet.)

Un abcès froid costal, chez une femme de 65 ans, morte au bout de 5 semaines. Infection. (Bernard.)

Un phlegmon gangréneux de la marge de l'anus, mort au 2° jour, par continuation des phénomènes septiques. (Veau.)

Les 108 opérations sur l'abdomen ont donné 5 morts qui se décomposent ainsi :

1 laparotomie exploratrice pour tuberculose intestinale, avec libération de plusieurs anses grêles adhérant à la vessie. Mort au 8° jour par perforation d'une de ces anses et péritonite suraiguë. (Terrier.)

1 laparotomie exploratrice pour cancer du grand épiploon. Mort au 3° jour. Péritonite. (Terrier.)

2 gastrostomies ont donné 2 morts : l'une chez un malade très cachectique, au 2° jour (Terrier); l'autre au 5° jour. Dans ce dernier cas, la mort arriva subitement et l'autopsie montra les deux pneumogastriques englobés dans la masse néoplasique. (Terrier.)

1 résection d'intestin grêle pour anus artificiel, avec abcès péri-intestinaux, chez une malade très affaiblie. Mort au 4° jour. Péritonite. (Terrier.)

Les 140 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme ont donné 2 morts : 1 pour fibrome avec épiploïte suppurée, mort au 4° mois, après une longue suppuration (Terrier); 1 pour cancer des ovaires. Mort au 17° jour de péritonite. (Terrier.)

On compte 3 morts pour les 64 opérations sur les membres supérieurs : un phlegmon de l'avant-bras et de la main, incisions multiples, mort au 8° jour, par continuation des phénomènes septiques (Banzet); une arthrite suppurée de l'épaule,

incision, mort 24 heures après, par continuation des phénomènes septiques (Veau); une ostéomyélite de l'omoplate. Incision. Mort au 5e jour, par continuation des phénomènes septiques. (Veau.)

Les 69 opérations sur les membres inférieurs ont donné 1 mort, pour amputation de cuisse après grand traumatisme. On fit une simple régularisation de la section; mort rapide. (Gosset.)

RÉSUMÉ DES OPÉRATIONS SELON LES RÉGIONS :

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1° Sur le crâne et la face	32	31	1
2° Sur le cou	39	38	1
3° Sur le thorax et la colonne vertébrale	46	44	2
4° Sur l'abdomen	108	103	5
5° Sur l'anus et le rectum	51	50	1
6° Sur les organes génitaux de la femme	140	138	2
7° Sur les organes génitaux de l'homme	28	28	0
8° Sur les voies urinaires	8	8	0
9° Sur les membres supérieurs	64	61	3
10° Sur les membres inférieurs	69	68	1
	585	569	16

Les 585 opérations ont donné 16 morts, soit en bloc une mortalité de 2,73 p. 100.

DEUXIÈME PARTIE

Opérations d'urgence pratiquées dans l'heure même qui a suivi l'entrée à l'hôpital.

(35 opérations. — 13 morts).

1 Epilepsie jacksonienne. Craniotomie sans ouverture de la dure-mère. Malade opéré dans le coma. Mort 18 heures après (Banzet). . . . . 1 *mort.*

1 Craniotomie exploratrice pour fracture du crâne avec ralentissement du pouls et hémiplégie (Gosset). 1 guérison.

1 Fracture du crâne. Hémorrhagie du sinus longitudinal supérieur, ablation d'esquilles, tamponnement (Alexandre). 1 guérison.

1 Spina bifida sacré chez un nouveau-né, avec rupture des membranes. Ablation du sac et suture (Gosset). 1 guérison.

1 Plaie de poitrine par balle de revolver. Large thoracotomie. Suture d'une perforation double du poumon. Mort 6 heures après, par hémorrhagie d'une artère intercostale dont la blessure avait passé inaperçue (Gosset). . . 1 *mort.*

1 Rupture de la vésicule biliaire, par cholécystite calculeuse et péritonite consécutive. Laparotomie 24 heures après le début des accidents. Mort par continuation des phénomènes septiques (Gosset). . . . . 1 *mort.*

1 Anurie chez une malade atteinte d'hydronéphrose à droite par coudure urétérale. Néphrostomie et néphropexie (Gosset). . . . . 1 guérison.

1 Perforation intestinale au cours de fièvre typhoïde. Laparotomie 24 heures après le début des accidents. Entérectomie. (Gosset). . . . . 1 *mort.*

1 Occlusion intestinale par néoplasme du rectum. Anus iliaque. Mort en 48 heures par continuation des accidents péritoniques (Bernard). . . . . 1 *mort.*

5 Péritonites appendiculaires ont donné 2 guérisons et 3 morts : 1 mort pour appendicite gangréneuse avec péritonite septique diffuse (Banzet); 1 mort par péritonite généralisée avec ictère (Banzet); 1 mort pour péritonite généralisée par perforation appendiculaire (Bernard). 2 guérisons. 3 *morts.*

5 Incisions ponr appendicite suppurée avec résection de l'appendice ont donné. . . . . 5 guérisons.

1 Incision pour appendicite suppurée sans ablation de l'appendice . . . . 1 guérison.

4 Kélotomies pour hernies crurales étranglées ont donné 3 guérisons et une mort, celle-ci chez une femme de 65 ans avec hernie étranglée depuis 3 jours (Banzet). 3 g., 1 *mort.*

4 Kélotomies pour hernies inguinales étranglées avec 3 guérisons et 1 mort, celle-ci chez un homme de 58 ans. Dans ce cas, il y avait eu réduction en masse de la hernie, et la laparotomie fut pratiquée en péritonite, mort en 48 heures (Reymond) . . . . 3 g., 1 *mort.*

2 Laparatomies pour péritonite généralisée d'origine annexielle ont donné 2 morts. Dans un cas la péritonite était due à l'évacuation du contenu purulent de la trompe à travers l'ostium abdominale resté perméable. Mort en 48 heures (Gosset); — dans l'autre, la trompe elle-même s'était rompue et le début des accidents péritonitiques datait de 3 jours. Mort en 48 heures (Banzet). . . 2 *morts.*

1 Salpingite droite suppurée, rompue dans le péritoine, opérée une demi-heure après le début des accidents. Castration unilatérale (Gosset). . . . . 1 guérison.

1 Hystérectomie abdominale totale pour infection puerpérale avec phénomènes généraux très graves (Gosset). 1 guér.

1 Amputation de cuisse pour fracture compliquée par éclat d'obus avec phénomènes de schock. Mort (Bernard). . . . . 1 *mort.*

Inondation péritonéale, par rupture d'une grossesse tubaire droite, Castration unilatérale (Gosset). . 1 guérison.

Inondation péritonéale par rupture d'une grossesse tubaire gauche. Castration unilatérale (Gosset). . 1 guérison.

Comme on le voit, ces opérations d'urgence donnent fatalement une mortalité élevée (37,14 p. 100), car je le répète, elles sont faites alors que la vie des malades ou blessés est tout à fait en jeu et à bref délai. La plupart d'entre elles ont été pratiquées dans l'heure qui a suivi l'entrée du malade à l'hôpital.

J'ajouterai que ces opérations sont très souvent difficiles et demandent un chirurgien expérimenté.

Pour les faire dans les conditions les meilleures, il faudrait comme je l'ai déjà dit et répété :

1° Qu'un chirurgien de garde fût adjoint à chaque hôpital et relié téléphoniquement avec cet hôpital;

2° Que dans l'hôpital une salle opératoire fût toujours prête pour faire les opérations urgentes;

3° Que les élèves de garde fussent en nombre suffisant pour aider efficacement le chirurgien et pratiquer l'anesthésie.

Nous sommes bien éloignés de cette organisation que j'ai vue partout à l'étranger, et d'ailleurs on semble assez peu se préoccuper de cette infériorité dans l'organisation des secours à donner aux malades et aux blessés.

En ajoutant aux 585 opérations du service les 35 opérations d'urgence on obtient le chiffre total de 620 opérations avec 39 morts, soit en bloc une mortalité de 4,67 p. 100.

Tableau indiquant les causes de mort :

A. — *Morts rapides* (choc ou cachexie)

1 Craniotomie pour épilepsie jacksonienne.
2 Amputations de cuisse après grand traumatisme.
1 Gastrostomie.
1 Thoracotomie pour plaie de poitrine.
1 Trachéotomie pour néoplasme du larynx.

B. — *Persistance d'accidents antérieurs à l'opération.*

2 Hernies étranglées.
3 Péritonites par appendicite.
2 Péritonites d'origine annexielle.
1 Occlusion intestinale.
1 Laparotomie pour perforation typhique.
1 Péritonite par rupture de la vésicule biliaire.
1 Phlegmon de l'avant-bras.
1 Arthrite suppurée de l'épaule.

1 Ostéomyélite aiguë de l'omoplate.
1 Phlegmon gangréneux péri-anal.

C. — *Accidents septiques à la suite de l'opération.*

α. *Malades non infectés avant l'intervention.*
1 Cancer de la langue.
1 Tuberculose costale.
1 Cancer du grand épiploon.
1 Résection d'intestin grêle.
1 Cancer des ovaires.
1 Laparotomie exploratrice pour tuberculose intestinale.

β. *Malades infectés avant l'intervention.*
1 Fistule pleurale.
1 Fibrome avec épiploïte suppurée.

D. — *Accidents dus au chloroforme.* — Néant.

E. — *Cause inconnue.*
1 Gastrostomie, mort subite au 5e jour (?).

Tels sont, Messieurs, les résultats que je tenais à mettre sous vos yeux.

Sans me faire d'illusion, je les considère comme très satisfaisants; ce n'est pas à dire qu'on ne pourrait mieux faire. Je le crois même assez aisément.

Mais je dois vous avouer que, pour les obtenir tels qu'ils sont déjà, il faut se donner beaucoup de mal, surtout étant donnée l'insuffisance de l'administration hospitalière qui trop souvent entrave, ou cherche à arrêter toutes les mesures utiles pour soigner et guérir nos malades et nos blessés.

Je me suis du reste déjà très nettement expliqué sur ce point capital.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Heurtebise. *Contribution à l'étude de la laryngite sèche chronique eczémeuse.* N° 115. (Jules Rousset.)

M. Guny. *De la douleur des orteils dans la convalescence de la fièvre typhoïde.* N° 145. (L. Boyer.)

M. Kaplansky. *Traitement de la tuberculose infantile par le thiocol.* N° 138. (L. Boyer.)

M. Blotin. *De l'emploi de l'eau oxygénée en thérapeutique infantile.* N° 20. (L. Boyer.)

M. Orion. *Traitement de la septicémie gazeuse par l'oxygène.* N° 154. (Baillière et fils.)

M. Moulin. *Hydrothérapie domestique, hygiène de la peau.* N° 38. (L. Boyer.)

M. Perrier. *Sur l'alimentation par voie sous-cutanée.* N° 19. (L. Boyer.)

M. Saint-Aubin. *Injections hypodermiques d'huile de vaseline et de jaune d'œuf.* N° 130. (Vigot, frères.)

M. Bornay (Jules). *Bactériologie des complications de la grippe (influenza).* N° 160. (Boyer.)

Mlle Kowner (Henriette). *De l'hérédo-dystrophie paratuberculeuse.* N° 176. (Boyer.)

M. Sémeril (M. F.). *Du rôle du plexus rénal dans la pathogénie de l'œdème brightique et de quelques symptômes des néphrites.* N° 150. (Baillière.)

M. Gorce (Émile). *Contribution à l'étude de l'œsophagisme.* N° 109. (Jouve.)

M. Franchet (Jules). *Tares nerveuses et nævi-pigmentaires, maladie de Recklinghausen et tumeurs malignes, d'emblée généralisées.* N° 111. (Jouve.)

M. Sigallas (A.). *Contribution à l'étude de l'acné hypertrophique du nez.* N° 188. (Jouve et Boyer.)

M. Duliège (Jean-Baptiste). *Essai d'étude clinique de l'autotyphisation par le surmenage physique dans la seconde enfance.* N° 183. (Jouve et Boyer.)

M. Mannoni (Charles). *Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie du charbon.* N° 177. (Jouve et Boyer.)

Pour M. Heurtebise, la laryngite sèche chronique n'est vraisemblablement qu'une propagation de l'ozène nasal.

Elle simule parfois à s'y méprendre un début de tuberculose pulmonaire chronique.

Mais les hémoptysies qu'elle détermine parfois peuvent se répéter longtemps sans troubler l'état général.

Le diagnostic s'appuie surtout sur la coïncidence de l'ozène nasal et l'examen laryngoscopique, quand les signes fournis par la palpation, la percussion ou l'auscultation, restent douteux ou nuls.

D'après M. Guny, il peut apparaître dans la convalescence des pyrexies, particulièrement de la fièvre typhoïde, un symptôme tardif se manifestant par des crampes très douloureuses, des névralgies ou des accidents névralgiformes, avec ou sans sensation d'engourdissement siégeant ou prédominant sur les orteils.

Ces douleurs sont généralement bilatérales; elles peuvent être localisées au début pour augmenter d'étendue et d'intensité, ou au contraire, atteindre d'emblée leur intensité maxima pour régresser secondairement.

Il semble qu'on doive les rattacher à une influence nerveuse, que celle-ci se fasse sentir directement sur les terminaisons des nerfs ou ne soit qu'une manifestation à distance d'une inflammation médullaire, ou encore prenne l'intermédiaire des vaisseaux du membre, en participant à la formation d'une artérite pariétale.

Si le pronostic en soi de la douleur des orteils n'offre aucune gravité, il doit cependant éveiller l'attention, car ce symptôme peut être le prélude de complications très graves, telles que la myélite aiguë ou la thrombose artérielle.

Mlle Kaplansky préconise l'emploi de thiocol dans la tuberculose infantile.

Les résultats des expériences sur les animaux permettent d'admettre que le thiocol exerce une action anti-tuberculeuse dans l'organisme animal, et non seulement un effet favorable sur la nutrition générale et sur certains symptômes de la tuberculose.

Les données expérimentales, de même que l'expérience clinique autorisent à essayer le thiocol non seulement dans la tuberculose pulmonaire, mais aussi dans quelques autres formes de tuberculose, telles que pleurésie et péritonite tuberculeuses.

Pour M. Blotin, l'eau oxygénée a produit de bons effets dans le traitement de certaines affections de l'enfance (otites, stomatites, vulvo-vaginites, pleurésie purulente).

L'eau oxygénée a l'avantage d'être un antiseptique puissant et de n'être pas toxique. Par suite, elle peut être employée là où le sublimé et autres antiseptiques échoueraient à cause de leur titre trop faible ou seraient dangereux à un titre trop fort.

De même M. Orion pense que l'oxygène (eau oxygénée et gaz oxygène), agissant énergiquement contre les affections à germes anaérobies, est l'agent spécifique à opposer à la septicémie gazeuse.

C'est le moyen prophylactique le plus efficace à employer dans tous les grands traumatismes accidentels, particulièrement dans les cas de plaies anfractueuses, de fractures ouvertes, surtout si elles sont comminutives ou articulaires.

C'est l'agent curateur par excellence dans la septicémie gazeuse confirmée du tronc ou des membres, à forme aiguë.

Le traitement par l'oxygène supprime l'indication de l'amputation primitive dans la septicémie gazeuse des membres, à forme aiguë.

M. Moulin insiste sur l'importance des pratiques hydrothérapiques dans l'hygiène domestique et montre combien il serait facile de réaliser une installation très suffisante à peu de frais.

M. Perrier dans un travail très étudié montre que :

1° Chez les herbivores, à l'état normal, le coefficent $\frac{C^t}{Az^t}$ est toujours supérieur (1,15 en moyenne) à celui de l'homme (0,87) et il explique ce fait par la présence dans leurs urines de quantités plus considérables d'acide hippurique (renfermant 60 p. 100 de C) et de carbonates terreux;

2° Ce coefficient baisse brusquement lorsque le lapin passe au régime carné, puis atteint graduellement, chez l'animal à l'inanition, une moyenne de 0,50;

3° Les variations du coefficient $\frac{C^t}{Az^t}$ indiquent beaucoup mieux, que celles de $\frac{Az^u}{Az^t}$, la qualité de l'élaboration de la matière.

Là où $\frac{Az^u}{Az^t}$ ne subit que de très légers écarts imputables, à la rigueur, aux erreurs d'expériences, $\frac{C^t}{Az^t}$ varie de quantités beaucoup plus appréciables.

Aussi est-ce avec raison, que M. Bouchard a préconisé l'emploi de $\frac{C^t}{Az^t}$ de préférence à $\frac{Az^u}{Az^t}$.

La substitution en est aujourd'hui facile, le Dr Desgrez ayant rendu le dosage du carbone total d'une simplicité à peu près semblable à celle du dosage de l'azote total, par le procédé Kjeldahl-Henninger.

M. Saint-Aubin a essayé de relever l'organisme affaibli par des injections hypodermiques d'huile de vaseline et de jaune d'œuf.

Il a pu saisir, avec la dose maxima (5 cc.) par l'examen du sang chez une malade, un afflux très considérable de leucocytes à noyaux polymorphes, armés pour la phagocytose.

L'élimination accentuée de l'acide urique constante chez tous les malades marche de pair avec la multiplication des globules blancs; il y a donc eu constamment, plus ou moins intense, une façon de perturbation nutritive, favorable en somme ; le fait n'a pas été signalé avec les glycérophospates.

Les résultats fournis par la méthode des injections sous-cutanées d'huile d'olive, au point de vue de l'alimentation, ne sont peut-être pas très satisfaisants jusqu'ici. Néanmoins la durée de la vie des lapins injectés est supérieure de 2 à 3 jours à celle des animaux ne recevant pas d'huile, soit une survie de 1/3.

M. Bornay conclut de son étude que le bacille de Pfeiffer peut à lui seul déterminer des lésions suppurées du poumon, de l'oreille moyenne du périoste, du péritoine, des méninges, de la moelle même.

Dans l'immense majorité des cas, les complications de la grippe sont dues à des infections secondaires surajoutées.

Au niveau du poumon, c'est le streptocoque qui est le plus fréquemment en cause, la pneumonie grippale (en mettant de côté les pneumonies franches classiques que l'on voit chez les grippés) est d'origine grippale, non de nature grippale.

Les otites grippales peuvent être dues au seul bacille de Pfeiffer, surtout chez les nouveau-nés (Hartmann).

Dans l'immense majorité des cas elles sont dues à des germes d'infections secondaires saprophytes normaux de la caisse du tympan (Zaùfal). Le plus fréquent est le pneumocoque.

Les infections à distance sont presque toujours dues au streptocoque.

A côté de l'hérédité tuberculeuse directe parasitaire par contagion *in utero*, il y a une hérédo-tuberculose atypique indirecte, hétéromorphe, para-tuberculeuse, qu'étudie Mlle Kowner.

Il y a deux modalités dans les manifestations de l'hérédotuberculose atypique : une, banale, indifférente et qui est l'hérédité dystrophique qui ne créé pas de réceptivité spéciale pour la tuberculose, mais diminuant en général la résistance individuelle à toutes les affections acquises; l'autre modalité, spécifique, plus rare, peut coïncider ou non avec la première, et c'est elle qui prédispose les rejetons des phthisiques à la contamination de la tuberculose; c'est l'hérédo-prédisposition, l'hérédité du terrain.

L'étude expérimentale et pathogénique de l'hérédité tuberculeuse atypique prouve qu'il faut faire entrer la tuberculose dans des intoxications chroniques (syphilis, alcoolisme, saturnisme) qui provoquent des dystrophies non spécifiques chez les rejetons des parents qui en sont atteints.

L'hérédo-tuberculose atypique, dystrophique est aussi variable dans ses manifestations cliniques que l'hérédo-syphilis indirecte.

Les faits cliniques et expérimentaux prouvent que l'influence dystrophiante de la tuberculose du père sur la descendance est presque aussi importante que celle de la mère.

Il est, dans la pathogénie des divers symptômes des néphrites, un facteur dont il n'a pas été jusqu'ici tenu assez compte et que M. Klippel a signalé : c'est l'action des nerfs rénaux participant au processus morbide du parenchyme rénal.

M. Sémeril, élève de Klippel, en reprend l'étude. Il est établi, en effet, en pathologie, que les nerfs d'un organe participent aux maladies de cet organe, et que cette participation donne lieu en clinique à certains symptômes.

L'irritation des nerfs rénaux est prouvée par l'examen histologique qui démontre l'existence de lésions dégénératives ou simplement irritatives des fibres nerveuses.

L'œdème rénal, bien qu'étant de nature dyscrasique, est aussi un œdème nerveux réflexe : les cas d'hémianasarques consécutifs à des néphrites traumatiques en fournissent une preuve indiscutable. Cette action nerveuse permet seule d'expliquer le caractère de mobilité et les localisations de l'œdème sur un côté du corps ou une région spéciale, comme on l'observe parfois dans les néphrites.

Cette action nerveuse consiste en une action réflexe sur les centres vaso-moteurs.

Ce fait d'œdème réflexe n'est pas particulier au rein; on a observé des cas où le point de départ du réflexe producteur de l'œdème était les nerfs pleuro-pulmonaires et le plexus nerveux utérin.

La même irritation nerveuse peut expliquer encore par voie réflexe, les douleurs lombaires et la pollakiurie des brightiques; elle intervient aussi dans la pathogénie de la polyurie et dans celle de la glycosurie intermittente; peut-être, enfin, peut-on lui imputer certains cas de mort subite survenant au cours de la maladie de Bright.

En regard des symptômes précédents, qui relèvent en tout ou en partie de l'action nerveuse, il convient de placer ceux qui sont manifestement le résultat de l'intoxication urémique. En première ligne se placent les troubles nerveux sous quelque forme qu'ils se présentent : convulsions, délire, coma, les troubles oculaires et auditifs, la dyspnée bulbaire d'origine toxique et enfin les troubles gastro-intestinaux. Il faut remarquer que l'action nerveuse peut cependant intervenir au début, en produisant des poussées congestives vers les centres nerveux, les poumons ou l'appareil digestif.

L'observation recueillie par M. Gorce est un exemple frappant d'œsophagisme simulant le cancer de l'œsophage. L'âge de la malade, son visage décoloré et un peu fatigué, l'absence de toute manifestation hystérique antérieure nette, donnaient plutôt l'idée d'un néoplasme.

Le diagnostic de spasme œsophagien se confirme par les 8 mois et demi écoulés depuis le début de la maladie et par la bonne santé ininterrompue du sujet.

A ce propos, M. Gorce insiste sur l'importance d'un état général névropathique dans la production des spasmes de l'œsophage. Cet état général agit dans un très grand nombre de cas d'œsophagisme.

M. Franchet publie l'observation d'un cas dans lequel des tumeurs malignes évoluaient chez un dégénéré qui présentait, d'une façon indiscutable, la plupart des tares congénitales et des troubles fonctionnels qui sont l'apanage de la maladie de Recklinghausen.

Quelque différentes l'une de l'autre que puissent paraître, au premier abord, ces deux affections, elles n'en sont pas moins d'après M. Franchet, reliées entre elles d'une façon intime, et c'est pourquoi il s'est cru autorisé à rattacher au groupe créé par Recklinghausen cette forme toute spéciale de sarcomatose.

Dans un travail accompagné de plusieurs planches, M. Sigallas fait l'étude de l'acné hypertrophique du nez. Il conclut qu'au point de vue anatomique, elle consiste en une hypertrophie et hyperplasie sébacée, avec transformation fibreuse du tissu conjonctif du derme. La sclérose est surtout marquée autour de chaque glande sébacée.

Cette affection atteint de préférence les gens qui ont été sujets à des poussées d'acné indurée ou de couperose. Certains cas relèvent d'habitudes alcooliques antérieures, principalement de l'abus du vin rouge.

La marche est très lente, mais par contre elle est indéfiniment progressive. On peut considérer cette affection comme étant de nature bénigne, car malgré le développement extraordinaire qu'elle peut atteindre, elle coexiste toujours avec une santé parfaite.

Le traitement médical est impuissant; seule l'intervention chirurgicale a raison de cette hypertrophie. M. Sigallas préconise l'électrolyse au début pour enrayer la marche du processus lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs pédiculées, on n'a que l'embarras du choix dans les moyens de diérèse. Mais lorsqu'il s'agit d'hypertrophie diffuse, englobant tout le squelette ostéo-cartilagineux du nez, l'opération doit, sous peine de récidive, consister dans l'ablation complète des téguments hypertrophiés.

Dans ce cas, le procédé de choix est la décortication du nez au bistouri et de préférence aux ciseaux, suivie de la cautérisation légère de la surface cruentée. De cette façon, on obtient une restauration morphologique du nez, plus artistique et plus durable, et on ne s'expose pas aux hémorrhagies et aux érysipèles consécutifs.

L'étude du surmenage physique chez l'enfant a montré à M. Duliège qu'il peut être la cause essentielle suffisante d'un état morbide spécial caractérisé par une auto-intoxication avec épuisement nerveux et palpitations de cœur, analogue à la fièvre typhoïde mais distincte d'elle par la marche de la température, par l'étiologie.

L'auto-typhisation par le surmenage physique est une affection relativement bénigne chez l'enfant, ce qui s'explique par la faiblesse de volonté de l'enfant qui ne pousse pas le surmenage aussi loin que l'adulte et par les échanges nutritifs actifs et le bon fonctionnement des organes chargés d'éliminer ou de détruire les déchets musculaires, cause de l'intoxication.

Ce qui domine dans l'auto-typhisation de l'enfant, c'est l'abattement, l'épuisement neuro-musculaire; et cet abattement persiste assez longtemps après la disparition de la fièvre.

Bien que bénigne l'auto-typhisation n'en nécessite pas moins un long repos au lit.

Il faudra donc, pour prévenir cette affection, modérer le travail des enfants et le régler de façon à laisser aux organes le repos nécessaire à leur réparation et à l'élimination des déchets.

L'homme contracte le charbon par l'intermédiaire des animaux charbonneux vivants ou morts.

M. Mannoni, après avoir rappelé cette étiologie, expose les mesures à prendre en vue de la prophylaxie du charbon. Prévenir la maladie dans les pays où elle est endémique par la vaccination anti-charbonneuse obligatoire, vaccination renouvelée tous les printemps. Exercer une surveillance pour l'application des règlements sanitaires prescrits par la loi du 21 juillet 1881 et 28 juillet 1888. Ajouter au programme de l'enseignement agricole, dans les écoles primaires l'enseignement même sommaire de l'hygiène et de la police rurale, connaissance de première nécessité et complètement inconnue de la plupart des agriculteurs. Assimiler des cas de maladies charbonneuses contractées dans les ateliers aux accidents du travail, ce qui obligerait les industriels à prendre des mesures de désinfection et d'hygiène qu'aucune loi ne prescrit.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Ostéomyélite aiguë de l'occipital, par M. Patel (*Province médicale*, 29 septembre 1900). — Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans entré, le 21 juillet 1900, dans le service de M. Jaboulay pour un abcès qu'il présentait à la partie postérieure de la tête; cet abcès s'était ouvert quelque temps auparavant et, depuis, ne s'était pas fermé.

Il y a 2 mois, sans cause appréciable, douleurs à la partie postérieure de la tête. En même temps le malade eut de la fièvre, des vomissements, de l'inappétence, un peu de diarrhée, en somme un état général assez grave.

Coïncidant avec tous ces symptômes, une tuméfaction diffuse apparut au niveau du point douloureux de la tête; cette région devint tendue, très douloureuse à la palpation.

Un médecin appelé ouvrit l'abcès; une assez grande quantité de pus s'écoula; les symptômes généraux s'atténuèrent aussitôt et, quelques jours après, le malade put se lever; c'est seulement en présence de la persistance de l'écoulement, datant de 2 mois, que le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Au point de vue des antécédents, on ne note pas de maladies antérieures; les parents sont bien portants; un frère et une sœur également bien portants; pas de mort en bas âge dans la famille.

Avant la maladie, le malade était atteint de furonculose de la nuque; furoncles nombreux, douloureux; ils n'avaient pas encore disparu au moment où survinrent les symptômes généraux de son affection actuelle.

Au moment de son entrée, le malade possède un état général assez satisfaisant, bien qu'il y ait eu un peu d'amaigrissement; on ne relève aucun signe cérébral ni aucune autre douleur osseuse juxta-épiphysaire; la douleur occipitale n'existe plus, le malade ressent seulement un léger engourdissement généralisé à toute la tête; l'écoulement persiste.

Opération le 21 juillet 1900.

On constatait, au niveau de la portion droite de l'occipital, en arrière de la suture avec le pariétal, un petit trajet fistuleux, conduisant sur un os dénudé.

Le trajet fut simplement agrandi; il s'écoula un peu de pus jaunâtre, sans caractères spéciaux. Deux petits séquestres furent retirés; il s'agissait de séquestres légers, gothiques, résistants, à pointes acérées, ne ressemblant en rien aux séquestres tuberculeux. La lésion siège bien en arrière de la suture pariéto-occipitale; en un endroit très limité, au point d'élimination des séquestres, on arrive sur la dure-mère qui est intacte. Tout autour de cette lésion, l'os est normal macroscopiquement: pas d'épaississement, pas d'ostéite condensante, pas de vascularisation exagérée; aussi la résection de l'os n'est pas poussée plus loin. Les résultats de l'opération furent simples; le malade quitta l'hôpital 10 jours après, entièrement guéri.

Ces observations d'ostéomyélite aiguë véritable des os du crâne sont relativement rares.

Le diagnostic en a souvent été méconnu; erreur grave, car les phénomènes de l'extérieur du crâne, se répercutant à l'intérieur, amènent des accidents promptement mortels, dont on ne saurait se rendre maître que par une intervention prompte. Suivant les formes, depuis la nécrose aiguë que Pearson a décrite (*Brit. med. Journ.*, 1888) jusqu'à l'ostéomyélite à phénomènes moins graves, on a pu croire à la méningite, à la fièvre typhoïde, ou à une ostéite d'autre nature.

Par contre, comme le fait remarquer Gérard-Marchand (*Traité de chirurgie*), toutes les observations publiées n'ont pas un caractère absolu d'authenticité. Beaucoup de faits classés par Jagmer (*Thèse*, Paris, 1887) ont trait à des caries du rocher ou à des mastoïdites anciennes, qui ont eu un réveil momentané.

MÉDECINE

Traitement de la lèpre (Zur Behandlung der Lepra), par Dönitz (*Berlin. klin. Woch*, 1900, 3 sept.). — L'auteur a eu l'occasion d'observer deux malades atteintes de lèpre.

L'une était une Française de retour des Indes où elle avait

contracté la peste, l'autre était originaire de Liebau, pays où la lèpre est endémique, et appartenait à une famille de lépreux.

L'auteur eut recours à un vieux médicament, l'huile de Chaulmoogra, préconisé autrefois contre la lèpre et remis en honneur dans ces dernières années surtout en France, où on l'a donné à l'intérieur jusqu'à la dose de 300 gouttes par jour.

Dans les deux cas, on eut recours aux injections sous-cutanées d'huile de Chaulmoogra. Chaque injection produisit un mouvement fébrile et un peu de rougeur locale. Au bout de 2 mois l'amélioration était considérable. Dans les deux cas, il y avait un pannus accentué qui disparut et la vue redevint meilleure.

Pleurésie chyleuse due au disloma hæmatobium de Bilharz, par A. G. Panagiotaton (*Tatriki Proodos*, 1900, n° 27). — Il s'agit d'une femme de 27 ans qui présentait depuis quelques jours une douleur au côté gauche avec fièvre vespérale, du type quotidien intermittent, accompagnée de frisson.

Dans la suite, une toux sèche, douloureuse, vint s'y ajouter. Son état s'aggravant, la malade entre à l'hôpital où l'on constate les signes d'un épanchement pleural gauche.

Une ponction donne 1 000 grammes de liquide chyleux qui macroscopiquement a une nuance blanchâtre, un aspect laiteux opaque. L'examen chimique donne 9,7 p. 100 de herine, 4,3 p. 100 de globuline, 2,04 p. 100 de graisse, et enfin l'examen microscopique montre un nombre considérable de gros leucocytes et de petits grains graisseux.

A la suite de la ponction, amélioration passagère puis récidive.

Deuxième ponction donnant de nouveau un liquide chyleux abondant; néanmoins la malade continua à aller de plus en plus mal et finalement mourut.

L'autopsie montre la plèvre dénuée de toute sa transparence et de tout poli. Elle présentait des signes d'un épaississement diffus, des plaques ecchymotiques disséminées et des vaisseaux rampants hyperémiés, très ramifiés.

En outre de rares excroissances en forme de nodules, dont l'épaisseur était de 2 millimètres environ.

L'examen microscopique montra dans ces excroissances des ovules du disloma hæmatobium à différents degrés de leur développement.

Plaies du cœur avec statistique de 17 cas de suture du cœur (Wounds of the heart with a report of seventeen cases of heart suture), par L. L. Hill (*Medical Record*, 15 décembre 1900). — Les plaies du cœur sont pénétrantes ou non. Le danger des plaies non pénétrantes est le shock et la blessure des coronaires; 90 p. 100 sont pénétrantes. Le ventricule droit est plus fréquemment atteint et l'oreillette gauche le moins. Les plaies de l'oreillette sont plus graves que celles du ventricule, et les traumatismes de la pointe le sont moins que les autres. La piqûre d'une aiguille dans le ventricule donne rarement lieu à une hémorrhagie, tandis qu'une hémorrhagie considérable suit la moindre blessure des oreillettes.

Un traumatisme survenant pendant la diastole est moins dangereux que pendant la systole. Les plaies perpendiculaires sont plus graves que les plaies diagonales, et celles du cœur droit saignent davantage que celles du cœur gauche. La présence de corps étrangers dans le cœur, le siège de la plaie, le nombre des plaies, leurs rapports avec les cavités, la syncope, le trouble de coordination de Kronecker, tels sont les éléments de pronostic. La péricardite, la myo et l'endocardite sont les complications ordinaires. Lorsque la plaie guérit, il peut se faire ultérieurement une rupture de la cicatrice comme dans le cas de Izzo.

L'auteur rapporte deux cas personnels.

Le premier se rapporte à une petite fille de 8 ans qui s'était introduit une épingle dans la région du cœur. Incision après cocaïnisation. Extraction de l'aiguille; suture de la plaie du cœur; guérison.

Le second se rapporte à un homme de 28 ans, qui reçut un coup de poignard au niveau du sein gauche. Signes d'épanchement péricardique. Opération. Suture de la plaie du cœur et du péricarde.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 Février 1901.

Glycosurie et diabète dyspeptiques.

M. Robin. — Parmi les retentissements des dyspepsies sur le foie, il faut citer la glycosurie qui se présente dans ces conditions avec des caractères spéciaux. Elle s'observe sous forme de glycosurie simple ou de diabète dyspeptique.

La glycosurie simple des dyspeptiques hypersthéniques se rencontre dans 5 p. 100 des cas. Elle est irrégulière, toujours minime, varie de de 50 centigrammes à 6 grammes par litre; elle n'existe jamais que dans l'urine de la digestion et manque dans l'urine du jeûne; dans la moitié des cas elle coïncide avec l'albuminurie digestive.

La nutrition élémentaire est caractérisée chez ces malades par une exagération des échanges, de la desassimilation azotée et de l'excitation du système nerveux.

Il n'y a pas de symptômes de diabète. Le malade a seulement un appétit exagéré, un estomac distendu, un foie hypertrophié, de l'hyperchlorhydrie gastrique.

On trouve aussi des vertiges, de la phosphaturie terreuse, des dermatoses, des hyperhydroses, des troubles oculaires et auriculaires.

Si, dans un certain nombre de cas, les troubles gastriques sont secondaires au diabète, le plus souvent c'est le diabète qui est consécutif à la dyspepsie.

Cette distinction est importante, car le diabète dyspeptique peut céder au traitement, tandis que le diabète primitif lui résiste ordinairement.

Ainsi que je l'ai déjà démontré, le diabète n'est pas une maladie caractérisée par un ralentissement de la nutrition, mais au contraire par une excitation de la nutrition, un hyperfonctionnement du foie : en effet, tous les médicaments qui excitent la nutrition aggravent le diabète, tandis que les médicaments qui la ralentissent améliorent le diabète; ainsi l'antipyrine diminue la glycosurie, le pyramidon l'augmente.

La glycosurie indique toujours une hyperactivité des fonctions hépatiques. Elle est en rapport avec l'hypersthénie gastrique des sujets dyspeptiques chez lesquels on l'observe.

L'excitation du foie, d'abord intermittente, peut devenir permanente; le diabète vrai d'origine dyspeptique est alors créé.

La glycosurie dyspeptique guérit par le traitement de la dyspepsie hypersthénique : l'administration de poudres alcalino-terreuses après les repas suffit souvent. Dans les cas plus sévères, le régime lacté absolu donne de bons résultats; tandis qu'au contraire on sait que le régime lacté est très défavorable chez les diabétiques vrais.

Quand le diabète dyspeptique est constitué, on commence par diminuer la quantité de sucre éliminé par un régime, puis on applique le traitement de la dyspepsie.

Pathogénie de l'hydrocèle chronique.

MM. Peyrot et Milian. — Assimilant la pathogénie de la vaginale à celle des autres séreuses, ces auteurs croient que ces épanchements qualifiés d'hydrocèle relèvent souvent d'une altération primitive de la séreuse, indépendamment de toute lésion épididymo-testiculaire.

Considérant en particulier l'hydrocèle chronique, ils aboutissent aux conclusions suivantes :

a) L'hydrocèle est causée par une vaginalite chronique, « plaques laiteuses de la vaginale »;

b) Cette vaginalite est primitive et non subordonnée à une lésion testiculaire ou épididymaire;

c) C'est une périviscérite au même titre que les lésions chroniques du péricarde, de la plèvre, du péritoine avec qui elles coexistent ordinairement;

d) Dès lors, l'étiologie de l'hydrocèle chronique se confond avec celles de ces périviscérites : la tuberculose parait ne pas être en cause ici tandis que l'artério-sclérose, les cardiopathies, le mal de Bright s'observent fréquemment. Il est vrai qu'il n'y

a probablement pas subordination de l'une aux autres, mais plutôt coexistence, tenant à une cause commune antérieure; infections générales bénignes ou graves ayant laissé dans l'ensemble du système séreux des reliquats d'inflammation chronique.

Quatre cas de guérison de gliome de la rétine.

M. Lagrange (de Bordeaux). — Le gliome de la rétine n'est pas l'affection extrêmement maligne que les ophthalmologistes ont décrite. En 1890, j'ai fait un travail pour démontrer que les cas de guérison ne sont pas absolument rares.

J'apporte aujourd'hui 4 nouveaux cas de guérison dans lesquels le diagnostic histologique a été fait.

L'un de ces cas concerne même un gliome en voie de régression spontanée, variété rare entre toutes : l'examen histologique a fait voir que les cellules embryonnaires se transformaient en cellules conjonctives adultes, ce qui démontre pour ce cas l'origine mésodermique de l'affection. Le gliome rétinien peut, en effet, n'être qu'un pur sarcome développé aux dépens des éléments connectifs qui entourent les vaisseaux de la rétine; d'autres fois, il est, au contraire, développé aux dépens des éléments nerveux.

MÉDECINE PRATIQUE

La levure de bière dans le traitement des entérites,

D'après M. le Dr Blancher (1).

Entrée depuis quelques années dans la thérapeutique des dermatoses, la levure a été préconisée par MM. Thiercelin et Chevrey dans le traitement des gastro-entériques infantiles. A son tour, M. le Dr Blancher apporte une contribution à l'emploi de ce nouvel agent thérapeutique dans la diarrhée des enfants et des adultes.

La levure fraîche offrant certains inconvénients, entre autres celui d'être difficilement transportable, M. Blancher s'est exclusivement servi de levure desséchée, préparée par M. Carrion, chef de laboratoire de M. le professeur Hayem.

Chez l'adulte, en même temps que la diète ou le régime approprié aux différents états, il a donné la levure en lavement à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée étant délayée dans 150 grammes d'eau bouillie ; en même temps par injection le malade prenait 3 fois dans les 24 heures une cuillerée à café de levure sèche délayée dans un peu d'eau.

Chez l'enfant atteint de gastro-entérite, quand la diarrhée résistait au traitement classique, on donnait, après un grand lavage de l'intestin, un lavement contenant une cuillerée à café de levure délayée dans 60 grammes d'eau bouillie tiède, et qui était introduit dans l'intestin de l'enfant au moyen d'une sonde adaptée à une poire. Ce lavement pouvait être renouvelé 2 ou 3 fois dans la journée. Si la diarrhée persistait, on donnait en outre, par la bouche, 1 à 2 cuillerées à café de levure délayée dans un peu d'eau bouillie.

Des observations montrent que la levure administrée par la bouche est plus efficace que par les lavements.

Pour l'influence de ce traitement on note en général, chez les enfants, une disparition rapide de la fièvre et une notable modification des selles qui deviennent bientôt normales, en qualité comme en quantité.

Chez l'adulte, la levure a paru de même combattre très efficacement la diarrhée dans les gastro-entérites aiguës et chroniques et dans la fièvre typhoïde. Mais il faut ajouter que cette médication n'a donné aucun résultat dans le traitement de l'entérite tuberculeuse.

Enfin, dans l'entérite muco-membraneuse, on a observé, par le même traitement, la disparition des glaires et des fausses membranes, la régularisation des garde-robes, une augmentation de poids et une notable amélioration de l'état général.

Comment la levure agit-elle dans ces différents cas ?

Pour reprendre la question de Thiercelin et Chevrey, est-ce en tant qu'élément figuré, vivant, susceptible d'étouffer par une pullulation active les autres germes, ou bien agit-elle plutôt par une substance soluble jouissant de propriétés antiseptiques ?

Dans le but de déterminer ce mode d'action, M. Nobécourt entreprit une série d'expériences dont il communiqua les résultats à la Société de biologie.

« Il semble, dit-il, que l'action nuisible de la levure résulte principalement d'une action vitale de la part du végétal; mais à côté de celle-ci il existe une action chimique. »

Quoi qu'il en soit de ces intéressantes recherches de laboratoire, il ressort du travail de M. Blancher que la levure de bière employée par la bouche et la voie rectale, à titre de médication adjuvante, semble très efficace dans le traitement des gastro-entérites infantiles (choléra infantile, entéro-colite aiguë et chronique).

Dans les gastro-entérites aiguës de l'adulte, l'entérite dysentériforme, l'entérite muco-membraneuse chronique, ainsi que dans les troubles gastro-intestinaux observés au cours de la fièvre typhoïde, la levure a donné de très bons résultats.

Sans doute il est difficile d'affirmer la valeur absolue d'un médicament, lorsque ce médicament s'adresse à des maladies qui assez souvent peuvent guérir d'elles-mêmes.

Mais, étant donné l'arrêt souvent brusque des accidents dans la plupart des observations citées, il faut croire que l'efficacité de la levure dans ces cas ne peut être mise en doute.

Quant à dire comment agit la levure dans l'estomac et l'intestin, si c'est par la pullulation des cellules ou bien par la sécrétion d'une substance microbicide, dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible de se prononcer.

Si le mode d'action de ce médicament est inconnu, par contre sa valeur antiseptique ne fait aucun doute. Or les antiseptiques intestinaux jusqu'ici employés : naphtol, salol, bétol, acide lactique, etc., sont le plus souvent impuissants, et peuvent même devenir nuisibles quand l'usage doit en être longtemps prolongé.

1. *Thèse* de Paris, 1900.

Technique des désinfections en clientèle,

D'après M. le Dr J. Thiénot, d'Abbeville (1).

Dans toute maladie dont le germe est contagieux et de longue vitalité, prendre diverses sortes des mesures : des mesures préventives et des mesures de désinfection.

I. — Mesures préventives. — Dès que la maladie est reconnue, il y a lieu de tenir éloignée du malade toute autre personne que la mère, la garde-malade et le médecin.

Ces personnes en entrant dans la pièce revêtiront des blouses ou, à défaut de blouse, un vêtement spécial, un grand pardessus, un grand tablier, etc.

En sortant on quittera la blouse, on se lavera les mains au sublimé, la figure avec de l'eau étendue de listérol ou d'eau de Cologne dans la proportion de 1 p. 100. On emploiera même un peu de sublimé au millième, si l'on a reçu quelque éclaboussure ou débris de membrane au moment de l'examen de la gorge.

Bien souvent, lorsque la maladie est déclarée sérieuse et contagieuse, l'enfant occupe une pièce qui lui est commune avec d'autres personnes, ou une chambrette petite et mal aérée. Il faut de suite se décider à installer le petit malade dans une pièce vaste, bien ensoleillée, qui doit être dépouillée de tous les meubles et objets inutiles ou luxueux et principalement de tableaux, objets dorés ou argentés, tapis, grands rideaux, etc., car il faut, dès ce moment, chercher à rendre le moins compliqué possible le travail de désinfection.

Ayant donc dénudé la chambre, on fait placer le lit à l'abri des courants d'air, mais bien dans le jour de la fenêtre. Un linoléum est étendu auprès d'une table de toilette bien garnie en cuvettes, brocs, savons antiseptiques, etc. Comme meubles

1. *Revue illustrée de polytechnique médicale*, 30 octobre 1900.

on ne remarque qu'un vaste fauteuil pour la garde et une petite table.

Aussitôt, et sans attendre la fin de la maladie, on doit procéder à la désinfection de la pièce qu'occupait antérieurement l'enfant, et des linges, vêtements et joujoux qui viennent de lui servir les jours précédents.

Pour désinfecter le linge dans tout le cours de la maladie, on prendra la précaution de le laisser séjourner pendant 12 heures environ dans un baquet contenant un bon antiseptique.

Un des meilleurs sera ainsi formulé :

Eau	Un litre
Bichlorure de mercure	60 gr.
Acide tartrique	100 gr.

pour faire 60 litres.

Le sublimé au millième, ainsi employé, n'altère pas le linge, et lorsque le linge a été retiré et tordu au-dessus du baquet, l'antiseptique peut resservir de nouveau, pourvu qu'on le rende plus actif par l'adjonction de 4 à 5 grammes de bichlorure de mercure, en pastilles ou en paquets.

Tous les objets en métal ou colorés que le sublimé ternirait seront traités par l'acide phénique à 5 p. 100.

Les cuillers, les abaisse-langue, les timbales seront flambées avec un peu d'alcool.

Les vêtements pourront être envoyés chez les teinturiers qui disposent d'étuves, ou plus simplement on les étalera, sans les presser sur des porte-manteaux, puis on fera brûler dans l'armoire une lampe formogène Hélios, Trillat ou autre. Avec ces lampes on n'a pas à craindre d'incendie, et on peut y laisser se volatiliser en toute sécurité 4 à 5 pastilles de formol. La quantité de pastilles sera en rapport avec le cubage de l'armoire, et la stérilisation sera parfaite si on laisse longtemps les vêtements au contact des vapeurs de formol que la lampe a dégagées.

En veillant à ce qu'aucun objet ne sorte de la chambre occupée par le malade sans être immédiatement désinfecté par le bain de sublimé au millième, ou par l'acide phénique à 5 p. 100, le flambage ou les vapeurs de formol, on circonscrit le foyer de l'infection possible à une seule pièce, et on facilite beaucoup le travail de la désinfection, qui est souvent difficile et délicat, quand il doit s'étendre à toute une maison.

II. — Mesures de désinfection privée. — La désinfection de la chambre du malade n'est pas chose bien difficile ; ce qui est plus délicat, c'est de désinfecter toute une maison et particulièrement les cuisines, les escaliers, les salons.

Pour désinfecter une chambre, on se servait autrefois d'un canon de soufre, que l'on faisait brûler dans une marmite de fonte. Le soufre, en brûlant, dégage de grandes quantités d'acide sulfureux, qui est excellent pour détruire les êtres animés, insectes, mouches, etc., mais n'est pas suffisant pour donner toute sécurité en présence d'un microbe aussi résistant que celui de Klebs-Lœffler. De plus, le soufre, en brûlant, éclate, et les morceaux enflammés peuvent provoquer un incendie, alors que personne ne peut pénétrer en raison de la fumée suffocante.

Aujourd'hui, la désinfection se fait très facilement et en toute sécurité avec une lampe formogène, dans laquelle on introduit un nombre de pastilles de formol suffisant.

Cependant, pour peu que la chambre à désinfecter soit grande, comme il faut mettre autant de pastilles de formol qu'il y a de mètres cubes d'air, la lampe se trouve trop petite pour en faire brûler suffisamment. De plus, les inventeurs de lampes à formaldéhyde ont établi leurs modèles pour assainir seulement les pièces, en y dégageant assez peu de formol, et si l'on brûlait une quantité suffisante de pastilles pour obtenir une désinfection réelle, cette opération nécessiterait beaucoup de temps et de boîtes de pastilles formolées à 5 francs pièce.

Il est donc bien plus simple et plus économique, lorsqu'il s'agit de désinfecter une pièce de 100 à 150 mètres cubes d'air, de faire évaporer à siccité, soit 100 à 150 grammes de formaldéhyde, soit 300 à 400 grammes de formol du commerce à 40 p. 100. La désinfection se fera en peu de temps et sans lampe ni instrumentation spéciale : il suffira de disposer d'un bon réchaud à gaz, à pétrole, ou même à alcool, et de faire bouillir le formol dans une grande casserole. Il faudrait bien se garder, en effet, de mettre la formaldéhyde pure dans un récipient trop petit, car, pendant l'ébullition, si le liquide débordait, il s'enflammerait aussitôt.

Pour être tout à fait en sécurité, lorsqu'on abandonne le formol bouillant dans une pièce encombrée de meubles et dont les fenêtres et portes sont hermétiquement closes, il y a lieu, par précaution, de placer le récipient en fer blanc ou en émaillé à demi rempli de formol dans une casserole ou chaudron assez grand plein de sable. Ainsi le liquide inflammable est chauffé au bain-marie, et, s'il s'enflamme et déborde, il reste dans le sable, sans provoquer d'incendie.

Le formol est un désinfectant très avantageux, car en se transformant en vapeurs, il produit une quantité considérable d'un gaz très pénétrant, dont les vapeurs arrêtent les germinations microbiennes.

De l'avis des bactériologistes, cet antiseptique est très puissant et très diffusible, il pénètre dans les livres, les armoires et les recoins où les pulvérisateurs n'auraient pas d'action.

De plus, son odeur piquante et âcre toute spéciale permet de s'assurer qu'il est présent en quantité plus ou moins grande et d'apprécier ainsi sa présence.

Outre les gaz, nous pouvons employer les vapeurs chaudes antiseptiques. Il suffit de faire bouillir dans une chaudière une solution forte d'acide phénique ou de sublimé. Si la chaudière est fermée, la vapeur sort en sifflant par un tube d'échappement. Le jet de vapeur antiseptique sera promené partout. Souvent on fait venir au contact du tube d'échappement un tuyau étroit à la pointe appelée bec, dont l'autre extrémité plonge dans une solution antiseptique; ainsi la solution est aspirée et pulvérisée par la vapeur chaude.

Les pulvérisateurs de ce genre n'ont de valeur que si le liquide chaud est antiseptique, car le liquide froid est souvent aspiré d'une manière inégale et peu régulière.

Dans le pulvérisateur ou vaporisateur à chaud, on mettra de l'acide phénique à 5 p. 100, par exemple, et, dans le réservoir annexe, du sublimé à 1 p. 1000.

Le jet de vapeur est déjà suffisant, même avec un vaporisateur à chaud ordinaire, pour obtenir la désinfection des rideaux, boutons de porte, tapis, fauteuils, que le formol n'aurait pas suffisamment stérilisé, si la contamination a été très répétée.

Il est vrai qu'avec un vaporisateur de petit modèle il est nécessaire de disposer de beaucoup de temps et de patience. On a créé des appareils de désinfection puissants qui procèdent du même principe et qui n'ont comme avantage que d'aller plus vite en besogne. Mais ces derniers nécessitent le transport par voiture et l'intervention du service public de désinfection.

III. — Mesures de désinfection publique. — Le seul instrument de désinfection dont dispose le service municipal et que les particuliers ne peuvent se procurer, même réduit de dimensions, à cause du prix élevé, est l'étuve de désinfection.

En somme, il est facile de se passer du service municipal et des ennuis et inconvénients qu'il procure : on remédiera à l'absence d'étuve par l'un ou l'autre des autres moyens de stérilisation. L'étuve bien maniée et surveillée donne toute sécurité, mais il arrive que les employés du service poussent trop haut la température et les objets sont roussis ou même brûlés, ou bien, ce qui est encore plus grave, l'étuve ne chauffe pas assez, et, comme elle a contenu des objets infectées, très dangereux, elle multiplie les contaminations et devient un agent d'infection et de dissémination de maladie. Évidemment, le fait est rare, mais il est possible lorsque ces instruments sont confiés à des subalternes ignorants qui ne tiennent pas compte de certaines précautions et ne savent pas faire fonctionner ces instruments pourtant si simples et si utiles.

Un inconvénient moins rare et tout aussi grave vient de ce que les étuvistes viennent de désinfecter un autre local avant de venir chez vous, ils ont manipulé des objets souillés et infectés, mais leur journée n'étant pas terminée, ils viennent dans votre maison avec des vêtements non désinfectés et se frottent à vos objets, touchent à tout, dérangent tout de place.

Telles sont les raisons pour lesquelles on ne saurait trop recommander aux familles, où l'on trouve des personnes propres et intelligentes, de faire elles-mêmes la désinfection avec soin et précaution.

En pratique, il faut avoir recours à trois moyens :

1° Tout le linge sera mis 12 heures à tremper dans une solution de sublimé au millième avant d'être tordu et envoyé au lavage;

2° Dans toutes les pièces on fera bouillir au bain-marie un demi-litre de la solution commerciale de formol à 40 p. 100.

Pendant cette ébullition, qui doit se prolonger une heure au moins et tant qu'il y a du combustible dans la lampe à alcool, ou le réchaud, la chambre sera hermétiquement close. Elle sera hermétiquement fermée 8 à 10 heures environ, si l'on veut donner le temps aux vapeurs formolées de produire un effet absolu;

3° Les endroits où des liquides infectés auraient été répandus sur le sol, les escaliers, les boutons de porte, les objets dont il faut se méfier particulièrement seront en plus pulvérisés avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100, ou de sublimé au millième, ou du mélange de ces deux antiseptiques;

4° Les liquides infectés, les seaux, les pots de chambre, etc., seront désinfectés avec une solution de permanganate au centième, ou bien avec du sulfate de cuivre à 5 p. 100.

Par ces moyens très simples et peu dispendieux, on peut très bien désinfecter un appartement sans avoir recours au service public.

Si on veut faire les choses largement, on se procurera une lampe formogène de grand modèle, que l'on chargera d'un grand nombre de pastilles (autant de pastilles que de mètres cubes d'air), et un pulvérisateur de Lucas-Championnière à deux becs.

Toutefois, les petits modèles de ces instruments sont d'un prix peu élevé et, avec un peu plus de temps, rendent les mêmes services.

Mesures de désinfection pour le malade. — Il ne suffit pas, pour s'opposer à la propagation d'une maladie contagieuse, de désinfecter les locaux, les objets, linges et literie qui ont servi au malade, il faut encore que ce malade ne porte plus en lui, sur son corps, dans sa bouche, dans ses sécrétions, les germes de la maladie.

Pour diminuer la durée de la convalescence, pendant laquelle la maladie est encore contagieuse, on emploiera les bains, les lotions au vinaigre de toilette, aux antiseptiques aromatiques. Ces bains et lotions répétées diminuent de beaucoup la durée de la contagiosité.

Il faudra, surtout après la diphthérie, la scarlatine, la bronchopneumonie, multiplier les lavages et irrigations de la bouche avec l'eau boriquée ou autres antiseptiques non irritants. Les douches, les bains de vapeur, les frictions sèches, le massage pourraient aussi être employés selon les cas, et auraient l'avantage de bien débarrasser le corps des microbes dangereux.

Moyens de contrôle. — La seule manière de s'assurer qu'une désinfection a été bien conduite et qu'un malade n'est plus contagieux pour son entourage, est de prélever à maintes reprises des ensemencements de poussières de la chambre suspecte, des parcelles d'épiderme, de sécrétions amygdaliennes, etc., selon le siège de la maladie, et de faire cultiver ces prélèvements dans des tubes de sérum mis à l'étuve. Si les microbes de la maladie incriminée font défaut dans tous les examens, si les examens négatifs sont répétés un nombre de fois suffisant, on peut déclarer que la désinfection du malade et du milieu ont été bien menés, et que le foyer épidémique est bien éteint.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'avenir de l'Association générale des médecins de France.

Création d'œuvres nouvelles.

Les espérances que je garde depuis si longtemps et dont un récent article (*Gaz. hebd.*, 1901, p. 10) s'était fait l'écho sont bien près de se réaliser, et je ne veux pas tarder à le dire.

Le 19 janvier dernier, nous avons été reçus au ministère de l'Intérieur, M. le Dr Lande et moi, avec une courtoisie qui nous permet d'affirmer que toutes les difficultés créées par l'arrêté ministériel du 3 avril dernier seront bientôt aplanies, au moins en ce qui concerne la *Caisse des retraites du corps médical français*. Si, comme tout le fait prévoir, ses statuts nouveaux sont approuvés, il ne sera point nécessaire d'attendre la refonte complète de ses tarifs pour établir une union féconde et durable entre cette Société et l'Association générale des médecins de France.

Quant à l'*Association amicale*, c'est le 29 janvier que son bureau, composé de MM. Maurat, Gassot, Jeanne, H. Cezilly et Millon a bien voulu répondre à l'appel qui lui était adressé par le Président de l'Association générale et confirmer, dans une entrevue des plus courtoises avec le bureau de cette Association, le bon vouloir et le désir d'entente qui s'étaient si cordialement affirmés lors de notre dernière assemblée générale.

Il ne faut plus, pour réussir, malgré les difficultés réelles que présente une union entre toutes les associations qui poursuivent le même but, que bien faire comprendre à tous les médecins ce que nous leur demandons et ce qu'exige leur intérêt.

Si l'on avait persisté dans la voie où plusieurs de nos confrères voulaient nous engager; si l'Association générale avait fondé elle-même, sous sa responsabilité et avec ses ressources, une *Caisse de retraites garanties* et une *Caisse d'indemnité-maladie*, n'est-il pas évident que ces deux créations nouvelles n'auraient pu vivre qu'en causant un réel préjudice aux Caisses déjà existantes; que les frais d'administration et de contrôle auraient été très lourds; que le fonctionnement même de ces œuvres aurait exigé de nouveaux administrateurs et suscité bien des conflits?

Il est non moins évident que les statuts et les barèmes de cotisation de ces nouvelles fondations ne pouvaient qu'être calqués sur ceux de la *Caisse des retraites du corps médical français* et *de l'Association amicale*.

Au contraire, l'union avec ces œuvres déjà existantes et déjà prospères simplifie les formalités, diminue les frais d'administration, ranime et entretient les sentiments de sympathie qui doivent exister entre tous les membres de nos associations confraternelles.

C'est le principe de cette union qui a été admis le 29 janvier dernier.

L'*Association amicale* conserverait son autonomie, son administration. Rien ne serait momentanément changé à son fonctionnement. Une seule clause nouvelle serait introduite dans ses statuts à dater du jour de l'union contractée entre les deux associations : tous les membres de l'Amicale devront faire partie de l'Association générale des médecins de France.

Une convention spéciale rendrait facile et peu onéreuse l'inscription des membres anciens. Les membres nouveaux trouveraient, en suivant l'exemple qui leur est donné par le bureau tout entier de l'Amicale et un très grand nombre de leurs confrères, un avantage réel à s'unir à nous.

L'Association générale pourrait dès lors en effet (art. 8 § 2, art. 6 § 3, et art. 17 § 4 et 5 des statuts) subventionner les deux caisses de prévoyance qui s'uniraient à elles, prévoir et, par conséquent, prévenir les risques que pourraient créer une épidémie ou l'insuffisance de ressources provenant d'une cause fortuite, peu

probable, nous dit-on, mais possible à certains jours; permettre, dans un avenir prochain, une diminution assez notable du taux des cotisations exigibles des membres de l'*Amicale*; aider, par des subventions individuelles et transitoires (art. 78) ceux des sociétaires qui se trouveraient momentanément dans l'impossibilité de verser à la *Caisse des pensions* les sommes relativement élevées qu'exige leur participation; diminuer les charges de l'*Amicale* en servant des allocations annuelles à ceux de leurs membres qui, après avoir touché l'indemnité de maladie pendant quelques mois, resteraient incapables d'exercer leur profession.

L'union contractée entre les diverses associations qui ont pour objet la prévoyance et l'assistance aurait donc pour tous ceux qui en font partie des résultats d'une importance que nul ne saurait nier.

Il suffira pour arriver au but : 1° que tous les membres des associations de prévoyance consentent à faire partie de l'Association générale.

2° Que les sociétés locales consentent à effacer de leurs statuts la clause nouvelle — elle n'existait pas dans les statuts anciens; elle n'existe pas dans les statuts de l'Association générale — qui fixe une limite d'âge pour l'admission des nouveaux membres.

Cette limite d'âge n'a d'ailleurs aucune raison d'être puisqu'il faut 15 années de sociétariat pour avoir droit à une pension ou allocation.

Nous ne désespérons donc point d'arriver prochainement au résultat que nous souhaitons depuis si longtemps.

Il ne restera plus qu'à faire comprendre l'utilité d'admettre à l'honorariat tous ceux des membres de l'Association qui, tout en continuant à travailler en vue de faire prospérer l'œuvre commune, renonceront aux avantages matériels qu'elle accorde à ses membres.

Le jour où cette idée sera admise, l'Association générale, unie aux Caisses de prévoyance et aux Syndicats professionnels, sera plus grande et plus prospère qu'aucune autre société du même genre. L. Lereboullet.

P. S. Je suis heureux d'annoncer que M. le Dr Le Baron, fondateur et président d'honneur du Syndicat des médecins de la Seine, vient d'têre élu, par 63 voix sur 102 votants, délégué des syndicats au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutels. L. L.

VARIÉTÉS

Congrès triennal de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (Nantes, 1901). — La troisième session du Congrès périodique national de gynécologie, obstétrique et pédiatrie se tiendra à Nantes, du 23 au 30 septembre 1901.

On se souvient du succès qu'obtint à Marseille, en 1898, ce Congrès qui est triennal; nous espérons qu'il en sera de même à Nantes.

Le comité local d'organisation a choisi cette date (dernière semaine de septembre), entre autres multiples raisons, pour pouvoir faire coïncider avec le Congrès l'inauguration des monuments élévés par les Nantais à la mémoire de deux de leurs plus illustres concitoyens, les chirurgiens Chassagnac et Maisonneuve.

Nous estimons qu'un grand nombre de congressistes seront heureux de pouvoir, en même temps, rendre hommage à la mémoire de deux hommes qui furent l'honneur de la chirurgie française.

Le président général du Congrès est M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux de Paris (hôpital des Enfants-Malades), membre de l'Académie de médecine. M. Sevestre sera en même temps président de la Section de pédiatrie.

Section de gynécologie. — Président : M. le Dr Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière.

Section d'obstétrique. — Président : M. le Dr Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine de Marseille.

Le comité local d'organisation est composé de MM. les Drs :
Alb. Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine, président;
Guillemet, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine, secrétaire-général;
Urbain Monnier, professeur suppléant, secrétaire adjoint;
Bécigneul, médecin des hôpitaux, trésorier;
Heurtaux, F. Joüon, Poisson, Ollive, Hervouët, Rouxeau, professeurs à l'Ecole de médecine; Grimail, chirurgien de la Maternité de l'Hôtel-Dieu; Raingeard, chirurgien des hôpitaux; Bonamy, Mahot, médecins des hôpitaux; Bellouard, chirurgien de l'hôpital de Chantenay.

Nous adresserons prochainement une première invitation à tous les confrères français (et ce sera le plus grand nombre possible) qui, par leurs travaux habituels, les services spéciaux dont ils sont chargés dans les hôpitaux, la nature de leur enseignement dans les Facultés ou Ecoles, nous paraissent susceptibles de s'intéresser à notre Congrès.

Nous attendons pour le faire d'être fixés sur les questions principales (trois au moins dans chaque section) qui doivent faire l'objet d'un rapport spécial. Ces questions sont actuellement à l'étude.

Enfin, comme cela a eu lieu pour le Congrès de Marseille, nous espérons qu'un certain nombre de notabilités médicales étrangères voudront bien, en nous donnant leur adhésion, accepter le titre de présidents d'honneur.

Le secrétaire général,
Dr J. Guillemet.

La responsabilité d'un docteur en médecine. — La cour de Caen vient de statuer sur une affaire qui, par les conséquences de l'arrêt qu'elle a rendu, vaut d'être contée en quelques lignes.

Un M. D... avait réussi à se faire remettre par sa tante, la demoiselle M..., une somme de 4000 francs représentant toutes ses économies, et pour se soustraire aux nombreuses demandes de remboursement à lui adressées, il décida de faire passer pour folle sa parente. Il s'adressa, dans ce but, au docteur X..., qui lui délivra un certificat établissant que la demoiselle M... était sujette à des accès de folie furieuse et devait être internée. Elle le fut, en effet. Cependant, après une mise en observation de 8 jours, elle fut rendue à la liberté par l'autorité préfectorale, les médecins de l'asile n'ayant constaté chez elle aucun phénomène délirant ni aucune surexcitation anormale quelconque.

Mlle M... assigna en dommages-intérêts son parent et le docteur X..., et voici les principaux attendus de l'arrêt en ce qui concerne le médecin :

« Considérant que le docteur X... ne saurait échapper à la responsabilité de ses actes d'imprudence, de négligence, de légèreté et de méprise grossière, qui ont causé à la demoiselle M... un sérieux préjudice;

« Que, quelle qu'ait été sa bonne foi, il a eu tort d'accorder une confiance aveugle aux récits intéressés des époux D..., qui lui ont représenté leur parente comme dangereuse pour leur sûreté personnelle et pour l'ordre public;

« Qu'il n'a constaté ni précisé aucune manifestation extérieure de la manie furieuse attribuée, par son certificat non motivé, à la demoiselle M...;

« Qu'il est d'autant plus inexcusable de s'être ainsi trompé qu'il connaissait de longue date la demoiselle M..., et qu'il savait qu'elle n'avait jamais donné le moindre signe d'aliénation mentale;

« Qu'il a formé sa conviction sur les seuls dires de D... et de la dame D..., sans soumettre la demoiselle M... à un examen ou à une observation quelconques et sans chercher à vérifier la vérité et la portée des faits qui lui étaient racontés. »

Le docteur X... a été, pour sa part, condamné à payer à Mlle M... la somme de 2000 francs à titre de dommages-intérêts.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

SÉROTHÉRAPIE

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. le professeur Poncet.

Premiers essais de cytolyse des cancers,

Par le Dr Louis Dor,

Chef des travaux de la Clinique chirurgicale.

Nous avons exposé dans deux articles précédents (11 mars et 27 décembre 1900) les principes généraux qui doivent conduire, d'après nous, à la thérapeutique des cancers.

Voici maintenant quelques faits :

Dans le courant de l'année 1899, nous avons introduit dans le péritoine d'un lapin un fragment du volume d'un œuf d'une tumeur très maligne de l'épaule que l'on peut appeler chondrome malin, chondro-sarcome ou cancer du cartilage, selon sa tournure d'esprit. L'opération avait été faite avec une scrupuleuse asepsie et la tumeur elle-même n'avait jamais été infectée; pendant plusieurs mois, on pouvait sentir une énorme masse dans le ventre du lapin qui, d'autre part, se portait très bien, puis au bout d'une année environ, la grosse masse diminua, se résorba et finalement se réduisit à un tout petit noyau. A ce moment, nous avons eu l'occasion de rencontrer de nouveau un malade atteint de cancer du cartilage et nous avons introduit dans le péritoine du même lapin un fragment aussi volumineux que le premier. Cette fois, le fragment se résorba en moins de 2 mois. Nous voyons dans cette expérience la preuve que le sérum du lapin peut devenir cytolytique pour certaines cellules cancéreuses de l'homme, puisque la fonte du fragment néoplasique fut cinq à six fois plus rapide dans la seconde expérience que dans la première.

L'expérience que nous relatons aurait besoin d'être contrôlée par des expériences faites parallèlement sur des animaux témoins, mais elle nous a paru suffisante pour entraîner notre conviction personnelle.

Nous étions décidé à faire un essai sur un cancer humain. Nous avons eu à notre disposition un volumineux cancer mélanique opéré en mars 1900 par notre maître M. le professeur Poncet. Nous avons haché ce cancer pendant une demi-heure, nous l'avons lavé à plusieurs reprises et, finalement, lorsque nous avions une bouillie grise extrêmement bien hachée et homogène, nous avons mis cette bouillie en suspension dans un peu d'eau et nous l'avons injectée en totalité sous la peau d'une chèvre. Celle-ci a été extrêmement malade le soir même, et le lendemain, elle était couchée et avait une respiration haletante, mais le 3e jour elle se leva, il y avait une zone d'œdème au niveau de l'injection, mais jamais il n'y eut de menaces de suppuration et, au bout d'une ou deux semaines, on ne voyait plus de saillie locale.

Trois mois après, la chèvre reçut sous la peau la totalité d'un sarcome mélanique de l'œil dont les dimensions étaient celles d'une noisette. Nous pensons que cette seconde injection peut être considérée comme négligeable.

C'est cette chèvre qui nous a servi à traiter 2 malades atteints de sarcome mélanique.

Nous avons déjà parlé de l'un d'eux dans notre article du 27 décembre. Il s'agissait d'un malade atteint de sarcome mélanique généralisé à tous les ganglions de l'aisselle, du creux sus-claviculaire et probablement aussi du médiastin. Une tumeur cutanée pré-sternale, siégeant au voisinage du point cicatriciel où on avait enlevé la tumeur primitive quelques mois auparavant, avait une dimension d'une grosse noix; tout autour d'elle, les tissus étaient adhérents, de sorte que l'on ne pouvait pas bien savoir si cette tumeur provenait de la profondeur ou s'il ne s'agissait que d'un noyau cutané. Le malade fut soumis à des injections de sérum dont on lui injecta chaque fois 10 à 20 centimètres cubes, il reçut ainsi 5 injections qui furent faites par l'interne du service M. Hau, et pratiquées toujours sous la peau de l'abdomen. Au bout du 3e jour, il sembla à tout le monde que la tumeur avait plutôt diminué, mais il n'y avait encore rien de certain ; le 8e jour, il ne pouvait plus y avoir de doute et, le 12e jour, on ne sentait plus qu'un noyau dermique du volume d'une petite olive qui n'avait plus aucune adhérence avec les plans profonds. Pendant ce temps, tous les ganglions avaient un peu diminué et ils roulaient les uns sur les autres, tandis qu'au début ils formaient d'énormes paquets non décomposables. C'est à ce moment que le malade désira sortir de l'hôpital, déclarant qu'on faisait rentrer son mal au lieu de le guérir. Si le malade revenait et si on pouvait recommencer le traitement, l'observation serait publiée *in extenso* par M. Hau.

Nous avions à notre disposition une certaine quantité de sérum, mais nous n'avions plus de malade. Nous nous sommes mis en quête de retrouver un nou-

veau cas de sarcome mélanique et ce cas s'est présenté à nous en dehors de l'hôpital. Le Dr L. Gangolphe avait dans sa clientèle une malade âgée de 60 ans qui avait été opérée pour un sarcome mélanique de la jambe, et la tumeur avait récidivé sur place. Lorsque nous avons vu la malade, elle avait comme un gâteau néoplasique plaqué sur la face antérieure et externe de la jambe dans sa région moyenne; les dimensions de ce gâteau étaient de 13 à 15 centimètres de diamètre, la forme étant généralement circulaire. Nous avons confié au Dr Gangolphe environ 100 grammes de sérum et nous avons intentionnellement cessé de revoir la malade pendant 3 semaines. Au bout de ce laps de temps, nous avons appris de la malade qu'elle avait souffert le lendemain de la première injection, mais qu'ensuite elle avait été soulagée au point de pouvoir marcher, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs mois; localement nous avons été frappé des grandes modifications qui étaient survenues. Le centre de la tumeur présentait de larges et profondes eschares comme si la tumeur allait s'éliminer; les bords étaient entourés d'une zone d'inflammation et d'œdème considérable. Il y avait eu une action spécifique indiscutable avec une véritable nécrobiose de la tumeur.

Nous n'avions plus de sérum pour continuer le traitement, aussi avons-nous proposé de continuer des injections de sérum ordinaire.

Les faits que nous venons de relater semblent bien indiquer que le sérum que nous avons injecté avait un pouvoir cytolytique spécifique. On nous répondra que des faits semblables ont été observés par MM. Richet et Héricourt et par MM. Arloing et Courmont. Il serait contraire à notre théorie qu'un sérum quelconque préparé n'importe comment se montrât tout à fait dépourvu de certaines propriétés cytolytiques, mais nous avons l'impression que, dans les deux observations résumées que nous signalons, l'action spécifique du sérum sur la tumeur s'est montrée d'une façon beaucoup plus accusée que dans les autres observations qui ont été publiées. Sans doute il faut aller encore plus loin et notre sérum n'était pas encore suffisamment cytolytique, mais si une seule injection de tumeur faite à une chèvre plusieurs mois auparavant a pu exalter les propriétés cytolytiques autant que nous l'avons vu, que ne peut-on pas espérer d'un sérum que l'on préparerait en injectant coup sur coup plusieurs cancers du même type au même animal? Dans tous les cas, la nouvelle théorie que nous avons exposée devrait faire reprendre avec une modification essentielle des expériences anciennes que leurs auteurs eux-mêmes avaient abandonnées.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 Février 1901.

D'un ferment dédoublant le salol dans les organes et dans certains laits.

MM. Nobécourt et **Prosper Merklen.** — On attribue généralement au suc pancréatique la propriété de dédoubler dans l'intestin le salol en phénol et en acide salicylique, bien que M. Gley ait vu que le dédoublement se faisait très bien chez les chiens privés de pancréas. Ils ont recherché l'action *in vitro* des différents organes de l'homme, du lapin et du cobaye sur le salol: le pancréas, la pancréatine, la bile, les muqueuses gastrique et intestinale, le foie, la rate, les capsules surrénales, les reins, les poumons, le myocarde, les muscles striés, le cerveau et enfin le sérum du sang dédoublent le salol, que ces organes aient été ou non préalablement lavés pour en chasser le sang; de même le lait de femme et le lait de chienne, tandis que les laits de vache, chèvre, ânesse, sont sans influence. Ce dédoublement se produit aux températures de 20° et de 37°; il est nul ou très faible à la glacière. Il n'a pas lieu quand les organes ont été soumis à 62°-65° pendant une heure, à 100° pendant 30 minutes, à 115° pendant 10 minutes. L'alcalinité du milieu le favorise, l'acidité l'empêche. Cette action semble donc être le fait d'un ferment qui agit par hydratation. Il faudra rechercher s'il est identique à la lipase ou s'il en diffère.

En terminant, nous attirons l'attention sur la présence de ce ferment dans les laits de femme et de chienne et sur son absence dans les laits de vache, de chèvre et d'ânesse. Cette constatation est à rapprocher de celles de Béchamp relatives à la galactozymase et de M. Marfan relatives à la lipase.

Recherches sur l'état fonctionnel du foie dans la gastro-entérite des jeunes enfants par l'étude des coefficients urinaires.

M. Prosper Merklen a étudié l'état fonctionnel du foie dans les infections intestinales des nourrissons et des jeunes enfants par la recherche des coefficients urinaires $\frac{C^t}{Az^t}$ qui traduit le rapport du carbone à l'azote total de l'urine, et $\frac{Az^u}{Az^t}$ qui représente celui de l'azote de l'urée à ce même azote total. En général, le premier coefficient augmente, le second diminue, dans les cas où la toxi-infection est très intense ou lorsqu'elle tend à la chronicité. Dans les autres formes, ils s'écartent bien moins de la normale. Ces faits permettent de juger l'état du foie, et de mesurer la part que cette glande est capable d'apporter à la défense de l'organisme.

Variations horaires de l'excrétion urinaire chez l'homme normal.

M. V. Balthazard. — Etude chez l'homme normal de l'urine recueillie heure par heure.

La quantité d'urine horaire atteint son maximum 3 à 4 heures après les repas; de même pour la quantité d'urée, dont les variations vont du simple au double et plus (2 gr. 57 de 10 à 11 heures du soir, 1 gr. 08 de 9 à 10 heures du matin).

La toxicité totale, c'est-à-dire rapportée au volume d'urine excrétée, va en croissant à partir du réveil, atteint son maximum après le repas de midi, et décroît ensuite, son minimum est pendant la nuit.

Le rapport azoturique $\frac{\text{Azote urée}}{\text{Azote total}}$ oscille autour de 0,85, avec de très faibles variations.

La lécithine en thérapeutique.

MM. A. Gilbert et **L. Fournier.** — Nous avons utilisé en thérapeutique humaine l'action de la lécithine déjà étudiée par plusieurs auteurs et qui paraît s'exercer d'une façon très favorable sur la nutrition générale et le développement des espèces animales comme des espèces végétales (Danilewsky, Selensky, Serons, etc.).

La plupart des auteurs s'accordent à regarder cette substance comme jouant un rôle considérable dans la nutrition, en favorisant l'assimilation de l'azote et du phosphore. Ce sont là aussi les conclusions d'un très intéressant travail de MM. Desgrez et Jaky.

La lécithine que nous avons employée a été retirée du jaune d'œuf par M. F. Billon. L'administration de la lécithine aux animaux de laboratoire par la voie gastrique, sous-cutanée ou péritonéale, soit à dose de 2 à 5 grammes en une fois, soit par

petites doses (0 gr. 10 à 0 gr. 20) longtemps prolongées, nous a montré que cette substance était dénuée de toute toxicité, les animaux augmentant au contraire très notablement de poids; ce fait est surtout appréciable sur de jeunes animaux qui dépassent rapidement et de beaucoup les animaux témoins.

Chez l'homme, nous avons administré la lécithine soit par la voie buccale, sous forme pilulaire à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50, soit en injections sous-cutanées, en solution dans l'huile d'olives stérilisée à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 tous les deux jours. Nous l'avons donnée tout d'abord à des tuberculeux présentant déjà des lésions avancées uni ou bilatérales.

Voici quels ont été d'une façon générale les résultats obtenus: Augmentation de l'appétit, reprise des forces, augmentation assez notable de poids (dans un cas, augmentation de poids malgré un état fébrile assez intense), amélioration de l'état général ; dans deux cas : diminution de la toux, de l'expectoration, de la quantité des bacilles contenus dans les crachats.

Nous avons encore employé la lécithine chez plusieurs neurasthéniques et dans diverses maladies du système nerveux. Il est très difficile, on le conçoit, d'apprécier les résultats obtenus qu'ils semblent favorables ou non.

D'une façon générale cependant, nous avons noté la reprise des forces, de l'activité ; l'augmentation de l'appétit, l'amélioration notable de l'état général.

En résumé, on peut conclure : 1° l'emploi prolongé de la lécithine n'est pas plus nocif chez l'homme que chez les animaux ; 2° les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus, encore incomplets, il est vrai, nous ont paru très encourageants. Ils justifient l'emploi de cette substance chez l'homme.

Nous comptons, d'ailleurs, poursuivre et compléter ces recherches et utiliser la lécithine dans une série d'autres états morbides.

Sur un cas d'angine de Vincent.

MM. P. Carnot et L. Fournier. — Nous avons observé un cas d'angine de Vincent se présentant sous son aspect clinique le plus habituel d'ulcération chancriforme et ayant évolué en 3 semaines environ. Détail à signaler, cette angine s'était développée après un abcès gingival consécutif à une carie dentaire.

L'examen bactériologique nous a montré l'existence au niveau de l'ulcération amygdalienne et dans la salive du malade des organismes décrits par Vincent, bacille fusiforme (spirille fusiforme) et spirille (spirochete). Le premier nous a paru extrêmement mobile, au moins pendant les premiers moments de l'examen, ainsi que l'avait bien vu M. Letulle.

Nous avons pu cultiver sur ascite humaine, mais non en culture pure, ces deux organismes. Nous avons même obtenu, toujours en culture polymicrobienne, trois passages du bacille fusiforme.

Bien que nous ayons constaté la présence en très grande quantité du bacille fusiforme et du spirochete dans d'autres affections bucco-pharyngées, en particulier dans la stomatite aphteuse, nous pensons que le rôle pathogène de ces organismes peut être admis dans l'angine de Vincent.

Dans le cas actuel la carie dentaire et l'abcès gingival consécutif avaient sans doute été les conditions de leur exaltation de virulence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Février 1901.

Hétéroplastie orbitaire par greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon.

M. Lagrange (de Bordeaux) pour avoir, après l'énucléation de l'œil, un œil artificiel bien soutenu et mobile, emploie le procédé suivant.

Aussitôt après l'énucléation, il enfouit dans la capsule de Tenon un œil de lapin vivant, au-devant duquel il suture deux à deux, symétriquement, les muscles droits du malade, ceci afin d'assurer la nutrition de l'œil greffé et de l'empêcher de se vider par nécrose de la cornée. Il enferme ensuite le tout sous une suture réunissant les deux conjonctives palpébrales, et il applique un pansement occlusif. Au bout de 8 jours, il enlève les fils palpébraux ; plus tard, quand l'œil greffé a fini de subir la fonte partielle qui se produit inévitablement dans ce cas, il le coiffe d'une coque oculaire. Celle-ci, soutenue par un moignon bien vivant et mobile, devient ainsi capable de se mobiliser dans différents sens.

M. Lagrange a opéré de cette façon 3 malades depuis 4 et 6 mois ; ils peuvent mouvoir la coque oculaire de 25° à 30° de chaque côté.

Plaie pénétrante thoraco-abdominale.

M. Peyrot analyse une observation de **M. Girard** (de Toulon). Il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans le côté gauche et qui fut amené à l'hôpital militaire avec des symptômes d'asphyxie très accentués ; dyspnée, angoisse, teint violacé. Pouls à peu près normal ; pas de température, pas de symptômes abdominaux. A l'examen, on constatait en avant, au niveau du 7° espace intercostal gauche, un peu en dehors de la ligne maxillaire, une plaie à travers laquelle faisait saillie une grosse frange épiploïque. Le diagnostic de plaie pénétrante thoraco-abdominale s'imposait ; il fallait intervenir immédiatement.

M. Girard fit une incision de 11 centimètres dans le 8° espace intercostal, juste au-dessous de la plaie déjà existante. Après résection large de la 8° côte, il tomba sur une plaie du diaphragme, large de 3 centimètres et située à environ trois travers de doigt du sinus costo-diaphragmatique. Cette plaie fut débridée, l'épiploon lié, réséqué, et son moignon réduit dans l'abdomen. Avant d'aller plus loin, notre confrère crut prudent de fermer d'abord la grande cavité pleurale dans laquelle les mouvements violents du poumon appelaient ou chassaient l'air avec force. Il sutura donc les deux lèvres de la plaie diaphragmatique aux lèvres de la plaie thoracique, plèvre contre plèvre. Par l'ouverture unique ainsi obtenue, il put alors explorer la partie supérieure de l'abdomen et constater que le grand cul-de-sac de l'estomac et le côlon étaient intacts, que seul le tissu cellulaire intergastro-splénique était légèrement déchiré, donnant lieu à une faible hémorrhagie qui fut aisément arrêtée.

Cette exploration te[illegible]minée, M. Girard sutura les deux feuillets séreux de la brèche diaphragmatique, puis les lèvres musculaires, enfin la plaie thoracique elle-même sans drainage. Le malade était guéri au bout d'un mois.

De l'amputation précoce et haute dans la gangrène spontanée des membres chez les diabétiques.

MM. Démons et Bégouin (de Bordeaux) considèrent l'amputation précoce et haute comme le seul moyen de sauver les malades en cas de gangrène spontanée.

Ils ont eu l'occasion, il y a 3 ans, de mettre en pratique ces idées chez une femme de 55 ans, diabétique (les urines contenaient 110 grammes de sucre par 24 heures), qui présentait une gangrène du pied remontant jusqu'au-dessus des malléoles. Ils firent l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur. La malade guérit et est restée guérie. Revue récemment en novembre 1900, c'est-à-dire 3 ans après l'opération, elle est toujours bien portante, bien que ses urines n'aient jamais cessé de contenir du sucre. Cette malade aurait fatalement succombé si l'on n'était pas intervenu aussi radicalement. Cette intervention est du reste très acceptée en Allemagne, en Angleterre et en Amérique.

M. Schwartz a opéré, il y a 9 ans, une malade atteinte de gangrène diabétique profonde du pied ; l'analyse des urines décelait 80 grammes de sucre par litre. La gangrène n'arrivant pas jusqu'aux malléoles, M. Schwartz se contenta de faire une amputation de jambe au lieu d'élection : l'opération eut lieu sans la moindre hémorrhagie. Il s'attendait à une gangrène des lambeaux ; or la réunion se fit par première intention. La malade guérit et resta guérie pendant 9 ans. Il y a quelque temps elle vint trouver M. Schwartz avec une gangrène de même nature du pied opposé, celle-ci plus grave et remontant au-dessus des malléoles. M. Schwartz fit l'amputation de cuisse, mais son

opérée mourut 24 heures après. Malgré cet échec, il reste partisan de l'intervention chirurgicale dans les gangrènes diabétiques; elle a des chances de succès lorsqu'elle est précoce et qu'elle s'entoure d'une asepsie parfaite.

M. Guinard ayant constaté, au cours d'une amputation de cuisse pour gangrène diabétique que la fémorale et ses branches ne donnaient pas de sang, eut recours à la manœuvre préconisée par Montaz et appelée par lui cathétérisme des artères, et qui consiste à introduire une pince à mors longs et ténus dans la lumière des vaisseaux afin d'en extraire les caillots qui l'obturent. Grâce à cette manœuvre, M. Guinard put rétablir l'écoulement du sang et assurer ainsi la nutrition de ses lambeaux. De fait, la cicatrisation se fit par première intention et son malade guérit.

M. Reynier est absolument de l'avis de MM. Demons et Bégouin; dans les cas de gangrène diabétique, il faut faire l'amputation haute et précoce. Il a suivi cette conduite dans 2 cas : l'un de ses opérés est mort, l'autre a guéri. M. Reynier croit que le succès dépend de la variété de gangrène à laquelle on a affaire; dans la gangrène athéromateuse survenant chez les diabétiques, on a des chances de succès; dans la gangrène diabétique proprement dite, il s'agit de troubles trophiques qui échappent généralement à nos moyens d'action. Ici, nous trouvons un bon guide dans l'état des réflexes : sont-ils conservés? nous pouvons en conclure que le système nerveux et par conséquent que la nutrition des tissus ne sont pas trop atteints et nous avons le droit de tout espérer de notre intervention.

M. Lejars croit, avec M. Reynier, qu'il faut distinguer deux variétés de gangrènes diabétiques : la vraie gangrène diabétique humide avec accidents septiques, et la gangrène par athérome chez les diabétiques. La première laisse peu d'espoir : 2 cas opérés dans ces conditions par M. Lejars ont été suivis de mort. Dans la gangrène athéromateuse, au contraire, qui s'accompagne d'une glycosurie plus ou moins accentuée, on peut compter le plus souvent sur l'efficacité de l'amputation à condition qu'elle soit précoce et faite très haut. M. Lejars a pratiqué dans ces conditions une amputation de cuisse chez un vieillard de 74 ans; cet homme a guéri et a survécu 5 ans à l'opération.

M. Poirier trouve que le cathétérisme des artères lui paraît plus dangereux qu'utile, d'autant plus qu'on possède un moyen simple d'assurer l'irrigation des lambeaux : c'est de ne pratiquer l'amputation que là ou les battements de la fémorale sont encore perceptibles.

Hystérectomie abdominale supravaginale pour infection puerpérale.

M. Picqué présente l'utérus et les annexes d'une jeune femme de 26 ans, opérée en pleine septicémie puerpérale, 6 jours après son accouchement. Les parois de l'utérus, molles et spongieuses, étaient imprégnées de pus et ces abcès interstitiels communiquaient d'autre part avec une vaste poche purulente qui avait dédoublé le ligament large gauche. M. Picqué pratiqua l'amputation supravaginale de l'organe et draina ensuite à la fois par l'abdomen et par le vagin. La malade guérit.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Picqué présente un kyste dermoïde de l'ovaire renfermant plusieurs dents, les unes libres, les autres implantées dans un massif osseux. Ce qui fait l'intérêt de ce kyste, c'est qu'il a été enlevé chez une aliénée en pleine crise de catalepsie : l'opération a mis fin à la crise, et depuis la femme n'en a jamais présenté de nouvelle.

Lipome intra-articulaire de la synoviale du genou.

M. Potherat montre une pièce provenant d'une malade qu'il avait déjà opérée en décembre 1899 pour un fibrome intra-articulaire du genou droit, fibrome développé, ainsi que l'avait démontré l'examen histologique, autour d'un tuberculome de la synoviale. Or cette malade est revenue de nouveau il y a 4 mois, mais cette fois pour son genou gauche, qui présentait une tumeur molle du volume d'une mandarine. M. Potherat l'opéra et put constater qu'il s'agissait d'un lipome arborescent intra-articulaire, développé sur la synoviale. Ici encore le microscope montra que le centre de la tumeur était formé par un tuberculome.

Résection de la veine faciale pour phlébite furonculeuse.

M. Sébileau présente un jeune garçon qui, à la suite d'un furoncle de la joue droite et malgré plusieurs incisions et des pansements antiseptiques, fit une phlébite de la veine faciale. M. Sébileau pensa, bien qu'il y eût absence de symptômes graves, qu'il serait prudent de réséquer ce vaisseau. L'opération fut des plus simples et son malade guérit rapidement. La veine extirpée était oblitérée par un long caillot.

Calcul vésical.

M. Guinard présente un calcul long de 5 centimètres et pesant 20 grammes, extrait récemment de la vessie d'un enfant de 28 mois; les cas de ce genre sont assez rares.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Février 1901.

Du diagnostic de la perforation typhoïdique.

M. Ferrier (médecin militaire) relate trois observations personnelles de péritonite par perforation intestinale survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde et traitée par la laparotomie; l'une de ces observations se rapporte au cas opéré avec succès par le médecin-major Loison (Société de Chirurgie, 5 décembre 1900).

L'intervention chirurgicale est évidemment appelée à d'autant plus de succès que l'opération est plus précoce; aussi le diagnostic doit-il être porté hâtivement, condition d'autant plus difficile à réaliser que très souvent les péritonites, chez les typhoïdiques, évoluent avec peu de fracas; si certains symptômes tels que les vomissements, le typanisme font défaut, d'autres ont une très réelle importance; c'est ainsi qu'il convient de placer en première ligne l'hypothermie, surtout lorsqu'elle coïncide avec l'augmentation de fréquence du pouls. La suppression des selles a également son importance. Enfin, ainsi que nous l'avons constaté dans nos trois observations, on peut relever souvent l'apparition de troubles vésicaux indiquant la participation du petit bassin à l'inflammation péritonéale.

M. Rendu fait remarquer que dans la fièvre typhoïde, à côté des péritonites par perforation, il y a des péritonites par propagation. Or il est souvent extrêmement difficile de faire le diagnostic entre ces deux sortes de perforations et, par suite, de savoir si on serait autorisé à ouvrir le ventre. Aussi pour sa part, M. Rendu est-il très peu porté à conseiller l'intervention, étant donnés les risques considérables qu'elle comporte.

M. Siredey partage l'opinion de M. Rendu. On intervient presque toujours trop tard, pour cette bonne raison que diagnostiquer dès ses premiers débuts la perforation est chose extrêmement difficile. L'abaissement de la température, qui est indiqué comme un bon signe de perforation, n'est pas constant. Parfois même c'est l'inverse qu'on observe. La dépression brusque du pouls et la douleur spéciale à la pression du ventre valent mieux; encore est-il que ces symptômes sont sujets à caution.

M. Merklen dit qu'il ne propose jamais une opération. Il ajoute qu'il a vu guérir deux fois des typhiques atteints de perforation.

M. Le Gendre pense aussi que de petites perforations peuvent guérir et passer pour des péritonites par propagation.

M. Antony cite la statistique de M. Loison, de laquelle il résulterait que lorsqu'on intervient dans les douze premières heures, la proportion des succès est de 25 p. 100. C'est dire combien il serait désirable de pouvoir arriver à un diagnostic précoce, qui reste malheureusement à trouver.

M. Vincent croit qu'un bon nombre de perforations sont

dues, dans les hôpitaux, à des imprudences ou aux mauvais soins des infirmiers, notamment dans l'application de la méthode bains froids, aux efforts physiques qu'on laisse souvent faire aux malades pour entrer dans la baignoire, en sortir, etc.

M. Siredey ne pense pas que cette étiologie puisse être invoquée. Il a suivi dans les hôpitaux, soit comme interne, soit comme chef de service, environ 600 cas de fièvre typhoïde et il n'a jamais remarqué que les cas de perforation se soient rencontrés chez des malades exposés à des mouvements imprudents, par ou sans le traitement par les bains froids. Souvent même ce terrible accident se montre dans des cas qui semblent devoir très bien tourner, ou encore chez des sujets entourés des soins les plus minutieux et les plus intelligents.

M. Antony pense que les imprudences dans l'alimentation, surtout pendant la convalescence, ont une action incontestable sur la production des perforations.

M. Rendu dit que ces perforations se montrent sur des catégories de malades tellement diverses, et dans des conditions si opposées, qu'il est bien difficile de se faire une opinion.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 12 Décembre 1900.

Lymphadénomes du médiastin.

M. Richon présente les organes médiastinaux d'un homme de 28 ans, mort de lymphadénome malin. Tous les ganglions des cavités viscérales sont dégénérés ainsi que les groupes cervicaux.

L'attention avait été attirée cliniquement sur les ganglions péritrachéo-bronchiques en raison des phénomènes de compression du pneumogastrique et du phrénique qui avaient terminé la scène morbide : période de vomissements, toux coqueluchoïde, difficulté extrême de la déglutition, accélération précoce (un mois avant la mort) du pouls qui battait à 120 et qui monta à 180 dans les dernières heures, enfin hoquet.

Les voies aériennes étaient libres, le parenchyme pulmonaire farci de gros noyaux néoplasiques. Les ganglions péritrachéo-bronchiques, le ganglion qui siège normalement sous la crosse aortique, tous énormes, formaient une masse compacte englobant sans les comprimer les vaisseaux, les bronches, l'œsophage, mais refoulant et dissociant les pneumogastriques, surtout à gauche, ainsi que le récurrent gauche. La dégénérescence de la plus grande partie des tubes nerveux était évidente sur le pneumogastrique, un peu moindre sur le phrénique gauche.

Note sur la guérison de l'appendicite après amputation spontanée de l'appendice.

M. Toussaint. — Il s'agit d'un homme qui avait eu une première atteinte d'appendicite classée et étiquetée à l'hôpital sous la rubrique de péritonisme. Il fut hospitalisé 5 mois après pour une appendicite qui s'accompagnait de symptômes menaçants de foie appendiculaire.

En opérant par l'incision de Roux, le 13 octobre 1900, alors que la fièvre avait cessé depuis le 1er, M. Toussaint se trouva en face d'un appendice détaché en masse, ne laissant comme trace inflammatoire qu'une grosse veine représentant le méso, avec une arborisation vasculaire sur le cæcum indice d'une typhlite récente, et ayant laissé à sa place d'insertion sur le cæcum une ulcération sessile en voie d'oblitération. Absence d'adhérences épiploïques; l'appendice est senti à bout d'index dans un épaississement de la zone rétro-ombilicale; aucune tentative d'extraction n'a été faite. Réunion de la plaie par première intention. Le malade quitte l'hôpital le 11 novembre complètement guéri.

Nouveau cas de coxa-vara essentielle.

M. Frœlich présente un petit garçon de 11 ans, atteint de coxa-vara essentielle. L'affection a débuté il y a 5 ans; elle est bilatérale et très prononcée. La lordose est énorme.

L'auteur montre la radiographie de la lésion. Cette radiographie permet de voir, ce qui n'a pas encore été signalé, que l'abduction est empêchée par le heurt du grand trochanter contre l'os des îles; aussi MM. Weiss et Frœlich ont-ils l'intention de réséquer le grand trochanter pour améliorer la marche qui est très pénible. Cette opération sera pratiquée incessamment et les auteurs reviendront plus longuement sur l'étude de cette affection.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 30 Janvier 1901.

Atrophie cérébelleuse.

M. Vial présente les pièces provenant d'un petit malade mort dans le service de M. Lannois avec de l'atrophie du cervelet.

A son entrée dans le service, l'enfant, âgé de 3 ans 1/2, présentait les symptômes suivants :

Dans la station verticale, possible seulement avec appui, écartement marqué des membres inférieurs, tremblement généralisé de tout le corps, oscillations latérales marquées et incertitude des membres supérieurs lorsqu'il voulait atteindre un objet. Démarche impossible sans soutien, ébrieuse, les membres écartés, le talon frappant le sol; le pied était brusquement levé et abaissé à chaque pas.

Pour se relever le malade, baissé, grimpe le long de ses jambes comme un myopathique; s'il veut rester assis, il présente le phénomène récemment décrit par Babinski, dans les affections cérébelleuses, c'est-à-dire qu'il commence à fléchir les cuisses, les jambes restant étendues sur les cuisses, puis les membres inférieurs retombent sur le plan du lit, le tronc se soulève et devient vertical.

Pas de troubles de la sensibilité; secousses nystagmiformes, strabisme divergent, les yeux ayant de la tendance à se porter en haut. Vue et audition normales. Pas de troubles sphinctériens. Exagération des réflexes sans contracture. Parole lente, scandée, explosive.

L'état reste le même pendant 2 ans; le malade meurt de broncho-pneumonie, le 23 janvier 1901.

A l'examen du cerveau on trouve la lepto-méningite généralisée. A la face inférieure du cerveau il existe une tumeur de nature encore indéterminée, siégeant en arrière du chiasma avec lequel elle fait corps. Cette plaque, qui a au moins 3 à 4 millimètres d'épaisseur, englobe aussi les nerfs de la 3e paire; les autres nerfs de la base sont intacts. La méningite est, d'ailleurs, plus marquée à la face inférieure du cerveau que sur les faces latérales.

Au niveau du cervelet existe une lepto-méningite analogue à celle signalée à la surface du cerveau, laquelle méningite a déterminé, au niveau du vermis inférieur et débordant sur les hémisphères, la formation d'une poche triangulaire située entre la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde contenant 80 grammes en moyenne d'un liquide clair citrin, de consistance un peu plus sirupeuse que le liquide céphalo-rachidien.

Le cervelet, comprimé entre cette poche liquide faisant office d'une tumeur véritable et les lobes occipitaux des hémisphères, est fortement tassé dans le sens horizontal. Le vermis supérieur et les faces correspondantes des lobes latéraux du cervelet ne sont pas altérés, mais, par contre, toute la face inférieure du cervelet est aplatie. Le vermis inférieur est diminué dans toutes ses dimensions, surtout dans le sens vertical.

La face inférieure des hémisphères est plane dans la partie antéro-externe, fortement excavée dans la partie postéro-interne au voisinage de la partie postérieure du vermis.

Calcul vésical formé autour d'une parcelle de coton.

M. Gauthier présente un calcul vésical extrait par M. Jaboulay au moyen de la taille hypogastrique.

Le malade présentait depuis longtemps de la rétention incomplète d'urine et de la pyurie; porteur d'un rétrécissement du

méat, il se faisait fréquemment des cathétérismes, septiques, sans nul doute, qui entretenaient la cystite.

Le calcul est presque entièrement phosphatique; à son centre, on distingue une logette grisâtre; dans celle-ci se trouve une parcelle de coton. Il est probable que ce corps étranger a été refoulé, au cours d'un cathétérisme, dans la vessie, où il a déterminé facilement la formation du calcul, grâce à l'infection chronique de cet organe.

Œsophage tuberculeux.

M. Gauthier présente une pièce provenant de l'autopsie d'une malade, entrée, il y a 2 mois 1/2, dans le service de M. Jaboulay. Agée de 50 ans, elle ne présentait aucun antécédent héréditasre ou collatéral de tuberculose. La vie avait toujours été pénible, son alimentation défectueuse.

Elle présentait, depuis 6 ou 8 mois, de la dysphagie progressive, avec régurgitation, un amaigrissement de jour en jour plus considérable, de la toux avec expectoration purulente, mais elle n'aurait pu dire si la toux avait précédé ou suivi la dysphagie.

L'ausculation révélait un ramollissement des deux sommets.

Le cathétérisme de l'œsophage décelait la présence d'un point rétréci, situé à 30 centimètres des arcades dentaires; une olive du diamètre de 1 centimètre le franchissait.

En présence de tous ces signes, en l'absence d'autres causes de rétrécissement inflammatoire de l'œsophage, injection de liquides caustiques ou brûlants, corps étrangers, etc., le diagnostic porté fut celui de cancer de l'œsophage et tuberculose pulmonaire consécutive.

L'autopsie a démontré l'inexactitude du diagnostic de cancer de l'œsophage. On a eu affaire à un rétrécissement inflammatoire de cause très rare, à un rétrécissement tuberculeux.

Le long de la trachée et des bronches et à l'intersection de celles-ci, on trouvait un certain nombre de ganglions, de la grosseur d'un pois à une noisette, les uns dans les autres. légèrement ramollis.

Le long de l'œsophage thoracique, on retrouvait encore quelques-uns de ces ganglions, mais disséminés et moins nombreux. Enfin, en un point situé à 6 ou 8 centimètres du cardia, on trouvait un groupe de trois ganglions plus adhérents que les autres à l'œsophage; on les disséquait de celui-ci, cette manœuvre déterminait une perforation de la dimension d'un pois.

La portion d'œsophage correspondant à ce groupe ganglionnaire était épaissie et enflammée; c'était le siège du rétrécissement.

On peut voir sur la pièce qu'il s'agit d'une forme fibreuse de tuberculose et non d'une forme ulcéreuse; toutes les tuniques sont épaissies et, notamment, la sous-muqueuse. On a pu introduire un cathéter d'un diamètre de 6 millimètres environ.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 27 Janvier 1901.

Dermato-myosite.

M. Bonnet présente un malade du service de M. Lépine, âgé de 59 ans, et exerçant la profession de menuisier, atteint d'une affection non encore décrite en France et qu'il croit être un cas de dermato-myosite.

On ne trouve rien de particulier dans les antécédents du malade. Il y a 8 mois il souffrit de douleurs peu vives, d'ailleurs, du coté gauche de la tête, puis de tout le côté gauche du corps. Il y a 3 mois il présenta de l'œdème du tronc et de la tête du côté gauche. L'œdème débuta par la paupière supérieure, envahit la paupière inférieure, la face, le tronc, puis le côté droit fut pris à son tour.

Il entre, le 24 janvier, à l'hôpital. Six jours auparavant il a vu apparaître une tuméfaction au niveau de l'avant-bras droit, tuméfaction qui s'est rapidement généralisée à l'avant-bras.

Le malade est pâle, amaigri, il souffre de douleurs lombaires assez vives lorsqu'on palpe la région. Spontanément aucun douleur. Objectivement on ne remarque rien dans cette région.

L'avant-bras est le siège d'un œdème cutané, dur, luisant. Par la palpation on sent du gonflement et de l'induration profonde des masses musculaires. Rien du côté de l'articulation. Pas de trouble de la sensibilité. Un peu de douleur dans les mouvements par tiraillement musculaire.

Hypertrophie assez nette de la rate. Rien dans le sang. Pas d'albumine, pas d'élévation de température.

Par exclusion on est arrivé au diagnostic de dermatomyosite.

La dénomination de dermatomyosite a été créée, par Unverricht, pour désigner une affection caractérisée par des douleurs musculaires, de la tuméfactiou des muscles atteints, un œdème de la peau, avec quelquefois des éruptions variées, affection évoluant d'une façon aiguë avec élévation de température et, le plus souvent, terminaison fatale.

Les observations publiées sont d'origine allemandes. Elles sont peu nombreuses : 15 cas. Iln'en a pas été publié en France.

Cette affection est donc rare. Son étiologie est indéterminée. Assez fréquemment son apparition est précédée des prodromes ordinaires de toutes les maladies infectieuses. Le début a l-eu soit par les douleurs musculaires, soit par l'œdème qui, très fréquemment, atteint le front, les paupières et la face. L'œdème est dur, luisant, à topographie régulière. Ici, il a débuté par une boule limitée qui s'est étendue peu à peu.

Tous les muscles peuvent être pris. Le début est surtout fréquent par lns membres et les muscles de la région lombaire; le diaphragme est plus rarement pris ainsi que les muscles du pharynx et du larynx. Mais l'affection est extensive et envahit facilement les muscles respectés au début. Sur 15 cas publiés, 11 fois la terminaison fatale est survenue par extension aux muscles du pharynx et larynx.

L'état général est toujours grave, les oscillations thermiques marquées; on observe souvent des sueurs profuses. La tuméfaction de la rate est un fait constant et a une grande importance diagnostique.

L'évolution est très variable de 8 jours à 2 ans.

Ce cas ne serait qu'un cas relativement fruste de dermatomyosite, mais il répond assez bien au syndrome clinique décrit sous ce nom. L'œdème de la peau, l'induration musculaire, l'hypertrophie de la rate, la douleur semblent suffisants pour faire ce diagnostic.

Ostéite vertébro-sacrée avec abcès par congestion se déversant dans la vessie.

M. Vincent présente un petit malade qui, à la suite d'un mal de Pott sacro-lombaire, eut un abcès par congestion qui perfora la veasie et se vida à son intérieur, de telle sorte que l'enfant pissait du pus en abondance. Il lui fit une trépanation du sacrum intéressant l'articulation sacro-iliaque et la moitié gauche du sacrum. Un drainage vertébro-sacré fut établi et l'enfant suppura longtemps. Actuellement il est entièrement guéri.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 Janvier 1901.

Occlusion de l'utérus par un adénomyome développé aux dépens du mésonéphros.

M. Landau présente une femme de 40 ans n'ayant jamais été réglée et souffrant régulièrement toutes les 4 semaines, depuis l'âge de 12 ou 13 ans, de vives douleurs abdominales. On constatait chez elle une masse dure, remplissant la voûte vaginale et le col utérin; de chaque côté, on percevait un volumineux hématosalpinx.

La laparotomie montra que la matrice était occupée par une tumeur qui, à l'examen microscopique, fut reconnue pour un adénomyome d'origine mésonéphrétique, c'est-à-dire ayant la structure d'un époophoron des canaux transverses du corps de Wolff.

Affection cérébrale curable, de nature indéterminée, chez des enfants.

M. Oppenheim a eu l'occasion d'observer, chez un certain nombre d'enfants de 8 à 13 ans, une affection cérébrale revêtant la symptomatologie des tumeurs de la zone rolandique — au point que, pour quelques-uns de ces petits malades, l'opération avait été considérée comme nécessaire par plusieurs médecins — et qui, cependant, guérit spontanément ou sous l'influence d'un traitement purement médical.

Un des enfants en question fut pris d'abord de céphalalgies affectant la région frontale et le vertex et de fréquents vomissements; puis survinrent des accès consistant soit en secousses dans la moitié droite de la face et dans le bras droit, avec déviation des yeux et de la tête vers la droite et aphasie transitoire, soit en attaques de paresthésie; souvent les secousses s'étendaient à toute la moitié droite du corps et il y avait perte absolue de connaissance. Au bout de 18 mois environ, on constata une névrite optique, avec parésie accentuée du facial et du bras droits et légère aphasie motrice. M. Oppenheim institua un traitement ioduré et bromuré, qui amena bientôt une amélioration considérable, et actuellement, depuis près de 6 ans, cet enfant se maintient en bonne santé.

Dans 5 autres cas, le tableau morbide et l'évolution de la maladie furent très analogues.

En procédant par exclusion, M. Oppenheim pense qu'il s'agit là d'une forme spéciale de méningo-encéphalite tuberculeuse localisée, analogue à ce que MM. Chantemesse et Combe ont observé chez des adultes et décrit sous le nom de plaques de méningite tuberculeuse.

M. Heubner croit plutôt à l'existence, dans ces cas, d'une infiltration caséeuse de faible épaisseur, limitée à la région rolandique et siégeant entre la pie-mère et l'écorce cérébrale. Il a pu vérifier deux fois, à l'autopsie d'enfants ayant présenté des symptômes identiques à ceux des petits malades de M. Oppenheim, la réalité d'une telle lésion.

En ce qui concerne la curabilité de cette affection, M. Heubner demeure très sceptique; néanmoins, il ne faut pas oublier que l'on a signalé le fait, très rare du reste, d'individus ayant guéri, bien que l'on eût trouvé des bacilles de Koch dans leur liquide céphalo-rachidien.

M. Hansemann est persuadé que si l'on pratiquait systématiquement l'examen *post mortem* du cerveau de tous les enfants ayant succombé à la tuberculose, on serait surpris de la fréquence des lésions méningées, même étendues, qui ne se traduisent par aucun signe pendant la vie. En pareil cas, le processus n'est pas d'origine méningée, mais corticale : c'est une encéphalite ayant son point de départ dans la gaine des vaisseaux de l'écorce.

M. Hansemann ne croit pas à la curabilité de ces lésions; pour sa part, il ne les a jamais vues manifester même une tendance à la guérison, comme cela a lieu pour d'autres tuberculoses, celle des muqueuses, par exemple.

REUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 14 Janvier 1901.

Autoplastie du crâne pour encéphalocèle.

M. Koenig a montré un garçon de 3 ans qu'il a opéré un an auparavant d'une encéphaloïde.

Le petit malade, dans une chute faite quelque temps auparavant, s'était traumatisé la région occipitale, et présenta à la suite de cet accident du strabisme et des convulsions; peu de temps après apparut une tumeur à la limite de l'occipital et du temporal gauche, tumeur molle, pulsatile dont la réduction permettait de constater l'existence d'un orifice limité par un rebord osseux. Il s'agissait donc nettement d'une encéphalocèle d'origine traumatique.

M. Koenig mit à nu la tumeur, trouva sous le périoste une cicatrice fibreuse qu'il excisa et ferma la perte de substance par un lambeau ostéo-périostique pédiculé. Guérison sans complications.

Foyer osseux intra-articulaire suppuré.

M. Kœnig. — Un enfant de 13 ans, atteint d'ostéomyélite diffuse aiguë, était en voie de convalescence après ouverture et cicatrisation de la plupart des foyers, lorsque brusquement il fut repris de fièvre et l'examen permit de constater l'existence d'une suppuration du coude et d'un foyer suppuré dans le condyle de l'humérus.

La résection du coude étant à éviter dans ces conditions, M. Koenig ouvrit et draina l'articulation après avoir réséqué le foyer osseux. Le malade guérit en conservant une mobilité parfaite du coude.

Exostoses avec névralgies.

M. Köhler a montré une malade qui était entrée à l'hôpital pour des douleurs dans le genou gauche en présentant une tuméfaction en apparence inflammatoire des faces interne et postérieur de l'articulation. On diagnostiqua un sarcome, mais l'aspect inflammatoire de la tuméfactiun s'étant dissipé sous l'influence du repos, on constata qu'il s'agissait d'une simple exostose. Celle-ci fut réséquée, et au cours de l'opération on a pu constater que le nerf péronier, situé dans une sorte de rigole creusée dans l'exostose, était comprimé et n'avait pas l'aspect normal. Les douleurs et les phénomènes parétiques du côté du pied disparurent après l'intervention.

Dans un autre cas dans lequel il s'agit d'un jeune homme qui depuis six mois présentait dans le pied droit des douleurs que rien ne pouvait expliquer, la radiographie montra que la face inférieure du calcanéum était rugueuse. Une intervention qui a consisté à réséquer les exostoses qui existaient à ce niveau a fait disparaître ces douleurs.

Dans un troisième cas où les douleurs ont apparu après la consolidation d'une fracture malléolaire, elles disparurent après la résection de la pointe de la malléole externe, laquelle pointe vicieusement consolidée s'était enfoncée dans le calcanéum.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 24 Octobre 1900.

Cysticerque intra-oculaire.

M. Gallemaerts présente une malade à laquelle il a enlevé le 6 novembre un cysticerque de l'œil gauche. Le début de l'affection semble remonter au mois de janvier 1900; il y eut d'abord des troubles vagues, puis des opacités du corps vitré, puis des troubles maculaires, ensuite un décollement de la rétine nettement limité et placé à la région supéro-interne; de temps en temps, il y avait un peu de douleur dans l'œil. La malade subit d'abord une cure de transpiration, puis deux cautérisations au thermocautère. Le décollement de la rétine pouvait être dû à une tumeur, l'examen à l'appareil Rochon-Duvigneaud ne fournit aucun renseignement. Après une absence de 6 semaines, la malade s'est représentée à l'examen à la fin d'octobre; à ce moment ont apparu les premiers mouvements dans le décollement, mouvements d'expansion à peine perceptibles au début et qui se sont accentués au bout de 8 jours. Le scolex ne faisait pas saillie. L'administration de l'extrait de fougère a

amené l'expulsion d'un tænia armé. L'opération s'est faite sous le chloroforme; incision méridienne de 1 centimètre longeant le bord interne du muscle droit supérieur, et sortie en masse du cysticerque, sans issue de corps vitré; application d'un point de suture sur la sclérotique et deux sur la conjonctive; guérison sans complication. La vision est restée, comme avant l'opération, réduite à la perception lumineuse dans la partie supéro-interne du champ visuel.

Fracture comminutive de la voûte et irradiée à la base, avec lésions du lobe occipital droit.

M. Lor présente un malade traité pour un traumatisme cranien des plus graves. Le sujet a eu la tête écrasée entre une roulotte de saltimbanques et le timon d'un autre véhicule; il a perdu connaissance pendant quelques heures, et a saigné abondamment des narines et de l'oreille gauche.

Outre plusieurs blessures de la moitié gauche de la face, qui toutes n'intéressaient que les parties molles, il y a une vaste plaie de la région occipitale droite, avec large perte de substance osseuse et petite hernie cérébrale au niveau de la deuxième circonvolution occipitale droite. Le malade, sans avoir présenté de symptômes spéciaux, se rétablit parfaitement, mais il fallut le chloroformiser à 3 reprises pour débarrasser la plaie occipitale de nombreuses esquilles qui s'étaient insinuées profondément entre la dure-mère et la voûte cranienne.

Au cours du traitement du traumatisme, dont le blessé ne fut complètement guéri qu'au bout de 4 mois, on a constaté chez lui, à partir de la 3e semaine environ, une ophthalmoplégie interne double ou parésie des muscles iriens et des sphincters de l'accommodation, dont il ne reste plus actuellement que de l'asthénopie accommodative.

Mais il persiste une autre lésion oculaire : c'est un scotome paracentral absolu du champ visuel *gauche*, s'étendant de la tache de Mariotte au point de fixation, qui est respecté, et ayant sa plus grande étendue au-dessous du plan de visée. M. Lor démontre que ce scotome, dû à une lésion du faisceau papillo-maculaire, ne peut reconnaître une origine périphérique, et l'attribue au traumatisme subi par l'écorce occipitale *droite*. Ce cas viendrait aussi à l'appui de la théorie de Munck sur la projection des fibres maculaires d'un œil dans l'écorce du lobe occipital du côté opposé.

M. Venneman demande quand l'examen ophthalmoscopique a été pratiqué après l'accident. Il peut y a avoir eu hémorrhagie de la gaine du nerf optique, ayant disparu sans traces, après avoir causé le scotome définitif.

M. H. Coppez partage cet avis et cite un cas de lacune du champ visuel dépendant d'une hémorrhagie de la gaine.

M. Lor répond que l'examen ophthalmoscopique, pratiqué dès la seconde semaine du traumatisme, était négatif, et l'est resté depuis. Il estime que l'hémorrhagie, qui avait dû être peu étendue, devait se résorber facilement et laisser place à une restitution *ad integrum*.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 30 Novembre 1900.

Ostéomes traumatiques.

M. Depage montre la radiographie d'un coude illustrant le cas suivant : le malade dont il s'agit fit une chute sur le coude; une luxation qui se produisit fut réduite, mais il persiste de l'immobilité de l'articulation. A la région externe du coude, on constate sur la radiographie l'existence d'un ostéome traumatique. M. Depage a enlevé la tumeur, et le résultat de l'opération s'annonce comme devant être excellent. Il a du reste fait avec succès la même opération dans un cas semblable il y a quelque temps.

Une autre radiographie que présente M. Depage est celle de l'épaule d'un homme qui, après être tombé à la renverse, ressentit une vive douleur à la région de l'épaule. On ne put constater aucune lésion osseuse et le sujet reprit son travail. Bientôt, cependant, il dut abandonner celui-ci à cause des vives douleurs que lui causait le mouvement d'élévation du bras. La radiographie permet de constater une tumeur osseuse naissant du tiers externe de la clavicule et venant entraver le mouvement d'élévation du bras en appuyant sur l'omoplate. Il est probable que la chute aura provoqué une fracture incomplète de la clavicule au niveau de laquelle se sera développé l'ostéome. La palpation ne pouvait même pas faire soupçonner l'existence de celui-ci.

M. Depage explique la formation de ces tumeurs par le développement de tissu osseux autour de fragments osseux ou périostés détachés de l'os par la violence du traumatisme et plus ou moins isolés au sein des tissus. Il a pu démontrer d'une façon très nette cette pathogénie dans un cas de fracture de l'humérus. Un fragment d'os fut projeté dans les muscles et des radiographies successives permirent de suivre le développement progressif d'un ostéome ayant ce fragment comme noyau.

M. Dekeyser rappelle que Bard a énoncé une théorie qui explique d'une autre façon la formation de ces ostéomes. D'après lui, sous l'influence de l'irritation causée par le traumatisme, des nodules osseux aberrants, épars au milieu des tendons et des tissus voisins de l'articulation, entrent en voie de prolifération active et arrivent à développer les ostéomes dits traumatiques. L'existence de ces noyaux d'ossification à l'état latent est démontrée par l'histologie.

M. Stiénon fait remarquer que, lorsqu'une fracture s'est consolidée, toute la partie inutile du cal disparaît et se résorbe. Ici, le tableau est différent : loin de disparaître, ce qui est en trop s'accroît et forme tumeur. Les deux ordres de phénomènes semblent donc contradictoires. Avec la théorie de Bard, toute contradiction disparaît et tous les faits s'expliquent clairement.

M. Depage croit qu'il faut voir dans la variété des phénomènes l'action du facteur individuel. A vrai dire, les ostéomes traumatiques ne sont pas des néoplasmes; arrivés à un certain degré de développement, leur croissance s'arrête. La théorie de Bard semble très juste, mais l'auteur a vu se développer un ostéome de la façon qu'il a indiquée, ce qui prouve en tout cas que la théorie qu'il invoque est vraie dans certains cas.

M. Pechère est aussi d'avis qu'on ne peut nier l'influence du traumatisme dans le développement de ces tumeurs osseuses. Les observations de M. Depage le prouvent, et lui-même a eu l'occasion d'opérer avec M. Depage un jeune homme de 16 ans chez lequel existait, au-dessus et en dehors du genou, un ostéome de ce genre, tumeur qui, dans la circonstance, avait suivi un traumatisme portant sur la région.

Il semble à M. Pechère qu'on peut établir une comparaison entre ces faits et ceux relatifs à l'évolution des carcinomes. Si l'on admet que le néoplasme épithélial a généralement son point de départ dans la prolifération de cellules du feuillet ectodermique égarées dans le tissu conjonctif ou détournées de leur orientation primitive, il n'est pas moins reconnu aujourd'hui que le traumatisme a une inflnence fréquente sur le développement des tumeurs carcinomateuses.

La théorie de Bard est d'ailleurs souvent favorisée par les faits.

M. Pechère rappelle notamment un cas rapporté par M. le Dr Marin à la Société médico-chirurgicale du Brabant. Il s'agissait d'un jeune garçon de 8 ans qui présentait des exostoses plus ou moins volumineuses sur tous les os longs et sur les omoplates.

Dans ce cas, il est difficile d'admettre la seule influence d'un traumatisme, lequel n'a d'ailleurs pu être retrouvé; mais, par contre, la théorie de Bard, qui prend l'origine de ces ostéomes dans des cellules osseuses aberrantes, est ici logiquement applicable, d'autant mieux qu'aucune tare héréditaire, ni aucune maladie antécédente (tuberculose ou syphilis) n'existait chez le sujet.

Syndactylie.

M. Brunin montre la radiographie de la main d'un garçon d'une vingtaine d'années, qui fut traité dans son jeune âge pour une syndactylie entre le médius et l'annulaire. L'opération ayant été accompagnée de suppuration, on observe de la gangrène de l'extrémité annulaire, la cicatrisation médio-annulaire

par brides cicatricielles avec ankylose des deux dernières phalanges du médius. Dernièrement, le patient reçut dans la main une balle qui contourna l'index et laissa vers l'extrémité de la phalangette des fragments, de plomb autour desquels vint se développer un ostéome. La phalangette fut enlevée par suite de la douleur que provoquait la pression sur l'ostéome.

M. Depage fait remarquer que si jadis la suppuration était la règle dans les opérations pour syndactylie et amenait par là même des résultats peu encourageants, il n'en est plus de même aujourd'hui que, avec la pratique de l'antisepsie et de l'asepsie, ces interventions sont devenues peu dangereuses.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 29 Décembre 1900.

Étude statistique et clinique sur les aliénés criminels.

M. Lentz. — Il faut distinguer soigneusement entre les aliénés criminels — ce cont ceux qui commettent un crime sous l'influence immédiate et directe de leur état mental — et les criminels aliénés, chez lesquels la folie et la criminalité coexistent, mais sans rapport de cause à effet entre les deux. Ce n'est que des premiers que je m'occuperai ici.

De 1875 à 1899, les asiles de Froidmont et de Tournay, qui reçoivent presque tous les délinquants renvoyés des fins de la poursuite par les parquets belges pour cause d'aliénation mentale, ont hospitalisé 485 fous criminels, soit en moyenne 19 par an, avec un minimum de 4 et un maximum de 36; il importe de faire remarquer que, entre les décades 1879-1889 et 1889-1899, alors que la proportion des aliénés ordinaires n'a augmenté que de 10 p. 100, la progression s'est élevée à 40 p. 100 en ce qui concerne les aliénés criminels.

Quant à la nature des crimes, les plus fréquents sont l'assassinat, le viol, l'incendie et le vol (50 p. 100 du chiffre global, dont 25 p. 100 pour l'assassinat et 15 p. 100 pour les attentats aux mœurs). Les imbéciles forment 20 p. 100 du contingent de ces aliénés délinquants, les persécutés 14 p. 100, les alcooliques (en ne comptant que la folie alcoolique confirmée), les paralytiques généraux et les sujets atteints de folie émotive, 12 p. 100 pour chaque catégorie. Les persécutés sont surtout des assassins, les débiles commettent le plus souvent des incendies ou des attentats aux mœurs, enfin les paralytiques généraux se font arrêter en général pour vol.

De ces 485 aliénés criminels, 202, soit 41 p. 100, ont pu être remis en liberté au bout d'un certain temps; 48, représentant 23 p. 100 des sorties pour guérison ou amélioration, ont été réinternés ultérieurement.

La double fente fœtale et les colobomes atypiques de l'œil.

M. Venneman analyse un travail de M. Van Duyse (de Gand) concernant la nature et le siège du colobome typique de l'œil. On sait que ces deux points sont encore discutés : on a nié l'origine fissurale du colobome typique en se basant sur l'existence de colobomes atypiques, c'est-à-dire de lésions dirigées suivant un autre méridien que le colobome typique.

L'origine fissurale des colobomes n'est pas douteuse pour M. Van Duyse, à raison de la pathogénie des « yeux de cyclope » : soudés par les fentes fœtales des deux yeux, ils offrent toutes les modalités des colobomes (simples, ectasiques, kystiques). C'est précisément dans un œil de cyclope, présentant un colobome commun du plancher et deux colobomes latéraux centraux, que l'auteur a pu démontrer pour ces derniers la même structure histologique que pour le colobome du méridien antéro-postérieur, ce qui prouve qu'ils sont d'origine fissurale.

Une constatation fortuite au cours de recherches embryologiques a permis, en outre, à M. Van Duyse d'expliquer la situation variable des colobomes atypiques. Il a observé, en effet, un embryon de vache de 13 millimètres de longueur, dont l'œil, outre la fente fœtale normale dans laquelle pénètre le vaisseau classique, présente une deuxième fente allant au bord antérieur du calice rétinien, vers son équateur. Les vaisseaux péri-oculaires n'y pénètrent pas pour gagner l'espace du vitré; le mésoderme y évolue de façon à fermer l'hiatus des deux feuillets rétiniens, externe et interne, proximal et distal. C'est là une fente *atypique, colobomateuse*, dont la position et l'étendue peuvent être diverses.

Sur la sérothérapie de la peste.

M. Vanlair analyse une note envoyée à l'Académie par M. Calmette qui fait la critique des expériences instituées dernièrement par MM. Denys et Tartakowsky, et s'élève contre l'application qu'ils ont proposé d'en faire au traitement de l'infection pesteuse. Tandis que ces auteurs préconisent des injections de sérum antipesteux dans les glandes buboniques ou au voisinage de ces glandes. M. Calmette maintient comme incontestable la supériorité des injections intra-veineuses qu'il a le premier pratiquées.

Outre que les glandes internes sont aussi promptement et aussi fortement atteintes que les ganglions superficiels, M. Calmette fait observer que, même dans la forme bubonique, on trouve le cocco-bacille répandu dans le sang dès le début du mal. D'autre part, jusqu'ici, les résultats — d'ailleurs relativement satisfaisants — de MM. Denys et Tartakowsky n'ont pas subi le contrôle de la pratique, alors que le procédé des injections intraveineuses compte à son actif de brillants succès cliniques, obtenus notamment dans les épidémies d'Oporto, de Buenos-Ayres et de Glascow.

Quant au soi-disant inconvénient de produire une trop grande dilution du sérum quand on l'introduit directement dans le sang, cet inconvénient serait nul, attendu qu'une quantité vraiment infinitésimale de substance active suffit pour combattre efficacement l'infection pesteuse; l'injection de sérum dans le parenchyme des glandes serait plutôt de nature à empêcher sa diffusion salutaire dans le torrent circulatoire.

S'appuyant sur ces considérations, M. Calmette se prononce énergiquement contre l'innovation proposée; il la déclare non seulement inutile, mais dangereuse.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS RUSSE DE CHIRURGIE.

Tenu à Moscou du 10 au 12 Janvier 1901

Tumeur du mésentère.

M. Trinkler (de Kharkov) a relaté l'observation d'un homme, très amaigri, chez lequel on remarquait, dans la région médiane de l'hypogastre, une tumeur arrondie, mate à la percussion, mobile latéralement, parfois recouverte par l'intestin tympanisé. On porta le diagnostic de tumeur du mésentère. A l'opération, on trouva une tumeur lisse, de la grosseur d'une tête de nouveau-né, siégeant entre les deux feuillets mésentériques. Son excision nécessita la résection de 65 centimètres d'intestin. Le malade, après quelques péripéties post-opératoires qui obligèrent à une nouvelle résection intestinale de 20 centimètres, finit par guérir complètement. La tumeur, sous le microscope, présentait la structure du sarcome réticulaire cellulaire polymorphe.

Il s'agit là de tumeurs très rares, car l'orateur n'en a trouvé que 29 cas dans la littérature médicale, dont 11 seulement traités par excision avec résection intestinale; cette opération donne 50 p. 100 de mortalité.

M. Rasoumovsky (de Kazan) a communiqué un fait analogue. En 1898, il a extirpé, chez un homme adulte, une tumeur mésentérique mobile, grossièrement granuleuse; c'était un myxome cellulaire dont l'excision le força à pratiquer une résection étendue de l'intestin grêle.

Le malade guérit et pendant 2 ans travailla sans difficulté. En 1900, il commença à dépérir de nouveau; dans l'abdomen apparut une tuméfaction qui grossit rapidement jusqu'à acquérir les dimensions d'une tête d'enfant; à l'ouverture du ventre — 26 mois après la première intervention, — on trouva, dans la même région que précédemment, une tumeur grossièrement granuleuse, présentant des adhérences avec le gros intestin; on procéda à l'isolement et à l'excision du néoplasme et du mésentère avoisinant, ainsi que d'un segment d'intestin grêle. La tumeur, de purement mésentérique qu'elle était auparavant, était devenue en partie rétropéritonéale. Le malade sortit de la clinique tout à fait guéri.

Le second néoplasme n'avait pas absolument la même constitution histologique que le premier; il s'agissait bien encore d'un myxome cellulaire, mais avec adjonction d'un élément fibreux; c'est dire que le caractère de la tumeur était devenu plus bénin.

MM. Sarytchev (de Moscou) et **Bogaïevsky** (de Krementchoug) ont relaté chacun un cas de tumeur sarcomateuse du mésentère, extirpée avec succès.

Lésions traumatiques de l'intestin.

M. Sarytchev a rendu compte de huit interventions qu'il a pratiquées en 1900 pour lésions traumatiques de l'intestin. Les résultats ont été mauvais, soit que les lésions fussent trop graves, soit que les malades aient été opérés trop tard : un seul a survécu, chez lequel on était intervenu le jour même de l'accident. Il s'agit d'un homme qui, après un coup de pied de cheval dans l'hypogastre, présenta du ballonnement et un tympanisme très prononcé, accompagnés de douleurs constantes, de vomissements et, enfin, d'emphysème sous-cutané de la région latéro-inguinale droite. A l'opération, on reconnut une déchirure sous-cutanée intéressant les muscles de la paroi, le péritoine et le cæcum sur une étendue de 2 centimètres. On fit la toilette du péritoine et on sutura.

Aucun des symptômes habituels, a fait observer M. Sarytchev, n'est caractéristique de la rupture intestinale; seul leur groupement logique peut faire porter un diagnostic de grande probabilité; ainsi, la tension défensive des muscles de la paroi abdominale, les douleurs plus ou moins localisées, le facies spécial, le pouls rapide et filant, souvent en désaccord avec la température, la présence d'albumine dans l'urine, les troubles de la miction et de la défécation doivent faire songer à ce redoutable accident. Par contre, l'emphysème sous-cutané est un signe de certitude.

Traitement de l'appendicite.

M. Zöge von Manteuffel (de Youriev) a fait une communication sur les indications opératoires dans l'appendicite. Il distingue trois formes de cette affection : la forme catarrhale, la forme suppurée et la forme gangréneuse. Pour la majorité des cas, il préconise l'opération à froid, quelques semaines après la crise; cependant, lorsqu'on a affaire à la seconde forme, on doit inciser la collection purulente sitôt qu'elle s'est formée, même si le malade est en plein accès; quant à l'appendicite gangréneuse, l'opération étant la seule chance de salut doit toujours être tentée.

En ce qui concerne le traitement médical, il faut rejeter l'emploi de l'opium, qui est plus nuisible qu'utile, et recourir aux compresses chaudes plutôt qu'aux applications de glace; on doit aussi administrer les purgatifs dans une plus large mesure qu'on ne le fait généralement.

Volvolus du cæcum.

M. Schiemann (de Youriev) a relaté 7 observations de volvulus du cæcum recueillies à la clinique de Youriev. Cet accident ne peut se produire que lorsque le cæcum possède un mésentère commun avec l'iléon, car alors le cæcum est mobile dans la cavité péritonéale autour du côlon ascendant qui, étant bien fixé à la paroi postérieure de l'abdomen, devient la base de torsion.

L'orateur distingue 2 degrés à l'affection : le volvulus par obturation, où la circulation dans le cæcum se fait encore et où le péristaltisme subsiste longtemps (parfois même exagéré), tandis que la gangrène par surdilatation énorme du cæcum et stase fécale est tardive; et le volvulus par strangulation où le mésentère est étranglé lui aussi; ici le péristaltisme manque, la maladie a un début foudroyant et la gangrène est rapide. La péritonite septique et la mort sont la terminaison ordinaire des deux formes.

Dans la première variété, on peut parfois se contenter de refixer le cæcum à sa place normale; en général, il vaut mieux le réséquer. Sur les 7 cas observés par M. Schiemann, il y a eu 4 guérisons et 3 morts. Le diagnostic exact est difficile, car le cæcum ballonné peut faire proéminence dans n'importe quelle région de l'abdomen, alors que dans la fosse iliaque droite on sent un vide et que la percussion y donne un son mat; il faut remarquer, en outre, que les vomissements et le collapsus apparaissent relativement tard dans ces cas. Dans l'anamnèse, on relève le plus souvent, comme cause directe, un traumatisme (effort considérable, contusion de l'abdomen).

Traitement des kystes hydatiques.

M. Rasoumovsky a fait une communication sur les kystes à échinocoques; il en a opéré 26 cas, dont 15 du foie avec 3 morts. En ce qui concerne ces 3 décès, l'autopsie montra pour le premier une tuberculose étendue avec dégénérescence amyloïde des organes parenchymateux; le second survint un mois après l'opération daus un état de cachexie extrême dû à une abondante sécrétion de bile par la fistule; le troisième enfin fut dû à une péritonite secondaire, par perforation d'une fistule dans la cavité péritonéale.

Dans 18 cas, l'orateur a employé la vieille méthode de l'incision avec drainage; actuellement il a recours, pour les cas simples et dans les régions qui le permettent, à l'extirpation totale du kyste (il a fait cette opération 4 fois, dont une fois sur le rein); quand cela est impossible, il emploie la méthode de Bobrov ou celle de Delbet, qui sont presque similaires. Mais avec l'une ou l'autre de ces dernières techniques on observe souvent une accumulation de liquide sanguinolent, bilieux ou même purulent dans la poche. Le danger que fait courir au malade cette complication, et l'inquiétude dans laquelle elle tient le chirurgien pendant les premiers jours qui suivent l'opération, ont inspiré à M. Rasoumovsky l'idée de fixer temporairement le sac à la paroi abdominale. Il fait pour cela des sutures en anse, qui traversent d'abord la peau et la paroi abdominale, puis le bord de l'incision du sac du côté opposé, et enfin retraversent la paroi à côté de leur point de départ; on fait quelques sutures semblables des deux côtés de l'incision : lorsqu'on lie les fils, le sac est attiré à la paroi et en même temps fermé hermétiquement; il suffit alors de suturer complètement la plaie extérieure. Au bout d'une à deux semaines, on enlève les sutures profondes provisoires; on peut compter que les adhérences qui se sont produites entre le sac et le péritoine pariétal disparaîtront peu à peu, le foie étant un organe mobile. Mais s'il survient des complications du côté du sac dans les premiers jours après l'opération, on n'a qu'à rouvrir la plaie extérieure et à enlever les fils profonds, et l'on a sous les yeux la poche ouverte, avec des adhérences au pourtour de l'incision. On passe ainsi très facilement de la méthode fermée, qui est l'idéal, à la méthode ouverte, la poche n'ayant pas pu se retirer dans la profondeur; on évite dès lors la recherche du sac, manipulation délicate au cours de laquelle on peut craindre l'issue de liquide parfois infectieux dans la cavité abdominale. Après avoir appliqué cette méthode dans 9 cas, l'orateur en a obtenu les meilleurs résultats.

M. Bobrov (de Moscou) a déclaré qu'il ne croyait pas nécessaire cette complication de la technique; il a opéré 15 cas de kystes hydatiques, et ces derniers temps exclusivement par le procédé qui lui est personnel et qui laisse replonger librement le sac suturé dans la cavité abdominale. Dans 4 cas, il a observé après l'intervention une accumulation de liquide, parfois même purulent, dans la poche; quand cette éventualité se produit, on sent très bien le sac distendu; il suffit alors de rouvrir le ventre, de placer un tampon sur la tumeur et d'inciser au bout de quelques jours.

En principe, il estime que, la poche une fois vidée de son contenu, il faut en suturer complètement l'incision et renfermer le tout dans la cavité abdominale, au besoin après avoir injecté dans le sac une certaine quantité de solution salée physiologique. Il est évident que, dans les cas compliqués, surtout avec suppuration, il faut fixer la poche à la paroi abdominale, comme cela s'est toujours fait, sans qu'il soit nécessaire d'ériger ce point de technique en règle générale.

Traitement du goître.

M. Bobrov a fait connaître les résultats de 60 opérations pour goître; 49 fois il s'agissait de goître parenchymateux, 10 fois de goître kystique, 1 fois enfin d'une variété peu commune, le goître adénokystique hypertrophique papillaire.

En ce qui concerne la technique, il a recours à l'incision horizontale semi-lunaire. L'énucléation de la tumeur lui paraît être l'opération de choix; par cette méthode, l'hémorrhagie est abondante, mais on obtient une hémostase complète en plaçant un nombre suffisant de pinces.

La réunion *per primam* fut obtenue dans 50 cas; dans 8 autres, il y eut, pendant un certain temps, une sécrétion de liquide sanguinolent; chez les deux derniers patients, enfin, la plaie suppura légèrement.

Dans les cas où l'on suture complètement l'incision, la température s'élève souvent pendant les premiers jours; aussi M. Bobrov estime-t-il qu'il est préférable de laisser durant 48 heures un petit tampon stérilisé dans la plaie.

Ces 60 opérations ont donné à l'orateur 3 décès, 1 par hémorrhagie et 2 par pneumonie; dans un de ces derniers cas, l'autopsie montra que l'un des pneumogastriques était dégénéré.

Avec le procédé d'énucléation, la ligature préalable des vaisseaux n'est pas nécessaire; au contraire, cette ligature est indispensable quand on a recours à l'extirpation, et l'orateur croit que, lorsqu'on emploie cette dernière méthode, il ne faut enlever d'abord que la moitié de la tumeur.

M. Tauber (de Varsovie) a déclaré que 20 opérations de goître lui ont donné 1 décès, soit la même proportion qu'à M. Bobrov.

Dans ces dernières années, il a traité quelques goîtres par des injections de préparations thyroïdiennes; cette médication a provoqué des vertiges et des malaises.

En ce qui concerne la méthode d'extirpation, il a remarqué que l'ablation d'une moitié de la tumeur détermine souvent l'atrophie de l'autre moitié.

M. Rasoumovsky, en se basant sur des opérations pour goîtres très volumineux, s'est déclaré partisan de l'extirpation, qui, à son avis, devrait toujours être pratiquée en deux séances séparées par un intervalle plus ou moins long; il faut commencer par la ligature des vaisseaux, lesquels sont d'ordinaire friables et dégénérés. Il a fait observer, en outre, que l'énucléation, d'après les récentes statistiques de von Bruns et de von Mikulicz, donne une proportion élevée de récidives.

M. Sarytchev a présenté la défense des opérations conservatrices, qu'il a appliquées dans 20 cas.

M. Zöge von Manteuffel a rappelé que les injections de préparations thyroïdiennes ont parfois déterminé des accidents basedowiens.

L'exstrophie vésicale et son traitement.

M. Soubbotine (de Saint-Pétersbourg) a décrit une technique nouvelle pour la cure radicale de l'exstrophie vésicale; il a pratiqué plusieurs fois l'opération de Maydl, mais celle-ci ne le satisfait pas, car elle expose à l'infection ascendante des reins, et de plus les opérés sont obligés d'aller très souvent à la selle, ce qui est excessivement gênant. Il a obvié à ces inconvénients, chez un garçonnet de 10 ans atteint d'exstrophie de la vessie avec haut degré d'épispadias, en procédant de la façon suivante :

Il a fait l'incision postérieure à la Kraske et isolé le rectum, dont il a sectionné longitudinalement la paroi postérieure, puis la paroi antérieure; alors, par une pression sur la vessie exstrophiée, il a fait saillir dans cette seconde incision le fond vésical, qu'il y a fixé par des sutures, et qu'il a sectionné; ensuite, au moyen de deux incisions longitudinales, il a limité sur la paroi antérieure, mais interne, du rectum un long lambeau comprenant la muqueuse avec une partie de la musculeuse et allant de l'anastomose vésico-rectale jusqu'à l'anus; il a suturé complètement les bords de ce lambeau l'un à l'autre, de façon à créer une sorte d'urèthre artificiel dans la cavité même du rectum, ayant à son extrémité inférieure un sphincter, le sphincter anal resté intact; la plaie de la muqueuse rectale fut suturée au-dessus de ce canal; on sutura également le rectum et la plaie extérieure. Au bout de 2 semaines, on commença à cathétériser l'urèthre artificiel; dans l'acte de la défécation, on pouvait s'assurer qu'il n'y avait aucune communication entre le rectum et le nouveau canal ou la vessie. On ferma alors par une opération plastique l'exstrophie vésicale.

Les résultats furent des plus satisfaisants; un mois seulement s'est écoulé depuis l'opération, et l'enfant retient déjà son urine plusieurs heures.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Demeurisse (Germain-Jules). *Contagion des otites moyennes aiguës.* N° 174. (Asselin et Houzeau.)

M. Haranchipy (Maurice), *De l'hydrorrhée nasale vraie. Sa pathogénie, son traitement.* N° 147, (J. Rousset.)

M. Guillaume (Louis). *De l'influence des courants de haute fréquence sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine.* N° 172, (Carré et Naud.)

Pour M. Demeurisse, il n'est pas impossible qu'un individu sain, mis au contact d'un otitique, prenne de ce dernier une otite moyenne aiguë, mais cependant, cette manière de contracter une inflammation primitive de la caisse du tympan doit être excessivement rare. Néanmoins la conclusion pratique qui se dégage de cette étude est qu'il faut isoler les malades, surtout les enfants atteints d'otite moyenne aiguë, même si elle est primitive et à plus forte raison si elle se surajoute comme complication secondaire à une maladie infectieuse.

Broncho-pneumonie et otite secondaires ont une même pathogénie. Or, à l'hôpital, on a considérablement diminué le nombre de broncho-pneumonies et, ce faisant, restreint la gravité des fièvres éruptives, en séparant les éruptifs simples des éruptifs broncho-pneumoniques. Il faut agir de même vis-à-vis de l'otite.

Car l'otite aiguë n'est pas moins grave que la broncho-pneumonie. Son apparente bénignité la rend peu suspecte, parce qu'elle n'amène pas ordinairement la mort en quelques jours, comme le fait la broncho-pneumonie.

S'il est rare que l'otite aiguë amène la mort à sa période d'état, il est fréquent qu'elle la cause quand elle s'est chronicisée. Ces enfants, qui quittent l'hôpital avec des oreilles qui suppurent, vont grossir la foule d'otorrhéiques qui encombrent les services spéciaux, et qui souvent n'auront d'autre moyen d'éviter la terminaison fatale que l'évidement pétro-mastoïdien.

Pour réaliser la prophylaxie des otites aiguës, l'antisepsie nasale et buccale est une excellente pratique dont les résultats sont encourageants. Mais il y a mieux à faire, et M. Demeurisse conclut que l'otite aiguë étant contagieuse il convient d'isoler les otitiques.

Pour M. Haranchipy, il existe deux sortes de rhinorrhée, la rhinorrhée symptomatique et la rhinorrhée vraie, dite rhinorrhée essentielle. Celle-ci est d'origine glandulaire.

Cette hypersécrétion est due à une excitation anormale des filets du trijumeau (nerf maxillaire supérieur). Cette excitation anormale est la manifestation locale de la diathèse neuro-arthritique dont elle constitue une sorte de métastase.

Enfin, le meilleur traitement et le seul efficace de la rhinorrhée vraie, est celui dont l'action diminuera l'excitabilité des filets du trijumeau, entravera la sécrétion glandulaire par excitation des centres vaso-constricteurs, et agira concurremment sur la diathèse neuro-arthritique qui est la cause première de l'affection. L'emploi judicieux de l'atropine et de la strychnine donne dans ce but de très bons résultats.

M. Guillaume, élève de Hénocque, a fait une série d'intéressantes recherches sur l'influence des courants de haute fréquence sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine.

Il en conclut que chez les malades à nutrition défectueuse (arthritiques, rhumatisants, anémiques, etc.), l'action favorable des courants de haute fréquence, action favorable démontrée par l'observation clinique, est imputable au moins en partie aux modifications de la nutrition.

C'est cette modification de la nutrition qui est le facteur principal dans la disparition des accidents locaux au moins lorsque, comme dans presque toutes les observations, on se contente d'un traitement général sans application particulière à telle ou telle région.

Même dans les cas où l'amélioration clinique des symptômes principaux est nulle ou insignifiante, on observe une modification de la réduction de l'oxyhémoglobine, modification qui marche à peu près constamment de pair avec une amélioration de l'état général (retour du sommeil, augmentation des forces, etc.), et la disparition des petits signes d'arthritisme surajoutés aux phénomènes principaux.

Dans ces cas, il est permis d'admettre que le traitement n'a pas été suffisamment prolongé.

En ce qui concerne l'examen hématoscopique, les malades sous l'influence du traitement ont vu peu à peu augmenter leur quantité d'oxyhémoglobine; et surtout leur activité de réduction se rapprochant toujours de la normale.

Les courants de haute fréquence sont donc, comme d'Arsonval l'avait annoncé et comme Apostoli et Berlioz l'avaient déjà constaté, par de nombreux examens d'urine, un modificateur puissant de la nutrition.

M. Guillaume en a produit une nouvelle preuve en mesurant d'une façon directe l'activité de la nutrition par la méthode hématoscopique de Hénocque.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1900-1901.

M. Dieulafé. *Le diaphragme pelvien.* N° 391. (Lagarde et Sébille.)

M. Vial. *Contribution à l'étude du traitement des angiomes par l'électrolyse.* N° 377. (Vialelle et Perry.)

M. Jouane. *Des formes néoplasiques de la tuberculose laryngée.* N° 394. (Saint-Cyprien.)

M. Dieulafé, dans un très bon travail d'anatomie, étudie le diaphragme pelvien de l'homme, composé des muscles ischio-coccygien et releveur de l'anus auxquels s'ajoutent des muscles péri-anaux (sphincter externe de l'anus, recto-coccygien). Le releveur qui est le muscle le plus important de ce diaphragme résulte de la fusion de plusieurs faisceaux qui chez les animaux se retrouvent comme muscles isolés; en outre des faisceaux représentés dans la série animale, le releveur de l'homme possède un autre faisceau qu'on ne retrouve que chez les anthropoïdes.

Tous ces muscles ou faisceaux se rangent en deux groupes : les uns vont du bassin au coccyx ou à la queue; les autres vont du bassin à l'anus et au rectum.

Le premier groupe dérive des muscles de la queue (ilio-coccygien, pubo-coccygien), l'autre appartient aux dérivés du sphincter cloacal (pubo-rectal).

A ce dernier s'en ajoutent d'autres secondaires qui dérivent aussi du sphincter du cloaque (recto-coccygien, sphincter externe).

Les fonctions du releveur de l'anus peuvent se résumer ainsi :

1° Élévation de l'anus et constriction du rectum;
2° Constriction du vagin;
3° Suspension du périnée;
4° Fermeture de la cavité pelvienne.

Les contractions pathologiques (contractures) des releveurs de l'anus produisent le vaginisme supérieur.

Dans l'accouchement normal, les releveurs agissent comme facteurs actifs de la rotation. Ils limitent, entre leurs bords antéro-inférieurs, la boutonnière pubo-coccygienne qui est le véritable détroit inférieur.

Par leur résistance ou leurs contractures au cours de l'accouchement, ils créent une variété particulière de dystocie.

Pour M. Vial, la méthode électrolytique présente des avantages qui la rendent précieuse dans le traité des angiomes.

L'action du courant est absolument régulière et l'effet produit peut être prévu à l'avance avec une précision mathématique. Cette action, en effet, dépend directement de deux facteurs : intensité du courant et durée de l'action que l'on peut mesurer avec la plus grande exactitude.

Elle est simple et à portée de tous les médecins. Il suffit en effet pour l'appliquer d'une batterie de piles que tout praticien doit posséder et de quelques aiguilles à coudre.

C'est elle qui donne les résultats les plus satisfaisants : car elle a l'avantage de produire des cicatrices de coloration semblable à celle de la peau.

On évite, grâce à elle, tout danger d'hémorrhagie au cours de l'opération et l'on écarte toutes menaces de complication pouvant survenir à la suite de l'ablation par l'instrument tranchant.

Enfin, pour être lente, cette méthode n'en est pas moins fidèle, et l'on est toujours sûr, après un nombre convenable de séances, de voir disparaître une tumeur sanguine, même lorsqu'elle est assez étendue.

M. Jouane distingue une forme de tuberculose laryngée, se présentant sous l'aspect de tumeurs circonscrites.

Cette forme paraît être le plus souvent primitive, se manifestant chez des sujets paraissant indemnes de tuberculose pulmonaire.

Elle comprend quatre variétés :

a) Variété nodulaire;
b) Variété scléro-végétante ou pachydermique;
c) Variété pseudo-papillomateuse;
d) Variété pseudo-polypeuse.

Les symptômes caractéristiques de ces lésions sont : le début insidieux, l'indolence pendant une longue période, l'apparition tardive de la dysphagie, la précocité du tirage.

Le diagnostic différentiel de la tuberculose à forme néoplasique avec la syphilis tertiaire et le cancer est généralement très délicat.

L'inefficacité du traitement mixte permet de la distinguer de la première de ces affections.

La recherche du bacille non seulement dans les crachats, mais dans l'exsudat laryngé recueilli directement à la surface de la tumeur, sous le contrôle du miroir laryngien, l'inoculation aux animaux, enfin le prélèvement à la pince de Landgraff d'un fragment de la tumeur et son examen sous le microscope, permettent d'éliminer le cancer.

Le traitement chirurgical consistera dans les moyens suivants :

a) Ablation par voie endo-laryngée avec les pinces emporte-pièce quand la tumeur est très peu étendue et très circonscrite. L'exérèse doit être aussi large que possible et suivie de cautérisation au galvano-cautère;

b) Ablation par voie externe : thyrotomie et ablation large suivie de cautérisation au thermocautère, quand la tumeur présente un développement qui contre-indique le procédé précédent.

Le traitement médical est celui de toute tuberculose.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De la rétraction de l'aponévrose plantaire,

Par M. Auvray,

Chirurgien des hôpitaux.

Si j'en juge par le petit nombre d'observations que j'ai pu réunir, la rétraction de l'aponévrose plantaire a été bien rarement observée, en tant que maladie constituant une véritable entité morbide comparable à la rétraction palmaire ou maladie de Dupuytren. Il ne saurait être question, en effet, dans cette étude, des cas fréquemment observés où la rétraction de l'aponévrose plantaire n'est qu'un épiphénomène, au cours de l'évolution d'un pied bot par exemple, masqué par des lésions beaucoup plus importantes du côté des diverses parties constituantes du pied. Dans les cas qui vont nous occuper, les désordres observés du côté de l'aponévrose plantaire tiennent le premier rang. Ainsi comprise, l'affection est à peine mentionnée par nos auteurs classiques (1) qui admettent seulement la possibilité d'une rétraction de l'aponévrose plantaire analogue à la maladie de Dupuytren. On en cite cependant des cas intéressants. Gerdy (2) l'a observée sur un sujet qui avait souffert du froid en Russie. Jaccoud (3) a vu la rétraction des aponévroses plantaire et palmaire sur un malade rhumatisant. Delorme (4) signale au musée du Val-de-Grâce la présence d'un beau spécimen de rétraction de l'aponévrose plantaire, déposé par Pingaud.

Des faits analogues à celui de Jaccoud, où la rétraction des deux aponévroses coïncide, sont rapportés par Madelung (5) et Souza-Leite (6) en 1886. Leederhose (7), en 1897, fournit plusieurs observations nouvelles, dans un très important travail sur la pathologie des aponévroses palmaire et plantaire. Nous ferons à ce travail de larges emprunts.

Aux observations précédentes j'ajouterai le fait suivant, que j'ai recueilli il y a quelques mois et pour lequel j'ai cru devoir intervenir chirurgicalement.

Observation. — *Fracture de l'astragale. Rétraction consécutive de l'aponévrose plantaire* (1).

G. F..., 35 ans, menuisier, entre le 3 avril 1900 dans le service de M. Poirier, suppléé par M. Auvray.

Ce sujet est d'apparence peu robuste, et cependant on ne relève rien de bien important dans son passé pathologique. Il n'y a chez lui aucune trace d'arthritisme, mais des troubles gastriques liés sans doute à l'alcoolisme.

Les antécédents héréditaires sont bons ; ses parents n'étaient pas rhumatisants.

En juin 1899, il est tombé d'un échafaudage situé à la hauteur d'un deuxième étage ; la chute se fit sur les pieds, et le pied gauche toucha le premier le sol.

Apporté dans le service de M. Chaput, on diagnostiqua une fracture et un appareil plâtré de Maisonneuve appliqué sur le membre gauche fut maintenu pendant 45 jours. Au moment où l'appareil fut enlevé le pied paraissait en bonne position, on fit du massage dans les jours qui suivirent. Et par la suite le malade put reprendre son travail, quoique la marche fût toujours difficile.

Cependant les difficultés de la marche persistant, le malade dut consulter à nouveau un chirurgien.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Morestin pratiqua une opération sanglante sur le membre ; le malade resta 4 mois à l'hôpital, où on le traita ensuite par du massage, des courants électriques, etc.

Aucune amélioration ne survint ; la marche provoquait des œdèmes du pied, et obligeait rapidement le malade au repos.

C'est dans ces conditions qu'il entra dans notre service à l'hôpital Tenon.

Au niveau du cou-de-pied gauche, on constate deux incisions opératoires : l'une rectiligne de 5 centimètres environ sur la malléole interne ; l'autre en forme d'L dont la branche verticale suit le bord antérieur du péroné, et se prolonge un peu sur le tarse, et dont la branche horizontale contourne le sommet de la malléole externe. Cette malléole externe est légèrement augmentée de volume. La cicatrice est adhérente à l'union des deux branches, c'est-à-dire au niveau de l'astragale. En ce point le doigt explorateur ne sent pas la tête astragalienne, et la radiographie du pied montre que l'astragale a été enlevé au cours de l'opération pratiquée par M. Morestin. Le squelette osseux du pied ne porte plus la trace des lésions antérieures ; nous pouvons admettre que l'accident primitif avait provoqué un éclatement de l'astragale.

Le pied est en varus léger ; il n'y a pas le moindre degré d'enroulement. Le pied est dévié en dedans par rapport à l'axe de la jambe ; la crête tibiale prolongée passe sur le 4e métatarsien. Les mouvements du cou-de-pied sont très limités. Le membre inférieur gauche tout entier est le siège de troubles trophiques.

La peau du pied est luisante, tendue ; quand le malade se lève, le pied devient bleu, et après une station prolongée il s'œdématie ; la température est moins élevée qu'à droite. La sensibilité à son niveau est sensiblement diminuée. A la partie moyenne de la jambe, sur la crête tibiale, existe un placard d'eczéma sec, qui, apparu il y a 3 mois, gros comme une tête d'épingle, est actuellement large comme une pièce de 50 centimes. Le membre entier est atrophié, et la mensuration donne les résultats comparatifs suivants :

1. Lejars, *Traité de chirurgie* (Duplay et Reclus), tome I, p. 844, 2e édition ; Nélaton, *Traité de pathologie chirurgicale*, t. VI, 1075.
2. Gerdy, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. IV, p. 766, 1844.
3. Jaccoud, *Cliniques médicales*, 1re édition, 1867, p. 598.
4. Delorme, *Dict.* Jaccoud, Art. *Pied*, t. XXVII, p. 745.
5. Madelung, *Centralbl. f. Chir.*, n° 44, 1886.
6. Souza-Leite, *Progrès médical*, 1886, p. 816.
7. Leederhose. *Arch. f. clin. chir.*, t. LV, 1897.

1. Cette observation a déjà été publiée par M. Béard, qui en a fait l'objet de sa thèse inaugurale : *Sur la rétraction de l'aponévrose plantaire*, Paris, 1900.

Mollet droit, partie moyenne, 30 centimètres de circonférence.

Mollet gauche, partie moyenne, 22 centimètres de circonférence.

Cuisse droite, 1/3 inférieur, 37 centimètres de circonférence.

Cuisse gauche, 1/3 inférieur, 35 centimètres de circonférence.

Le membre gauche est plus court que le droit de 1 centimètre. Ce raccourcissement se manifeste non de l'interligne articulaire du genou à la pointe malléolaire, mais de cet interligne au rebord de la plante du pied.

La disposition des orteils est anormale aux deux pieds. A droite, le gros orteil est légèrement dévié en dehors. La deuxième phalange est élargie à son extrémité libre en spatule. Les autres orteils sont un peu en griffe; leurs tendons extenseurs dessinent des crêtes sur le dos du pied, mais leur déformation se réduit aisément.

A gauche, les déformations des orteils sont plus considérables; le 5e se dissimule sous le 4e; le 4e est lui-même déformé et caché sous le 3e; le 3e et le 2e sont à peu près régulièrement disposés.

Mais le 1er orteil est celui qui offre la disposition anormale la plus intéressante, la 2e phalange est en effet fléchie sur la première à angle droit, et la première est fléchie sur le 1er métatarsien. Cette flexion est irréductible et toute tentative de redressement entraîne une douleur vive au niveau de la plante du pied. Cette douleur est celle que ressent le malade à la marche. En effet, quand on explore la plante du pied alors que sa partie externe est souple et semble normale, on remarque que sa partie interne est le siège d'une induration en cordon s'étendant de la tête du 1er métatarsien jusqu'au commencement du tibia; elle est un peu oblique en dehors, de 7 centimètres environ d'étendue; la sensation que donne cette bride est exactement celle du cordon fibreux, dur, tendu, que l'on trouve dans la rétraction de l'aponévrose palmaire. Cette bride est d'ailleurs irrégulière et présente par places des nodosités. L'une, à la tête du métatarsien, de la grosseur d'un pois; l'autre un peu en arrière, des dimensions d'une pièce d'un franc, formant un disque aplati; la pression sur ces nœuds est très douloureuse.

La peau de la plante du pied est mobile sur l'aponévrose; cependant au niveau de la grosse nodosité, elle glisse moins librement, et on devine que son adhérence au plan profond est prochaine. Cette rétention de l'aponévrose plantaire est en rapport avec la flexion de l'orteil; car lorsque l'on cherche à redresser ce doigt, la bride de la plante du pied se tend comme une corde, et est douloureuse spontanément. L'on conçoit très bien que, dans toute tentative de marche, le malade appuyant sur l'extrémité fléchie de son gros orteil, et tendant par conséquent à le redresser, fait se tendre la bride plantaire, ce qui provoque une douleur intolérable.

Je propose au malade la résection de l'aponévrose plantaire. Elle est pratiquée le 23 avril 1900.

Incision rectiligne de 10 centimètres sur la plante du pied en dedans de la ligne médiane.

Découverte de l'aponévrose plantaire moyenne. Dissection de sa face superficielle, section à la partie postérieure en avant de son insertion calcanéenne. L'aponévrose est ensuite dégagée par dissection du plan profond musculaire, en cheminant d'arrière en avant. Elle est ainsi libérée tout entière, ainsi que les bandelettes, qu'elle envoie aux trois premiers orteils, et enlevée en totalité.

Après la dissection de l'aponévrose, le gros orteil n'est redressé qu'en partie; en effet si la première phalange s'étend aisément sur le métacarpien, la seconde reste fléchie sur la première.

Néanmoins, la tentative de redressement de cette phalange extrême, montre qu'aucune bride, aucun tendon fléchisseur ne s'y opposent, mais que cette flexion est provoquée par des adhérences articulaires au niveau de l'articulation phalango-phalangienne.

Elles sont immédiatement rompues et le gros orteil peut ainsi être ramené, de force, à la rectitude.

Hémostase. Sutures. Pas de drainage. Guérison sans incident, sauf un petit hématome au niveau de la partie moyenne de la cicatrice. Ablation des crins au 10e jour.

Suites. — Le gros orteil est resté à peu près complètement étendu; son hyperextension est totalement indolore et ne réveille plus de douleur au niveau de la plante du pied. Le malade est tout à fait satisfait du résultat opératoire.

Malgré les recherches que j'ai faites, il m'a été impossible de retrouver le malade au bout de plusieurs mois; en sorte que le résultat éloigné de l'opération fait défaut.

Quelle qu'ait été la cause de la maladie (nous y reviendrons plus tard), le premier symptôme observé est généralement la douleur à la plante du pied pendant la marche, douleur parfois intolérable; cette douleur est réveillée par la pression en un point où le palper fait reconnaître un épaississement de l'aponévrose plantaire. Cet épaississement se révèle sous la forme d'un nodule fibreux, dur, qui siège à la partie moyenne de la plante du pied ou en un point voisin de son bord interne; il présente des dimensions variant du volume d'un pois au diamètre d'une pièce d'un franc, comme chez notre malade. Tantôt unique, tantôt multiples, les nodules sont dans ce dernier cas disposés en un chapelet, allongé d'arrière en avant, et forment alors une corde saillante, douloureuse, inextensible, parallèle à la direction des faisceaux constituants de l'aponévrose, dirigée du calcanéum vers le premier métatarsien dans notre observation. Cette bride fibreuse se tend lorsqu'on cherche à étendre les orteils. Ceux-ci, lorsque la maladie progresse, peuvent être fléchis sur la plante; cette flexion irréductible devient l'origine de douleurs et de difficultés de la marche telles que Leederhose considère que la résection de l'orteil est parfois nécessaire. La lésion à un degré plus avancé pourrait même amener la flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Les jointures des orteils ainsi fléchis deviennent parfois le siège de phénomènes d'arthrite chronique (c'était le cas chez notre opéré) qui ajoutent leurs effets à ceux de la rétraction plantaire, pour rendre la difformité définitive. Au niveau des nodules fibreux ou des brides, la peau est le plus souvent saine, elle a conservé sa mobilité, ce qui nous a permis chez notre malade, au cours de l'opération, de la séparer aisément du plan aponévrotique, et de faire subir le minimum de délabrements aux téguments superficiels, qu'il importait de conserver aussi intacts que possible pour le bon fonctionnement ultérieur du pied.

Dans certaine variété de rétraction de l'aponévrose plantaire, des troubles trophiques de même origine que la rétraction elle-même pourront être observés, nous en avons suffisamment parlé dans notre observation pour n'y point insister à nouveau.

Il semble d'après le tableau que nous venons de tracer de la rétraction de l'aponévrose plantaire que la physionomie de la lésion soit assez spéciale pour que nous ne nous attardions pas à discuter un diagnostic qui s'impose dans la grande majorité des cas.

A l'instar de ce qui se passe pour la rétraction de l'aponévrose palmaire, il semble que la transformation scléreuse des tissus capables d'amener la rétraction puisse à son degré le plus avancé atteindre la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, l'aponévrose et même les tendons des muscles fléchisseurs. C'est ce qui paraît, en effet, ressortir de l'observation de Gerdy, déjà citée, qui dit « avoir vu les orteils fléchir sous le pied par une rétraction qui portait certainement sur le tissu cellulaire sous-cutané, sur les bandelettes digitales de l'aponévrose plantaire et peut-être sur les tendons des muscles fléchisseurs ». Il importe toutefois de faire remarquer que dans les cas observés jusqu'ici, les lésions étaient géné-

ralement limitées à l'aponévrose, la peau avait conservé son intégrité et glissait sur les plans sous-jacents. C'est la portion antérieure et la plus interne de l'aponévrose moyenne qui est généralement atteinte la première.

Dans le cas que nous avons observé, l'examen histologique des parties nodulaires de l'aponévrose a été fait par M. le professeur Cornil. Cet examen (le premier, pensons-nous, qui ait été pratiqué en France) concorde absolument avec les rares examens histologiques faits à l'étranger et publiés en particulier par Leederhose. Voici textuellement reproduite la communication écrite qui nous a été faite par M. Cornil :

L'aponévrose plantaire qui m'a été remise avait été conservée dans l'alcool.

J'ai poursuivi le durcissement dans l'alcool absolu et j'en ai monté dans la celloïdine des tranches en vue des coupes à effectuer. Celles-ci que j'ai conservées et qui sont perpendiculaires aux deux faces inférieure et supérieure de l'aponévrose sont très épaisses. Elles mesurent de 2 centim. 5 à 3 millimètres, ce qui est considérable et ne représente pas l'épaisseur que l'aponévrose possédait à l'état frais, car il y a lieu de tenir compte de la rétraction occasionnée par l'alcool et l'éther.

Avec un grossissement faible (100 diamètres environ), on voit à la surface inférieure de l'aponévrose, c'est-à-dire du côté de la peau, quelques lobules adipeux qui lui adhèrent. Toute l'épaisseur de la coupe est formée de tissu fibreux dont les faisceaux sont ondulés assez régulièrement.

Cependant on voit aussi dans la partie moyenne et dans la partie supérieure des faisceaux fibreux denses, transparents et homogènes. Dans la partie centrale, on note des îlots de tissu conjonctif calcifiés qui font effervescence lorsqu'on traite les préparations placées entre deux lames de verre par l'acide acétique ou par l'acide chlorhydrique faible. Les îlots calcifiés sont entourés de tissu scléreux dense, à couches concentriques à ces îlots. Auprès du bord de la face supérieure de l'aponévrose, il existe des anses de petites cellules rondes qui indiquent une inflammation en puissance, bien que limitée.

Avec des grossissements plus forts les diverses parties qui viennent d'être énumérées présentent les détails suivants : les faisceaux ondulés de tissu conjonctif sont très épais et composés de fibrilles. Entre eux il y a très peu de fibres élastiques.

Les cellules de tissu conjonctif qui existent entre les faisceaux sont minces, avec un noyau atrophique plat et petit. Les parties calcifiées montrent tantôt des granulations calcaires, tantôt des plaques vitrifiées. Les anses des petites cellules qu'on trouve seulement auprès de la face supérieure de l'aponévrose sont circonscrites par des fibres de tissu conjonctif dont les cellules sont plus volumineuses que dans la partie médiane ou inférieure de l'aponévrose. La plupart des cellules sont de petits leucocytes mononucléés avec très peu de protoplasma autour du noyau. La forme un peu allongée de ces îlots inflammatoires est déterminée par la direction des fibres. Cette inflammation qui existe encore partiellement dans l'aponévrose à un moment où elle est déjà très épaisse, dense et en partie calcifiée, me paraît prouver que le processus a été inflammatoire au début et qu'il donnait encore lieu à une irritation qui se serait aussi terminée par un épaississement et une rétraction de plus en plus intense de l'aponévrose.

Les cinq examens histologiques pratiqués par Leederhose ont également amené l'auteur à conclure que l'affection se présentait avec les caractères d'une inflammation chronique de l'aponévrose et des tissus environnants. Le manque d'ordonnance des cellules et des faisceaux et la présence du pigment feraient croire que les nodules fibreux sont cicatriciels. Franke conclut également de son examen histologique qu'il s'agit d'une inflammation de l'aponévrose.

En somme, les divers examens histologiques s'accordent à attribuer à la maladie une origine inflammatoire.

Observée exclusivement chez l'homme, d'après les observations que nous avons pu réunir, et généralement à l'âge adulte, bien que Leederhose en ait signalé un cas chez un enfant de 12 ans, la rétraction de l'aponévrose plantaire se rencontre de préférence chez les sujets que leur profession expose à des pressions répétées sur la plante du pied. Elle présente dans sa *pathogénie* de grandes analogies avec la rétraction palmaire. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle semble être de cause locale. Elle succède alors à un traumatisme du membre inférieur, fracture de l'astragale dans notre observation, fracture de jambe (2 cas de Leederhose, un cas de Béard), fracture d'un métatarsien (Leederhose), coup de hache sur la jambe (Leederhose), ostéomyélite du tibia (Leederhose), gelure du pied (Gerdy).

Tantôt elle est la manifestation locale d'une diathèse générale, la diathèse arthritique, si souvent invoquée dans la maladie de Dupuytren. Elle s'observe chez des rhumatisants chroniques. Jaccoud, chez un malade qui avait présenté une série d'attaques de rhumatisme, la voit coïncider avec une rétraction palmaire. Madelung, Souza-Leite signalent la même coïncidence.

Quant au mécanisme intime qui préside dans ce cas au développement de la lésion, il nous échappe ici comme dans les cas analogues de rétraction de l'aponévrose palmaire. Dans les cas, au contraire, où elle relève d'une cause locale, la pathogénie nous paraît mieux éclairée. On peut la considérer alors comme un trouble trophique lié à des manifestations multiples de même nature. C'est ce qui se passerait dans les cas de fractures, de plaies de la jambe, d'ostéomyélite du tibia. Dans notre propre observation, divers troubles trophiques consécutifs à la fracture de l'astragale accompagnaient la rétraction de l'aponévrose.

D'autres fois, lorsque les troubles observés succèdent à une chute sur les pieds, on pourrait admettre qu'il y a eu primitivement rupture de l'aponévrose, puis secondairement rétraction cicatricielle due à la réparation de l'aponévrose.

« Pour Leederhose, le processus serait mixte. Le traumatisme, la durée de maintien d'un appareil, etc., entraîneraient des troubles trophiques, parmi lesquels l'infiltration, l'épaississement diffus de l'aponévrose plantaire; ces lésions pourraient être constatées à la suite de certaines fractures ou contusions. Plus tard au moment des premières tentatives de marche, de véritables traumatismes fonctionnels provoqueraient dans cette aponévrose infiltrée de petites déchirures, des ruptures fibrillaire, dont la cicatrisation future produirait ces nodules fibreux que l'examen histologique montre être du tissu cicatriciel (cellules rondes et faisceaux fibreux sans orientation réciproque, présence de pigment, etc.). »

Nous savons que la maladie primitivement localisée à l'aponévrose peut avoir une marche extensive et envahir les divers tissus constituants de la plante du pied, amenant des déformations de plus en plus accentuées et une gêne fonctionnelle considérable. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on peut voir, surtout dans les cas de rétraction consécutive à des traumatismes, les lésions rétrocéder et disparaître. Toutefois le pronostic est à réserver, particulièrement dans les cas où la rétraction plantaire relève d'une cause générale, car alors la maladie n'a pas tendance à la guérison spontanée.

Lorsque la rétraction de l'aponévrose plantaire relève d'une diathèse générale, il est évident que tout d'abord le traitement médical avec l'iodure de potassium, à l'intérieur et sous forme de pommade en applications locales

doit être employé, malheureusement il est souvent inefficace. Aussi trouvera-t-on une indication, selon nous, au traitement chirurgical toutes les fois que les phénomènes douloureux, la déformation des orteils, rendront la marche très pénible et même impossible. En agissant à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents, on augmentera d'autant les chances de succès définitif.

On a conseillé d'avoir recours à la section sous-cutanée de l'aponévrose pratiquée vers le milieu de la voûte plantaire. Le ténotome introduit sur le bord interne du pied sectionne l'aponévrose en un point où elle est doublée d'une couche de fibres musculaires assez épaisses pour protéger contre toute atteinte de l'instrument les vaisseaux et nerfs sous-jacents. Il nous semble qu'actuellement, on doit recourir à un procédé plus chirurgical, moins aveugle et en même temps plus radical. Je veux parler de l'extirpation à ciel ouvert des nodules fibreux, des brides, voire même de l'aponévrose moyenne tout entière. C'est le procédé auquel j'ai eu recours chez mon malade, et je crois que c'est le premier cas où l'ablation des parties malades ait été aussi largement pratiquée. J'étais guidé dans mon intervention par la thérapeutique actuellement appliquée à la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Depuis, en recherchant ce qui avait été fait sur la question, j'ai vu dans le travail déjà cité de Leederhose, que l'auteur avait pratiqué à trois reprises l'ablation de nodules fibreux, mais jamais il n'avait fait l'extirpation totale de l'aponévrose moyenne, comme je l'ai moi-même pratiquée, dans le but de prévenir la récidive en dépassant largement les limites du mal. C'est à l'extirpation sous-cutanée qu'on a recours, puisque, nous l'avons vu, la peau a le plus souvent conservée son intégrité, et permet de mettre à nu aisément la face superficielle de l'aponévrose. J'ai eu recours à une simple incision longitudinale parallèle au bord interne du pied et située directement en rapport avec les parties malades. J'ai pu, grâce à cette simple incision prolongée en avant jusqu'à la racine du gros orteil disséquer, soigneusement la peau, mettre à nu les nodules fibreux, en pratiquer l'extirpation facile, et poursuivre aisément pour l'enlever la bride fibreuse qui se prolongeait jusque sur l'orteil, me proposant ainsi de faire disparaître tout ce qui pouvait être un appel à la récidive. Mais chez mon opéré le gros orteil seul était atteint de rétraction, et cette incision longitudinale unique pourrait être insuffisante pour pratiquer une dissection complète des parties malades dans le cas où plusieurs orteils seraient frappés de rétraction. On pourrait alors faire tomber perpendiculairement à l'extrémité antérieure de l'incision longitudinale deux incisions plus petites. On aurait de la sorte deux lambeaux cutanés en forme de volet, permettant de poursuivre plus facilement les brides rétractées jusqu'à la racine des orteils.

Dans le cas où la peau serait elle-même envahie et où la dissection n'en pourrait pas être pratiquée, nous pensons qu'on pourrait recourir à l'autoplastie par la méthode italienne, telles que l'ont pratiquée M. le professeur Berger et Rogues de Fursac pour la rétraction palmaire. Mais cette méthode n'a pas encore été appliquée à la rétraction plantaire.

Dans une de ses observations, Leederhose a signalé la nécessité où il se trouva, pour remédier aux troubles de la marche, de désarticuler le gros orteil et le 2e orteil fléchis sur la plante du pied. Il s'agissait d'un sujet chez lequel l'extirpation, pratiquée un an auparavant, d'une nodosité douloureuse de l'aponévrose n'avait pas amené d'amélioration durable.

Quels ont été les résultats acquis par l'intervention sanglante? Il est difficile actuellement, avec le petit nombre d'observations dont nous disposons, de se faire une opinion certaine. Notre opéré quitta l'hôpital dans des conditions favorables; la marche absolument impossible au moment de l'opération se faisait sans douleur et les pressions exercées au niveau de la plante ne réveillaient aucune sensation douloureuse; le gros orteil était redressé. Nous aurions voulu avoir des renseignements sur les suites éloignées de notre opération; nous avons cherché le malade sans pouvoir le retrouver; l'amélioration des premiers temps s'est-elle maintenue? C'est un point qu'il serait intéressant de connaître, car ce que nous savons des résultats obtenus par la méthode sanglante dans le traitement de la rétraction palmaire n'est pas encourageant. Nous venons de voir qu'un malade de Leederhose dut subir ultérieurement la désarticulation de deux orteils; cependant, chez un autre opéré du même auteur, le résultat fonctionnel resta satisfaisant.

En somme, bien des points sont obscurs dans l'histoire de la rétraction de l'aponévrose plantaire; c'est seulement par une étude judicieuse de nouveaux faits qu'on pourra éclairer la pathogénie de la maladie et apprécier la valeur des méthodes thérapeutiques appliquées jusqu'ici à un trop petit nombre de cas, pour qu'on puisse porter un jugement définitif.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Nicolaenkoff. *L'anesthésie par la cocaïnisation de la moelle.* (L. Boyer.)

M. Salmon. *De l'analgésie par les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne, application à la chirurgie des voies urinaires.* N° 105. (Carré et Naud.)

M. Robineau. *Contribution à l'étude des courants de haute fréquence et de leurs applications médicales.* N° 18. (L. Boyer.)

M. Javal. *De l'obésité, hygiène et traitement.* N° 95. (Masson et Cie.)

M. Andrieu. *Aubrac. Climat et sanatorium.* N° 117. (Carré et Naud.)

M. Saint-Maurice. *De la méthode de l'eau camphrée pour la mesure de l'odorat. Quelques-unes de ses applications cliniques et scientifiques.* N° 148. (L. Boyer.)

M. Weiss. *Contribution à l'étude des méthodes servant à déterminer le pouvoir antiseptique.* N° 21. (L. Boyer.)

M. Welcker. *Contribution à l'étude des ruptures musculaires.* N° 80. (L. Boyer.)

M. Jeannet. *Sutures et ligatures à fils métalliques perdus.* N° 61. (L. Boyer.)

M. Triau. *Action de l'ergot de seigle sur les sécrétions de la peau.* N° 87. (Michalon.)

M. Leh. *Considérations générales sur la structure et la pathogénie des sarcomes.* N° 53. (L. Boyer.)

M. Hurault. *Étude sur les lipomes congénitaux ostéo-périostiques.* N° 127. (L. Boyer.)

M. Vignat. *Contribution à l'étude de la méthode de Cerny et Truneczek.* N° 144. (Jules Rousset.)

Pour M. Nicolaenkoff, les phénomènes qu'on observe, soit au cours de l'anesthésie médullaire, soit après, ne présentent pas de gravité. Il est inutile pour éviter ces phénomènes d'employer la solution cocaïnée mélangée à d'autres substances médicamenteuses. La dose de cocaïne à injecter varie de 1,5 à 2 centigrammes. Les doses plus élevées de cocaïne donnent lieu à des phénomènes plus durables et plus intenses.

Les contre-indications à l'anesthésie médullaire semblent être : l'affection des reins et l'artério-sclérose généralisée. Les enfants et les hystériques avérés ne doivent pas être soumis à ce mode d'anesthésie.

L'anesthésie médullaire présente surtout comme avantage sur l'anesthésie générale la possibilité d'entreprendre les opérations, même importantes sans un aide spécial sachant chloroformiser.

M. Salmon, à son tour, étudie l'efficacité de ces injections dans les opérations de chirurgie urinaire. On peut obtenir une analgésie parfaite à l'aide des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne dans toutes les opérations qui se pratiquent sur l'appareil urinaire supérieur et inférieur.

Cette méthode est particulièrement indiquée dans les opérations pratiques sur le rein, car la cocaïne n'a pas, comme les anesthésiques généraux, de retentissement fâcheux sur le filtre rénal. Elle est indiquée également dans les cas où le chloroforme et l'éther peuvent présenter quelques dangers, chez les cardiaques, les bronchitiques, les emphysémateux, chez les artério-scléreux.

D'après M. Robineau, la découverte, tout à fait récente, du résonateur bi-polaire Oudin-Rochefort a rendu les applications médicales des courants de haute fréquence plus faciles et a permis d'obtenir des actions plus intenses qu'on aura souvent l'occasion de mettre à profit.

Un grand nombre de dermatoses, et surtout celles qui présentent un caractère prurigineux, seront heureusement modifiées et souvent guéries plus rapidement que par tout autre procédé.

M. Javal donne une étude des plus consciencieuses de l'obésité. D'après l'auteur, les différents régimes proposés par les auteurs sont en grande partie contradictoires, et cependant l'obèse qui en choisirait un au hasard serait presque certain d'obtenir un résultat; cela tient simplement à ce qu'ils ont tous une partie commune : la diminution de l'alimentation. C'est le seul moyen efficace et pratique de combattre l'obésité; les autres sont illusoires, mais on s'en rend difficilement compte, car ces moyens étant employés en même temps que le régime, il est impossible de faire la part de l'un et de l'autre dans le succès.

Les médicaments employés jusqu'ici, ou bien ont été inefficaces, ou bien ont été dangereux. Les cures thermales n'ont pas d'effet par elles-mêmes, mais elles ont l'avantage de sortir le malade de son milieu et de lui enlever la tentation des « écarts ». Les massages, bains ou exercices qu'on y prescrit, ne sont que des moyens psychiques, mais qu'il ne faut pas dédaigner, car il est toujours bon d'occuper l'esprit de tout individu soumis à un traitement de longue haleine.

Il est inutile de prescrire l'exercice : les obèses sont incapables de le faire assez violent pour en obtenir un effet quelconque, et, à doses modérées, chez des sujets qui n'en ont pas l'habitude, il provoque un appétit qui rend impossible de suivre un régime assez sévère. On réussit parfaitement chez des malades alités.

Les aliments peuvent se remplacer dans des proportions isodynames et, pour maigrir, il suffit que le nombre total de calories fournies à l'économie ne dépasse pas certaines limites. La règle sera donc de prescrire un régime qui, sous un volume maximum, contienne un minimum de principes nutritifs. Les tables de Kœnig permettront de composer les cartes culinaires. On trouvera souvent avantage à ordonner au début le régime lacté absolu chez les individus dont l'augmentation de poids aura été rapide et récente. Dans ce cas, celle-ci tient beaucoup plus à une hydratation des tissus qu'à une augmentation du tissu adipeux et il y a tout avantage à provoquer la diurèse.

M. Andrieu décrit dans sa thèse le sanatorium d'Aubrac, sanatorium de haute altitude, dû à l'initiative privée d'un médecin français, le Dr Saunal, qui, avant de l'édifier, a pris pendant 6 ans des observations cliniques et météréologiques sur place.

Les observations cliniques ont démontré l'excellence de la station pour les anémiques, les neurasthéniques, les candidats à la tuberculose, les tuberculoses initiales et les tuberculoses ouvertes, à marche chronique et à réaction torpide ou indifférente.

M. Saint-Maurice propose la méthode de l'eau camphrée qui répond aux exigences d'une bonne méthode scientifique et clinique : corps odorant défini, familier et soluble dans un liquide inodore (eau); conditions d'expérimentation nettement déterminées; appareil simple pouvant être construit dans tous les laboratoires et dont l'emploi ne demande pas une éducation spéciale; possibilité de faire varier l'excitant progressivement dans les limites de deux intensités dont l'une est bien au-dessous et l'autre bien au-dessus du minimum perceptible moyen.

Elle nous paraît devoir entrer dans la pratique courante aussi bien pour les recherches de laboratoire que pour les recherches d'ordre clinique.

Une bonne méthode de mesure de l'odorat peut seule permettre de déterminer les lois de l'olfaction (différences sexuelles, évolution de l'odorat selon l'âge, etc.) et les conditions des phénomènes pathologiques (anosmie et hyperosmie).

Pour M. Weiss, les pouvoirs antiseptiques n'ont de valeur qu'autant qu'ils sont comparables. Ils ne sont comparables que pour une méthode donnée, avec un germe donné, dans les mêmes conditions de température et de milieu.

Le pouvoir antiseptique diminuant quand la température s'élève, il est préférable de faire les expériences à des températures basses, sans cependant nuire à la vitalité du germe.

En général, la méthode consistant à se servir des germes sur culture solide offre moins de sécurité que les autres.

La méthode des suspensions est la meilleure pour la détermination des pouvoirs antiseptiques des gaz ou des vapeurs.

Pour les liquides et les solutions miscibles au milieu utilisé, la meilleure méthode paraît être celle où l'on emploie les cultures en milieu liquide.

Dans les cas de substances solides, il est nécessaire de les dissoudre et de noter le dissolvant, puisque les résultats varient suivant sa nature. Il en est de même pour les liquides ou solutions non miscibles au milieu employé.

Les ruptures musculaires, affections assez rares, ont longtemps été confondues avec les hernies. On sait aujourd'hui, depuis les travaux de M. le Professeur Farabeuf que ces dernières sont exceptionnelles et qu'il s'agit la plupart du temps de ruptures avec pseudo-hernies.

Pour M. Welcker, l'hématome qui se produit au niveau de la rupture musculaire, et qui peut subir par la suite des transformations diverses, est aussi susceptible de donner naissance à une sorte de bourse séreuse acquise qui se développe sous le moignon musculaire le plus mobile, et probablement grâce à son déplacement continuel pendant la contraction. Ce fait n'avait pas encore été signalé.

Le diagnostic est généralement assez facile à faire avec la hernie musculaire si l'on se reporte aux documents fournis par l'étude de M. Farabeuf : d'ailleurs une erreur de diagnostic conduisant à l'intervention chirurgicale n'aurait pas ici de graves conséquences.

M. Jeannet recommande, les fils d'argent qui sont d'une stérilisation sûre, rapide et facile. Ils méritent à ce point de vue de figurer comme fils perdus dans le matériel de suture et de ligature.

Ils sont imperméables et par conséquent incapables d'infection secondaire et d'élimination tardive.

Il sont non résorbables et assurent par leur présence et pour l'avenir un adossement et un contact parfait des surfaces réunies.

Ils permettent d'obtenir des cicatrices d'une grande solidité, ils les renforcent puisqu'ils jouent le rôle de points d'appui constants et durables.

Leur emploi est donc indiqué et particulièrement précieux dans les sutures des parois abdominales, dans les éventrations, dans les hernies.

D'après M. Triau, l'ergot de seigle diminue les sueurs profuses des tuberculeux. C'est donc un obstacle apporté à l'amaigrissement et par conséquent à la cachexie.

Il arrête les sueurs de la ménopause qui sont un des symptômes les plus pénibles de cette période de la vie sexuelle.

Son action se fait sentir directement sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux sanguins.

Il est probable que l'ergot de seigle agit également sur le système nerveux et principalement sur les centres vaso-moteurs.

Pour M. Leh, les sarcomes sont des tumeurs malignes, embryonnaires, de la série conjonctivo-vasculaire; ces tumeurs comprennent trois types purs : le sarcome à cellules rondes, le sarcome à cellules fusiformes, le sarcome à myéloplaxes.

Les recherches entreprises dans le but de démontrer leur nature parasitaire portent sur trois faits : 1° recherche directe des parasites dans les tissus; 2° greffes néoplasiques; 3° inoculations de parasites de même degré dans l'échelle zoologique que ceux trouvés dans les tissus de la tumeur.

Jusqu'à présent rien ne permet d'affirmer d'une façon nette et précise l'origine parasitaire, coccidienne ou blastomycétienne, des néoplasies sarcomateuses.

Les critiques formulées contre la théorie parasitaire du cancer ne doivent pas nécessairement faire abandonner une telle hypothèse, elles montrent cependant que dans cette étude si complexe du parasitisme dans les sarcomes il est nécessaire de ne pas négliger de rechercher les phénomènes qui peuvent se produire dans une cellule en dehors de toute action parasitaire.

Le lipome congénital ostéo-périostique qu'étudie M. Hurault est une affection rare, qui semble frapper surtout le sexe féminin et peut siéger sur tous les os du squelette.

Sa pathogénie n'est pas unique. Il paraît résulter tantôt d'un angiome simple ou kystique transformé, tantôt de la dégénérescence des tumeurs complexes, tantôt de la transformation de méningocèles déshabités ou de spina-bifida guéris ou avortés. D'autres fois il est impossible de lui trouver une explication pathogénique satisfaisante.

Au point de vue anatomique, le lipome congénital ostéo-périostique est caractérisé par ses connexions intimes avec le périoste (parfois avec l'os lui-même) auquel il adhère par un pédicule fibreux; souvent aussi il contracte des adhérences avec la peau.

Il est généralement unique,

Les autres caractères anatomiques ne diffèrent pas du lipome ordinaire.

D'après M. Vignat, dans les cancers inopérables la méthode Cerny est un bon traitement palliatif, elle supprime toujours et rapidement l'odeur et les sanies, quelquefois la douleur qui résiste à tous les calmants.

La solution proposée par Cerny a une affinité particulière pour le tissu cancéreux qu'elle momifie. C'est « un caustique intelligent ». Cette solution s'oppose aussi au développement de la flore microbienne qui acquiert dans les plaies cancéreuses une grande virulence, cette action est surtout sensible et avantageuse dans les cancers inopérables à larges ulcérations. Dans ces cas, on doit surveiller attentivement le malade pour éviter l'intoxication, mais il ne peut que bénéficier d'une absorption modérée d'arsenic qui relève et soutient son état général.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1900-1901.

M. Bonsirven. *Contribution à l'étude des ostéomyélites typhoïdiques*. N° 379. (Saint-Cyprien.)

M. Sarda. *Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse*. N° 389. (Saint-Cyprien.)

M. Rabat. *Résultat opératoire de 200 observations de végétations adénoïdes*. N° 397. (Gimet-Pisseau.)

Les ostéomyélites sont des complications rares de la fièvre typhoïde. Pour M. Bonsirven, qui les étudie dans sa thèse, elles ont une évolution caractéristique : c'est-à-dire soudaineté du début qui a lieu dans la convalescence ou parfois longtemps après la période d'état. Intensité de la douleur particulièrement violente et aiguë, s'exaspérant la nuit. Durée des phénomènes inflammatoires ou de la suppuration qui peut dépasser de beaucoup tous les termes assignés à de pareilles affections.

Le début de la maladie pouvant se montrer longtemps après une fièvre typhoïde, son aspect simulant parfois d'autres processus pathologiques, le diagnostic en devient d'autant difficile.

Dans les cas embarrassants où le clinicien est arrêté par des symptômes frustes et peu probants, il est utile de faire intervenir le séro-diagnostic.

En principe, ces affections évoluent d'elles-mêmes vers la guérison. On s'adressera à la méthode sanglante dans les cas de suppurations nettement déterminées, pour empêcher la diffusion du pus.

Dans les cas contraires, l'attente, armée de tous les palliatifs pouvant s'appliquer aux indications fournies par l'évolution de la maladie, est la thérapeutique la plus rationnelle et la plus sage qu'il convient d'employer, l'organisme se débarrassant toujours, lentement il est vrai, de cette grave affection.

M. Sarda passe en revue les différents modes de traitement de la péritonite tuberculeuse. Le traitement médico-chirurgical, favorable dans les formes ascitiques, donnera moins de résultats dans les formes suppurées. Contre-indiqué dans les formes multiloculaires ascitiques ou suppurées.

On pourrait faire dans les formes sèches des injections de gaz. La ponction seule n'est souvent qu'un moyen palliatif ou un moyen de diagnostic, on la fait suivre ordinairement de l'introduction dans la séreuse de liquide aseptique, antiseptique ou de gaz. La ponction, avec lavage à l'eau chaude, a donné quelques résultats encourageants dans la forme ascitique.

M. Sarda propose la ponction suivie d'un lavage du péritoine avec l'eau oxygénée.

La ponction suivie de l'introduction d'air ou d'un des gaz qui le composent n'est pas à négliger, surtout dans les formes uniloculaires ascitiques et dans les formes sèches.

Le traitement chirurgical sera toujours appliqué dans la péritonite tuberculeuse aiguë, dans les formes suppurées à foyers multiples, dans les formes ascitiques multiloculaires, dans les formes mixtes.

Dans les formes ascitiques uniloculaires généralisées ou enkystées, ou dans les formes suppurées à exsudat libre, il ne viendra qu'après échec des deux modes de traitement précédents.

Urgente dans l'occlusion intestinale, la laparotomie pourra être précédée de grands lavements glycérinés ou de lavements électriques, si le malade peut encore attendre et lorsque le diagnostic de la forme d'occlusion pourra laisser soupçonner qu'il s'agit de paralysie intestinale.

Les lésions pulmonaires tuberculeuses dépassant le premier degré, les lésions pleurales aiguës, la néphrite, la fièvre élevée, le pouls à plus de 120, sont autant de contre-indications absolues de la laparotomie.

Le traitement médical ne fait qu'aider l'effort de la nature dans sa lutte naturelle contre l'infection tuberculeuse : il pourra donc y avoir des guérisons spontanées.

La ponction et la laparotomie agissent par les mêmes moyens :

Il faut être éclectique dans l'étude des théories émises pour expliquer l'influence de ces modes curateurs : suivant les diverses formes de péritonite tuberculeuse auxquelles on aura affaire, l'évacuation du liquide, la formation des adhérences, l'emploi des antiseptiques joueront un rôle particulier.

L'ablation des végétations est une opération bénigne et excellente au point de vue des résultats opératoires ainsi que le montre la statistique de 200 cas réunis par M. Rabat.

Dès que le diagnostic en a été établi et qu'il n'existe pas de contre-indication, on doit les traiter chirurgicalement, en se rappelant que tous les moyens médicaux sont impuissants à les faire régresser.

L'enfant jeune retire de l'opération des bénéfices rapides et complets; l'adulte, au contraire, à cause des complications plus avancées et parfois définitives, n'en retire qu'une amélioration imparfaite. Il faut donc opérer le plus tôt possible.

L'anesthésie au bromure d'éthyle pur doit être préférée à toutes les autres.

Le trop de précautions antiseptiques ne nuit jamais avant de commencer une opération; mais, pour cette opération, l'auteur juge inutiles les lavages naso-pharyngiens avant et après l'ablation.

L'enfant opéré doit éviter toute cause de refroidissement et d'infection. L'isolement pendant 15 jours est nécessaire dans un milieu suspect, pour donner à la plaie le temps de se refermer.

L'ablation des végétations n'a pas le caractère d'une grande opération. Elle n'implique pas la nécessité de se rendre à domicile, de même qu'elle n'exige pas le maintien au lit d'une manière régulière.

L'ablation seule ne suffit pas toujours à débarrasser le malade des symptômes qu'il accuse. Les complications nasales réclament, en particulier, des soins ultérieurs (cautérisations, ablation de la queue des cornets), de même que les troubles otiques, une fois leur cause première enlevée, deviennent justiciables du traitement ordinaire.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Une aiguille dans le cœur, par Le Fort (*Bull. Soc. cent. méd. du Nord*, 23 nov. 1900). — Le 6 octobre, à midi, un maître d'école amenait un jeune garçon de 11 ans, qui venait de s'enfoncer dans la poitrine une épingle, disait-il.

En faisant une chute, l'enfant avait senti pénétrer dans la paroi thoracique cette soi-disant épingle, qui avait été piquée dans ses vêtements. Il n'avait pas perdu connaissance.

A l'examen, on aperçoit sur la peau, à gauche de la partie inférieure du sternum, une tâche rougeâtre, formée de quelques gouttelettes de sang séchées sur les bords et siégeant à 25 millimètres de la ligne médiane, en dehors du sternum à 3 centimètres au-dessus de la pointe de l'appendice xiphoïde. Le corps étranger a disparu entièrement sous la peau. La région soulevée présente près de son centre un orifice punctiforme. Elle est animée de battements rhythmiques isochrones aux battements du cœur. Le mouvement communiqué est plutôt un mouvement de rotation ou de reptation qu'un mouvement de propulsion.

Le pouls est bon, le facies normal; la matité cardiaque n'a rien d'exagéré, les bruits sont bien frappés, la pointe du cœur bat normalement à sa place normale.

La pénétration cardiaque paraissait probable et l'extraction s'imposait.

Incision transversale à 1/2 centimètre au-dessus du point soulevé, et, coupant les tissus très obliquement, qui permet de rencontrer bientôt le corps étranger. La peau fut relevée de façon à dégager la partie externe, et la tête d'une aiguille parut librement, toujours animée de son mouvement complexe. La direction de l'aiguille était oblique en arrière, à gauche et en haut. A l'aide d'une pince, le corps étranger fut retiré doucement et le plus légèrement possible.

L'enfant fut transporté chez lui couché, maintenu au lit et dans l'immobilité complète; la diète absolue fut prescrite.

En quelques jours, guérison complète.

Dans cette observation, la pénétration de la paroi cardiaque ne laisse aucun doute. L'aiguille entière, mais très légèrement tordue à son extrémité, mesurait 40 millimètres, et sa direction indiquait une pénétration probablement assez profonde du ventricule droit. Il semble en outre que le mouvement compliqué de rotation et de propulsion, surtout quand ce mouvement a une grande amplitude, doit impliquer l'implantation cardiaque; le mouvement d'une aiguille enfoncée dans la paroi thoracique seule serait plutôt un mouvement de propulsion ou d'inclinaison. La pénétration avait eu lieu par le 5e espace intercostal.

On serait tenté de croire qu'une lésion de ce genre est de peu de gravité, et n'a guère de chances de causer d'accidents sérieux. Il n'en est rien. Sans doute, la simple piqûre du cœur n'est pas grave, le fait a été démontré par les physiologistes et utilisé en thérapeutique chirurgicale. On a fait non seulement la ponction du cœur (Kinloch, Dana, Fischer, Westbrook, Mills, Coats), mais encore la suture des plaies du cœur, parfois même avec succès.

Mais piquer le cœur avec une aiguille à suture ou une aiguille exploratrice est infiniment moins grave qu'implanter dans la paroi thoracique une aiguille qui pénètre dans le muscle cardiaque. La paroi maintient l'aiguille avec assez de fixité pour que l'organe se déchire au contact du corps étranger.

L'auteur rapporte 17 nouveaux cas relevés depuis 2 ans; avec 9 succès sur 24 opérations de sutures cardiaques.

Blennorrhagie ano-rectale; arthrite blennorrhagique des deux genoux et arthralgie du carpe du côté droit, par J. Braquehaye et J. Malignon (*Bulletin Hôp. civil français, Tunis*, n° 9, 1900, p. 273). — X..., 18 ans, entré à l'hôpital le 27 août, pour des excoriations douloureuses siégeant à la marge de l'anus.

Le 10 août, ayant fait la veille une très longue course à bicyclette, il fut pris de douleurs lancinantes du côté de l'anus s'accompagnant d'une gêne très grande pour la marche. Il resta 4 jours sans aller à la garde-robe et ressentit une douleur très vive au moment de la défécation. Le lendemain, il lui fut impossible de reprendre son travail et il dut rester au lit pendant 48 heures, avec de vives douleurs et une sensation de pesanteur à l'anus.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le malade présentait de la rougeur et des excoriations à la face interne des cuisses; le pourtour de l'anus était tuméfié, les plis rayonnés étaient augmentés de volume, rouges, œdématiés, et les sillons qui les séparent normalement étaient creusés d'ulcérations fissuraires. En pressant sur le pourtour de l'anus, on faisait sourdre quelques gouttes d'un liquide blanc jaunâtre tachant le linge. En distendant l'orifice anal, on voyait la muqueuse rectale rouge et érodée.

Le toucher rectal, extrêmement douloureux, donnait la sensation d'une muqueuse chaude, plissée et rugueuse. Le doigt ressortait humecté de pus.

Le suintement anal, qui se produisait même en dehors des selles, a toujours été d'un blanc laiteux parfois jaunâtre, mais jamais verdâtre. Le matin au réveil, le pansement en contenait une quantité plus grande que le soir.

Comme signes fonctionnels, on constatait de la chaleur à l'anus et des sensations désagréables, très légères au repos, mais s'exaspérant pendant la marche et surtout pendant la défécation. Celle-ci s'accompagnait d'une impression très pénible de déchirement et était suivie d'épreintes violentes qui persistaient plus d'une heure après la selle.

Le malade n'avait jamais souffert de l'anus jusqu'à ce jour. Il ne présentait ni hémorrhoïdes internes ni fistule. Les ganglions de l'aine n'étaient pas atteints. Les plis radiés, tuméfiés et douloureux, ne sont point indurés à leur base.

L'urèthre est complètement sain, la miction indolore et les urines claires.

Aucun signe de sodomie récente n'a pu être décelé, mais le malade a fait les aveux les plus complets sur ses habitudes de pédérastie passive et active.

Le 21 septembre, on lui fit, dans le service, une dilatation de l'anus sous le chloroforme et, les jours suivants, on pratiqua de grands lavages du rectum à l'eau boriquée et au permanganate de potasse.

A la suite de cette intervention, les douleurs de la défécation s'atténuèrent, mais, pendant les premiers jours, les selles s'accompagnèrent d'une certaine quantité de sang qui disparut bientôt. L'écoulement recueilli sur les pansements devint moins abondant et ne fut plus bientôt constitué que par une sérosité louche, non filante.

Quelques jours après, le genou gauche était globuleux, les dépressions latérales de la rotule étaient effacées et le cul-de-sac sous tricipital soulevé. La fluctuation était évidente et le choc rotulien d'une très grande netteté. Le côté droit était également pris, mais présentait des signes moins accentués. Le malade fut mis au lit et les douleurs disparurent.

Après avoir repris pendant 4 jours ses fonctions, il est rentré de nouveau à l'hôpital le 12 octobre.

L'hydarthrose du genou gauche est très manifeste; la tuméfaction est moins grande au genou droit.

Il accuse des douleurs persistantes dans les articulations carpiennes du côté droit.

Le pourtour de l'anus a conservé quelques rhagades en voie de guérison. Il s'écoule encore un peu de sérosité par l'anus.

Le malade a peu d'appétit, sa langue est saburrale et la température moyenne du soir est de 37,5

Traitement : repos au lit, massage des genoux; grands lavages du rectum à l'eau boriquée et au permanganate; pansement de l'anus à la gaze iodoformée.

Actuellement, 23 octobre, les lésions de l'anus et du rectum sont presque guéries. Il n'y a plus de rhagades et l'écoulement est insignifiant. L'épanchement des genoux est presque résorbé ce qui rend inutile l'arthrotomie. L'arthralgie du carpe droit a disparu.

MÉDECINE

Cas mortel d'empoisonnement par le sulfate de zinc, autopsie (A fatal case of poisoning with zinc sulphate, necropsy), par G. D, Mackintosh (*British med, Journ.*, t. II, 1900, 15 décembre, p. 1706). — Femme de 53 ans ayant avalé 2 heures auparavant une forte dose de sulfate de zinc. Elle se plaint de douleurs intenses dans l'estomac et l'intestin, de faiblesse, de refroidissement, dans les membres; le pouls est irrégulier; sueurs froides. L'auteur administra une forte quantité de carbonate de soude dilué dans l'eau tiède. Il s'ensuivit des vomissements d'un liquide blanchâtre montrant la présence de carbonate de zinc.

La malade mourut néanmoins dans le collapsus 20 heures après.

L'autopsie révéla que la mort était due au shock, suite de l'inflammation intense et étendue de la muqueuse gastro-intestinale. La quantité de zinc absorbé était d'une once.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Février 1901.

Hématémèses appendiculaires.

M. Dieulafoy communique les observations d'un certain nombre de malades qui ont présenté des hématémèses au cours d'une appendicite. Ce serait là, d'après l'orateur, une complication assez fréquente de cette maladie, puisqu'il en a observé six cas depuis moins d'un an et que plusieurs auteurs ont publié des faits semblables.

Ces hématémèses sont habituellement précédées de nausées et de vomissements bilieux; elles frappent les enfants aussi bien que les adultes, se renouvellent deux ou trois fois à d'assez courts intervalles et se terminent le plus souvent par la mort. La quantité de sang rendue à chaque vomissement est toujours considérable, elle atteint 200, 300 et jusqu'à 800 grammes. Le sang est rejeté tantôt à l'état liquide, tantôt sous forme de caillots d'une coloration noir foncé.

C'est presque exclusivement chez les malades qui ont été opérés trop tard que surviennent ces hématémèses. Cette complication n'est, en effet, que la conséquence d'une infection généralisée, et ce qui le prouve c'est qu'elle est habituellement précédée d'autres accidents généraux d'origine manifestement toxi-infectieuse (teinte ictérique ou subictérique de la peau, urobilinurie, albuminurie, etc.). C'est au retentissement de cette toxi-infection sur la muqueuse de l'estomac qu'il faut, en effet, attribuer ces hémorrhagies qui reconnaissent comme cause immédiate une ou plusieurs petites ulcérations situées ordinairement au voisinage du pylore.

La conclusion qui se dégage de ces faits, c'est que l'appendicite est une maladie toxi-infectieuse qui menace l'économie tout entière à plus ou moins brève échéance, et que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que la suppression du foyer infectieux a été effectuée plus tôt.

De la macrodactylie.

M. Boinet (de Marseille) adresse une note tendant à démontrer que la macrodactylie n'appartient pas seulement à la tératologie, mais qu'elle peut être également considérée à juste titre comme relevant de la pathologie.

A l'appui de cette opinion, l'auteur relate plusieurs observations qui prouvent que les doigts hypertrophiés, tout en se développant d'une façon progressive, subissent un accroissement relativement plus rapide que les doigts correspondants. La macrodactylie coïncide, en outre, presque toujours avec l'hypertrophie d'autres organes, et elle s'accompagne à la longue d'altérations osseuses que la radiographie permet de mettre en lumière.

Rarement héréditaire, la macrodactylie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, à la main droite qu'à la main gauche, et elle occupe de préférence le médius et l'index. Dans la moitié des cas seulement elle existe à l'état d'infirmité isolée.

De la nécessité à Paris des revaccinations.

A l'unanimité, l'Académie vote le texte ci-dessous présenté par **M. Léon Colin**;

« Vu la persistance de la variole à Paris et dans sa banlieue, l'Académie de médecine estime que les mesures recommandées par M. le Préfet de police conservent tout leur caractère d'utilité, et qu'il importe à la population de continuer à profiter des ressources mises à sa disposition pour la pratique des revaccinations. »

La mortalité en France de 1886 à 1898.

M. Henri Monod communique les renseignements démographiques recueillis de 1886 à 1898 dans les villes de plus de cinq mille habitants, dont l'ensemble représente à peu près exactement le tiers de la population. De ces chiffres il ressort :

1° La diminution constante du taux de la natalité, compensée par une diminution, légèrement supérieure, du taux de la mortalité;

2° La constante immigration des campagnes vers les villes;

3° La décroissance sensible de la mortalité par maladies épidémiques;

4° La proportion, à peu près stationnaire, des décès dus à la tuberculose;

5° Le taux considérable de la mortalité enfantile.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des hémorrhagies bronchiques par le sérum gélatiné (1),

D'après M. le Dr J. Demange.

Les injections de sérum gélatiné n'ont pas été tentées seulement dans le traitement des anévrysmes, on les a employées contre les différentes hémorrhagies, et, dans les hémoptysies en particulier, elles ont donné d'heureux résultats.

Frankel, Klemperer, Burghart, Cotinesco, Baummeister en rapportent des observations.

Dans le service de M. le professeur Spillmann, M. Demange

1. *Revue médicale de l'Est*, 15 nov. 1900.

a eu l'occasion de traiter par la gélatine trois malades atteintes de bronchectasies avec hémorrhagies fréquentes. Les effets ont été excellents. L'une des trois malades qui, par suite de ses hémorrhagies, était tombée dans un état de cachexie profonde, a repris actuellement ses occupations et les hémoptysies ne se sont plus reproduites depuis le début du traitement.

L'auteur emploie un sérum gélatiné stérilisé à 5 o/o et en injecte tous les deux jours 50 centimètres cubes. Cette dose est parfaitement supportée. Il importe pour favoriser l'action de la gélatine que le malade garde le repos au lit et soit mis à un régime alimentaire très léger, de préférence lacté.

Le citrophène, ses propriétés antipyrétiques et antinévralgiques,

D'après M. le Dr E. Muller (1).

Le citrophène est un citrate de monophénétidine découvert récemment par le Dr J. Roos.

C'est une poudre blanche à saveur légèrement acidulée, soluble dans 250 parties d'eau froide et dans 50 parties d'eau bouillante, facilement soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique. L'alcool n'en dissout qu'une faible proportion; son point de fusion se produit à 186°.

Elimination. — Vingt minutes après l'absorption du citrophène, la paraphénétidine peut être décelée dans les urines par le perchlorure de fer. Sous l'action de quelques gouttes de ce réactif, les urines prennent la couleur du vin de Bourgogne et à mesure que la paraphénétidine s'élimine, la couleur s'accentue et bientôt le liquide prend une teinte rouge foncé.

Ce nouveau produit est un antipyrétique et un antinévralgique des plus efficaces et des moins dangereux; il remplace avantageusement dans la plupart des cas l'antipyrine, la migrainine, la phénacétine et les salicylates.

Beaucoup de cliniciens l'ont employé avec le plus grand succès et lui ont reconnu de grands avantages.

Le citrophène, de l'avis de tous les médecins qui en font usage, est un médicament antipyrétique et antinévralgique d'une efficacité très rapide.

Posologie. — Adultes, 3 fois 0 gr. 50 à 1 gr. par 12 heures.
Enfants, 3 fois 0 gr. 20 à 0 gr. 30

Usages thérapeutiques. — Administré à la dose de 0 gr. 50 le citrophène produit une action calmante et procure un sommeil tranquille et réparateur.

Contrairement à tous les autres produits similaires, sa saveur aigrelette et fraîche est agréable et en rend l'usage facile chez les enfants.

M. le Dr Pinggera a expérimenté le citrophène dans le service de M. le professeur de Leube, à Würzbourg. Les résultats de ses observations ont été exposés dans une thèse très documentée.

Le citrophène était bien supporté; en général, les malades en ressentaient assez rapidement les bons effets, ce médicament ne déterminait ni cyanose de la face, ni bourdonnement d'oreilles, ni maux de tête.

Chez un certain nombre de malades atteints de phthisie pulmonaire à différentes périodes de développement, M. le Dr Pinggera a pu constater :

1° Qu'il y avait toujours un effet antipyrétique et qu'on obtenait quelquefois, par l'administration peu prolongée du citrophène, de l'apyrexie pour quelque temps;

2° Que l'état général n'était pas troublé par l'administration du citrophène;

3° Qu'aucune influence nocive n'a été exercée sur l'appareil digestif.

Cependant l'auteur fait observer que les sueurs assez abondantes qui surviennent fréquemment après les premières doses fatiguaient quelquefois les malades.

Le Dr Pinggera a encore expérimenté avec succès le citrophène dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu. Il résume ainsi ses observations sur les avantages et l'effet du citrophène dans les rhumatismes :

1. *Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 4, 1900.

1° Le citrophène, quoiqu'il n'ait pas d'effet spécifique contre les rhumatismes, rend dans quelques cas de très grands services;

2° Il n'a pas d'effet fâcheux sur le cœur;

3° Il n'occasionne pas de symptômes accidentels désagréables, comme maux de tête, bourdonnements d'oreilles, néphrites, vomissements ou manque d'appétit, que l'on observe souvent après l'administration du salicylate de soude.

En tout cas, dit-il, on doit recommander l'emploi du citrophène surtout chez les personnes qui sont atteintes tous les ans de rhumatisme articulaire et dont le corps s'est déjà un peu habitué au salicylate de soude, à l'antipyrine et à la phénacétine.

Le Dr Heidingsfeld, médecin à Blootzheim (Haut-Rhin), a administré le citrophène dans des névralgies du trijumeau et dans un certain nombre d'effections fébriles; dans la *Deutsche medicinal Zeitung*, 1895, page 91, après avoir exposé ses expériences et les résultats obtenus, il appelle l'attention de ses confrères sur le citrophène qui, d'après lui, est un médicament antifébrile et antinévralgique excellent, que l'on peut administrer sans aucun inconvénient.

M. le Dr Homberger a employé le citrophène à l'Allerheiligenhospital, à Breslau, dans le service du professeur Buchwald; dans la *Deutsche Medicinalzeitung*, 1896, n° 76, il donne des courbes de température qui démontrent d'une façon absolument convaincante les propriétés antipyrétiques de ce médicament.

Ses observations concordent bien avec celles des Drs Bénario et Pinggera.

L'auteur résume ainsi ses conclusions :

Le citrophène fait tomber rapidement la température avec des doses de 0 gr. 50;

Les symptômes accidentels ne sont pas observés;

Le citrophène, à la dose de 0 gr. 50 répétée 4 fois par jour, donne de bons résultats dans le rhumatisme articulaire aigu et dans les névralgies;

Le citrophène excite souvent l'appétit et est bien aimé des malades, à cause de son goût rappelant l'acide citrique.

Dosage : Adultes, par jour, 3 fois 0 gr. 50 à 1 gr.
Enfants, par jour, 3 fois 0 gr. 20 à 0 gr. 30.

Le Dr Freudenberg, à Dresde, relate dans le *Frauenzart*, 1899, n° 10, page 6, les usages thérapeutiques du citrophène.

Le citrophène a été recommandé par des autorités médicales, à la suite d'expériences cliniques, comme spécifique du rhumatisme articulaire, comme fébrifuge dans toute sarte de congestions et comme calmant excellent dans différentes douleurs nerveuses.

Pour M. Müller, son emploi est tout ce qu'il y a de plus sûr et efficace, ensuite jamais de symptômes alarmants ne se présentent. C'est surtout ce dernier point qui lui permettra de l'emporter sur l'antipyrine.

M. Müller a administré le citrophène dans des cas de migraine et dans des cas de névrose dont l'origine était tantôt des troubles des organes génitaux, tantôt des troubles de l'estomac et des intestins; toujours il a eu des résultats satisfaisants. Le citrophène a même été employé avec succès dans des cas d'insomnie nerveuse.

Le médicament est sans aucun danger et est supporté même par un estomac très délicat. Le goût agréable (goût de l'acide citrique) facilite son emploi.

Du traitement de la syphilis par les injections du sérum bichloruré,

Par M. Bailey (1).

Il n'est actuellement pas de syphiligraphe qui n'ait recours aux injections dans le traitement des accidents syphilitiques : pour certains, c'est la méthode de choix ; d'autre ne s'en servent que dans les cas graves, quand il importe de mercurialiser le malade vite et d'une façon active. Bref, tout le monde reconnaît

1. *Gaz. méd. de Picardie.* Déc. 1900.

que la méthode des injections possède une efficacité et une rapidité d'action plus grandes que les autres procédés.

On a injecté un très grand nombre de préparations mercurielles : toutes ont leurs partisans et leurs détracteurs.

Tout d'abord, quelques mots sur la façon de pratiquer les injections mercurielles, quelles qu'elles soient.

Il faut choisir une région du corps où le revêtement musculaire soit épais. De plus, il faut que cette région soit médiocrement vascularisée et peu exposée aux frottements et aux chocs répétés. Trois régions surtout sont favorables, ce sont :

1° L'ensellure lombaire, de chaque côté du rachis;

2° La région rétrotrochantérienne ; c'est le point de Smirnoff;

3° Un point situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter et d'une ligne verticale séparant le tiers interne de la fesse de ses deux tiers externes ; c'est le point de Galliot.

Les précautions d'asepsie doivent être minutieuses : la seringue doit être bouillie dix minutes; — l'aiguille, de préférence une aiguille en platine, doit être flambée; — la toilette de la peau est faite d'une façon parfaitement suffisante, par une friction énergique, avec un tampon d'ouate imbibé d'éther.

On enfonce l'aiguille perpendiculairement à la peau, de 4 centimètres 1/2 environ; et l'on attend un instant avant d'ajuster la seringue. S'il n'y a pas d'écoulement sanguin par la canule de l'aiguille, c'est que sa pointe n'est pas dans une veine, et toute menace d'embolie est écartée. L'injection doit être poussée très lentement, de façon à éviter la douleur qui serait occasionnée par la distension trop brusque du tissu musculaire.

La thérapeutique antisyphilitique par injections est scindée en deux méthodes. La méthode des injections insolubles, encore appelées injections rares, injections massives, consiste à introduire dans l'organisme, à intervalles éloignés, une certaine quantité de sel mercuriel insoluble, qui sera utilisé peu à peu, de telle sorte que, pendant un certain temps, le sujet sera maintenu sous l'influence du mercure.

La méthode des injections solubles consiste à introduire dans l'organisme une petite quantité d'un sel soluble, qui, immédiatement absorbée, devra être renouvelée à intervalles rapprochés, pour que le sujet soit constamment mercurialisé.

Parmi les injections insolubles, celles qui sont de beaucoup les plus employées sont : l'huile grise et le calomel. La faveur dont jouissent ces préparations est méritée : ce sont, en effet, des procédés de mercurialisation très actifs et très prompts. Sous leur influence, on voit souvent des lésions restées rebelles aux traitements par ingestion, céder à quelques piqûres.

A côté de ces avantages précieux, il faut signaler les inconvénients : d'abord la douleur, surtout fréquente et marquée, avec le calomel. C'est vers le troisième ou quatrième jour, que le foyer devient le siège de sensations que les malades comparent à un choc violent qui serait permanent.

Le grand danger est la stomatite, surtout menaçante avec l'huile grise, dont le dosage est délicat. Il arrive assez souvent ceci : autour du foyer de l'injection, il se produit une violente inflammation; le mercure s'enkyste, devient corps étranger inerte. Sous une influence quelconque, le kyste se rompt ; il y a utilisation immédiate de mercure qu'il contenait en même temps que de celui qui a été introduit par des injections ultérieures. Il en résulte des injections ultérieures. Il en résulte des stomatites épouvantables.

Parmi les sels solubles employés en injections, les plus couramment employés sont le biiodure et le cyanure. L'emploi de ces sels réduit au minimum les inconvénients des injections : les phénomènes douloureux surviennent rarement et ne sont jamais rien de plus qu'un simple endolorissement. — La stomatite est fort rare, ce qui se conçoit aisément étant donnée la faible quantité de mercure introduite dans l'organisme (4 milligr. pour le biiodure; 1 centigr. pour le cyanure).

Le seul reproche que l'on puisse faire à ces injections, c'est que c'est un traitement assujettissant, fastidieux pour le médecin, ruineux pour le malade.

Le sérum bichloruré de Chéron est une injection soluble, mais faite à intervalles éloignés. M. Dieupart, élève de M. Chéron, a publié une thèse où il fait la critique de 250 de ces injections faites par lui dans le service de M. Du Castel, à l'hôpital Saint-Louis.

Voici comment il recommande de préparer ce sérum ; dans un ballon de verre stérilisé, on introduit :

Bichlorure de mercure.	0 gr. 50
Chlorure de sodium.	2 gr.

On ajoute ensuite l'eau distillée bouillante :

Eau distillée bouillante.	200 gr.

Quand la solution est complètement refroidie, on ajoute :

Acide phénique neigeux.	2 gr.

La quantité de sérum à injecter chaque semaine est de 20 centimètres cubes, soit : 5 centigrammes de sublimé.

Cette quantité qui, à première vue semble faible, suffit néanmoins largement à imprégner le malade. Des recherches ont décelé dans l'urine la présence de mercure huit jours après une injection.

Les résultats thérapeutiques sont des plus encourageants : M. Dieupart a traité 70 malades par 250 injections. Tous ces malades ont été soignés jusqu'à disparition complète des accidents qu'ils présentaient, et parmi ces accidents, certains étaient des plus graves; quelques-uns avaient résisté à d'autres méthodes de traitement. Il ressort donc qu'en moyenne il a fallu trois injections et demie par malade pour amener la guérison.

De plus, les injections de sérum bichloruré sont fort bien tolérées. L'injection, pourvu qu'elle soit faite en plein muscle et très lentement, est à peu près indolore. Les douleurs tardives sont rares : sur 250 injections, il y a eu seulement 13 fois des phénomènes douloureux qui, d'ailleurs, n'ont jamais été assez intenses pour condamner les malades au repos. Quatre fois seulement, M. Dieupart a observé une stomatite légère d'ailleurs, et qui n'a interrompu que momentanément le traitement. Cela tient sans doute à la nature du sel injecté : tout le monde sait que le sublimé est de tous les mercuriaux le moins funeste aux gencives.

En résumé, d'après la statistique consciencieuse et déjà vaste dressée par M. Dieupart, le sérum bichloruré se présente comme un agent de mercurialisation pouvant soutenir la comparaison avec les injections insolubles les plus actives : il est aussi bien toléré que l'huile grise et, par contre, d'un maniement beaucoup plus facile; il est aussi actif que le calomel, mais bien moins pénible pour les malades.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

L'enseignement de la Médecine. Opinions de province.

Selon ma promesse, je résume les divers documents parus depuis 3 mois, sur ce qui intéresse l'enseignement médical.

J'ai cité à diverses reprises un article où M. le professeur **Truc** (de Montpellier) a étudié notre régime scolaire. En voici l'analyse (*Rev. de méd.*, 10 nov. 1900).

Après avoir montré quels grands progrès ont été faits dans l'organisation plus universitaire, plus scientifique de notre enseignement, M. Truc déclare d'abord « qu'on a peut-être tenu plus grand compte, dans l'ensemble (des nouveaux programmes), de l'instruction scientifique que de l'instruction médicale, et un peu oublié, semble-t-il, la juste proportion à établir, dans les Facultés, entre l'enseignement supérieur et l'enseignement professionnel ». Pour l'instruction professionnelle on n'obtient « que des résultats défectueux ».

M. Truc désire d'abord que la scolarité soit augmentée d'un an : soit cinq années effectives, avec inscriptions, au lieu de quatre. J'ai inséré dans la *Gazette* le programme que M. Truc propose pour les 5 années, avec les examens correspondants.

M. Truc insiste sur la nécessité de 5 ans de stage continu, car pour les médecins « science et profession sont choses simultanées ». Pour donner tout de suite au futur étudiant une orientation médicale, le programme dn P. C. N. devrait comprendre quelques notions d'anatomie comparée, d'embryologie et de physiologie générale élémentaire. Il convient de limiter à la première année l'étude de l'anatomie « chaque partie principale de la médecine, avec les sciences accessoires qui s'y rapportent, peut et doit être étudiée ou enseignée dans l'année scolaire correspondante. La pathologie générale élémentaire doit être enseignée d'emblée, en cours d'hôpital au besoin, aux élèves de première et de deuxième année ».

Quant au personnel enseignant, voici ce qu'en pense M. Truc.

Les aides et préparateurs sont pris au choix.

Les chefs de clinique et de travaux pratiques devraient être choisis le plus possible parmi les agrégés et appliqués plus largement à l'enseignement propédeutique.

La situation actuelle des agrégés est insuffisante et incertaine. Le mieux serait de faire de l'agrégation une carrière : après 6 ans de stage (3000 francs d'appointements), on serait nommé définitivement agrégé jusqu'à 60 ans (3500 francs) ou professeur dans une école ; en cas d'insuffisance, on pourrait être exclu de l'enseignement. Cela vaudrait mieux que de prolonger les agrégés pour des périodes successives de 3 ans : mais ce dernier système, applicable tout de suite, pourrait servir de préparation au système meilleur de l'agrégation carrière. L'agrégé stagiaire remplirait les fonctions actuelles de suppléant et d'examinateur, au besoin de chef de clinique et de chef de travaux. L'agrégé définitif serait chargé d'un cours personnel, qu'il continuerait généralement s'il devenait professeur-adjoint ou titulaire.

On recruterait d'ordinaire les adjoints parmi les agrégés, et toujours les titulaires parmi les adjoints. L'enseignement initial serait généralement continué et la titularisation attribuée non à la chaire, mais à la personne.

Enfin M. Truc souhaiterait que, le plus possible, les cours fussent rétribués par les élèves.

Le *Bulletin médical* a reproduit ce travail, en demandant sur lui l'avis des divers doyens de province et directeurs d'écoles. Voici le résultat de cette consultation.

1° **M. Bousquet**, directeur de l'Ecole de Clermond-Ferrand (numéro du 15 décembre 1900). M. Truc ayant émis incidemment l'opinion que les écoles secondaires (1) étaient vouées à la disparition, les écoles de plein exercice devant être érigées en Facultés, les écoles préparatoires devant s'éteindre, M. Bousquet pense, au contraire, que l'avenir est d'instituer un enseignement à deux degrés ; en trois ans, l'étudiant apprendrait dans les petits centres la partie « métier » bien mieux qu'à la grande ville où il trouverait, pour les deux dernières années, un enseignement supérieur, une Faculté qui serait une école de perfectionnement.

M. Bousquet est d'avis qu'il faut 5 ans et non 4 de scolarité. Le P. C. N. préalable est, en principe, une bonne chose, mais on a eu tort de l'attribuer aux Facultés des sciences et de ne pas imprimer tout de suite aux élèves une direction médicale. M. Bousquet partage à peu près toutes les opinions de M. Truc sur le stage, la répartition des examens; il s'élève seulement contre l'idée de restreindre la dissection à un semestre, et c'est un point sur lequel, comme nous, il est d'accord avec tous les autres correspondants du *Bulletin médical*. Pour terminer, il rappelle que, dans une boutade, P. Broca proposait de remplacer la thèse par une épreuve d'équitation, qui serait tout aussi probante.

Voici la phrase finale de M. Bousquet : « Pour l'instant, il est bien inutile de nous mettre l'esprit à la torture, car nous sommes persuadés que le plus grand nombre pensera que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et que le professeur de Montpellier et le directeur de Clermont-Ferrand pouvaient se dispenser de donner des conseils à ceux qui n'en ont que faire et employer leurs loisirs d'une manière plus utiles. »

(1) J'ai dit explicitement dans un article précédent que ce terme n'a plus de sens administratif.

2° **M. H. Henrot**, directeur de l'Ecole de Reims (19 décembre 1900), est lui aussi persuadé (comme tous ses collègues, et les doyens de Lille et de Toulouse) que les Ecoles préparatoires devraient rendre de grands services. Il fait remarquer avec grande justesse qu'il faudrait, par une sélection rigoureuse au début, nous débarrasser de tous les indifférents, élèves médiocres, qui cherchent seulement dans la médecine un procédé pour ne faire qu'un an de service militaire et qui sont la cause principale de l'encombrement si déplorable de notre profession. Pour le praticien, le fait capital est la solidité des études anatomiques et cliniques; pour le reste, il faut distinguer ce qui est utile à l'enseignement professionnel et à l'enseignement supérieur d'une élite. Il ne faut pas chercher à faire de tous les médecins des savants.

3° **M. Deroye**, directeur de l'Ecole de Dijon (22 décembre 1900), regrette la suppression des examens de fin d'année. Quand on est en contact avec les jeunes docteurs, on constate qu'ils n'ont pas, de loin, le sens clinique des vieilles générations médicales : ils ont « bachoté » des examens au lieu de mûrir des connaissances. Il faut simplifier ce qui, pour les simples praticiens, doit être enseigné de chimie, physiologie, etc., et développer, au contraire, l'étude de ces sciences dans un véritable enseignement supérieur. Mais cela n'est utile qu'à environ 10 p. 100 des étudiants. Les autres seront des praticiens modestes, mais des plus utiles, auxquels il faut donner une solide instruction clinique : et pour cela on doit les obliger au stage « continu » pendant toute la durée de leurs études. Et pour ceux-là, peu fortunés, l'augmentation de la scolarité serait une charge trop lourde. Dans son ensemble, sauf pour l'anatomie, M. Deroye approuve le programme proposé par M. Truc, mais avec conservation de la thèse.

4° **M. Chénieux**, directeur de l'Ecole de Limoges (29 décembre, 1900) déclare d'abord qu'aucune réforme n'aboutira « tant qu'on ne donnera pas aux Facultés et aux Ecoles l'autonomie et la liberté, avec un jury d'Etat comme sanction de l'enseignement et garantie pour la santé publique ». Il est inutile d'introduire dans le programme du P. C. N. l'embryologie et la physiologie générales; il est inutile de prolonger la scolarité, actuellement très suffisante pour les étudiants laborieux. L'anatomie est trop négligée et « on l'ignorera totalement parce qu'on ne l'aura apprise et oubliée qu'une seule fois ». Stage hospitalier de 4 années; suppression des cours théoriques, transformés en leçons de choses.

5° **M. F. de Lapersonne**, doyen de la Faculté de Lille (5 janvier 1901), est partisan de l'agrégation fonction prolongée, « facilement réalisable avec notre organisation actuelle, qui peut durer encore assez longtemps ». Le P. C. N. est d'une utilité indiscutable, mais il n'est pas assez une préparation à l'entrée dans une Faculté de médecine. « Les élèves devraient *surtout* étudier les éléments d'anatomie, d'embryologie et de physiologie. » A la Faculté de Lille « comme les règlements y autorisaient », *le stage commence dès la première année*, et M. de Lapersonne souhaite que la 5e année soit consacrée, avec 4 inscriptions, à « un stage de revision ». Examen à la fin de chaque semestre par le professeur d'un cours et les chefs de travaux. Thèse facultative.

6° **M. R. Brunon**, directeur de l'Ecole de Rouen (12 janvier 1901). L'année de P. C. N. pourrait être employée à des travaux plus utiles au médecin. Il faut 5 ans de scolarité. Deux semestres d'anatomie sont le minimum insuffisant. Le stage « devrait s'étendre sur tout le cours des études. Pour la grande majorité des étudiants, il n'existe pas dans la Faculté de Paris. Les internes, les externes *suivent* seuls les malades, les autres assistent de loin et en parlant de leurs propres affaires, à la visite ». Les examens *de passage* étaient extrêmement utiles. Les Ecoles préparatoires devraient être mieux outillées pour donner le vrai enseignement professionnel : en particulier elles possèdent assez de cadavres pour cela. Aux Facultés devrait appartenir le haut enseignement scientifique, le « perfectionnement des études ». Pour y arriver, édicter le moins de

règlements possible, donner la plus grande liberté à chaque Ecole ou Faculté, organiser un corps d'examinateurs « indépendants, compétents, impartiaux ».

7° **M. Auvray**, directeur de l'Ecole de Caen (19 janvier 1901). Les écoles de plein exercice, loin d'être érigées en Facultés, devraient redevenir écoles préparatoires, lesquelles sont fort utiles. Les cours théoriques sont à supprimer. « L'invasion des sciences dites accessoires dans le domaine de la médecine pure a rendu et rend tous les jours des services qu'on ne saurait méconnaître, mais il ne faut pas se laisser entraîner à l'exagération; leur étude approfondie ne peut être entreprise que par ceux qui désirent se spécialiser dans cette voie, les autres doivent se borner aux applications médicales, qui seules leur serviront dans l'avenir. » Scolarité de 4 années, avec examens de fin d'année; 5 examens de doctorat passés en 5° année, après la 16° inscription; suppression de la thèse, exigée des « docteurs ès sciences médicales » qui concourraient seuls pour être agrégés et suppléants d'écoles. La dernière année de scolarité serait seule faite obligatoirement faite dans une Faculté. « L'enseignement doit être avant tout pratique, et le stage hospitalier doit être obligatoire depuis le début jusqu'à la fin de la scolarité ».

8° **M. Bordier**, directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble (30 janvier 1901). Les écoles préparatoires, qui ont survécu à l'officiat, devraient être développées pour *préparer* réellement les élèves à l'enseignement *très* supérieur donné dans les Facultés, ou l'on enverrait, pour deux ans, à la conquête du *doctorat* des *bacheliers* et *licenciés* en médecine. L'enseignement du P. C. N. est tel, que l'étudiant « commence la médecine sans la moindre teinture biologique; il vaudrait mieux faire faire cette première année dans une école préparatoire, avec sanction d'un examen de fin d'année. Il faudrait doubler le stage d'un service de garde à l'hôpital, sous la direction des internes. La thèse, réduite à une observation personnelle et argumentée avec soin, est à conserver. Avec cette graduation d'études et d'examens, l'étudiant pourrait s'imprégner de l'essence de l'enseignement médical supérieur au lieu d'être, comme aujourd'hui « un chef-d'œuvre de culture hâtive ».

9° **M. Caubet**, doyen de la Faculté de Toulouse (6 février 1901). Le P. C. N. exclusivement scientifique remplace très avantageusement l'ancien baccalauréat restreint. « A la Faculté de médecine, les applications médicales de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle tiennent une grande et légitime place; ici, un programme rationnel sera facile à trouver, les professeurs étant médecins, et ne risquera pas de verser dans la science pure. Si le professeur de physique est en même temps le chef du service électrothérapique et radiographique des cliniques, comme à Bordeaux, à Toulouse et peut-être ailleurs; si le professeur de chimie biologique dirige en même temps le laboratoire de chimie pathologique des hôpitaux, la subordination nécessaire de la théorie à la pratique, du laboratoire à la clinique, sera acceptée, et tout danger disparaîtra de perdre de vue le côté professionnel pour la spéculation pure. »

Un 3° semestre de dissection serait utile, avant l'examen de pathologie externe et anatomie topographique. En physiologie, les travaux pratiques doivent consister en des démonstrations faites aux élèves autour de la table d'expériences, et non en une « expérimentation directe par les étudiants, qui risquerait de tourner aux puérilités de la science amusante ».

« En physique, en chimie, quelques manipulations pour accompagner le cours magistral, puis pour porter le principal effort à l'hôpital, par les applications cliniques de l'électricité, de l'ophthalmoscopie, de la réfraction; sur les recherches ressortissant aux services des malades et provoquées par les hasards de la clinique. »

Trois ans de stage sont insuffisants : d'ailleurs le décret en prescrit trois ans *au moins*. Il faut, comme à Lille, l'organiser dès la première année et, *comme à Toulouse imposer, après un échec au 5° de doctorat, 3 mois de stage supplémentaire dans la clinique correspondante*. Il faut en outre, en 5° année, faire faire du stage dans les cliniques spéciales.

Les Facultés depuis quelques années font des efforts pour « rester pratiques, et endiguer les sciences pures, qui auraient pu submerger l'enseignement professionnel.

Laissez-leur prendre un pied chez vous... »

A Toulouse, pour concilier tous les besoins, la Faculté a en particulier décidé qu'avant l'examen de physiologie, le 2° semestre serait consacré aux cours et manipulations de physique et chimie biologiques; et en 4° année reparaissent *dans les laboratoires des hôpitaux* les exercices pratiques correspondants; *avec application directe* aux malades observés dans les salles.

A côté de cet enseignement professionnel, les Facultés doivent se préoccuper de l'enseignement supérieur. « Ce dédoublement de la personnalité est possible pour beaucoup de professeurs; la collaboration de jeunes collègues — les agrégés — le rendrait au besoin complètement réalisable pour tous. »

L'enquête ci-dessus démontre que si je suis, comme on tend à l'insinuer, un agité un peu aliéné, le jour où l'on m'aura fait enfermer ,j'aurai comme voisins de cabanon un nombre respectable de directeurs d'Ecole et même de doyens. Tous émettent sur la distinction de deux enseignements, supérieur et élémentaire, les mêmes idées que moi; de même sur le rôle des sciences accessoires et de la science pure dans ces deux enseignements. Voyez en particulier le programme bien spécifié à ce sujet par M. Caubet (de Toulouse) : il est difficile de dire plus clairement que, comme à Bordeaux et à Toulouse, d'après ce que nous apprend M. Caubet, nos professeurs de physique et de chimie doivent se plier aux exigences de la médecine et de son enseignement professionnel. Comme à Toulouse, organisez dans les laboratoires des cliniques, sous la direction de nos professeurs et agrégés devenus aptes à cette besogne, des manipulations d'électricité, d'ophthalmoscopie, de chimie urinaire, etc., appuyées sur l'étude des malades correspondants : tout ce qu'on fera dans ce sens sera parfait. Tout ce qu'on fera, *pour l'enseignement professionnel*, de science spéculative, sera mauvais. Le stage en première et même en 5° année, voilà encore ce que nous recommandent tous les doyens et directeurs, et même mon vieux camarade de Lapersonne ose se vanter d'avoir réalisé cette idée qu'à Paris on trouve stupide. Et un autre de mes camarades, R. Brunon (de Rouen), a l'audace d'affirmer qu'à Paris le stage « n'existe pas ». Même accord sur l'utilité des examens de passage ou de fin d'année.

Il m'a été dit, le 6 février 1893, par quelqu'un de très haut placé, que j'avais été mal renseigné, car *pour le prochain semestre d'été*, l'horaire non encore affiché des travaux pratiques *allait* laisser les matinées libres. Comme on pourrait répandre ce bruit, je ferai remarquer que les discussions actuelles ont eu pour origine la délibération des chirurgiens des hôpitaux, en date du 14 novembre 1900, *sitôt l'affichage du programme d'hiver*, avec matinées occupées en travaux pratiques. Mon plus cher espoir est d'être « mal renseigné » pour le futur programme d'hiver 1901-1902.

Il est venu à mes oreilles qu'on a, il y a quelques jours, traité mes articles de tissus d'erreurs. Sur les faits où ma mémoire seule est en cause, je veux bien, quoique je puisse en démontrer pas mal. Mais pour les chiffres, dates, budgets, séries d'examens, etc., j'aimerais assez à ne pas être accusé d'inexactitude, car il me serait très facile de prouver que tout cela a été copié ou même directement composé sur des documents *officiels*.

A. B.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Adipose douloureuse; autopsie; examen histologique.

D'après F. X. Dercum (1).

Les cas d'adipose douloureuse publiés jusqu'ici ne sont pas nombreux (Dercum, Henry, Ewald, Spiller, Eshner, Giudiceandrea, Collins); aucun n'a été l'objet d'une autopsie suivie d'un examen histologique détaillé.

A ce point de vue les deux cas suivants sont intéressants; dans l'un il s'agit de la première malade observée (Dercum, 1888), et il n'est pas inutile de rappeler son histoire clinique.

La malade était une femme qui, vers l'âge de 40 ans, commença à augmenter de poids en même temps qu'elle présenta des symptômes douloureux. Ce furent d'abord les bras qui grossirent, tandis qu'ils devenaient le siège d'élancements, de brûlures. L'adipose envahit les épaules, le dos, les côtés de la poitrine; aux bras et sur le dos, elle en vint à former d'énormes masses pendantes. La peau n'était pas modifiée.

Partout où l'adipose existait, la pression sur la peau était très douloureuse; la pression sur les troncs nerveux était plus supportable. Les muscles ne semblaient pas envahis par la graisse; l'exploration électrique aux bras et aux épaules ne donna pas de résultat à cause de l'épaississement sous-cutané qui rendait considérable la résistance au courant; aux avant-bras qui n'étaient pas chargés de graisse, on nota quelques légères altérations de la contractilité musculaire; aux mains existait distinctement la réaction de dégénérescence pour les muscles des groupes thénar et hypothénar.

La sensibilité tactile était irrégulièrement diminuée aux membres supérieurs et à la jambe gauche; pas de modifications de la sensibilité à la chaleur. Pas de troubles de la marche, mais abolition des réflexes rotuliens et hypo-esthésie de la plante du pied.

Pas de troubles mentaux; seulement quelquefois de l'apathie.

La malade demeura en observation pendant 11 années, et durant ce temps l'adipose fit des progrès lents mais continuels; l'abdomen, les fesses, les cuisses, les jambes immédiatement au-dessous des genoux furent envahis; la face, les avant-bras et les mains, la partie inférieure des jambes et les pieds furent respectés. Toujours au niveau des parties adipeuses existèrent les douleurs à la pression, et les douleurs spontanées et paroxysmales. Deux fois il y eu des éruptions de zona, une fois sur le bras gauche et le côté gauche de la poitrine, la seconde fois sur le dos.

La malade souffrit de bronchites répétées, de faiblesse croissante du cœur, et mourut en 1899. Le diagnostic au moment de la mort était, en plus de celui d'adipose douloureuse : dégénérescence graisseuse du cœur.

Autopsie. — Poids, 300 livres environ. Graisse répandue dans le connectif sous-cutané en masses diffuses et par places en lipomes distincts. Les organes (cœur, reins) sont enveloppés de graisse.

Il n'y a pas lieu d'insister sur les faits d'intérêt secondaire; il vaut mieux en venir de suite à l'*examen microscopique*. On étudia le tissu graisseux, les nerfs, la moelle, le cerveau, le corps pituitaire et la glande thyroïde.

Le tissu graisseux a la structure normale; mais les nerfs périphériques qui le parcourent sont atteints de *névrite* interstitielle; on voit une diminution et une atrophie bien nette des fibres nerveuses avec une prolifération marquée de l'endonèvre et du périnèvre. Les nerfs d'un certain calibre sont d'apparence normale.

Moelle : dans la région cervicale et thoracique supérieure, légère *dégénération des cordons de Goll*.

Cerveau normal, sauf pigmentation exagérée des cellules corticales; corps pituitaire normal.

La *thyroïde, petite, est évidemment altérée;* elle présente des acini à énorme cavité remplie de matière colloïde anormale et des jeunes acini en voie de formation; il semble s'agir d'un processus nouveau d'hypertrophie partielle greffé sur une atrophie générale de la glande.

Cet état de la glande thyroïde semble pouvoir être mis en rapport avec les symptômes que présentait la malade; il y a d'ailleurs lieu de rappeler que, dans les deux autres cas d'adipose douloureuse où l'autopsie fut pratiquée, la thyroïde a été une fois notée comme « petite et infiltrée de matière calcaire dans ses deux lobes », et dans l'autre cas elle a été dite « plus volumineuse que d'ordinaire, dure et calcifiée, surtout dans le lobe droit » (pas d'examen histologique).

Malheureusement le rôle de la thyroïde dans l'adipose simple nous est inconnu ; il est vrai que certains cas d'obésité sont améliorés par le traitement thyroïdien; un cas d'adipose douloureuse a pu être heureusement influencé par ce même traitement (Giudiceandrea). Mais si les faits sont suffisants pour nous laisser entrevoir un rapport entre le corps thyroïde et l'obésité simple ou l'adipose douloureuse, nos connaissances sont trop imparfaites pour que nous puissions comprendre le mécanisme de cette relation.

Le second cas d'adipose douloureuse suivi d'autopsie récemment publié et celui de Charles W. Burr (1). Il s'agit d'une

1. F. X. Dercum, Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with microscopical examination (*Journal of nervone and mental disease*, août, 1900).

1. W. Burr, A case of adiposis dolorosa, utitle necropesy (*Journal of nervous and mental-disease*, octobre 1900).

femme de 36 ans, présentant en son entier le tableau clinique de l'adipose douloureuse de Dercum ; de plus il y avait en même temps une maladie du cerveau. En effet, si l'hébétude et a stupeur ne sont pas exceptionnelles dans les dernières périodes de l'adipose douloureuse, une hémiplégie transitoire, une paralysie des quatre extrémités rapidement apparue, la névrite optique ne pouvaient dépendre que d'une lésion cérébrale ; l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une tumeur de la pituitaire.

Dans ce cas il existait d'autres lésions qui ont d'ailleurs déjà été rencontrées : *névrite* interstitielle des petites branches nerveuses du tissu sous-cutané et des muscles, atrophie de la *glande thyroïde* avec une grosse concrétion calcaire du lobe droit. Mais la lésion qui frappe surtout est la *tumeur de la pituitaire*, gliome de la grosseur d'une noix qui a complètement détruit la structure glandulaire de l'organe. Pourquoi cette tumeur n'a-t-elle pas produit l'acromégalie ? Cette tumeur a-t-elle quelque relation avec l'adipose douloureuse ? — On ne peut guère se prononcer encore, car si les grosses altérations de la pituitaire ne passent pas inaperçues, on ne recherche guère les modifications de la structure de cet organe dans les cas où il est resté petit, à moins que l'acromégalie n'ait attiré l'attention sur ce point.

Enfin, il faut encore signaler un fait se rapportant à cette observation : les ovaires étaient scléreux et kystiques. Cela encore a-t-il quelque rapport avec l'adipose douloureuse ? On sait que les animaux castrés deviennent gras, que souvent après la ménopause les femmes augmentent de poids, mais l'adipose douloureuse est tout autre chose que l'obésité.

En somme l'adipose douloureuse est une entité ayant des symptômes cliniques bien définis, mais son anatomie pathologique est inconnue.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séances des 1er et 8 Février 1901.

Rupture de la rate.

M. Auvray présente une rate rompue, provenant d'un sujet qui était tombé du haut des fortifications. La splénectomie, pratiquée pour arrêter l'hémorrhagie, a amené la guérison.

Perforation intestinale typhoïdique; laparotomie; mort.

M. Auvray rapporte l'observation d'un enfant qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présenta des signes de perforation intestinale et fut opéré deux jours après le début de la complication. La mort survint au bout de quelques heures.

Occlusion intestinale post-opératoire.

M. Auvray relate l'histoire d'une malade qui fut prise de phénomènes péritonéaux 8 jours après une hystérectomie vaginale. On pensa à une occlusion intestinale post-opératoire, et l'intervention montra, en effet, deux anses intestinales accolées en canon de fusil au niveau de la plaie vaginale. On leva l'obstacle et la malade guérit.

Rhumatisme chronique chez une tuberculeuse.

M. Bouglé a fait pratiquer la radiographie des mains d'une femme de 32 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire, et, en même temps, de rhumatisme chronique des mains, à type déformant. Les lésions sont particulièrement marquées sur le segment externe de la main, et surtout sur l'articulation du pouce avec le métacarpe.

M. Morestin a observé un sergent de ville de 35 ans qui, en même temps qu'une tumeur blanche du genou, présentait des artropathies analogues à celles qui font l'objet de la communication actuelle.

Troubles trophiques consécutifs au panaris; radiographie.

M. Bouglé a étudié, au moyen de la radiographie, les troubles trophiques osseux consécutifs à un panaris du médius l'évolution chronique avait amené une atrophie considérable des parties molles. On voit des lésions de périostose par infection ancienne, et une raréfaction du tissu osseux de tout le squelette de la main.

Fracture de l'épitrochlée.

M. Bouglé montre l'épreuve radiographique d'un cas de fracture ou plutôt de disjonction épiphysaire de l'épitrochlée ; il insiste sur l'intérêt qu'il y a à faire par comparaison la radiographie de l'humérus sain, car à l'état normal les épreuves présentent entre l'os et l'épiphyse un écart linéaire, lequel s'exagère au cas de fracture, cette fracture étant, à proprement parler, une disjonction.

Note sur les lymphatiques du testicule.

M. B. Cunéo précise la topographie des ganglions dans lesquels se terminent les lymphatiques du testicule.

Les lymphatiques émanés du testicule droit vont se jeter dans l'amas juxta-aortique droit placé en avant de la veine cave inférieure. Les lymphatiques du testicule gauche vont se jeter dans l'amas juxta-aortique gauche placé sur le flanc gauche de l'aorte abdominale. Quelques-unes des lymphatiques droits ou gauches peuvent aller se jeter dans l'amas ganglionnaire médian pré-aortique, qui doit être regardé comme représentant avant tout l'aboutissant des lymphatiques du gros intestin.

M. Cunéo a injecté sur plusieurs sujets un tronc accompagnant le canal déférent et allant se jeter dans un des ganglions de la chaîne iliaque externe. Il signale encore à titre d'anomalie la présence de petits ganglions placés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du cordon dans son passage dans la fosse iliaque.

Sténose du pylore par compression ganglionnaire.

M. G. Leven présente l'estomac d'une fillette de 9 ans à l'autopsie de laquelle on a trouvé une adénopathie tuberculeuse des ganglions mésentériques, un véritable *carreau*. Les ganglions péri-pyloriques forment une masse qui détermine un rétrécissement très marqué du pylore. L'estomac est très dilaté, et la tunique musculaire de l'antre pylorique est considérablement hypertrophiée.

Fracture non consolidée.

M. Péraire montre l'épreuve radiographique d'un cas de fracture de l'avant-bras que l'on croyait voir réduite et qui, au bout d'un long séjour dans un appareil, ne se trouvait pas consolidée. La radiographie a montré un chevauchement que l'on ne soupçonnait pas ; les fragments respectifs du radius et du cubitus ne pouvaient se souder, puisque les surfaces de fracture n'étaient pas en contact.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 28 Janvier et 4 Février 1901.

Recherches sur la fibrinolyse.

M. L. Camus a essayé de préparer un sérum fibrinolytique en injectant aseptiquement de la fibrine (en suspension dans de l'eau salée) à des animaux d'espèces différentes. Le sérum ainsi obtenu ne possède aucune propriété dissolvante sur le caillot déjà formé. Ajouté à du sang non encore coagulé, il empêche l'apparition du caillot et détermine la production d'un fin précipité ; la réaction est analogue quand on opère non plus sur du sang, mais sur une solution artificielle de fibrine.

En outre, le sérum en question précipite également le sérum de l'animal qui a fourni la fibrine; enfin, le sérum d'animaux immunisés par de simples injections d'un sérum normal produit aussi un précipité identique dans les solutions de fibrine de l'espèce animale d'où provient le sérum normal.

Il importe de signaler qu'un excès de ce dernier sérum peut redissoudre le précipité obtenu par l'action du sérum de l'animal immunisé.

Dispositif très simple pour l'application de la méthode photothérapique de Finsen.

MM. Lortet et **Genoud** signalent un dispositif très simple pour l'application de la méthode de Finsen. Il consiste à placer, sur le trajet des rayons émanant d'un arc électrique à courant continu, un ballon plein d'eau qui a pour but, à la fois, de rendre les radiations lumineuses convergentes et de retenir la plupart des radiations calorifiques; un compresseur placé sur la région que l'on veut soumettre à la photothérapie, et dans lequel circule constamment un courant d'eau froide, arrête les quelques radiations calorifiques ayant traversé le ballon.

Des recherches photométriques nombreuses, et surtout l'étude expérimentale sur les malades, ont montré que ce dispositif permet d'obtenir une intensité photochimique égale à celle que donnent les condensateurs de Finsen.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 Février 1901.

Sur la phagocytose du bacille d'Eberth et sur le procédé le plus avantageux pour l'examen de ce phénomène.

M. Maurel, répondant à la demande d'éclaircissements du Dr Mayet, lui signale surtout la nécessité de n'employer qu'une très petite quantité de sang, de manière à faire une préparation dont l'épaisseur ne dépasse guère le volume des éléments figurés, hématies et leucocytes. Il a indiqué ces moyens en faisant connaître son procédé (*Archives de médecine expérimentale*, mars 1895).

Puis comparant les deux procédés d'examen des leucocytes, dans le *sang* et dans la *sérosité du vésicatoire*, tout en reconnaissant que le procédé du vésicatoire peut rendre des services dans certains cas, il donne les raisons qui, d'une manière générale, lui font trouver le procédé du sang plus commode et plus physiologique.

Détermination et action des plus basses températures compatibles avec la vie du lapin (Procédé de l'immersion).

M. E. Maurel. — De ses expériences faites en plongeant les animaux dans un bain froid et en prenant la température sous-cutanée, l'auteur conclut :

1° Que l'on peut faire descendre cette température jusqu'à 26° 5 sans tuer l'animal ;

2° Mais qu'à cette température les réflexes sont très diminués et les muscles presque en état de résolution.

Détermination et action des plus basses températures compatibles avec la vie du lapin (Procédé de la ventilation et du mouillage).

MM. Lagriffe et Maurel. — De leurs expériences faites par le procédé indiqué, ces auteurs concluent :

1° Que l'on peut faire descendre la température rectale du lapin jusqu'à 30° sans menacer son existence; que de 29 à 25 cette existence est menacée si l'animal a été privé de son poil, que de 24 à 20 il en est de même, quoique le poil ait été conservé; enfin qu'au dessous de 20 l'animal est presque sûrement condamné ;

2° Que les phénomènes que l'on observe chez le lapin sont sensiblement les mêmes que ceux présentés par les animaux à sang froid, qu'ils ont étudié précédemment, c'est-à-dire la diminution des réflexes, la résolution musculaire, le coma et parfois des phénomènes convulsifs.

Modifications histochimiques de la muqueuse gastrique sous l'influence de l'alcool.

MM. Théohari et **Babes.** — Il résulte de leurs recherches expérimentales sur le chien, qu'au début, l'alcool produit une excitation, sécrétoire de la muqueuse gastrique. En continuant l'expérience pendant un ou plusieurs mois, on observe un type chimique caractérisé par un fort abaissement du chlore organique dosé par la méthode Hayem-Winter.

Au point de vue de l'histologie fine, ce fait se traduit par la constatation que les cellules principales, possédant ou ne possédant plus de filaments basaux, ne fabriquent plus de granulations de pepsinogène. Un type histologique extrême est représenté par une généralisation de la lésion stomacale; elle est caractérisée par de la gastrite interstitielle avec disparition des cellules de bordure; quant aux cellules principales, elles présentent le type de l'épithélium de surface.

Du diagnostic par l'hématolyse de la nature cancéreuse des pleurésies et des péritonites hémorrhagiques.

M. Bard a appliqué à l'étude des épanchements hémorrhagiques de la plèvre et du péritoine le procédé d'évaluation de la tonicité des liquides qu'il a décrit dans une note précédente.

Dans les pleurésies et péritonites cancéreuses, les liquides hémorrhagiques renferment de l'hémoglobine dissoute, soit qu'il y ait hypotonicité de liquide, soit qu'il y existe une lysine spéciale.

Dans les pleurésies et péritonites cancéreuses, les liquides hémorrhagiques d'origine tuberculeuse, les globules sanguins sont intacts.

Aussi suffit-il de soumettre à la centrifugation ou à un repos prolongé ces liquides hémorrhagiques et de rechercher, dans la partie qui surnage les globules, la réaction de l'hémoglobine au moyen de la teinture de gaïac et de l'essence de térébenthine. Elle sera positive dans le cas de cancer, negative dans le cas de tuberculose.

La polynucléose de la rage.

MM. J. Courmont et **Ch. Lesieur** ont étudié la leucocytose quantitative et qualitative de la rage chez deux hommes, des chiens, des cobayes, des lapins, atteints de rage clinique ou expérimentale.

La leucocytose totale est variable, cependant il existe habituellement une élévation terminale, pendant les dernières heures.

A part cette élévation, qui peut d'ailleurs manquer, il y a toujours de la polynucléose. Elle peut être considérable, atteindre 98 p. 100. Cette polynucléose débute par poussées, déjà pendant l'incubation, elle s'accentue avec le début des symptômes et devient considérable, dès le 9e jour, chez le lapin, à partir de la paraplégie.

Cette polynucléose ne manque jamais. Elle peut servir au diagnostic de la rage. La présence n'est pas pathognomonique, mais son absence peut faire rejeter la rage. Si on opère sur des cadavres, il faut faire une préparation sèche avec le suc pulmonaire.

Des expériences en cours montreront à quelle période de la rage du chien apparaît cette polynucléose, et si on peut faire un diagnostic hâtif.

Note sur un nouveau procédé de coloration des bactéries par le bleu d'aniline soluble à l'eau.

MM. Guirand et **Gautié.** — Ce procédé de coloration qui s'applique aux bactéries provenant des divers milieux de culture présente l'avantage d'obtenir très rapidement des pré-

parations où les microbes sont bien colorés sur un fond incolore.

Après avoir comme d'ordinaire étalé, séché et fixé à la flamme la préparation sur lamelle, on recouvre celle-ci d'une solution saturée de bleu d'aniline soluble à l'eau.

Puis tenant la lamelle par un angle au moyen de la pince de Cornet, on la porte au-dessus de la flamme d'un bec Bunsen à moitié ouvert. On chauffe à deux ou trois reprises différentes jusqu'à dégagement bien accentué de vapeurs.

On lave ensuite la lamelle en la plongeant dans l'eau et on voit aussitôt se détacher une pellicule que la matière colorante avait formée à sa surface.

La lamelle qui paraît dès lors complètement incolore est prête à être examinée et peut être montée au baume si l'on veut conserver la préparation.

Avec un peu d'habitude, 5 minutes suffisent pour arriver à ce résultat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 Février 1901.

Traitement des tumeurs malignes par le sérum anticellulaire.

M. Reynier fait un rapport sur un malade présenté par M. Wlaëff, lequel malade atteint de cancer de la langue a été traité par un sérum particulier, obtenu par M. Wlaëff en inoculant des oiseaux avec des blastomycètes pathogènes, cellules de levures isolées des tumeurs cancéreuses de l'homme.

Ce malade, qui s'était aperçu pour la première fois de son affection en mars 1899, s'était adressé en juillet suivant à M. Terrier, pour lui demander de l'opérer; mais ce dernier jugea le cas inopérable et se contenta de conseiller un traitement médical. Cependant, les mois suivants, le malade eut des hémorrhagies abondantes, il maigrit d'une façon effrayante (de plus de moitié), puis survinrent des douleurs terribles qui empêchèrent tout sommeil; la déglutition devint impossible; la langue, tuméfiée, bosselée, adhérente au plancher de la bouche s'ulcéra, les ganglions cervicaux et axillaires droits prirent des proportions énormes, bref l'état du malade s'aggrava tellement que celui-ci parla de se tuer.

C'est à ce moment (fin juillet 1900) que M. Wlaëff vit le malade et lui fit, sans trop d'espoir, il faut le dire, une première injection de sérum; une deuxième injection fut faite quelques jours après, puis plusieurs autres à intervalles rapprochés. Dès les premières injections, les douleurs disparurent, le sommeil devint possible, la langue diminua de volume, la déglutition se fit plus facilement. Après dix injections, le malade commença à se comporter comme un homme bien portant; il se remit à ses affaires. L'amaigrissement s'arrêta et le poids s'est maintenu depuis entre 79 et 75 kilogrammes. Quand on nous l'a présenté il y a un mois, cet homme pouvait parler, siffler, ce qui, avant le traitement, était absolument impossible.

Toutefois, les ganglions du cou restent toujours gros, bien qu'ayant légèrement diminué de volume; la langue reste toujours dure, bosselée, adhérente au plancher de la bouche, quoique sur une moindre étendue qu'auparavant. En résumé, sous l'influence des injections de Wlaëff, l'état général du malade s'est incontestablement amélioré.

Pour sa part, M. Reynier a observé une autre malade atteinte de tumeur du sein qui, sous l'influence du même sérum, a vu son état général tellement s'améliorer qu'elle avait augmenté de huit livres. Sa tumeur avait diminué et elle avait pris un aspect si bénin que quelques-uns d'entre vous pensaient à une tumeur bénigne. Or M. Reynier l'a opérée et l'examen histologique de la tumeur fait par MM. Josué et Wlaëff et contrôlé par MM. Cornil, Letulle et Brault, a fait diagnostiquer par tous : épithéliome cylindrique; je vous présente, d'ailleurs, le dessin d'une des coupes.

Le sérum que préconise M. Wlaëff a donc une action évidente sur les néoplasmes, mais cette action n'est pas radicale, et, de plus, elle n'est pas durable; dès qu'on cesse les injections, on voit le mal, qui, pendant les injections, a subi un temps d'arrêt, reprendre sa marche et les malades finissent par succomber.

Ce n'est pas là la guérison, toutefois, il ne faudrait pas, jusqu'à nouvel ordre, en conclure contre la valeur des injections.

M. Th. Anger demande à M. Reynier si le premier malade n'avait pas été soumis au traitement ioduré avant de l'être aux injections de sérum anticancéreux? L'iodure de potassium a la propriété de provoquer des poussées plus ou moins violentes du côté de certains néoplasmes, poussées qui cèdent avec la cessation du traitement ioduré; il n'y a rien d'étonnant qu'en pareil cas l'amendement des symptômes ait pu être attribué à l'action des injections de sérum anti-cellulaire.

M. Picqué cite un cas de cancer du maxillaire supérieur, opéré et récidivé, les injections de sérum ont provoqué l'extension rapide de la récidive; le malade n'a pas tardé à succomber.

M. Tuffier a expérimenté jadis, dans plusieurs cas, le sérum de Richet et Héricourt, et observé comme résultats des phénomènes du genre de ceux que M. Reynier vient de rapporter; malgré tout, les tumeurs continuent à progresser, amenant à brève ou longue échéance la mort des malades. De ces faits, M. Tuffier a conclu que ces sérums exerçaient surtout leur action sur l'état général des malades, mais nullement sur les tumeurs elles-mêmes.

M. Rochard est absolument de l'avis de M. Tuffier.

Filtre pour stériliser à froid les solutions de cocaïne.

M. Tuffier montre un filtre, dont se sert M. Roux, de l'Institut Pasteur, et qui n'est autre qu'un filtre Chamberland de petites dimensions. Il permet de stériliser les solutions de cocaïne destinées aux injections intra-rachidiennes avec une facilité et une rapidité très grandes.

Fibrome du ligament rond tordu sur son pédicule.

M. Michaux montre un fibrome, volumineux, deux fois tordu sur son pédicule, très adhérent aux organes voisins.

Calculs biliaires multiples.

M. Michaux présente une vésicule biliaire bourrée de calculs : on en compte près de 250. L'un d'eux est remarquable par ce fait qu'il porte une excavation renfermant elle-même une quinzaine de tout petits calculs ayant le volume de grains de millet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Février 1901.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion sur les perforations dans la fièvre typhoïde, **MM. Vaquez, Comby** et **Merklen** échangent quelques courtes observations relativement à l'influence que peut avoir tel ou tel régime alimentaire sur l'évolution de la fièvre typhoïde, et, plus particulièrement, sur la production des perforations.

La Société, considérant que cette question est d'une importance considérable pour la pratique, décide de la mettre à son ordre du jour pour une discussion à fond.

Traitement de la syphilis pendant la grossesse.

MM. E. Gaucher et **Henry Bernard.** — Le pronostic de la grossesse, chez les femmes enceintes syphilitiques, est habituellement considéré comme très grave, même lorsque le traitement antisyphilitique a été institué. Les nombreux insuccès du traitement, dans ces cas, doivent tenir à son administration défectueuse, car les observations que nous avons recueillies, depuis plusieurs années, semblent prouver que le pronostic de

la syphilis fœtale n'est pas aussi grave qu'on pourrait le croire, si le traitement antisyphilitique de la mère est institué assez tôt, s'il est régulièrement suivi, et si la médication mercurielle employée et le mode d'administration de cette préparation sont assez actifs.

En effet, à l'aide du traitement que nous avons l'habitude d'employer, et en suivant pour son application les règles dont nous donnerons le détail plus loin, non seulement nous avons amené la grossesse à terme, mais nous avons, le plus souvent, obtenu des enfants gros et bien portants, plus beaux certainement que bon nombre d'enfants qui ne sont pas syphilitiques.

Pour ce traitement, les sels mercuriels solubles doivent être employés à l'exclusion de toute autre médication hydrargyrique. Parmi eux, nous donnons la préférence au sublimé pour l'usage interne, au benzoate de mercure pour la voie sous-cutanée. Le sublimé sera prescrit en pilules de 1 centigramme, associé à une dose égale d'extrait thébaïque; ce sont les pilules de Dupuytren modifiées; la dose ordinaire est de deux pilules chaque jour. Le benzoate de mercure doit être également employé à la dose journalière de 2 centigrammes, en injection sous-cutanée de préférence; sa solubilisation est obtenue par le benzoate d'ammoniaque. Quelle que soit la préparation mercurielle employée, on peut avantageusement ajouter l'iodure de potassium à la médication hydrargyrique, comme dans toutes les syphilis graves.

Le traitement, pour être efficace, doit être commencé dès le début de la grossesse ou dès le début de la syphilis, lorsque celle-ci est postérieure à la conception. Il doit être continué d'une façon ininterrompue pendant toute la durée de la grossesse; aussi, pour éviter les inconvénients des injections répétées, préconisons-nous les séries alternées d'injections et de pilules (1 mois d'injections, 20 jours de pilules, 10 jours de repos pour une période de 2 mois, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la grossesse).

Chez les syphilitiques albuminuriques, que cette albuminurie soit d'étiologie syphilitique ou gravidique, le traitement comporte les deux mêmes indications : régime lacté et traitement spécifique, les doses de ce dernier étant subordonnées au degré de la perméabilité rénale; et indépendantes, dans une certaine mesure, de la quantité d'albumine.

Si la recherche de la toxicité urinaire par le procédé de Bouchard, si la recherche de l'élimination du mercure par la pile de Smithson dénotent une perméabilité rénale très diminuée, il faut s'en tenir d'abord au régime lacté seul; puis, peu à peu, à mesure que les fonctions rénales se rétablissent, on peut donner du mercure à doses progressivement croissantes, d'abord à l'intérieur, sous forme de tannate de mercure, puis sous forme de benzoate en injections, mais sans dépasser un centimètre cube de benzoate chaque jour, c'est-à-dire la moitié de la dose normale.

Si, au contraire, la perméabilité rénale est normale ou à peu près, il faut instituer de suite le traitement mercuriel, mais en débutant par la moitié de la dose ordinaire; puis on augmente progressivement la quantité de mercure, jusqu'à atteindre la dose normale.

M. Comby, à l'appui de ce qu'a dit M. Gaucher relativement à la supériorité considérable du mercure sur l'iodure de potassium, rappelle qu'il suffit de mercurialiser les nouveau-nés hérédo-syphilitiques pour obtenir la guérison.

M. Rendu cite le cas d'une malade chez laquelle un ophthalmologiste de grande notoriété n'avait pas osé employer le mercure contre une choroïdite syphilitique parce que la malade avait, en même temps, une néphrite syphilitique avec 7 à 8 grammes d'albumine par litre. M. Rendu passe outre, et le résultat fut excellent, même au point de vue de la néphrite.

M. Lermoyez, à l'appui de ce que vient de dire M. Gaucher, que le mercure est le seul vrai médicament de la syphilis et qu'à lui seul il peut la guérir sans iodure de potassium, rappelle ce qui se passe pour les lésions syphilitiques des voies aériennes supérieures. C'est une règle absolue, qu'en cas d'ulcération tertiaire du larynx ou de la partie basse du pharynx, il ne faut administrer à aucun prix l'iodure, lequel, même à très petites doses, peut amener un œdème foudroyant du larynx, nécessitant une trachéotomie d'urgence. Dans ces cas, M. Lermoyez donne le mercure seul, par injection hypodermique; or les gommes de ces régions, par cette seule thérapeutique, guérissent avec une rapidité étonnante, facile à contrôler au miroir laryngoscopique.

M. Mosny cite, au double point de vue de l'innocuité du mercure dans la syphilis rénale et de l'efficacité de ce traitement, un cas observé par lui, il y a deux ans.

Une jeune femme de 21 ans entra dans ce service avec une éruption récente, confluente, de syphilis secondaire. Le début de l'infection syphilitique était récent; on trouvait à la grande lèvre la cicatrice du chancre. Outre cette roséole, la malade avait une céphalée d'ailleurs très légère et un œdème blanc, assez prononcée, des membres inférieurs. Elle ne présentait d'ailleurs aucune tendance à l'urémie.

La constatation de l'œdème fit pratiquer l'examen des urines : on y trouve une quantité colossale d'albumine. Analysée à plusieurs reprises par l'interne en pharmacie du service, on y constata la présence de 72 grammes d'albumine par litre; la quantité des urines émises dans les 24 heures atteignait à peine 250 grammes.

Il s'agissait donc bien là d'une néphrite aiguë, dont on devait attribuer l'origine à la syphilis; il s'agissait, en un mot, d'une néphrite syphilitique secondaire.

Malgré l'intensité de la lésion rénale, on laissa la malade au régime ordinaire, en y ajoutant même un litre de bouillon, et on administra le mercure, deux cuillers de Van Swieten par jour.

L'amélioration fut rapide : en quelques jours la quantité des urines revenait à son taux normal, la quantité d'albumine s'abaissait, l'œdème des membres inférieurs disparaissait, et 12 jours après son entrée, la malade quittait le service : les urines ne contenaient plus alors que 50 centigrammes d'albumine par litre.

Ce fait met bien en évidence la spécificité de la lésion rénale et l'efficacité rapide du traitement mercuriel sur une lésion rénale dont l'intensité est attestée par le taux inaccoutumé de l'albuminurie.

M. Hallopeau dit que, contre la céphalée syphilitique précoce et contre les tumeurs cérébrales, on ne saurait se passer de l'iodure. Le mercure ne suffit donc pas à tout.

M. Gaucher n'a pas voulu nier l'utilité de l'iodure, mais établir seulement que cette utilité est d'ordre secondaire, par rapport au mercure. Dans la céphalée, l'iodure agit très efficacement associé au mercure, c'est incontestable, mais supprimez le mercure et vous échouerez.

Pneumonie et zona.

M. Hallopeau communique une observation de pneumonie, intéressante surtout par ce fait que, sous l'influence du processus inflammatoire, on observa la récidive, au même point de la peau, d'un zona qui était apparu à la cuisse un peu avant la pneumonie. Il y eut aussi récidive d'un herpès antérieur.

Albuminurie orthostatique.

M. Mosny communique, au nom de **M. G. Rivière**, une observation d'albuminurie orthostatique chez un jeune homme de 20 ans qui avait eu une scarlatine dans son enfance et qui portait un rein mobile. Le fait intéressant est que sous l'influence du port d'une sangle de Glénard l'albuminurie disparut.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 Février 1901.

Pseudo-pelade et acné décalvante.

M. Brocq insiste sur la distinction de ces deux affections; d'une part, la pseudo-pelade qu'on observe surtout chez les sujets bruns, qui se localise de préférence sur les régions temporale et occipitale et qui ne présente d'autres lésions appréciables à l'œil nu qu'un peu de rougeur péri-pilaire. L'acné décal-

vante, au contraire, atteint de préférence le vertex et débute sous forme de folliculites. A l'appui de sa démonstration, M. Brocq fait passer un grand nombre de photographies prises dans son service par M. Sottas.

Ulcérations professionnelles des teinturiers en peau.

MM. Brocq et **Laubry** présentent deux femmes, teinturières en peau, atteintes l'une, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, d'une ulcération cratériforme un peu ovalaire de 8 à 10 millimètres de diamètre, à bords taillés à pic ; l'autre, ayant des cicatrices d'ulcérations analogues à la face dorsale des phalanges. Ces ulcérations sont d'origine professionnelles et sont consécutives à l'action caustique qu'exercent sur les tissus dermiques les liquides que manient ces ouvrières, lorsque l'épiderme, du moins, vient à s'excorier.

Ce n'est pas là une lésion inédite. Elle a été déjà observée et décrite par quelques observateurs; elle est connue dans le monde des ouvriers teinturiers sous les noms bizarres de pigeonneau, de rossignol, etc.

Particularité intéressante : les deux malades sont syphilitiques, l'une atteinte d'une perforation du voile du palais, l'autre présentant des lésions spécifiques, gommes et syphilides tertiaires, dont deux végétantes énormes des membres inférieurs.

Hérédo-syphilis simulant un lupus.

M. Du Castel montre une fille de la campagne qui, à l'âge de 9 ans, a été atteinte d'une affection de la face qui, pendant 10 ans, a été considérée et traitée comme un lupus ; mais l'aspect spécial des lésions qui se présentent sous forme de nappe diffuse, la coloration rouge foncé, cuivré, surtout le fait qu'à plusieurs reprises se sont produites des poussées inflammatoires avec élimination de séquestres osseux, toutes ces raisons nous ont fait admettre le diagnostic de syphilis.

M. Du Castel a donc fait des injections de calomel et déjà, après la troisième, on peut constater un affaissement général de la tumeur et une amélioration très notable. L'étude des antécédents a amené à conclure à l'origine héréditaire de cette syphilis.

Syphilis ou tuberculose ?

M. Du Castel présente une femme de 22 ans qui vient d'entrer dans son service pour des lésions du sein et du bras. Au sein, il s'agit d'une tache violacée irrégulière avec des points cicatriciels et d'autres un peu squameux. La lésion n'a jamais été humide, n'a jamais suppuré. Au bras, l'affection a débuté par des douleurs qui ont été considérées comme rhumatismales, puis il s'est fait deux taches vaguement arrondies, d'un rouge violacé.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est aussi bien au sein qu'au bras, l'infiltration considérable sous-jacente aux lésions, il y a même au bras, dans l'épaisseur du derme et de l'hypoderme, des nodosités comparables à des grains de raisin qui semblent former une sorte de bande linéaire. M. Du Castel croit qu'il s'agit d'une lymphangite noueuse profonde. Cependant les ganglions accessibles ne sont pas altérés. Le diagnostic objectif est évidemment celui de gommes, mais, au point de vue étiologique, s'agit-il de bacillose ou de syphilis? On ne trouve ni chez la malade, ni dans sa famille, aucun antécédent en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse.

M. Brocq a observé chez un malade d'une soixantaine d'années des lésions à peu près analogues formées par des plaques arrondies limitées et reposant sur une induration diffuse profonde énorme, formant une véritable tumeur. Une biopsie a montré un tissu d'infiltration surtout péri-vasculaire, de sorte que l'on a cru pouvoir conclure à la nature syphilitique de ces lésions. Le traitement spécifique a produit une certaine amélioration, mais il était mal supporté et on a dû l'interrompre.

M. Du Castel fait observer que, chez sa malade, l'infiltration n'est pas diffuse, elle est, au contraire, nodulaire et composée de grains durs bien délimités; l'affection paraît débuter dans la profondeur et n'atteindre que plus tard la surface de la peau. Si ce chapelet sous-cutané est bien dû à une lymphangite, ce serait plutôt une présomption en faveur de la tuberculose. La couleur des lésions évoque aussi plutôt l'idée de la scrofule que celle de la syphilis.

M. Besnier. — Il est humiliant de voir ainsi le diagnostic tenu en échec par des lésions aussi complètement accessibles à la vue et au toucher; il serait utile, croit-on, de fixer par le moulage l'aspect objectif actuel des lésions dont l'épreuve thérapeutique nous dira plus tard la nature. Il est un point sur lequel on appelle l'attention, c'est la réunion, le groupement des nodosités sous-cutanées; cette disposition, fréquente dans la tuberculose, ne l'est guère dans la syphilis.

M. Fournier incline plutôt pour la syphilis, en raison d'un signe auquel il attache une grande valeur; c'est le signe qu'il a appelé « criblure en coup de plombs »; sur le sein les éléments sont disposés en un véritable bouquet ; or c'est là une forme qu'affectionne tout particulièrement la syphilis. Les nodosités des bras pourraient être aussi des gommes en bouquets, bien que ce soit là un fait rare ; du reste, ces grains sous-cutanés peuvent n'être pas de la même nature que les altérations cutanées, certains fibro-lipomes se présentent à peu près sous cet aspect, symétriquement aux deux bras en général.

Lymphangite dorsale du pénis d'origine chancrelleuse.

M. Danlos montre un malade qui a eu un chancre mou au commencement du mois de novembre dernier. On ne constate à ce niveau nul vestige d'induration et le malade n'offre, du reste, aucun signe de syphilis. Or, sur le dos du pénis, il existe un cordon de lymphangite induré et tout à fait analogue à la lymphangite dorsale syphilitique, une thrombose lymphatique en un mot; c'est là un caractère peu fréquent dans la lymphangite chancrelleuse, qui est habituellement suppurée.

M. Fournier. — Ces lymphangites pseudo-syphilitiques ne sont pas absolument rares; la lymphangite plastique, lymphangite en ficelle comme l'appelait Ricord, peut se voir à la suite de toute espèce d'inflammation, elle est surtout fréquente dans la blennorrhagie. Dans la syphilis, la ficelle est plus grosse et plus dure.

Épithélioma de la langue.

M. Danlos présente un homme âgé de 28 ans, qui offre une ulcération caverneuse de toute la partie latérale gauche de la langue. L'affection a débuté il y a 5 mois 1/2 ; il existe un ganglion sous-maxillaire gros comme une noisette et un peu douloureux. Trois injections de calomel, pratiquées à titre de traitement d'épreuve, ont plutôt aggravé l'ulcération. On a alors fait une biopsie qui a permis d'éliminer la tuberculose et d'affirmer l'épithéliome. Il s'agit donc d'un cancer à évolution rapide chez un homme encore jeune.

Lèpre de l'œil.

M. Galezowski présente une malade atteinte de lésions lépreuses des deux yeux. La lèpre frappe tout d'abord la cornée, elle ne gagne les membranes profondes que s'il y a perforation de la cornée. L'anesthésie de la cornée s'observe toutes les fois qu'une ulcération, quelle qu'elle soit, dépasse la membrane de Descemet ; ce n'est donc pas un signe de lèpre cornéenne. Le traitement consiste en insufflation de poudre d'acide borique additionné de 1/40 à 1/10 d'oxyde de zinc.

Alopécie bilatérale des tempes datant de la naissance et consécutive à une application de forceps.

M. Brindeau montre un malade du service de M. Fournier qui porte, aux deux tempes, une plaque de l'étendue d'une pièce de 5 francs, sur laquelle les cheveux n'ont jamais poussé ; à la partie centrale cependant, où il existe une dépression notable, on constate une touffe de poils. Cette alopécie, qui date de la naissance, doit être rapportée à un traumatisme déterminé par une application de forceps ; la mère du malade a déclaré,

d'une façon positive, qu'elle avait été accouchée avec les fers. Dans d'autres cas, l'alopécie a pour cause la compression prolongée de la tête de l'enfant sur les os du bassin maternel.

M. Sabouraud a vu une fois une plaque d'alopécie chez un enfant dont la tête était restée longtemps appuyée sur la symphyse pubienne; mais, dans ce cas, les cheveux étaient intacts au moment de la naissance, ils ne sont tombés que plus tard; enfin, chose importante, ils ont repoussé ultérieurement, comme c'est la règle dans les faits de ce genre. Il est assez étonnant que le forceps puisse produire une alopécie définitive sans lésion de la peau. M. Sabouraud croirait volontiers à quelque altération trophique antérieure à la naissance, indépendante, par conséquent, de l'application de forceps.

M. Jacquet est aussi frappé de voir une alopécie définitive d'origine traumatique, alors que la peau n'est pas cicatricielle. La théorie du forceps n'est, du reste, pas toujours admissible. Chez un autre malade de M. Fournier, M. Jacquet a observé autrefois une alopécie absolument analogue; il existait également, dans ce cas, une touffe de cheveux au centre des plaques déglabrées; particularité dont l'explication nous échappe complètement. Or, ce malade n'avait jamais entendu dire, dans sa famille, qu'il eût été accouché au forceps.

Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides agminées.

MM. Hallopeau et Lemierre. — M. Hallopeau a décrit deux variétés agminées de toxi-tuberculides : les unes papulo-érythémateuses; les autres, papulo-suppuratives. Chez le malade présenté, les altérations peuvent être considérées comme intermédiaires à ces deux types; ses caractères sont les suivants: début par de petits boutons dont la plupart se surmontent bientôt d'une pustulette; coloration livide; disposition fréquente en cercles; induration du derme sous-jacent et ambiant. Certains éléments rappellent ceux du pityriasis rubra pilaire. Le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire.

Mort subite dans l'hérédo-syphilis.

M. Fournier a observé un fait analogue à celui communiqué par M. Gastou à la précédente séance.

Un homme syphilitique depuis 8 mois, se marie; sa femme, examinée tout le temps de sa grossesse, ne présente aucun signe de syphilis; l'enfant naît sain, vigoureux et se développe parfaitement; aucun signe de syphilis, ni d'une maladie quelconque. A l'âge de 10 mois, il se réveille un beau jour bien portant, puis il a un vomissement; vers 10 heures du matin, sa bonne remarque qu'il a les yeux convulsés. A midi, il jouait dans son lit, on s'aperçoit qu'il ne se sert que de sa main droite, le bras et la jambe gauche étaient inertes. Vers 2 heures, il s'endort, perd connnaissance; à 3 heures, il se met à râler, à 7 heures il était mort.

M. Leredde fait observer que de pareils faits soulèvent une question fort grave : quand un enfant naît d'un père syphilitique récent, ne devrait-on pas le traiter même quand il ne présente aucun symptôme de spécificité?

M. Fournier traiterait certainement l'enfant, et surtout la mère pendant la grossesse.

Lésions dentaires chez un hérédo-syphilitique.

M. Moty présente une incisive médiane supérieure à pulpe mortifiée, enlevée à un sujet dont la mère était saine, mais le père syphilitique. La perte et le chevauchement des dents dans la syphilose du maxillaire supérieur, dit-il, résultent de l'atrophie osseuse produite par la carie; la lésion n'intéresse ordinairement que les incisives et les canines parce que les canaux qui renferment les faisceaux vasculo-nerveux des petites et surtout des grosses molaires sont logés dans la portion postéro-externe du maxillaire qui est respectée par la carie. L'atrophie de la portion médiane antérieure de l'arcade aboutit à un prognathisme inférieur acquis avec chevauchement des incisives et canines supérieures les unes sur les autres pendant que l'apex des dents atteintes vient faire saillie en-dessus du plancher des fosses nasales à travers la muqueuse perforée. Ces dents continuant à vivre faiblement par leur membrane périodontique, il y a lieu de les conserver le plus longtemps possible pour éviter des fistules interminables, celles qui tombent spontanément, se détachent, au contraire, avant d'avoir perforé la muqueuse et ne laissent pas de fistules. Un fait à noter, c'est qu'aucune dent n'a présenté la moindre lésion syphilitique de l'émail, bien que la syphilis héréditaire ne paraisse pas pouvoir être mise en doute.

M. A. Fournier. — Ces cas d'hérédo-syphilis, d'origine paternelle, la mère étant saine, deviennent de plus en plus fréquents. Voici, schématiquement, comment, en général, se présentent ces faits : mari syphilitique, femme saine, enfant mort ou dystrophié; puis 15 ou 20 ans après apparition d'un accident syphilitique tertiaire chez la mère. M. Fournier a vu un grand nombre de cas de ce genre. Dernièrement encore, une femme est venue le consulter pour une énorme ulcération spécifique de la jambe; cette femme n'avait eu antérieurement aucun accident, mais des 5 enfants de cette femme, 4 étaient morts syphilitiques et le survivant est coxalgique.

De ces faits nous pouvons conclure que ce n'est pas impunément qu'une femme épouse un homme syphilitique, même si elle n'a pas d'accidents, elle est souvent syphilitique elle-même.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 12 Janvier 1901.

Sur un cas de croup ascendant.

M. Ausset (Lille) communique l'observation d'une enfant de 5 ans qui, ayant présenté des signes de broncho-pneumonie double, fut prise un jour d'un accès d'asphyxie avec tirage qui nécessita un tubage. Une injection de sérum de Roux fut faite, quoique la gorge fût complètement libre de fausses membranes. La malade, dans une quinte de toux, rejeta son tube avec des fausses membranes bronchiques; retubée, elle rejeta encore avec son tube de nouvelles fausses membranes; celles-ci contenaient du streptocoque et du bacille de Löffler. La malade guérit bien.

M. Ausset pense qu'il s'agissait d'une bronchite diphthérique primitive, ayant envahi secondairement le larynx, c'est-à-dire d'un croup ascendant. Les auteurs considèrent que cette espèce de croup se voit surtout dans la diphthérie compliquant la rougeole. Dans le cas actuel, il n'y avait pas eu de rougeole, mais la grippe a été en cause au début.

Cette observation a été un véritable triomphe, et pour le sérum de Roux, et pour le tubage. Dans la diphthérie bronchique, on pourrait être tenté de préférer la trachéotomie au tubage.

M. Richardière estime que la diphthérie bronchique primitive est tellement rare qu'il est nécessaire d'avoir suivi l'enfant depuis longtemps pour savoir s'il n'a pas eu quelque petite fausse membrane amygdalienne ayant précédé l'invasion bronchique.

M. Barbier a, pour sa part, observé plusieurs cas de diphthérie développée primitivement dans les bronches. Il est certain qu'une disposition antérieure des bronches est nécessaire; c'est dans la rougeole que l'on voit ces cas; dans la scarlatine, maladie à déterminations gutturales, c'est dans la gorge, au contraire, que frappe la diphthérie. Expérimentalement, il faut léser une muqueuse pour que le Löffler puisse y pousser. Des cas de diphthérie bronchique sont, sans doute, indûment classés comme broncho-pneumonie.

M. Variot considère aussi la diphthérie bronchique primitive comme exceptionnelle, et bien difficile à démontrer.

M. Sevestre a vu dans un certain nombre de cas, à la suite d'un tubage ou d'une trachéotomie, le rejet de fausses membranes bronchiques. Parfois la gorge est libre, mais il est difficile de savoir s'il n'y a pas eu de fausse membrane antérieurement dans la gorge, ou même actuellement dans les fosses nasales. Mais, au point de vue clinique, il faut bien savoir qu'on peut observer le croup d'emblée, ou la bronchite diphthérique d'emblée sans que rien ait attiré l'attention sur les

voies supérieures. C'est surtout fréquent à la suite de la rougeole.

M. Méry. — Quand on fait des examens bactériologiques du mucus des fines bronches d'enfants ayant succombé à des broncho-pneumonies suite de rougeole, on trouve très fréquemment du bacille de Löffler, sans fausses membranes; M. Martin avait même proposé de faire, dans les hôpitaux, des injections préventives de sérum de Roux aux rougeoleux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 30 Janvier 1901.

Action apéritive du persulfate et du métavanadate de soude.

M. A. Robin a constaté que parmi les médicaments proposés récemment contre la tuberculose, les persulfates et les métavanadates semblent avoir donné de bons résultats. En employant ces médicaments, il a pu se convaincre que les malades qui en tirent un bénéfice réel présentent une augmentation notable de l'appétit: ceux chez lesquels les fonctions digestives restent languissantes ne sont pas améliorés. Pour le persulfate de soude, il est tout à fait convaincu que l'amélioration que l'on peut avoir dans la tuberculose est tout entière amenée par la stimulation de l'appétit.

Ce fait l'a conduit à étudier chez d'autres malades les propriétés apéritives du persulfate de soude; elles peuvent être utilisées dans un grand nombre d'états morbides; le persulfate est, à ce point de vue, un excellent médicament. Dans la moitié des cas, il a donné à M. Robin de bons résultats. Il réussit souvent chez les dyspeptiques hyperchlorhydriques arrivés aux confins de la période fonctionnelle et de la période lésionale de leur affection, c'est-à-dire au moment où le catarrhe acide commence à s'installer, et cela, qu'il s'agisse de dyspeptiques simples ou de tuberculeux dyspeptiques.

Même chez les cancéreux, on a des effets encourageants et on arrive à l'atténuation de l'intolérance stomacale et à la diminution de l'anorexie.

A quelle dose et de quelle manière doit-on prescrire le persulfate? M. Robin croit que les auteurs lyonnais, qui l'ont préconisé, ont employé des doses trop élevées. Pour sa part, M. Robin donne 1/2 heure avant chacun des deux principaux repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Persulfate de soude	2 gr.
Eau	300 gr.

Si, au bout de 6 jours, on n'a rien obtenu, il est inutile d'insister, on n'obtiendra rien en continuant davantage. Même dans les cas où l'appétit s'est réveillé, il est utile d'interrompre la médication au bout de 6 jours sans quoi l'action s'épuise; mais on redonnera du persulfate au bout d'une période suffisante de repos.

Le métavanadate de soude agit de la même façon. Ici encore il s'agit d'un bon apéritif ayant, chez les tuberculeux, une influence assez nette; il y a, du reste, des malades qui se trouvent mieux du persulfate, d'autres qui se trouvent mieux du métavanadate, sans que, à l'avance, on puisse savoir quelle médication est préférable. Comme doses, on peut donner 1/2 heure avant les deux principaux repas une cuillerée à café d'une solution ainsi composée :

Métavanadate de soude	0 gr. 03
Eau distillée	150 gr.

soit 2 milligrammes par jour et on ne continue jamais le médicament plus de 4 jours consécutivement.

M. Hirtz considère aussi le métavanadate de soude comme un bon médicament chez les tuberculeux, dont il relève l'état général. Par contre, il n'a pas eu à se louer beaucoup du persulfate de soude; l'ayant employé chez un cancéreux, il l'a vu provoquer une sensation de faim douloureuse qui a empêché de le continuer; chez un tuberculeux, l'effet a été très éphémère; chez un troisième malade, dyspeptique, l'action a été plus prolongée, mais, d'une façon générale, le persulfate paraît assez mal supporté; peut-être cela tient-il aux doses un peu fortes qui ont été prescrites (0 gr. 50 par jour).

M. A. Robin ajoute que l'observation de M. Hirtz est tout à fait concordante avec ce qu'il a vu lui-même; au début de ses recherches il a employé, lui aussi, des doses de 0,50 à 0,60 par 24 heures. Ces doses ont été mal tolérées, elles ont amené des sensations stomacales douloureuses, et c'est pour cela qu'il ne donne plus que 0,20 par jour de persulfate de soude en deux fois et pendant quelques jours seulement.

Influence de la digestion sur la réaction des urines.

M. Bardet apporte l'étude détaillée de la courbe acidimétrique des urines, établie pendant 48 heures chez un malade hyperchlorhydrique.

Le titre acidimétrique habituel des urines de ce malade est, le matin à jeun, inférieur à la normale (3 au lieu de 4,5). Après un repas mixte, il baisse jusqu'au point de devenir neutre, en dehors de tout symptôme clinique. Mais si une crise de fermentation se superpose à la digestion hyperchlorhydrique, le taux acidimétrique se trouve artificiellement relevé; c'est là une cause fréquente d'erreurs.

D'autre part, si on étudie les urines en dehors de toute alimentation, mais au cours d'un accès franc d'hyperchlorhydrie, on constate également une hypo-acidité marquée.

En d'autres termes, chez les hyperchlorhydriques, si on a soin de se mettre à l'abri de la cause d'erreurs constituée par les fermentations anormales, l'excitation gastrique due à une crise ou bien due au fonctionnement régulier de l'estomac se traduit par un abaissement notable du titre acidimétrique.

Traitement de la variole.

M. Legrand combat l'intolérance stomacale absolue qui existe au début de la variole en faisant prendre aux malades la potion suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Sirop d'éther	ââ 30 grammes.
Sirop de codéine	
Eau chloroformée	ââ 50 grammes.
Eau distillée de menthe	

par cuillerée à dessert d'heure en heure.

Diète hydrique simultanément.

Pour lutter contre les inconvénients et les dangers de la suppuration des vésicules, il faut employer les deux moyens suivants :

1° Bains de sublimé tous les 2 jours;

2° Emplâtre de Vigo pour recouvrir chaque vésico-pustule; on abrège ainsi l'évolution des éléments éruptifs, on enraye leur suppuration et on obtient la guérison sans cicatrice.

M. Créquy, en raison des accidents auxquels peut donner lieu une simple injection vaginale de sublimé, pense qu'il est dangereux de prescrire d'une manière méthodique des bains de sublimé aux varioleux. Il se trouvera sans nul doute des sujets qui ne les supporteront pas et qui seront exposés à des accidents.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 Février 1901.

Gliomatose cérébrale.

M. Gilbert Ballet présente trois cerveaux atteints de gliome. Dans le premier, la gliomatose était circonscrite et siégeait au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche. Pendant la vie, les symptômes étaient ceux d'une tumeur cérébrale, mais il n'existait aucune trace d'aphasie; ceci, sans doute, à cause de l'évolution très lente du gliome et de l'adaptation du cerveau aux conditions nouvelles déterminées par la tumeur.

Le second cerveau est atteint d'une gliomatose diffuse dont la production semble être en rapport très étroit avec un traumatisme cranien.

Un énorme gliome occupant la presque totalité de l'hémisphère gauche caractérise le troisième cerveau. Dans tous ces

cas, les malades ont eu des signes de tumeur cérébrale (névrite optique, céphalée, etc.), mais pas le moindre symptôme de localisation pouvant mettre sur la voie du diagnostic du siège de la gliomatose. C'est très vraisemblablement la lenteur du processus qui explique cette réaction minime de la zone motrice.

Chez le troisième malade, atteint de l'énorme gliome de l'hémisphère gauche, MM. Gilbert Ballet et Dupont ont essayé de déceler la nature de la tumeur par une injection de tuberculine. La réaction fébrile a eu lieu, mais les troubles cérébraux n'ont subi aucune aggravation, ce qui démontre que le malade avait une lésion tuberculeuse ailleurs qu'au cerveau. L'autopsie a confirmé cette conclusion en montrant la présence de tubercules dans les poumons et la nature gliomateuse de la tumeur de l'hémisphère gauche.

M. Babinski pense que les malades du genre de celui qui fait l'objet de la 3e observation de M. Ballet peuvent retirer un grand avantage de l'intervention chirurgicale.

M. G. Ballet ne partage pas cette opinion et rappelle, à ce propos, plusieurs faits qui prouvent l'inutilité, en pareilles circonstances, de la trépanation cranienne.

Stase papillaire guérie par la trépanation cranienne.

M. J. Babinski présente une femme âgée de 29 ans qui a fait une chute de bicyclette et qui s'est heurtée fortement la partie postérieure de la tête contre le sol.

Un mois après cet accident, elle commence à souffrir de maux de tête dont l'intensité va en augmentant et qui, depuis 18 mois, sont d'une violence extrême. Cependant, après chaque période menstruelle, la céphalalgie disparaît pendant plusieurs jours. De plus, la malade a des vomissements quotidiens.

Un examen ophthalmoscopique pratiqué il y a plus d'un an a décelé l'existence d'une névrite optique et d'hémorrhagies rétiniennes sans affaiblissement de l'acuité visuelle.

Depuis 6 mois la vision s'affaiblit, et cet affaiblissement va en s'accentuant rapidement depuis un mois.

L'examen ophthalmoscopique du 10 janvier dernier démontre l'existence d'une névrite optique œdémateuse double des plus caractérisées.

Sur la demande de M. Babinski, M. Gosset pratique, le 14 janvier, une craniotomie sur la partie gauche du crâne et fait l'ablation d'un large volet osseux. A partir de ce moment, les douleurs de tête et les vomissements disparaissent. A l'ophthalmoscope on constate, le 30 janvier, la disparition de l'étranglement papillaire; seule, la pâleur des papilles persiste. C'est là un fait à ajouter à ceux déjà connus où la stase papillaire a disparu sous l'influence de la décompression.

L'action calmante exercée dans ce cas par le flux menstruel est comparable à celle qu'exerce la saignée dans l'urémie, dont l'aspect symptomatique, dans sa forme cérébrale a des analogies avec le tableau symptomatique des néoplasmes craniens.

La théorie de l'œdème cérébral, actuellement peu en faveur, ne contiendrait-elle pas une part de vérité?

Il serait intéressant, à tous égards, de chercher à vérifier cette idée en pratiquant la ponction rachidienne chez des malades atteints d'urémie à forme cérébrale.

Hémi-asynergie avec hémitremblement d'origine cérébello-protubérantielle

M. J. Babinski présente un homme de 54 ans, chez qui se sont développés progressivement les troubles que l'on constate aujourd'hui. Il est atteint d'une paralysie faciale droite complète avec DR, d'une paralysie du moteur oculaire externe droit, de nystagmus, de kératite neuro-paralytique, ainsi que d'une abolition de l'ouïe du même côté. La réunion de ces symptômes est caractéristique d'une lésion siégeant dans la région bulbo-protubérantielle du côté droit. Mais de quelle nature est cette lésion? Il est difficile de se prononcer catégoriquement sur sa nature, mais il est très vraisemblable qu'elle est inflammatoire ou bien qu'elle résulte d'un trouble de la circulation. Aucun signe ne plaide en faveur d'un néoplasme.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, ce sont les troubles de motilité qu'on observe dans les membres et qui siègent à droite comme à la face. Or on sait que l'hémiplégie protubérantielle est alterne lorsque la paralysie faciale a les caractères de la paralysie périphérique.

Est-ce donc là un fait en opposition avec les faits établis par Millard et Gubler? Il n'y a là qu'une apparence, car, en réalité, on n'a pas affaire ici à une véritable paralysie des membres, liée, comme la paralysie alterne, à une altération du système pyramidal; on ne trouve, en effet, dans le côté droit, ni d'affaiblissement bien net, ni de contracture, ni d'exagération des réflexes tendineux, ni d'épilepsie spinale, ni de modifications dans les réflexes cutanés, et il y a lieu d'admettre que le système pyramidal est intact. La motilité dans le côté droit n'en est pas moins touchée, mais d'une manière tout autre que dans l'hémiplégie. Le membre supérieur est atteint d'un tremblement à peu près nul au repos et apparaissant à l'occasion des mouvements. C'est un tremblement intentionnel analogue à celui de la sclérose en plaques.

Les mouvements élémentaires des divers segments du membre inférieur droit sont bien accomplis, mais les autres, plus complexes, sont imparfaitement exécutés : pendant la marche, ce membre, légèrement en rotation en dehors, s'écarte de la ligne médiane; la cuisse se fléchit sur le bassin et le pied se soulève plus du côté malade que du côté sain, tandis que la jambe se fléchit sur la cuisse, bien moins à droite qu'à gauche; le pied droit vient ensuite s'appliquer sur le sol avec une certaine brusquerie. Il s'agit là d'un phénomène qui n'est ni de la paralysie, ni de l'incoordination, mais qui consiste en une perturbation dans la faculté d'association des mouvements élémentaires dans les actes complexes, perturbation déjà décrite par l'auteur sous le nom d'asynergie. Cette hémi-asynergie dans la partie inférieure du corps et l'hémitremblement dans la partie supérieure doivent être sous la dépendance d'une lésion des fibres du pédoncule cérébelleux inférieur qui, dans la protubérance, occupe le voisinage des 5e, 6e, 7e et 8e paires craniennes. On peut donc conclure qu'il s'agit ici d'un syndrome pouvant être désigné sous le nom de « hémi-asynergie avec hémitremblement d'origine cérébello-protubérantielle. »

Polynévrite blennorrhagique.

MM. Raymond et **Cestan** présentent deux malades atteints de polynévrite blennorrhagique. Dans le premier cas, il s'agit d'une polynévrite ascendante généralisée avec diplégie faciale et troubles bulbaires; le malade a rapidement guéri en 3 mois; persiste encore la diplégie faciale qui présente des signes très nets de la réaction de dégénérescence. La polynévrite du second malade réalise le tableau du pseudo-tabes.

Les deux polynévrites présentées sont survenues dans le cours d'une blennorrhagie, à l'exclusion de toute autre cause toxique ou infectieuse ayant pu créer ces accidents de névrites multiples.

Hérédo-ataxie cérébelleuse.

M. Switalski montre les coupes de la moelle d'un malade atteint d'hérédo-ataxie cérébelleuse; on y constate une dégénérescence de la partie interne des cordons de Goll et des faisceaux cérébelleux, avec une agénésie assez marquée de l'écorce du cervelet, du noyau de Goll et des fibres du pédoncule cérébelleux moyen.

La moelle dans le mal de Pott.

MM. Thomas et **Hauser** ont trouvé dans un cas de mal de Pott, en dehors de toute compression osseuse, une destruction presque totale de la moelle au niveau de la région dorsolombaire avec dégénérescence hyaline en masse. Au-dessus et au-dessous se sont développées des cavités pathologiques à paroi névroglique, dont l'une peut être suivie jusqu'à la 4e dorsale. Il semble que ces cavités sont l'aboutissant d'un processus inflammatoire qui a amené d'abord la prolifération, ensuite la dégénérescence du tissu névroglique. En outre, les coupes fines permettent de constater l'existence de très fines fibres nerveuses de régénération; ainsi s'expliquerait l'intégrité relative de la sensibilité dans des régions recevant des conducteurs nerveux qui pénètrent dans la moelle, au-dessous des lésions.

Traitement de la maladie de Basedow par le salicylate de soude.

M. Babinski a traité plusieurs malades atteints de goître exophthalmique par le salicylate de soude et il a obtenu par cette méthode des résultats satisfaisants. Il cite à l'appui l'histoire des 3 malades chez lesquels les effets de cette cure ont été très encourageants.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 25 Janvier 1901.

Note sur un cas de syphilis infantile acquise.

M. Ausset présente un enfant de 10 mois, atteint de syphilis acquise, actuellement en pleine éruption secondaire. La mère a eu trois autres enfants bien portants; elle allaitait, en même temps que le sien, l'enfant d'une voisine qui depuis est mort de syphilis, à l'hôpital Saint-Sauveur, quand elle vit apparaître au niveau du sein une excoriation, bientôt suivie de l'apparition d'une roséole. A peu près en même temps, l'enfant commença à présenter des lésions papulo-érosives, au niveau desquelles l'épiderme a pris l'aspect d'un épiderme macéré en voie de dessiccation, et qui sont encore visibles dans les plis inguino-cruraux et sur les fesses ; en outre, il existe des plaques muqueuses dans la bouche.

M. Ausset a recherché les vestiges de l'accident initial, mais n'a rien trouvé, il se croit pourtant autorisé à poser le diagnostic de syphilis acquise, en se basant sur l'habitus de l'enfant, dont l'état général excellent est très différent de l'aspect généralement athrepsique des hérédo-syphilitiques, et sur l'âge de l'enfant. Quant au mode de contagion, il admet que l'enfant s'est contaminé par la salive syphilitique déposée sur le sein de sa mère par le nourrisson syphilitique, et non pas par l'intermédiaire d'une syphilis maternelle, car les accidents ont évolué sensiblement en même temps chez la mère et l'enfant.

M. Charmeil a observé, dans son service, la mère de l'enfant, alors qu'elle était en pleine roséole, il l'a interrogée et il croit pouvoir admettre qu'elle a présenté un de ces chancres fissuraires qui passent si souvent inaperçus et qui sont généralement confondus avec une simple crevasse du mamelon, car elle avait dans l'aisselle un ganglion volumineux. De sorte que la théorie de l'infection par la salive syphilitique, qui est théoriquement admissible, se trouve en défaut : la mère a très probablement contracté la vérole et l'a transmise à son enfant. Il est impossible de retrouver maintenant les traces du chancre de l'enfant, d'autant plus que cette lésion a pu être située profondément dans la bouche et évoluer d'un façon cachée; dans un cas semblable, on ne peut déterminer la chronologie des accidents. L'aspect de l'enfant n'est pas celui d'un hérédo-syphilitique.

M. Moty fait remarquer que l'existence du ganglion volumineux chez la mère donne plus d'une probabilité en faveur d'une infection récente de celle-ci; il est donc très admissible que l'enfant n'est pas un syphilitique héréditaire.

Deux cas de maladie de Brodie.

M. Moty présente deux malades qui ont été atteints de pseudo-fracture de la colonne vertébrale ou maladie de Brodie. L'un a eu, consécutivement à une chute dans un escalier, des douleurs très vives dans la région lombaire, signes d'une entorse avec distension de quelques fibres musculaires ou nerveuses, déterminant une attitude spéciale du sujet, qui restait toujours penché en avant. L'examen montra une diminution des réflexes cornéen et pharyngé, de l'hypo-esthésie de la moitié gauche du corps, sauf à la tête, et un rétrécissement du champ visuel.

L'autre a fait une chute de cheval à la suite de laquelle il ressentit une douleur très vive dans la région lombaire, et prit l'habitude de marcher plié en deux ; l'examen fit voir un champ visuel assez rétréci, une flexion permanente de la région lombaire en avant. Le traitement institué (massages, douches, décubitus ventral) amena chez le second malade le redressement complet, mais détermina l'apparition d'un bégayement très actué qui persiste encore aujourd'hui ; chez le premier toute thérapeutique fut vaine.

M. Moty fait observer que l'élément le plus caractéristique, au point de vue du diagnostic rapide dans ce genre de lésion, paraît résider dans le haut degré de flexion coïncidant avec l'absence de saillie anormale des apophyses épineuses et de la partie inférieure du corps.

Traitement de la rhinite hypertrophique par l'injection sous-muqueuse de chlorure de zinc.

M. Gaudier fait une communication sur ce procédé (méthode de Hamm, de Braunschweig), qu'il a eu l'occasion d'expérimenter sur 10 malades.

Essentiellement, il consiste à injecter sous la muqueuse du cornet inférieur, et en rasant l'os, quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc au 1/10e au moyen d'une seringue de Pravaz et d'une longue aiguille coudée.

Après avoir exposé la technique opératoire suivie, M. Gaudier discute les résultats, qui sont vieux de un an à 4 mois. Hamm prétend qu'une seule injection suffit à guérir radicalement en l'espace d'un mois le malade; ici sur 10 malades, 4 ont seulement bénéficié du traitement.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE LILLE

Séance du 16 Janvier 1901.

Note sur un cas de fracture du crâne.

M. Franchomme relate l'observation d'un enfant de 7 ans, qui, après une chute sur la tête à l'âge de 2 ans, ne présenta aucun signe particulier, quand, il y a 4 mois, ses parents remarquèrent un affaiblissement de son intelligence en même temps qu'apparaissaient des douleurs de tête. A l'examen, M. Franchomme constata l'existence d'une fente de 5 centimètres de longueur sur 8 à 10 millimètres de largeur, commençant à 1 centimètre au-dessus et en arrière du conduit auditif externe, du côté gauche, au niveau de laquelle on sentait les battements du cerveau.

Il proposa une intervention qui permit, après dégagement de la scissure cranienne, de reconnaître l'existence d'une petite poche, située entre le crâne et la dure-mère, renfermant 7 à 8 grammes de liquide séreux et deux esquilles qui plongeait obliquement dans la poche. Il évacua le liquide, enleva les esquilles et appliqua un pansement antiseptique. L'opération, qui remonte à une quinzaine de jours, a fait disparaître les douleurs de tête et a déterminé une amélioration de l'état mental de l'enfant.

M. Duret. — Cette observation est un nouveau fait à l'appui de l'utilité de l'intervention opératoire dans les traumatismes craniens. Les symptômes observés peuvent s'expliquer par des troubles de la circulation, ou par une irritation méningée qui détermine, par réflexe, des troubles mentaux, ou qui peut s'accompagner de phénomènes d'encéphalite déterminant une aliénation mentale particulière, justiciable du traitement opératoire, et améliorable par cette thérapeutique quand elle est pratiquée avant l'établissement des lésions cérébrales irrémédiables. Dans le cas de M. Franchomme, il y avait d'autant plus indication d'intervenir que la collection séreuse aurait pu s'infecter par auto-infection et déterminer de la méningite.

M. Franchomme, dans un cas antérieur, a vu survenir des troubles mentaux après enfoncement de l'os occipital.

M. Duret a observé, chez une petite fille qui avait fait une chute sur la tête, des troubles occulaires et une hémiplégie, qui furent heureusement combattus par une intervention qui permit d'enlever une esquille située au milieu d'une dépression du crâne et qui plongeait verticalement au milieu d'un abcès.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 Février 1901.

Empoisonnement par le vert de Schweinfurth.

M. Zinn relate un cas d'empoisonnement mortel par le vert de Schweinfurth, relatif à une femme qui absorba quatre cuillers à thé de ce composé arsenical. Transportée à l'hôpital 4 heures plus tard, la patiente, qui avait d'abondants vomissements colorés en vert et une diarrhée profuse sanguinolente, ne tarda pas à entrer en collapsus; elle succomba 19 heures après l'ingestion du toxique. A l'autopsie, on trouva la muqueuse stomacale en partie recouverte de particules vertes très adhérentes, ce qui rend bien compte de l'inefficacité des lavages d'estomac mis en œuvre dans ce cas; en outre, il existait une congestion de tout l'intestin, qui présentait même quelques hémorrhagies.

M. Michaelis déclare avoir observé 3 cas d'empoisonnement par l'arsenic, qui ont tous guéri. Dans un d'eux, la patiente ne vint à l'hôpital que 12 heures après avoir absorbé le toxique, et, bien que les lavages d'estomac eussent été pratiqués seulement le lendemain, alors que 36 à 48 heures s'étaient écoulées depuis l'accident, la guérison survint.

M. Zinn fait observer qu'un élément de gravité du pronostic est l'état de vacuité de l'estomac au moment où le poison est ingéré; quand, au contraire, le sujet n'est pas à jeun, le toxique, mélangé aux aliments, est beaucoup plus facile à extraire.

Sur l'oxydation incomplète du sucre dans l'organisme.

M. P. Mayer (de Carlsbad) fait une communication dans laquelle il démontre que, de ce qu'on ne trouve pas de sucre dans l'urine, on ne doit pas conclure nécessairement que cette substance est entièrement brûlée dans l'organisme; en effet, dans bien des cas où l'urine ne contient pas trace de glycose, elle renferme des produits de destruction incomplète de la molécule sucrée, et notamment de l'acide glycosurique. Ce fait s'observe, en particulier, dans de nombreuses maladies aiguës fébriles, ainsi que dans certaines affections accompagnées de troubles graves de la circulation ou de la respiration (on sait que l'asphyxie expérimentale détermine de la glycosurie).

Dans le diabète, l'urine contient fréquemment des quantités assez considérables d'acide glycosurique, ce qui rend compte du désaccord existant parfois entre les dosages polarimétriques et ceux qui sont faits à la liqueur de Fehling : en effet, l'acide glycosurique réduit fortement la liqueur cupro-potassique, tandis qu'il est inactif au point de vue optique.

En terminant, M. Mayer déclare que l'excrétion exagérée d'acide glycuronique peut, dans certains cas, être considérée comme un signe avant-coureur du diabète.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 8 Février 1901.

Nouveau traitement du vertige.

M. Urbantschitsch a fait une communication sur un nouveau mode de traitement du vertige. Ayant remarqué que les sensations vertigineuses que déterminent, même à l'état normal, les mouvements de rotation de la tête, sont d'autant plus longues à se produire que le sujet est plus habitué à exécuter ces mouvements, il a prescrit à plusieurs malades atteints de vertige de faire fréquemment de tels mouvements de rotation. Pour cela le patient, étant couché, tourne alternativement la tête à droite et à gauche; il cesse dès que le vertige apparaît. Lorsque certains déplacements de la tête ou des yeux provoquent seuls la sensation vertigineuse, il faut les faire répéter à l'exclusion des autres. Au bout d'un certain temps, l'usage de ces manœuvres amènerait la disparition complète des troubles.

M. Urbantschitsch a pu guérir ainsi un malade dont le vertige, consécutif à la cure radicale d'une carie du rocher, reconnaissait vraisemblablement pour cause une lésion du canal semi-circulaire horizontal.

Abcès appendiculaire dans la cavité de Douglas.

M. Schnitzler a constaté que, bien souvent, un abcès appendiculaire de l'espace de Douglas simule une obstruction intestinale; en pareil cas, on peut être amené à intervenir par la laparotomie — comme il l'a fait 3 fois, avec succès, d'ailleurs, — mais cette voie ne doit pas être délibérément choisie, à cause des dangers d'infection du péritoine auxquels elle expose.

La méthode à préférer lui paraît être l'incision rectale; il suffit d'ouvrir au point de la paroi antérieure du rectum qui est saillant; si l'on a soin de s'aider d'un spéculum, on opère sous le contrôle de la vue, par conséquent en toute sécurité. Il a employé ce procédé chez 5 malades, avec les meilleurs résultats.

Quand l'abcès siège très bas, il peut être nécessaire d'inciser par le périnée; mais ici l'intervention est longue et délicate, car il faut aller profondément à la recherche du pus, entre des organes importants; de 3 sujets qu'il a opérés par cette voie, 2 ont guéri et 1 est mort de péritonite septique ultérieure.

L'incision sacrée, préconisée par M. von Friedländer, a le double inconvénient de demander beaucoup de temps pour la guérison et de ne pas assurer efficacement l'écoulement du pus, l'ouverture de l'abcès ne portant pas sur le point le plus déclive. Quant à la voie vaginale, elle lui paraît constituer une méthode d'exception.

M. R. Frank a opéré 7 malades par la voie périnéale; il estime toutefois que c'est à l'incision rectale qu'on doit avoir recours quand l'abcès est situé très bas. On ne peut pas intervenir par le vagin chez les fillettes, et de plus l'opération vaginale chez les adultes expose à des cicatrices pouvant devenir plus tard un obstacle à l'accouchement. La voie sacrée doit être également rejetée, la guérison, par cette méthode, exigeant beaucoup trop de temps. La voie périnéale est, en somme, la meilleure : outre qu'elle ne laisse qu'une cicatrice insignifiante, elle permet le drainage de l'abcès dans les conditions les plus favorables.

M. Latzko ne croit pas que la méthode vaginale offre autant d'inconvénients que le dit M. Frank. Il a ouvert par le vagin 30 abcès de l'espace de Douglas : 2 étaient d'origine appendiculaire, les autres avaient leur point de départ dans les organes génitaux; jamais cette opération n'a été suivie d'une infection utérine. La crainte des cicatrices vaginales ne lui paraît pas non plus fondée : chez la plupart des malades, la cicatrice est à peine visible et dans aucun cas il ne l'a vue présenter d'inconvénients. M. Latzko incise le vagin longitudinalement pour ne pas blesser les uretères déplacés par l'abcès, et il laisse le drain en place jusqu'à ce que la suppuration soit tarie.

M. Gersuny estime qu'on ne peut pas établir une règle de conduite uniforme pour le traitement des abcès de l'espace de Douglas; le choix de la méthode opératoire doit être subordonné aux circonstances.

M. Gussenbauer est d'avis qu'il faut, autant que possible, inciser les abcès au point où ils ont tendance à s'ouvrir naturellement; dans le cas particulier, c'est donc par la voie antérieure qu'il faut intervenir, d'autant que l'on ne sait jamais si l'abcès perçu dans le cul-de-sac de Douglas est le seul,

et s'il n'en existe pas un ou plusieurs autres dans la cavité abdominale.

M. von Friedländer reconnaît que la guérison est plus longue par la voie sacrée; cette méthode lui semble cependant préférable aux autres, parce qu'elle assure l'écoulement du pus d'une façon plus parfaite : quand le malade est dans le décubitus dorsal, l'incision se trouve, en effet, au point le plus déclive.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 Janvier 1901.

Action dissolvante de l'eau oxygénée sur le catgut.

M. C. Moreau (de Charleroi) a eu l'occasion de pratiquer, pour des phénomènes infectieux, l'amputation de la jambe chez un homme blessé dans un accident de chemin de fer. Pendant l'opération, on fit usage d'eau oxygénée pour laver la plaie, comme le conseille M. Thiriar. Quelques jours après, sans accidents préalables, le malade mourut subitement d'hémorrhagie secondaire survenue au niveau de l'artère fémorale qui avait été liée pendant l'amputation. Soupçonnant que l'eau oxygénée avait peut-être eu une influence fâcheuse sur la résistance du catgut employé pour la ligature, M. Moreau a fait des essais qui ont consisté à plonger du catgut dans diverses solutions, notamment dans de l'eau oxygénée, du sérum artificiel, etc. Il est visible que, sous l'action de l'eau oxygénée, le catgut se gonfle, se dissocie et se désagrège.

Il est nécessaire, en conséquence, d'appeler l'attention des chirurgiens sur les accidents qui peuvent survenir par l'emploi simultané du catgut et de l'eau oxygénée.

Sur la désintoxication du cyanure de potassium par la morphine, et de la morphine par le permanganate de potasse.

M. Heymans (de Gand), après avoir déterminé la dose de chlorhydrate de morphine mortelle pour le lapin, — elle est d'environ 0 gr. 20 par kilogramme d'animal, — a recherché si une quantité non mortelle de ce sel, injectée après une dose mortelle de cyanure, était capable de prévenir la mort ou du moins de la retarder, comme l'a prétendu M. L. Heim (d'Erlangen). Or les expériences de M. Germain démontrent que le chlorhydrate de morphine, même à une dose voisine de celle qui tue, n'exerce aucune influence sur la marche ordinaire de l'intoxication par le cyanure : la morphine est donc sans action curative en pareil cas. Elle ne peut pas davantage prévenir l'empoisonnement : en effet, des animaux préalablement morphinisés et se trouvant en pleine narcose sont tués par une dose simplement mortelle de cyanure; tout au plus la mort est-elle tant soit peu retardée dans certaines conditions expérimentales.

Le cyanure a-t-il quelque effet sur l'intoxication par la morphine, ainsi que l'admet Heim? Les recherches de M. Heymans répondent encore par la négative, des lapins empoisonnés par une dose mortelle de morphine ayant tous succombé malgré l'injection d'une dose non mortelle de cyanure.

Enfin, même en mélangeant *in vitro*, en proportions adéquates, le chlorhydrate de morphine et le cyanure de potassium, et en injectant ensuite le mélange après un contact plus ou moins prolongé, on ne diminue la toxicité ni de l'un ni de l'autre de ces poisons.

Les essais infructueux de désintoxication ayant porté sur le lapin, tandis que M. Heim avait opéré sur des souris, M. Heymans a aussi fait des recherches avec ce dernier animal : les résultats ont été également négatifs. Par conséquent, la morphine et le cyanure ne sont ni des antidotes ni des antagonistes, pas plus simples que réciproques.

Parmi les nombreux contre-poisons qui sont encore recommandés de nos jours en cas d'intoxication par la morphine, se trouve le permanganate de potasse, administré à l'intérieur ou en injection hypodermique. Il est exact qu'une dose mortelle de morphine, additionnée *in vitro* d'une solution de permanganate jusqu'à persistance de la coloration violette, peut ensuite être injectée sans provoquer la mort ni aucun symptôme de narcose morphinique. Mais, d'autre part, les expériences instituées sur le chien et sur le lapin démontrent avec la même évidence que, injectés séparément sous la peau, les deux poisons sont absolument sans action l'un sur l'autre : le permanganate produit son action locale caustique et la morphine, injectée à dose mortelle, tue avec les symptômes habituels.

L'injection hypodermique de permanganate de potasse contre l'intoxication morphinique chez l'homme doit donc être considérée comme inefficace, sinon nuisible; l'administration, à l'intérieur, de ce sel ne devra être préférée aux vomitifs ou à la pompe stomacale que si l'on vient à démontrer que, même dans l'estomac, le permanganate transforme la morphine en un produit inoffensif.

SOCIÉTÉ BELGE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 24 Octobre 1900.

Tuberculose conjonctivale.

M. H. Coppez (Bruxelles) présente une petite fille de 4 ans atteinte de tuberculose conjonctivale à l'œil gauche.

Comme antécédents héréditaires, la mère est saine; le père aurait souffert d'adénite suppurée cervicale. Il y a deux autres enfants également atteints d'adénite cervicale.

Comme antécédents personnels, l'enfant n'a jamais été malade. L'affection oculaire remonterait à quelques semaines.

Etat actuel : les deux paupières sont tuméfiées. La peau et la marge ne sont pas altérées. Sur la conjonctive tarsale, on découvre une douzaine d'ulcérations arrondies, à fond grisâtre, disposées assez régulièrement. Chémosis de la conjonctive bulbaire. On relève également sur celle-ci de nombreux foyers jaunâtres, correspondant à autant de tubercules en voie de formation.

La cornée paraît encore saine; cependant sur le limbe, à la partie inféro-interne, il y a un petit bourgeon charnu, indice d'une altération plus profonde de la coque oculaire en cet endroit.

Le ganglion pré-auriculaire a les dimensions d'un œuf de pigeon.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas encore entrepris.

L'état général du sujet est très satisfaisant.

Il s'agit évidemment d'une tuberculose conjonctivale d'origine exogène.

L'enfant sera traitée par la tuberculine. On communiquera le résultat du traitement à la prochaine séance.

A propos de ce cas, M. H. Coppez fait remarquer l'opinion tout au moins originale du Dr Galezowski qui nie l'existence de la tuberculose conjonctivale, qu'il considère comme étant simplement du catarrhe printanier ulcéré. Les inoculations aux animaux le laissent sceptique. Devant une telle méconnaissance de l'état actuel de la science il n'y a vraiment qu'à sourire.

M. Venneman (Louvain) a connaissance d'un cas de tuberculose conjonctivale traitée et guérie par la tuberculine de Denys. Au début du traitement les symptômes locaux s'aggravèrent à tel point que l'on fut sur le point d'arrêter les injections. Mais le professeur Denys ayant insisté sur le fait que cette aggravation apparente était en réalité la preuve de l'efficacité du traitement, on continua et l'on s'en trouva bien.

M. H. Coppez sait que, dans ce traitement, la réaction locale est souvent considérable. C'est pourquoi il a hésité avant d'entamer la cure, parce que la cornée étant bien près d'être entreprise, la moindre aggravation pourrait amener une perforation de cette membrane et la pénétration du virus à l'intérieur de l'œil, avec toutes ses conséquences fâcheuses pour l'état général.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. Gangolphe.

De l'adénopathie inguinale dans le cancer du rectum,

Par Charles Viannay,
Interne des hôpitaux de Lyon.

On admet généralement que la propagation ganglionnaire des tumeurs malignes de l'anus et du rectum se fait, suivant les cas, dans deux sens bien différents.

S'il s'agit d'un cancer anal, — épithélioma pavimenteux, — ce sont les ganglions inguinaux qui sont envahis; si le cancer occupe le rectum, — épithélioma cylindrique, — il se propage aux ganglions hypogastriques, présacrés et lombaires.

Cette dichotomie bien tranchée se retrouve dans le traité de Daniel Mollière (1) et dans tous les traités classiques parus au cours de ces dernières années. En 1892, M. Potherat (2) écrivait : « Dans le cancer anal, les ganglions inguinaux du groupe supéro-externe sont envahis; — dans le cancer rectal, ce sont ceux du méso-rectum ». A la même époque, nous lisons dans la thèse de Fayard (3) : « Si le carcinome siège à l'anus, ce sont les ganglions inguinaux externes qui sont affectés, tandis que les néoplasmes à cellules cylindriques, ou rectaux, se propagent aux ganglions prévertébraux lombaires ».

« Dans les cancers qui portent sur la région anale, écrivait plus récemment M. Pierre Delbet (4), ce sont les ganglions inguinaux qui sont envahis. Dans les cancers du rectum proprement dit, ce ne sont pas seulement, comme on le disait, les ganglions sacrés et lombaires qui sont pris, mais aussi les ganglions de la gaîne hypogastrique, ceux qui correspondent aux lymphatiques hémorrhoïdaux supérieurs ».

Ainsi qu'on peut en juger par ces quelques citations, les auteurs classiques récents, admettent tous le schéma suivant :

Cancer anal = adénopathie inguinale.

Cancer rectal = adénopathies pelvienne, présacrée, lombaire.

Seuls MM. Quénu et Hartmann (1) signalent la propagation possible des néoplasmes rectaux, c'est-à-dire cylindriques, aux ganglions de l'aine.

Nous apportons ici deux exemples de cette propagation, recueillis dans le service de notre maître M. Gangolphe.

L'envahissement des ganglions de l'aine par une tumeur rectale n'a, d'ailleurs, rien qui doive surprendre. Au contraire, étant données d'une part la continuité de l'anus et du rectum et les communications lymphatiques qui existent entre ces deux organes; — étant donnée d'autre part, la facilité avec laquelle les tumeurs malignes diffusent dans tout le système lymphatique (2), les cancers du rectum devraient, semble-t-il, se propager souvent aux ganglions de l'aine.

Et cependant l'adénopathie inguinale est rare au cours des cancers du rectum; on n'en trouve du moins presque pas d'observations publiées. C'est ainsi que MM. Quénu et Hartmann (*loco cit.*) en signalent, à titre d'exception, une seule observation qui leur a été communiquée par M. Longuet. Dans ce cas l'examen histologique d'un ganglion inguinal, extirpé au cours d'un cancer du rectum, montra son envahissement par de l'épithéliome cylindrique.

Dans les *Archives générales de médecine* de 1888 (7e série, t. XX, p. 28), M. Tuffier rapporte aussi comme une rareté un cas de sarcome mélanique du rectum, avec adénopathie inguinale gauche.

L'examen histologique, fait par Toupet, montra que le ganglion hypertrophié était transformé complètement en sarcome, avec des éléments fusiformes tout à fait analogues à ceux de la tumeur rectale. Tuffier cite à ce propos l'opinion de Winiwarter, qui considère comme fréquente l'adénopathie inguinale au cours du cancer du rectum. Mais l'auteur, discutant l'opinion du chirurgien autrichien et faisant la critique des faits sur lesquels elle s'appuie, arrive à cette conclusion que l'hypertrophie des ganglions inguinaux, quand elle se produit au cours des cancers du rectum, est un engorgement simple d'origine inflammatoire. L'infiltration néoplasique des ganglions de l'aine serait l'apanage du cancer mélanique du rectum.

Or l'observation citée plus haut de Longuet et les deux que l'on va pouvoir lire établissent d'une façon indiscutable la possibilité de l'infiltration néoplasique des ganglions inguinaux, par les épithéliomes cylindriques du rectum.

L'adénopathie inguinale, au cours des cancers du rectum, est-elle aussi rare que tendrait à le faire croire le silence de la littérature médicale? Ou bien, observée plus

1. D. Mollière, *Traité des maladies du rectum et de l'anus*, 1877.
2. *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 1re édition.
3. Fayard, Des indications opératoires dans le cancer du rectum *Thèses* Lyon, 1890-1891, t. LVII).
4. *Traité de chirurgie clin.*, t. VIII, 1899.

1. Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, t. II, p. 169-170.
2. Voir à ce sujet : Belin, Adénopathies externes à distance, dans le cancer viscéral (*Thèse*, Paris, 1888); Troisier, L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen (*Archives génér. de médec.*, 1889); Viannay, Deux cas d'adénopathie inguinale précoce au cours d'un cancer viscéral (*Lyon médical*, octobre 1900).

souvent, a-t-elle été mal interprétée, ou jugée de minime importance? Nous ne saurions le dire. En tout cas nous donnons à tout hasard nos observations.

Observation I. — *Epithélioma cylindrique du rectum. Adénopathie inguinale double précoce. Envahissement des ganglions de l'aine par de l'épithéliome cylindrique.*

Antoinette N..., 36 ans, entre le 6 octobre 1900 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Gangolphe, salle Saint-Martin, n° 9.

Elle a toujours joui d'une excellente santé; elle a seulement été anémique au moment de l'apparition de ses règles.

Mariée à 28 ans, cette femme a eu 2 enfants : le premier après 11 mois de mariage, le second il y a 20 mois.

Elle a nourri elle-même ce dernier enfant.

Au bout de 3 mois d'allaitement elle commença à maigrir et à perdre ses forces, sans éprouver aucun trouble subjectif bien défini.

Elle continua néanmoins à nourrir son enfant pendant 8 mois encore. Celui-ci se portait bien et augmentait régulièrement de poids.

Après 11 mois d'allaitement, les premiers troubles subjectifs apparurent. Le premier en date fut la *constipation*. La malade restait parfois une ou deux semaines sans aller à la garde-robe et les selles ne pouvaient être obtenues qu'au moyen de lavements ou de purgations et au prix d'efforts considérables.

La défécation était en outre très douloureuse et s'accompagnait fréquemment d'hémorrhagies.

Un premier médecin consulté attribua ces troubles à des hémorrhoïdes, ne fit pas le toucher rectal et prescrivit l'usage de laxatifs. Cependant les choses allèrent de mal en pis. Un second médecin consulté fit seulement le toucher vaginal et parla de métrite, de déviation de la matrice.

Or dès cette époque (mai 1900) la malade remarquait la présence de petites glandes dans la région inguino-crurale droite. Ces glandes étaient dures, roulaient sous le doigt et devenaient légèrement douloureuses à l'occasion de la marche.

Deux mois plus tard, l'adénopathie fit son apparition dans l'aine gauche. Cependant, les troubles digestifs augmentaient sans cesse et la malade maigrissait.

Cette femme se rendit alors à la consultation de la Charité, où l'on reconnut la tumeur rectale et où on lui conseilla d'aller à l'Hôtel-Dieu pour y subir une opération.

Elle suivit tardivement ce conseil, et ce fut seulement le 6 octobre qu'elle entra dans le service de M. Gangolphe.

Les ganglions inguinaux avaient augmenté de volume et remplissaient les deux aines. Au palper ils donnaient une sensation de dureté ligneuse.

Le doigt introduit dans le rectum sentait, à 5 centimètres de l'anus, un néoplasme annulaire dans lequel il s'engageait avec peine et dont il ne pouvait atteindre la limite supérieure.

La constipation était toujours opiniâtre, et pour parer à l'obstruction intestinale chronique, M. Gangolphe proposa la colostomie iliaque.

La malade refusa cette opération, parce qu'elle ne devait être que palliative, ainsi qu'on dut le lui dire, sur sa demande.

Le néoplasme fut donc abandonné à son évolution naturelle.

6 Novembre. — La cachexie a fait des progrès assez rapides. La teinte jaune paille et l'amaigrissement se sont accentués.

L'abdomen est ballonné, et sous la paroi, se dessinent des reliefs d'anses intestinales. Les ganglions inguinaux ont encore augmenté de volume, et forment dans chaque aine une saillie dont le relief est très appréciable à la vue. A la palpation, on sent une masse bosselée, formée de plusieurs saillies, arrondies, dont les unes sont encore mobiles et dont les autres adhèrent à l'ensemble du paquet ganglionnaire. Ces ganglions offrent au doigt une consistance dure; ils sont indolores au palper.

Le toucher rectal montre que l'anus est toujours libre; l'index sent toujours un néoplasme annulaire devenu infranchissable, qui paraît s'être rapproché de l'anus.

La cloison recto-vaginale commence à être envahie, elle offre au doigt une consistance cartonnée. La malade se plaint d'avoir d'abondantes pertes blanches; parfois même, il sortirait par le vagin quelques matières fécales liquides. Au doigt on ne sent pas de perforation nette de la cloison recto-vaginale. A aucun moment, d'ailleurs, on ne constate la présence de matières fécales dans le vagin.

20 Novembre. — La cachexie s'est accentuée. Une *phlegmatia alba dolens* est apparue au membre inférieur gauche. La malade éprouve des douleurs intolérables dans le bassin et le long de la cuisse gauche; ces souffrances nécessitent l'usage continu de la morphine.

La malade se plaint aussi de sa fesse gauche, qui est, dit-elle, dure et douloureuse. On sent en effet, à ce niveau, un empâtement profond de toute la fesse qui est le siège d'une tuméfaction diffuse.

23 Novembre. — L'état général est à peu près stationnaire; la cachexie progresse lentement et régulièrement. Une collection purulente s'est formée et vient faire saillie à gauche de l'anus.

25 Novembre. — La collection qui remplissait le creux ischio-rectal gauche s'est vidée spontanément. La poche de l'abcès communique avec le rectum. Une injection poussée dans le rectum remplit cette poche et s'écoule ensuite à l'extérieur.

30 Novembre. — L'état général s'altère de plus en plus; l'émaciation fait des progrès rapides; la malade présente au complet les symptômes de l'occlusion intestinale chronique.

La mort survient le 5 décembre, sans incident notable autre qu'une rétention d'urine absolue pendant les 4 derniers jours.

Autopsie le 6 décembre, 25 heures après la mort. — On ouvre largement la cavité abdominale par une incision cruciale de la paroi.

Le péritoine apparaît normal, il n'y a pas d'ascite. Le gros intestin est très distendu, depuis le cæcum jusqu'à la partie moyenne du côlon descendant; en ce point le calibre du canal intestinal diminue brusquement, sans qu'il y ait là ni bride ni adhérences. Cet état d'atrésie se poursuit jusqu'à l'anse sigmoïde du côlon, qui est remplie de matières dures, ainsi que le rectum.

La vessie est vide.

L'utérus, en rétroversion légère, est fixé à la paroi antérieure du rectum par des adhérences qui remplissent à peu près complètement le cul-de-sac de Douglas. Les annexes sont normaux.

Sur la face antérieure du sacrum, on aperçoit un groupe de gros ganglions.

On sectionne après ligature la fin de l'anse sigmoïde et l'on décolle petit à petit, de haut en bas, le rectum qui adhère aux parois pelviennes postérieures et latérales.

On arrive bientôt au releveur de l'anus, ramolli et friable; on le dilacère avec le doigt, aidé de quelques coups de ciseaux, puis on pénètre bientôt dans le creux ischio-rectal gauche, transformé en un vaste clapier purulent. On sépare le rectum et ses paquets ganglionnaires satellites de la paroi latérale droite du bassin. En avant, on isole de la ceinture pelvienne la vessie et l'utérus qui adhère à la tumeur. Une incision circulaire périnéale libère complètement cette masse viscérale que l'on enlève du bassin.

L'examen et la dissection de cette pièce montrent ce qui suit.

Tout le long de la face postérieure du rectum et de l'anse sigmoïde, suivant la ligne d'insertion du méso, court une chaîne de petits ganglions indurés. Trois autres groupes ganglionnaires entourent la tumeur : deux latéraux (ganglions hémorrhoïdaux moyens), un postéro-supérieur, présacré.

La paroi antérieure du rectum est adhérente dans toute sa hauteur : à l'utérus en haut, à la face postérieure du vagin en bas. Toute la cloison recto-vaginale est friable et infiltrée de néoplasme.

On ouvre longitudinalement le rectum de haut en bas. La muqueuse est rouge, congestionnée, recouverte de mucosités glaireuses. Le calibre de l'organe augmente à mesure que l'on approche du néoplasme. Au niveau de la tumeur, l'entérotome dévie et s'engage dans une vaste perforation de la paroi latérale gauche du rectum, celle qui s'ouvrait dans le creux ischio-rectal.

On retrouve plus bas la lumière du rectum, au milieu des masses néoplasiques friables, et l'extrémité des ciseaux fermés, introduite dans cette fin de l'intestin, arrive aisément jusqu'à l'anus *qui est sain.*

On prélève pour l'examen histologique un fragment de la tumeur rectale et un ganglion dans chaque aine.

L'examen des autres viscères montre : dans le poumon droit, une pneumonie lobaire en voie de suppuration ; dans le poumon gauche, une congestion diffuse avec de petits abcès miliaires en voie de formation ; dans les reins et le foie (qui est volumineux), la teinte jaunâtre habituelle aux organes des malades qui ont suppuré. Cœur normal, plutôt petit.

L'examen histologique des pièces a été fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par le Dr Louis Gallavardin, qui nous a remis la note suivante :

« *Fragment de la tumeur.* — La coupe porte sur toute l'épaisseur de la paroi rectale. Elle présente trois couches distinctes qui sont, en allant du centre à la périphérie :

« 1° Une couche comprenant l'ancienne muqueuse et la celluleuse ; 2° la couche musculaire ; 3° le tissu conjonctif péri-rectal.

« La première présente une épaisseur d'un centimètre environ ; elle est constituée en totalité par une tumeur à type d'*épithélioma cylindrique*. Les tubes, bordés de belles cellules cylindriques, et comprenant dans leur lumière des produits de sécrétion granuleux, sont tantôt réguliers et arrondis, tantôt étirés, bifurqués...

« La partie superficielle confinant à la lumière rectale est désagrégée, et la partie profonde, directement adossée à la musculeuse.

« Dans l'épaisseur de cette musculeuse, et entre ses deux couches de fibres constituantes, on rencontre d'assez nombreux tubes glandulaires.

« Dans la couche périphérique enfin, il existe un nodule cancéreux de la grosseur d'un pois, constitué par des tubes cylindriques, mais de caractère plus embryonnaire et avec plus de tendance à la diffusion que ceux de la couche superficielle.

« *Ganglions.* — Les ganglions recueillis dans les deux aines présentent les mêmes caractères à l'examen histologique.

« Sur une coupe dont la surface atteint environ 1 cent. carré, on ne trouve de tissu ganglionnaire qu'à l'état de traces, sur les limites du ganglion, au-dessous de la capsule. Tout le reste est envahi par un amoncellement de tubes cylindriques.

« Ces tubes sont de petites dimensions ; on les voit soit isolés, soit adossés deux à deux, sans stroma intermédiaire, soit plus ou moins contournés. Ils sont tapissés de belles cellules cylindriques.

« Sur la périphérie du ganglion on trouve quelques cavités plus vastes, tapissées du même épithélium, et contenant un produit jaune et grenu qui est sans doute constitué par la sécrétion amoncelée, des cellules cancéreuses.

« Le stroma est très peu abondant et présente une infiltration modérée. »

En somme, il s'agit d'un *épithélioma cylindrique* typique du rectum, avec envahissement des ganglions inguinaux par de l'épithélioma cylindrique.

Obs. II (1). — *Cancer de la partie moyenne du rectum. — Adénopathie inguinale gauche précoce.*

Mme Y..., de Roanne, âgée de 50 ans, vient consulter M. Gangolphe dans le courant de 1896.

Toujours bien portante, sans aucun antécédent pathologique, elle s'est aperçue par hasard, il y a 2 mois, qu'elle avait une petite grosseur, complètement indolente du reste, au pli de l'aine gauche. Un médecin consulté diagnostiqua une hernie crurale, et adressa la malade à M. Gangolphe, pour qu'il lui fît la cure radicale.

Examen objectif. — M. Gangolphe constate, au niveau de l'anneau crural gauche, une petite tumeur de la grosseur d'un marron, assez dure et non douloureuse à la palpation, mate et non réductible. La malade affirme que cette grosseur est sujette à des variations de volume, sous l'influence de la fatigue et du repos, et même sous l'influence des pressions ; mais on ne constate pas ce dernier caractère : la tumeur en question ne présente aucune réductibilité.

1. Dans ce cas, l'examen histologique n'a pu être fait ; mais, l'évolution de la tumeur inguinale montra qu'il s'agissait bien d'un néoplasme ganglionnaire et non d'une adénite inflammatoire.

Dans l'aine droite, on ne sent rien d'anormal à la palpation : les ganglions ont leur volume ordinaire.

Après ces premières constatations, le diagnostic de hernie, même épiploïque, paraît très douteux. La tumeur en question a tous les caractères d'un ganglion hypertrophié, et cette hypothèse est renforcée par la constatation d'un autre ganglion situé à côté du premier, plus petit, indolore et roulant sous le doigt.

On complète alors l'examen.

Le toucher vaginal est négatif.

Après lui, on pratique le toucher rectal, bien que la malade n'accuse aucun trouble fonctionnel de ce côté-là. On sent alors, à 5 centimètres de l'anus, un épithélioma nummulaire implanté sur la paroi postérieure du rectum.

La malade, interrogée plus minutieusement, apprend seulement qu'elle a eu autrefois des hémorrhoïdes, mais que depuis bien longtemps elle n'a jamais souffert de ce côté.

Deux semaines plus tard, le médecin de cette dame ayant été informé du diagnostic d'« adénopathie inguinale symptomatique d'un néoplasme rectal », on propose une colostomie iliaque préalable, devant être suivie d'une extirpation du rectum.

La malade refuse catégoriquement l'intervention, ne comprenant pas qu'on veuille lui faire subir deux opérations et l'affliger d'une infirmité dégoûtante, pour une maladie qui ne lui cause pas la moindre gêne.

Le néoplasme est donc abandonné à son évolution naturelle.

Les troubles fonctionnels firent bientôt leur apparition : selles sanguinolentes, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre, troubles digestifs, etc., etc.

Les ganglions néoplasiques augmentèrent peu à peu de volume et leurs voisins furent envahis à leur tour. Ceux de l'aine droite furent atteints 8 mois plus tard. Pendant ce temps, le néoplasme s'étendait du côté de l'anus, puis envahissait la cloison recto-vaginale.

Bientôt les ganglions néoplasiques arrivèrent à former dans les aines deux masses du volume du poing. Puis la tumeur inguinale gauche se ramollit, s'ulcéra, et devint le point de départ d'un écoulement sanieux, sans que l'ulcération et l'évacuation de cette collection néoplasique diminuassent en rien le volume total de la masse ganglionnaire.

Finalement la mort survint dans la cachexie et le marasme, environ 2 ans après le début réel du cancer rectal.

Ces observations établissent d'une façon certaine la possibilité de l'envahissement des ganglions inguinaux par les néoplasmes rectaux du type cylindrique.

C'est là un fait intéressant d'abord par sa pathogénie, et qui peut, en outre, avoir une certaine importance pronostique et diagnostique, et modifier même, dans quelques cas, les indications thérapeutiques.

Au point de vue *pathogénique* d'abord, comment s'explique l'adénopathie inguinale dans les cancers du rectum ?

L'anatomie peut-elle nous rendre compte de cette propagation ganglionnaire ? En d'autres termes, le cours normal de la lymphe peut-il porter dans les ganglions de l'aine les cellules cylindriques détachées d'un cancer du rectum ?

« Les lymphatiques du rectum, dit M. le professeur Testut, se rendent à un groupe de petits ganglions qui occupent la concavité du sacrum et qui se continuent en haut avec les ganglions lombaires.

Fayard (*loco cit.*), d'après ses observations cliniques et anatomo-pathologiques, décrit trois groupes ganglionnaires comme aboutissants des lymphatiques du rectum : un groupe *lombaire*, le plus accessible à la palpation dans les cas, rares il est vrai, où le ventre reste souple ; — un groupe *sacré*, siégeant dans la concavité du sacrum et plus difficile à atteindre ; — enfin un groupe *pelvien*, le plus important au point de vue opératoire.

Les ganglions de ce groupe, que Fayard n'a trouvé signalé nulle part, sont situés en avant des ganglions

sacrés, sur la surface quadrilatère qui répond en dedans à la cavité cotyloïde. Directement en rapport avec la paroi osseuse, ils sont placés en dedans des vaisseaux, sous le péritoine.

Très vraisemblablement, ces ganglions ne sont autres que les *ganglions hypogastriques* décrits plus tard par Quenu (1), dans lesquels vont se jeter les lymphatiques ano-rectaux moyens, qui correspondent aux vaisseaux sanguins hémorrhoïdaux moyens. En somme, aucun des lymphatiques du rectum ne se rend aux ganglions inguinaux.

Mais on sait, depuis les travaux de Quénu, que *les réseaux lymphatiques du rectum communiquent avec ceux de l'anus*. Le raccordement entre les deux territoires lymphatiques se fait par l'intermédiaire de vaisseaux occupant les colonnes de Morgagni et y formant de véritables grappes. Toujours les plus gros faisceaux de lymphatiques se trouvent disposés sur les parties latérales.

Les cellules cancéreuses trouvent donc là une voie ouverte par laquelle, traversant sans s'y arrêter les réseaux lymphatiques de l'anus, elles peuvent arriver jusqu'aux ganglions inguinaux.

Ces ganglions peuvent être envahis encore par leurs vaisseaux efférents, qui leur apportent les cellules cancéreuses des groupes ganglionnaires sus-jacents, et envahis avant eux par le processus néoplasique.

Cette infection cancéreuse rétrograde des ganglions lymphatiques, soupçonnée, admise même, sans autres preuves que des arguments anatomo-cliniques, par M. Troisier (2), qui la considère comme fréquente, a été prise sur le fait et démontrée pour la première fois par MM. Regaud et Barjon (3). Sur un ganglion axillaire, satellite d'un adéno-carcinome du sein, ces auteurs ont vu l'envahissement néoplasique se faire *par le hile*, c'est-à-dire par les voies efférentes de la lymphe. La périphérie était tout à fait normale et les voies afférentes libres (Obs. XXXV, fig. 6).

Le même fait a été constaté depuis par Sgambati (4).

C'est, d'ailleurs, par le seul envahissement rétrograde que l'on peut expliquer l'adénopathie inguinale dans certains cancers viscéraux : celui du gros intestin (5) par exemple. Enfin ce mode d'envahissement se trouve souvent réalisé dans les cancers de la prostate, qui se propagent aux ganglions de l'aine avant d'avoir envahi le canal de l'urèthre (6).

Par quel mécanisme se fait cet envahissement rétrograde des ganglions? On admet également à l'heure actuelle soit le *reflux de la lymphe*, poussant les cellules cancéreuses dans des vaisseaux lymphatiques intacts, soit la *lymphangite cancéreuse rétrograde*. Pour Waldeyer même, les cellules néoplasiques seraient capables de cheminer dans les voies lymphatiques en vertu de mouvements actifs, rappelant les mouvements amiboïdes des leucocytes. Quoi qu'il en soit, ce que l'on admet universellement aujourd'hui, c'est que les valvules opposent un bien faible obstacle à la marche de l'infection cancéreuse qui diffuse dans tous les sens, et parfois très rapidement,

1. Quenu, Vaisseaux lymphatiques de l'anus (*Bull. Soc. Anat.*, 1893).
2. Troisier, *loco citato*.
3. Regaud et Barjon, *Anatomie pathologique du système lymphatique, dans la sphère des néoplasmes malins*. Mémoire pour le *prix Portal*, 1896.
4. Oreste Sgambati, Lo sviluppo del cancro nelle glandole linfatiche (*Il policlinico*, 1900).
5. De Bovis, dans son récent article sur le « Cancer du gros intestin, rectum excepté » (*Rev. de Chirurgie*, juillet 1900), signale, dans 7 cas, l'envahissement des ganglions de l'aine.
6. Voir Viannay, Adénopathie inguinale et cancer de la prostate (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1901).

dans tout le système lymphatique. Rien n'est donc plus aisé à concevoir que l'envahissement des ganglions de l'aine par un néoplasme rectal.

L'adénopathie inguinale du cancer rectal peut avoir encore une certaine importance au *point de vue diagnostic*. Ainsi, dans notre observation II, elle fut le premier symptôme apparent d'un cancer latent du rectum ; et, comme il arrive très souvent à l'adénopathie inguinale précoce (1) symptomatique d'un cancer viscéral, elle fut prise d'abord pour une hernie.

Cette erreur sera, le plus souvent, facile à éviter si l'on fait un examen attentif de la tumeur inguinale et si l'on ne néglige rien pour la recherche du néoplasme dont l'adénopathie est satellite. Une précaution s'impose en pareil cas : c'est de pratiquer le toucher rectal et vaginal.

Enfin, une adénopathie inguinale accompagnant un cancer du rectum pourra, dans certains cas, modifier les indications *thérapeutiques*.

Au point de vue de l'intervention radicale, — extirpation totale du rectum, après établissement préalable d'un anus contre nature — l'ablation des ganglions inguinaux dégénérés devra être le complément indispensable de cette opération, puisque les quelques examens histologiques que nous possédons établissent d'une façon certaine que l'adénopathie inguinale des cancers du rectum n'est pas toujours, comme le croyait Tuffier, d'origine inflammatoire, mais peut être due à une infiltration cancéreuse des ganglions.

Et encore, l'intervention, même ainsi complétée, aura-t-elle des chances de n'être pas absolument radicale, la présence d'une adénopathie inguinale semblant indiquer un cancer à tendances envahissantes.

Enfin, même l'intervention palliative : le simple établissement d'un anus contre nature, pourra être gêné par la présence d'une adénopathie inguinale quelque peu volumineuse.

Une tumeur ganglionnaire ulcérée siégeant dans l'aine gauche serait une indication formelle de préférer la cæcostomie à la colostomie iliaque gauche. Si même des masses ganglionnaires ulcérées occupaient les deux aines, on pourrait se trouver dans l'obligation de recourir à l'anus médian.

Mais ce sont là des éventualités devant lesquelles on se trouvera rarement ; l'ulcération des adénopathies néoplasiques secondaires étant un phénomène de la période ultime, les malades n'attendent généralement pas jusque-là pour venir réclamer les secours de l'art.

CLINIQUE MÉDICALE

Des formes cliniques du mal de Pott,

Par L. Bard,

Professeur de Clinique médicale à l'Université de Genève.

La tuberculose vertébrale, de même que toutes les autres localisations de la maladie, présente une marche et un pronostic très variables suivant les divers cas particuliers.

Cette marche et ce pronostic dépendent en quelque mesure de circonstances accessoires et contingentes, mais

1. Voir Viannay, Deux cas d'adénopathie inguinale précoce au cours d'un cancer viscéral (*Lyon Médical*, 1900).

ils dépendent surtout des caractères originels du processus tuberculeux lui-même, qui, ici comme dans les autres organes, sont loin d'être toujours identiques à eux-mêmes et d'obéir toujours aux mêmes règles. Les descriptions classiques de la maladie, celles mêmes qui se trouvent dans le récent et excellent traité de Ménard (1), sont plus ou moins riches en détails sur le siège et le mode d'extension des lésions, sur leur étendue, sur les déformations vertébrales, sur le mécanisme de production des compressions médullaires, etc., mais on n'y trouve aucune tentative de groupements rationnels des cas à évolutions similaires, en un mot aucune répartition des divers cas en formes cliniques proprement dites.

Les variétés symptomatiques que peut présenter une maladie similaire ne constituent pas par elles-mêmes de véritables formes cliniques. C'est ainsi, par exemple, que le siège en hauteur de la lésion vertébrale, ou encore le caractère flasque ou spasmodique de la paraplégie, voire même la présence ou l'absence de cette complication, ne doivent pas servir de base à la séparation des formes cliniques, malgré les caractères très particuliers que ces différentes circonstances impriment alors à la symptomatologie.

Un classement de formes cliniques dignes de ce nom ne peut pas reposer sur une base purement linéaire; leur caractéristique doit être le résultat de la compréhension synthétique d'un ensemble de caractères. Je pourrais répéter ici ce que j'ai déjà dit ailleurs (2) aux sujet des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, pour qu'une division de cet ordre corresponde à la réalité des choses et rende service dans la pratique journalière, il ne suffit pas que les formes proposées possèdent un caractère symptomatique commun, ni même une apparence générale commune; il est nécessaire que chaque forme possède, de par son évolution, son pronostic, sa marche générale, une véritable unité lui conférant une réelle autonomie.

J'ai montré dans l'étude citée plus haut que la tuberculose pulmonaire, malgré sa variabilité apparente et son extrême polymorphie, est susceptible de se résoudre à une analyse éclairée en un certain nombre de formes cliniques répondant réellement à ces exigences. J'ai la conviction, basée sur de nombreuses observations, qu'il en est absolument de même pour toutes les autres localisations de la maladie.

Pour ce qui concerne spécialement le mal de Pott, surtout dans la jeunesse et au commencement de l'âge adulte, on doit et on peut distinguer trois séries de cas, bien distinctes, qui, malgré quelques similitudes symptomatiques, constituent des formes cliniques différentes. Je ne saurais mieux faire, pour en préciser les caractères distinctifs essentiels, que de résumer très brièvement l'histoire de trois cas de mal de Pott de mon service, que j'ai pu observer simultanément et présenter ensemble à mes cours de clinique, et dont chacun constitue un exemple bien caractérisé de l'une des trois formes que j'ai en vue.

Le premier est un homme de 31 ans qui, à son dire, n'a jamais été malade et notamment n'a jamais toussé. Son affection a débuté, il y a deux ans, par des douleurs vagues, ne survenant d'abord que le matin, un peu plus tard provoquées par la marche ou par les efforts; quelques mois après elles se montrent dans la station debout ainsi que dans les mouvements exécutés dans le décubitus dorsal. Il y a un an environ le malade s'aperçoit pour la première fois d'une petite « tumeur dure » de la colonne vertébrale, qui n'est autre que la gibbosité caractéristique que l'on constate actuellement. L'apyrexie est complète, l'état général excellent, l'embonpoint normal. L'auscultation ne révèle pas de lésions appréciables. La gibbosité est petite, angulaire, constituée par la saillie de la 12° dorsale, on ne constate à son niveau aucun empâtement, aucune douleur, ni spontanée ni à la pression; il ne paraît pas y avoir de contracture musculaire ni d'immobilisation anormale de la colonne. Les réflexes cutanés sont un peu diminués, les réflexes tendineux exagérés avec clonus du pied; le malade accuse quelques fourmillements, quelques sensations de froid; la force musculaire est conservée, la marche est hésitante et peu sûre. Le type morbide est en somme caractérisé par l'intégrité absolue de l'état général, l'absence de tout signe d'abcès, la faible intensité des phénomènes de compression, l'évolution très lente et très torpide de tous les accidents.

Si ce terme n'était pas absolument impropre de par sa signification originelle, je qualifierais volontiers cette forme clinique de lupus de la colonne vertébrale; à défaut d'autre qualité, cette dénomination aurait du moins l'avantage de préciser la signification clinique toute spéciale de cette forme. La thérapeutique ici doit être très simple; l'immobilisation n'a pas besoin d'être très rigoureuse, il faut opter pour le traitement ambulatoire; la gouttière et le confinement au lit seraient dangereux pour l'état général, sans la compensation d'un profit réel pour l'état local; l'intervention chirurgicale est sans indications et serait sans excuses, bien que le malade soit susceptible de la subir sans trop de dommages. Un pareil malade doit guérir presque sûrement pourvu que l'on ne fasse rien pour l'en empêcher.

Le second est aussi un exemple d'une tuberculose locale, mais d'une tuberculose locale d'une tout autre nature, d'une tuberculose infectée, dont les foyers locaux se sont succédé à plus ou moins longs intervalles dans diverses régions, sans perdre leur caractère de foyers locaux autonomes, mais en s'associant à des processus suppuratifs, qui arrivent à prédominer et desquels dépend l'avenir du malade. Une pareille forme est comparable aux formes caséeuses ou ulcéreuses de la tuberculose pulmonaire, comme aux tumeurs blanches articulaires; la guérison est encore possible, mais problématique; elle n'aura pas trop, pour se produire, de toutes les ressources d'un traitement chirurgical bien conduit, de l'immobilisation rigoureuse et d'interventions modificatrices bien choisies.

Le troisième n'est que l'épisode local d'une véritable granulie chronique, un des foyers, d'ailleurs plus méningé que vertébral, d'une tuberculose généralisée à foyers multiples. Ces foyers sont plus ou moins nombreux, plus ou moins discrets suivant les cas; la vie et la guérison dépendent beaucoup plus de la nature et de l'évolution de leur ensemble que de la nature et de l'évolution de l'un quelconque d'entre eux, bien qu'il arrive quelquefois que la maladie perde, en se fixant plus profondément quelque part, son caractère initial de généralisation, pour subordonner dès lors sa marche ultérieure à celle du foyer devenu prédominant.

Dans cette forme clinique, tant vaudra la poussée granulique générale, et on sait qu'il y en a de curables, tant vaudra la lésion méningo-osseuse vertébrale; le pronostic est plus sombre que dans la forme précédente, et surtout

1. *Étude pratique du mal de Pott*, Masson, 1900.
2. *Rapport* au Congrès de médecine de Montpellier 1888. — Classification et description sommaire des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Kündig, à Genève, 1901.

à menaces plus prochaines; la terminaison par généralisation nouvelle, par tuberculose pulmonaire à marche rapide ou par méningite, est spécialement à redouter. Le traitement local est parfaitement impuissant à rendre service, mais il ne serait pas incapable de nuire; la moindre intervention chirurgicale provoquerait facilement des généralisations et deviendrait vite funeste. Le traitement général antigranulique, par les lavements créosotés par exemple, est le seul indiqué, quoique, ici comme dans les autres formes de la granulie, il soit trop souvent insuffisamment efficace.

Pour décrire avec plus de précision les caractères spéciaux à ces trois formes cliniques, les éléments de leur diagnostic, leurs modes de début, leur évolution et leur durée, leurs variations suivant les âges, leurs conséquences fonctionnelles ou esthétiques ultérieures en cas de guérison, les modes habituels de leurs complications, les indications rationnelles de leur traitement, il faudrait en entreprendre une étude prolongée, reposant sur de nombreuses observations, étude pour laquelle me manquent à la fois le matériel clinique et les connaissances chirurgicales nécessaires. M. le Dr Senn, qui a suivi mon service pendant quelques semaines, et qui doit prochainement entrer comme chef de clinique dans le service du professeur Roux, à Lausanne, a bien voulu entreprendre cette étude sur mes conseils; il publiera ultérieurement les résultats de ses observations et de ses recherches, et cette rapide esquisse ne peut avoir d'autres prétentions que celle de leur servir de préface.

Le second cas est celui d'une femme de 34 ans, dont l'hérédité tuberculeuse familiale est très chargée, et qui a eu elle-même dans l'enfance des abcès froids dans la région de la hanche. La maladie a débuté il y a 18 mois par des douleurs lombo-dorsales, provoquées d'abord par les efforts, et qui ont bientôt gêné les mouvements de flexion et d'extension du tronc. Deux ou trois mois après le début, les douleurs se localisèrent plus nettement dans la région interscapulaire; la malade s'aperçut au bout de quelque temps de l'existence à ce niveau d'une saillie diffuse, un peu douloureuse. Il y a 6 ou 7 mois, apparition de faiblesse des membres inférieurs; bientôt surviennent des raideurs et des spasmes; en 5 à 6 semaines, la paralysie est assez complète pour imposer le séjour au lit, et la malade ne l'a plus quitté depuis 4 mois. L'état général est assez bon, la malade n'a pas de fièvre et ne tousse pas; on constate une obscurité marquée des sommets, mais pas de râles. La paralysie est complète, spasmodique. Dans la région interscapulaire, au niveau des 5e et 6e dorsales, existe une tumeur étalée, molle, fluctuante, de 12 centimètres de long sur 8 centimètres de large, constituée par un abcès froid ossifluent. Il y a un peu d'affaissement et de tassement de la colonne, mais pas de déviation angulaire. Sur l'épreuve radiographique, on constate une longue tache sombre débordant la colonne, marquant les contours des vertèbres et s'étendant sur 9 à 10 paires costales; les 3 paires supérieures seules révèlent par leur rapprochement anormal un tassement marqué des corps vertébraux correspondants. Dans ce second cas le type morbide se caractérise bien encore par l'intégrité de l'état général; mais les lésions sont plus étendues, plus profondes, et surtout elles s'accompagnent d'une suppuration abondante qui en constitue le principal élément.

Le troisième cas est celui d'un jeune homme de 20 ans, qui n'accuse pas d'autre maladie antérieure qu'une rougeole dans l'enfance. Il y a un an il ressent un point de côté droit assez intense, qui disparaît cependant en quelques jours, sans l'avoir obligé à interrompre son travail. Trois mois après, retour du point de côté, mais cette fois avec quelques phénomènes généraux, avec mouvements fébriles, avec vomissements répétés. Il est obligé d'entrer dans un hôpital, où il fait un séjour de 5 semaines et où l'on constate une pleurésie droite. Avant même que la convalescence paraisse complète, apparaissent des douleurs sacrolombaires et de la rétention d'urine; bien que le malade nie toute blennorrhagie, on met les troubles de la miction sur le compte d'un rétrécissement de l'urèthre; on le dilate et les mictions redeviennent en effet plus faciles. Bientôt apparaissent cependant des troubles de la marche, qui progressent rapidement; le malade arrive alors dans le service, il y a 6 ou 7 mois, avec une paraplégie spasmodique; toutefois la force musculaire est à peine diminuée, la marche est par moments possible, l'impotence, d'ailleurs variable dans son intensité, est surtout le fait des contractures spasmodiques; celles-ci se produisent fréquemment, sous la forme de secousses ou de flexions involontaires, violentes et douloureuses. La colonne est immobilisée, rigide, mais sans aucune trace de déformation. Il existe un peu d'inégalité pupillaire, des troubles sensitifs et vasomoteurs, des troubles sphinctériens, des eschares; on constate une petite fièvre vespérale, à peu près constante, oscillant d'ordinaire entre 38° à 38°,5, avec quelques rares 39°. La pleurésie n'est pas complètement résolue; il existe quelques râles aux deux bases, prédominant à droite, de l'obscurité générale des poumons plus accusée aux sommets. Une ponction de Quincke donne issue à moins de 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien; ce dernier, additionné de quelques gouttes de sang du malade, en dissout rapidement quelques globules rouges et présente alors, après centrifugation, une coloration jaune clair et l'aspect d'un sérum laqué (1). Ici le type morbide, très différent des deux précédents, est caractérisé par l'acuité du processus, par son extension s'alliant à sa superficialité, par son influence très irritative, et surtout par l'éclosion contemporaine de plusieurs foyers tuberculeux de siège différent.

Si l'on fait abstraction des détails symptomatiques secondaires dus au siège des lésions, pour n'envisager que les caractères cliniques généraux de pathogénie et d'évolution qui séparent ces trois cas, leur interprétation et leur classement sont en réalité des plus simples.

Le premier est un exemple d'une tuberculose essentiellement locale, pure, bénigne, à tendances peu envahissantes et même peu destructives; son évolution propre la conduira presque nécessairement à l'ostéite condensante et à l'éburnation. Elle est exactement assimilable à la tuberculose fibreuse du poumon, parfois même à sa tuberculose abortive.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Loin. *Traitement du lupus tuberculeux par les scarifications ignées méthodiques.* N° 185. (Levéziel, Compiègne).

1. Voir L. Bard : Procédé clinique de détermination de l'isotonicité du liquide céphalorachidien (*Bulletin médical*, 1901, p. 1, et *Soc. de biol.*, 9 février 1901).

M. Rétéossian. *L'acide cacodylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*. N° 165. (Rousset.)

Mlle Lourié. *Contribution à l'étude des éléments figurés du colostrum et du lait*. N° 190. (Boyer.)

M. Jacowski. *Essai statistique sur l'influence de l'altitude au point de vue de l'accroissement en poids et des affections gastro-intestinales des enfants du premier âge*. N° 16. (L. Boyer.)

M. Simon. *Considérations sur la propreté dans la pratique chirurgicale journalière à la ville et à la campagne*. N° 156. (L. Boyer.)

M. Valette. *L'albuminurie gravidique à la maternité de l'hôpital Tenon*. N° 159. (L. Boyer.)

M. Boelle. *De la fondation des cliniques chirurgicales en France*. N° 178. (L. Boyer.)

M. Désandré (Lucien). *La varicelle suppurée et les suppurations secondaires au cours de la varicelle*. N° 173. (Baillière.)

M. Mulle (Amédée). *Accidents méningitiques au cours des infections intestinales des enfants*. N° 175. (Jouve et Boyer.)

M. Bruder (Paul). *Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons*. N° 167. (Rousset.)

M. Légier (Georges). *Contribution à l'étude de la mortalité infantile*. N° 152. (Boyer.)

M. Loin pense que, des diverses méthodes de traitement du lupus tuberculeux, les scarifications ignées méthodiques présentent plusieurs avantages : cette méthode permet de voir les lésions et d'en apprécier plus facilement l'étendue surtout en profondeur : on opère à ciel ouvert. Le manuel opératoire est réduit à sa plus grande simplicité et n'exige pas l'usage d'instruments compliqués et coûteux. Les résultats de cette méthode de traitement sont aussi bons que ceux des autres méthodes et la guérison apparente est obtenue plus rapidement. L'emploi des scarifications ignées exige assez souvent, il est vrai, l'anesthésie générale. Le chloroforme est alors l'agent tout indiqué lorsqu'il s'agit d'aborder des lésions très étendues. Mais, dans le cas de lupus superficiels jeunes et petits encore, aussi bien que dans nombre d'autres interventions pratiquées si souvent par les dermatologistes, le chlorure d'éthyle pur, employé comme anesthésique général, rendra les plus grands services.

Pour M. Rétéossian, l'acide cacodylique, par la nature organique de son arsenic, par ses propriétés qui stimulent la nutrition, constitue à cette heure, avec le traitement hygiénique, le plus puissant moyen de combattre la tuberculose pulmonaire.

Le traitement cacodylique (qui doit être dans tous les cas associé au traitement hygiéno-diététique) donne de très bons résultats chez les malades atteints de la tuberculose torpide, phtisie fibreuse; chez eux le processus scléreux emporte le processus ulcératif.

Le traitement hygiéno-cacodylique peut réussir même à la période de caverne, et quelquefois échouer au début de l'affection.

Par conséquent le succès et le pronostic dépendent plutôt de la nature du terrain sur lequel la tuberculose évolue, de l'intégrité et du fonctionnement des autres organes, de la résistance de l'organisme, que de la période à laquelle l'affection est arrivée.

D'après Mlle Lourié, on trouve dans le colostrum deux variétés d'éléments figurés : des leucocytes à noyau polymorphe et des corpuscules du colostrum à protoplasma granuleux ayant un noyau arrondi, le plus souvent unique.

Les leucocytes polynucléaires disparaissent deux ou trois jours après l'accouchement. Les corpuscules du colostrum se voient généralement jusqu'au cinquième ou sixième jour après l'accouchement. Si la femme n'allaite pas, les corpuscules du colostrum persistent pendant tout le temps que dure la sécrétion mammaire.

Dans le lait, on trouve des éléments ayant un aspect très variable et qui sont des débris protoplasmiques, entraînés par les globules de graisse.

La propriété d'absorber les corps étrangers, la présence de granulations protoplasmiques seraient en faveur de la nature leucocytaire des corpuscules du colostrum; mais l'absence de formes de passage entre un leucocyte polynucléaire du sang et un petit corpuscule du colostrum à protoplasma granuleux, ne contenant que peu ou pas de graisse et n'ayant qu'un seul noyau ne permettent pas de considérer cette hypothèse comme démontrée.

M. Jacowski a étudié l'influence de l'altitude au point de vue de l'accroissement du poids des enfants, et ses recherches ont montré que les enfants bien portants augmentent de poids d'une façon plus considérable dans les vallées.

La première proposition est exacte aussi pour l'alimentation mixte et le sevrage.

Pendant les mois d'été (juin, juillet, août, septembre) les affections gastro-intestinales les plus nombreuses se trouvent dans les vallées et présentent en outre relativement des cas plus graves que sur le plateau.

La mortalité estivale est plus considérable dans les vallées.

Il devrait y avoir pour les nourrissons un séjour d'été correspondant aux quatre mois énumérés ci-dessus et se passant sur les hauteurs. Pour tous les autres mois de l'année, l'habitation dans les fonds est infiniment préférable.

Pour M. Simon, la stérilisation absolue des instruments de chirurgie est réalisable par les différents procédés actuellement employés : étuves à chaleur sèche, à chaleur humide ou à vapeurs antiseptiques.

Une asepsie relative mais certainement suffisante des mains de l'opérateur est possible si l'on a soin de suivre attentivement les règles bien établies aujourd'hui pour le lavage et le brossage prolongé des mains.

D'après M. Valette, dans la circonscription de l'hôpital Tenon, en raison des conditions de misère sociale et physiologique dans lesquelles se trouvent les clientes de la maternité de cet hôpital, le nombre des albuminuries gravidiques atteint une proportion double de celle qu'on observe communément.

Cette misère et la gestation agissent vraisemblablement en favorisant l'auto-intoxication.

Cette albuminurie gravidique s'accompagne de la même proportion de morbidité maternelle et fœtale que celle donnée par les statistiques les plus chargées.

M. Boelle démontre dans sa thèse que Desault est le fondateur des cliniques chirurgicales.

Enfin, les médecins doivent se rappeler, eux aussi, qu'il peut être considéré comme le promoteur des cliniques médicales.

C'est lui qui, en effet, suggéra à son ami Corvisart l'idée de la création, à la Charité, d'une clinique médicale qui compléterait la sienne.

Il eut le mérite d'organiser ses cours avant son illustre ami, qui n'inaugura les cliniques médicales qu'en 1788, l'année qui suivit la création des cliniques de Desault.

La vésicule varicelleuse ne suppure pas normalement. Le liquide clair qu'elle contient se trouble, la vésicule s'affaisse, une croûte légère se forme, mais il n'y a pas de véritable suppuration.

Dans certains cas, la varicelle est suppurée. Ce sont faits sur lesquels a insisté récemment M. Merklen dont son élève M. Désandré reprend l'étude. La vésicule évolue d'abord normalement et c'est seulement au bout d'un jour ou deux qu'on la voit augmenter de volume, s'aplatir, se remplir d'un pus jaunâtre ou verdâtre, s'ombiliquer quelquefois et s'entourer d'une auréole inflammatoire. Cette suppuration dure plusieurs jours, puis la vésicule se rompt ou bien se dessèche assez lentement. Il se forme alors une croûte beaucoup plus épaisse que celle de la varicelle commune, beaucoup plus adhérente aussi, qui est très lente à tomber et qui le plus souvent laisse après elle une cicatrice déprimée, cupuliforme, analogue à celle que l'on voit dans la variole.

Habituellement toutes les vésicules ne subissent pas cette transformation. Celles du tronc restent citrines.

La durée de l'évolution d'une vésicule suppurée peut dépasser 3 semaines; tandis que celle de l'élément normal n'est que de 15 jours environ.

La transformation purulente du contenu des vésicules s'accompagne souvent d'une véritable fièvre de suppuration comme dans la variole.

Parmi les complications de la varicelle suppurée, on doit noter particulièrement les infections générales, la gangrène et la néphrite, qui s'est montrée constante dans une épidémie.

La bactériologie de la varicelle simple est peu connue, malgré les travaux de Bareggi, de Guttmann et Pfeiffer. Mais pour la varicelle suppurée, on a montré dans les pustules la présence constante du staphylocoque pyogène accompagné ou non du streptocoque. Ces microbes, surtout le premier, doivent être considérés comme la cause immédiate de la varicelle suppurée, car l'agent spécifique de la varicelle simple ne produit pas la suppuration.

Le pus de la varicelle suppurée contient une grande quantité de leucocytes polynucléaires, contrairement au pus de la variole et au liquide citrin de la varicelle simple, dans lesquels les mononucléaires dominent.

Le diagnostic différentiel de la variole et de la varicelle suppurée se basera surtout sur l'induration du derme qui accompagne la pustule de variole; sur la forme de la pustule, plus allongée et plus volumineuse dans la varicelle suppurée.

Enfin et surtout sur la présence, chez le même sujet, d'éléments d'âge différent, et notamment de vésicules citrines et claires, plus abondantes sur le tronc et les parties couvertes, qui coexistent avec les éléments suppurés. Les éléments de la varicelle sont d'ailleurs beaucoup plus nombreux sur le tronc que ne peuvent l'être ceux de la variole.

La suppuration de la vésicule varicelleuse était expliquée soit par des causes générales (enfants débilea et cachectiques), soit de préférence par des causes locales portant sur l'état antérieur de la peau.

Mais la varicelle suppurée étant souvent épidémique et contagieuse, on doit, pour expliquer cette épidémicité, faire intervenir une cause extérieure à l'individu, une infection spéciale différente de l'infection varicelleuse simple.

Dans ces cas, la varicelle suppurée semble due à un contage simultané de l'agent de la varicelle et des agents ordinaires de la suppuration.

Il peut se produire également au cours de la varicelle des suppurations secondaires qui sont localisées ou généralisées.

Les premières sont fréquentes, ce sont des furoncles, des abcès, des phlegmons qui surviennent au voisinage des pustules. L'infection se fait généralement dans ce cas par voie lymphatique.

Les secondes sont rares. Ce sont les abcès multiples non seulement cutanés et sous-cutanés, mais aussi articulaires et viscéraux qui ne sont que l'expression d'une pyohémie consécutive à la varicelle. — L'infection se fait alors par voie sanguine.

L'agent ordinaire de ces suppurations est encore ici surtout le staphylocoque pyogène.

Les infections intestinales de l'enfant peuvent s'accompagner fréquemment de complications du côté des méninges chez les sujets dont le système nerveux est rendu moins résistant par les antécédents personnels (âge, traumatisme, etc.).

Ces complications revêtent le type aigu ou le type chronique et résultent de la localisation dans le système méningo-cortical des éléments toxi-infectieux élaborés dans l'intestin.

Toutes les formes d'entérite peuvent donner lieu à des accidents, cérébraux; mais, comme le montre M. Mulle, c'est surtout dans les formes d'entéro-colites aiguës (entéro-colite muqueuse de M. Guinon) qu'on voit apparaître des accidents méningitiques consistant en convulsions, tétanie, méningite aiguë avec ou sans hydrocéphalie, hydrocéphalie aiguë.

On doit incriminer presque exclusivement, dans la genèse de ces accidents, l'allaitement artificiel ou l'alimentation vicieuse.

Les manifestations méningitiques surviennent non seulement au commencement, mais aussi dans le déclin et la convalescence des toxi-infections gastro-intestinales.

Le pronostic bénin pour les convulsions, la tétanie et le méningisme (forme atténuée de méningite) devient le plus souvent fatal pour la méningite aiguë ou suraiguë. Celui de l'hydrocéphalie aiguë n'est guère plus encourageant, vu qu'au cas de guérison, il persiste des troubles irrémédiables de l'intelligence et de la motricité.

La thérapeutique des complications méningitiques repose surtout sur la balnéothérapie tiède et sur un traitement antitoxique. Chacun des accidents nécessite une médication particulière.

Le stridor laryngé congénital des nourrissons dont M. Bruder a fait l'étude débute au moment de la naissance ou peu après.

Il se caractérise par un bruit inspiratoire sonore plus ou moins musical appelé stridor, que l'on peut comparer au gloussement d'une poule, au hoquet, au sanglot.

Ce bruit est continu, persistant, bien qu'atténué pendant le sommeil, et lorsque l'enfant tête.

Son intensité augmente sous l'influence de toutes les causes qui provoquent une augmentation de la fréquence des mouvements respiratoires.

Le cri de l'enfant est clair et normal.

Il existe une gêne respiratoire le plus souvent modérée, mais pouvant dans quelques cas devenir plus accentuée et s'accompagner de tirage et d'ébauche de cyanose.

L'état général de l'enfant est généralement très satifaisant.

Le stridor disparaît spontanément au bout d'un an ou à la fin de la 2e année.

Le stridor est produit au niveau du larynx.

Il est dû à une malformation laryngée pouvant revêtir deux types.

Dans l'un, la malformation est au maximum.

L'épiglotte est repliée sur elle-même en dedans, ses bords rapprochés forment une gouttière assez étroite.

Les replis aryténo-épiglottiques, flasques et minces, sont en contact direct et forment une simple fente.

En arrière de l'ouverture du vestibule laryngé, il y a donc une sorte de glotte vestibulaire limitée par ces replis anormalement rapprochés, qui s'affaissent et vibrent sous l'influence de l'air inspiré.

Dans l'autre type, la malformation est limitée à l'épiglotte qui est enroulée sur elle-même, formant ainsi une anche vibrante dominant le larynx.

Par suite de cet enroulement, les replis aryténo-épiglottiques sont rapprochés dans leur tiers antérieur seulement. Dans ce cas, le stridor résulte des vibrations de cette anche résonnant avec le tiers antérieur des ligaments aryténo-épiglottiques.

Cette malformation est congénitale.

Elle disparaît lorsque le larynx en se développant devient plus rigide.

La disparition de la malformation est accompagnée de la cessation du stridor.

Les enfants malades et les enfants débiles meurent dans d'énormes proportions lorsqu'ils ne reçoivent plus les soins minutieux et réguliers qu'ils avaient à l'hôpital. Actuellement, les femmes venant accoucher à l'hôpital ont le droit d'en partir, quand elles le veulent, avec leur enfant ou malade ou débile, bien que celui-ci soit dans de mauvaises conditions pour résiscer aux influences ultérieures. De plus, les parents, chez eux, ont le droit d'élever leurs enfants en bas âge comme il leur convient, sans qu'il soit exercé sur eux aucun contrôle.

Or, comme le montre M. Légier, ceux de ces enfants qui sont l'objet de la surveillance régulière du médecin ne meurent plus que dans des proportions incomparablement inférieures.

On peut donc, par des moyens appropriés, diminuer considérablement la mortalité dans ces diverses catégories d'enfants; l'enfant a le droit de bénéficier de ces moyens, et s'il n'en bénéficie pas toujours, c'est qu'il n'est pas suffisamment protégé par les lois contre la mauvaise volonté ou l'ignorance des parents.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syndrome de Basedow post-typhoïdique, par F. Benoit (*Archives de neurologie*, vol. X, n° 58, p. 289, octobre 1900. — L'observation concerne un jeune sujet chez qui le syndrome basedowien se développa insidieusement au déclin d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Il est à remarquer que le sujet n'était pas goîtreux avant sa fièvre typhoïde, mais qu'il était originaire du département de la Loire et que sa grand'mère et sa tante étaient affectées de goître. Cette condition de prédisposition a peut-être déterminé la thyroïdite typhique; tout au moins on a très fréquemment signalé une prédisposition analogue dans les tyroïdites infectieuses.

Dans le cas présent, la tumeur thyroïdienne créée par l'infection éberthienne sur un terrain préparé possède des caractères (indolence, souplesse, absence de sclérose et de suppuration) indiquant que la glande thyroïde n'a rien perdu de sa vitalité; au contraire, cette vitalité est accrue et la fonction de la thyroïde est exagérée par suite de la présence d'éléments glandulaires de nouvelle formation. En somme cette observation de goître exophthalmique post-typhoïdique vient à l'appui de la théorie humorale (hyperthyroïdisation) de la maladie de Basedow.

Épilepsie et fièvre typhoïde, par A. Marie et J. Buwat (*Archives de neurologie*, vol. XI, n° 61, p. 18, janvier 1901). — Les auteurs ont observé l'évolution de la fièvre typhoïde chez quelques épileptiques aux cours d'une épidémie circonscrite. Ils relatent ici deux observations avec autopsie : la première relative à un malade mort dans le deuxième septenaire, la seconde relative à un sujet qui a succombé à la fin de la première semaine, en pleines crises convulsives subintrantes, avec hyperthermie.

Ces deux cas sont en contradiction avec l'opinion classique qui veut que dans toute affection aiguë avec hyperthermie la réapparition des crises épileptiques soit un phénomène favorable, qui précède la défervescence.

Chez les deux malades le traitement bromuré avait été suspendu, comme on a coutume de le faire, dès l'invasion de la fièvre. Tous deux ont résisté à la première attaque convulsive. Chez le premier, il s'est même esquissé une détente thermique après la première crise. Chez le second, ce phénomène, quoique moins net s'est également présenté. Chez tous deux, la mort est survenue ultérieurement après une série d'accès subintrants.

La dothiénenterie était de gravité moyenne, mais chez le premier on a trouvé à l'autopsie une atrophie du lobe cérébral gauche et de la splénisation pulmonaire; chez le deuxième, un cœur malade et un foie douteux. Ces lésions suffiraient à elles seules à expliquer pourquoi les deux sujets ont succombé; mais ces deux cas enlèvent à la réapparition des crises épileptiques au cours d'une pyrexie son pronostic favorable.

CHIRURGIE

Hémorrhagie interne due à la rupture traumatique d'adhérences d'origine appendiculaire avec rapport d'un cas, (Internal haemorrhage, one result of adhesions due to acute appendicitis, with a report of a case), par L. J. Ladinski (*Medical Record*, 15 septembre 1900, t. II, p. 924). —Le malade est un enfant de 11 ans 1/2. Rien de particulier dans les antécédents ; pas d'hémophilie.

Le 13 août 1900 il se plaignit de petites douleurs abdominales. La douleur ne fut pourtant pas suffisante pour l'empêcher de jouer. Le même jour, en sautant sur une balustrade, il perdit l'équilibre et tomba avec force sur le plancher. Il fut relevé se plaignant de violentes douleurs abdominales avec nausées et vomissements. Le lendemain, le médecin appelé le trouva la figure pâle, angoissée, pouls 112, fièvre 101° F. L'abdomen, à la palpation, était douloureux surtout dans la partie inférieure. Mictions normales. Le 3 août l'auteur fut appelé ; l'aggravation était très grande depuis quelques heures ; collapsus ; pouls 130-140. Température 104° F., abdomen descendu, matité sur les côtés, tympanisme à la partie supérieure, épanchement évident. La région appendiculaire est surtou douloureuse.

Diagnostic hésitant entre hémorrhagie interne par rupture de quelque organe ou péritonite par appendicite méconnue.

L'intervention pratiquée immédiatement montra l'abdomen rempli de sang. Une fois épongé, on vit que le sang provenait nettement de l'appendice, entouré de fausses membranes. L'appendice particulièrement long, contourné en *u*, était soutenu dans cette position par un méso-adhérent à la face interne et antérieure du cæcum. Une déchirure d'un 1/2 pouce se voyait sur le méso-appendice et par les vaisseaux ouverts le sang sortait très nettement. Ablation de l'appendice et ligature du méso. Le lendemain température normale, 15 jours après l'enfant sortit guéri. Dans ce cas, la cause de l'hémorrhagie était certainement dans la rupture du méso-appendice et l'infection à une appendicite. Ce cas est assurément unique. Edebohls cite des cas d'hémorrhagie compliquant l'appendicite mais dues à un processus ulcéreux de l'intestin grêle (Osler), de l'anse sygmoïde (Stedman) de l'artère iliaque externe droite (Powell), et Edebohls (communication orale) a vu une hémorrhagie mortelle à la suite de la rupture d'une ligature de l'artère du méso-appendice.

MÉDECINE

Considérations générales sur le traitement du tétanos à propos de 3 cas de tétanos traités à l'aide d'injections intra-cérébrales et suivis de guérison, par M. Letoux (*Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 4e trimestre 1900). — L'auteur rapporte 3 cas de tétanos traités par des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique à hautes doses : 1er cas, 20 centimètres cubes en 2 injections; 2e cas, 34 centimètres cubes en 3 injections; 3e cas, 48 centimètres cubes en 4 injections. Les 3 cas ont guéri.

1° J..., 14 ans, blessé le 29 avril 1899, à 11 heures du matin. Ecrasement du pied au niveau de la malléole externe. Il rentre à l'hôpital le 30 avril 1899.

Le 7 mai au matin, il existe un peu de contracture de la mâchoire et les sourcils sont remontés; on pense au tétanos, on isole, sérum sous la peau, un peu de chloral et de bromure.

8 mai. Raideur du cou. Il se produit quelques crises légères pendant lesquelles le trismus augmente et le malade se raidit. On donne deux tubes de sérum sous la peau dans la matinée à 9 h. 1/2. A 2 heures, première injection intra-cérébrale (quantité injectée : 10 centimètres cubes; durée de l'injection : 27 minutes). Aucun accident.

Du 7 au 22 mai : injections sous-cutanées de sérum, 10 tubes 1/2; injections intra-cérébrales, 2 tubes, soit 20 centimètres cubes; chloral, 14 grammes.

L'analyse bactériologique a confirmé le diagnostic.

Dans cette observation, l'état du tétanique ne s'améliora pas à la suite des injections intra-cérébrales.

Les contractures restèrent sensiblement ce qu'elles étaient auparavant — cela concorde bien avec ce que nous savons, — le sérum (antitoxine), porté dans le cerveau, protège la moelle supérieure alors que la moelle inférieure est déjà atteinte par le poison, mais elle ne défait pas les lésions accomplies. Les contractures établies au moment de l'intervention persistent longtemps.

2° Femme, 24 ans, domestique, entrée le 19 septembre 1899, à l'hôpital, avec diagnostic : douleurs rhumatismales.

La malade est entrée dans la soirée, M. Letoux la voit vers 5 h. 1/2 ; il s'agit d'un cas de tétanos. Il existe déjà du trismus et les sourcils sont relevés. On donne un tube de sérum sous la peau et une potion chloralée, on isole la malade. Le lendemain matin, les dents sont serrées, les membres inférieurs raidis, les supérieurs sont souples, les sourcils sont relevés, il existe de la raideur dans la nuque, le ventre est dur, les muscles droits sont contracturés (ventre en bois). On donne trois tubes de sérum sous la peau.

Les accidents s'accentuent, et, le 21 au matin, première injection intra-cérébrale de 10 centimètres cubes (durée 20 minutes).

L'injection est faite sans anesthésie et admirablement supportée.

Pendant le temps qu'elle reçoit le sérum dans son cerveau, la malade cause volontiers et n'accuse aucune douleur.

Les accidents continuent; le 22, seconde injection intra-cérébrale dans l'autre lobe, quantité injectée 10 centimètres cubes (durée 14 minutes).

Pendant les préparatifs de cette injection, la malade est prise d'une très violente crise de contracture généralisée, elle asphyxie, elle va mourir; à grand'peine, on parvient à déraidir les membres supérieurs et à pratiquer quelques mouvements de respiration artificielle. La malade revient à elle et l'on pratique l'injection, qui est bien supportée,

Le 24. Trois tubes de sérum sous la peau. Les accidents continuent, il se produit plusieurs crises d'asphyxie auxquelles la malade résiste. La température n'a pas encore dépassé 38°. Le 28, la température atteint 39°,5. Les crises de contracture deviennent plus fréquentes; 3° injection de 14 centimètres cubes en 7 minutes.

A partir de ce moment, amélioration lente. La malade sort guérie le 8 novembre 1899.

Comme porte d'entrée : 1° la malade présente une brûlure de la main remontant à plus d'un mois et complètement guérie au moment de son entrée à l'hôpital; 2° 8 jours avant l'entrée une piqûre de la main avec une aiguille à viande.

En somme, incubation probable : 8 jours.

Intensité moyenne, sauf les crises d'asphyxie.

3° Homme, entré le 19 mai 1900, à l'hôpital, pour plaie du pied, de date récente (2 jours).

Le 24 mai au matin, on s'aperçoit que le malade a les dents serrées. On diagnostique le tétanos : injection sous-cutanée, 60 centimètres cubes.

Dans la journée, raideur de la nuque, dents serrées, sourcils relevés.

Le soir, nouvelle injection sous-cutanée, 60 centimètres cubes.

Le 25, le malade souffre beaucoup, ses membres sont contracturés. Dans la soirée, injection intra-cérébrale à droite bien supportée. Pendant l'injection les pupilles se sont dilatées et, c'est tout, le pouls n'a pas changé (14 centimètres cubes en 9 minutes).

Le 26. Même état, nouvelle injection intra-cérébrale à gauche, dans la matinée.

Pendant l'injection, les pupilles se sont brusquement dilatées, on a suspendu l'injection quelques secondes (14 centimètres cubes en 7 minutes).

Dans la journée, quelques secousses. Le soir, la température, qui d'ailleurs n'a jamais dépassé 37°,4, tombe à 35°,4.

Le 27. Le corps est complètement raide.

Les secousses sont plus fréquentes que la veille. Les crises douloureuses sont précédées de tremblements qui vont en augmentant; pendant ce temps le regard devient fixe.

Dans la matinée, le malade avait de nouveau reçu 14 centimètres cubes de sérum dans le lobe droit du cerveau.

Le 28. Crises plus fréquentes et plus fortes.

10 centimètres cubes de sérum dans le lobe gauche par l'ancienne ouverture. Le malade continue de prendre très peu de lait et rien autre.

Le 29. Etat stationnaire; les jours suivants, légère amélioration.

Le 1er juin. Le malade souffre moins, la contracture a disparu des membres supérieurs, il remue un peu les jambes.

Le 5, les dents se desserrent un peu, le malade prend plus de lait, l'amélioration générale continue.

Le 6, le malade remue bien les jambes, il s'asseoit presque sur son lit, il se nourrit.

A partir de ce moment, la guérison se fait rapidement et est complète le 7 juillet, date à laquelle le malade quitte l'hôpital.

Incubation, 7 jours.

Intensité moyenne (hypothermie).

Traitement, sérum sous la peau, 120 centimètres cubes.

Sérum intra-cérébral, 48 centimètres cubes.

L'auteur conclut qu'il faut faire à tous les malades atteints de plaies douteuses une injection préventive de sérum antitétanique. Une fois le tétanos déclaré, il importe de mettre de suite du sérum dans le cerveau.

Le sérum sous la peau rendra également service, mais il faut faire des injections précoces.

Tous les calmants sont utiles et on les emploiera, la préférence est donnée au chloral à hautes doses (jusqu'à 10 grammes et plus par 24 heures), il doit être très dilué, étant caustique pour l'estomac.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 19 Février 1901.

De la grande fréquence des accidents appendiculaires graves et de leur cause.

M. Lucas-Championnière pense que les hématémèses appendiculaires se rapprochent des vomissements noirs que l'on constate après certaines opérations abdominales. Tout en admettant leur extrême gravité, il pense qu'elles sont parfois curables. Il a réussi, en effet, dans quelques cas à les arrêter en pratiquant des lavages de la cavité stomacale avec une solution alcaline.

Les observations de M. Dieulafoy me semblent surtout montrer la fréquence de plus en plus grande de l'appendicite sous ses formes les plus graves.

Si cette fréquence avait été telle autrefois, elle aurait difficilement échappé aux observateurs. Cette réflexion s'applique également aux appendicites des femmes enceintes dont M. Pinard nous a communiqué récemment trois cas observés en un mois, alors que je ne me souviens pas d'en avoir vu un seul exemple pendant les dix années que je me suis livré à la pratique des accouchements.

Je crois donc que si l'appendicite n'est pas une maladie absolument nouvelle, elle est cependant autre chose que la typhlite et la pérityphlite de nos devanciers.

A l'appui de cette manière de voir, je citerai ma statistique des abcès de la fosse iliaque. Un des premiers, j'ai préconisé l'ouverture large et rapide de ces abcès, et pourtant de 1882 à 1898 je n'en ai opéré que 34 cas, alors que de 1899 à 1900, c'est-à-dire en 2 ans, j'en ai ouvert 19. Pour que la proportion fût égale, il aurait fallu en trouver 152 dans la première période. Il semble cependant qu'aujourd'hui où les appendices sont enlevés préventivement, les abcès de la fosse iliaque devraient être beaucoup plus rares. Si leur nombre augmente, c'est évidemment parce que nous observons beaucoup plus d'appendicites à formes graves.

Je crois, en outre, que la fréquence croissante de l'appendicite est elle-même la conséquence de l'augmentation des causes d'infection intestinale.

Sans nier les rapports de l'appendicite avec la grippe, sur lesquels M. Faisans a le premier appelé l'attention, j'ai été frappé de ce fait que les affections appendiculaires sont surtout répandues dans les pays où l'on consomme le plus de viande, tels que les Etats-Unis et l'Angleterre. De mon côté, j'ai observé fréquemment l'appendicite chez des sujets qui se nourrissaient presque exclusivement de viande.

Ce qui contribue encore, en dehors d'un régime carné trop abondant, à augmenter la fréquence des infections intestinales, c'est le discrédit tout à fait immérité dans lequel sont tombés les purgatifs. Autrefois on purgeait les enfants à tous les changements de saison; c'était une sage précaution qui est tombée à tort dans l'oubli. Les purgatifs, en effet, sont le meilleur moyen dont nous disposions pour combattre les infections de l'intestin. On ne saurait donc trop en recommander l'usage, en même temps qu'il faut réformer le régime alimentaire, pour prévenir bon nombre de cas d'appendicite.

M. Robin. — En 1897 j'ai établi, en m'appuyant sur un très grand nombre de faits, que l'appendicite se rencontrait surtout chez les sujets souffrant depuis plusieurs années d'accidents dyspeptiques.

J'ai constaté depuis que la moitié environ des malades atteints d'appendicite sont depuis plus ou moins longtemps des hypersthéniques gastriques.

Le rôle néfaste joué par l'alimentation carnée dans la production de l'appendicite est établi par ce fait que, lorsqu'on analyse les fèces de ces patients, on y trouve jusqu'à 12 p. 100 de matériaux azotés, ce qui est une proportion notablement exagérée.

Comme M. Lucas-Championnière, je crois donc que le meilleur moyen de prévenir les affections appendiculaires est de conseiller aux sujets qui en sont menacés de surveiller leur régime alimentaire et de se purger souvent.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des angiomes par l'électrolyse (1).

D'après M. le D[r] Frédéric Vial.

Le traitement des angiomes par la méthode électrolytique est aujourd'hui admis par un grand nombre de chirurgiens. La simplicité l'efficacité de ce mode thérapeutique le mettent à la portée de tous les praticiens. M. le D[r] Vial a réuni dans sa thèse les indications nécessaires à une bonne application de l'électrolyse.

Les appareils et instruments nécessaires à la pratique de l'électrolyse dans les cas de malformations cutanées sont :

1° La source du courant, qui, d'ordinaire est formée de piles;

2° L'appareil donnant la mesure de l'intensité du courant : le galvanomètre;

3° L'appareil servant à faire varier l'intensité du courant : le rhéostat ;

4° Des électrodes représentées dans le cas particulier par des aiguilles, et du porte-aiguilles servant à les maintenir sûrement;

5° Des fils destinés à conduire le courant.

Piles. — Les piles ayant un débit constant doivent être de préférence employées, et afin d'éviter au malade des secousses douloureuses, elles doivent fonctionner très régulièrement. On emploiera pour ces raisons les piles Daniel, Bunzen ou Leclanché, etc.

De plus, cette source, devant travailler sur une résistance relativement faible, n'a pas besoin d'avoir un voltage très élevé : 20 à 30 volts suffisent amplement.

Galvanomètre. — Cet appareil qui, par quelques auteurs anglais et américains, est jugé complètement inutile, et qui, en Allemagne, pour Vogel, Voltolini, Bruns, etc., sert uniquement à indiquer à l'opérateur que sa batterie de piles fonctionne, est au contraire d'une grande utilité pour les Français. Tandis que les premiers vont varier l'intensité du courant selon les effets qu'il produit, sans avoir recours aux indications que pourrait leur donner un galvanomètre, les autres considèrent qu'il est absolument indispensable d'en intercaler un dans le circuit afin de se rendre compte des moindres changements qui pourraient survenir dans l'ensemble de l'installation. On devra donc se munir d'un galvanomètre aussi sensible que possible et gradué en milliampères.

Avec lui on se rendra un compte exact de l'intensité du courant; car on ne doit pas oublier que cette intensité doit varier avec la région sur laquelle on opère, avec l'âge du sujet porteur de la tumeur et avec les réactions qui ont suivi les séances antérieures d'électrolyse.

On pourra ainsi éviter aux malades certains accidents sinon dangereux du moins très désagréables, tels que syncopes et éblouissements, accidents auxquels on est sans cesse exposé dans une opération un peu trop livrée au hasard. Enfin, chez certains malades, il serait difficile, sinon impossible, de leur faire supporter l'intensité nécessaire : ceux-ci ne supportant que de faibles courants on devra augmenter la durée de leur passage, la destruction des tissus étant proportionnelle à la durée et à l'intensité du courant. Enfin, le galvanomètre sert à indiquer à l'opérateur le moment où il a atteint l'intensité optima et à ce seul titre, il doit être considéré comme très précieux.

Rhéostat. — Le rhéostat peut être quelconque, pourvu qu'il soit capable d'augmenter insensiblement l'intensité du courant.

Cet appareil se compose d'un fil métallique dont la résistance varie de 500 à 1,500 ohms, sur lequel on prend le courant en deux points variables, plus ou moins distants l'un de l'autre. On peut ainsi passer d'un voltage zéro jusqu'au voltage maximum de la source et cela d'une manière tout à fait insensible. A l'accroissement de voltage correspond régulièrement l'accroissement d'intensité.

Électrodes-aiguilles. — Les électrodes-aiguilles terminent chacune l'un des fils de la pile : elles constituent une des parties les plus importantes du matériel, car c'est grâce à elles que l'on porte jusqu'au sein de la tumeur le courant qui doit la détruire. Les aiguilles sont au nombre de deux : une pour chaque pôle; car c'est l'électrolyse bipolaire qui seule nous intéresse ici.

Leur longueur ne doit pas être exagérée ; 2 cm. 1/2 à 3 centimètres depuis la pointe jusqu'au niveau du point d'émergence hors de la douille du porte-aiguille semblent être la longueur la plus convenable. Cependant leur longueur doit varier avec la profondeur de la tumeur. Leur diamètre est compris entre 0 mm. 2 et 1 millimètre. Le métal qui les constitue peut être aussi très variable : certains auteurs recommandent d'employer l'or, d'autres le platine iridié. Ces métaux ont l'inconvénient d'être chers, et les aiguilles ainsi construites sont quelquefois trop malléables, si bien que lorsqu'on les enfonce dans une tumeur un peu dure, elles risquent de se plier et de ne pas prendre dans ce cas la direction voulue par l'opérateur.

Un moyen des plus simples est d'employer chaque fois de nouvelles aiguilles à coudre dont on peut changer à son gré le diamètre et la longueur.

Elles ont un autre avantage : c'est que, sous l'action du courant, l'acide chlorhydrique, ou plutôt le chlore naissant, donne au pôle positif, en présence de l'acier qu'il attaque, du perchlorure de fer, matière pouvant coaguler le sang par excellence.

Il est bon, avant d'introduire les aiguilles dans la tumeur, d'isoler la partie de l'aiguille qui ne doit pas agir sur les tissus : le meilleur isolant est la gomme laque. Lorsque la pointe seule doit être au contact de l'angiome, cette pointe seule doit être libre de tout enduit; lorsque l'aiguille doit être enfoncée au seton, la pointe et le talon de l'aiguille doivent être isolés.

Porte-aiguilles. — Le problème de tenir, sans bouger, pendant tout le temps que dure une séance d'électrolyse, 2 fines aiguilles au niveau de la tumeur, n'avait été résolu jadis qu'au prix de courbatures pour l'opérateur.

Aussi, pendant longtemps, se contentait-on de tenir, au moyen de serre-fines, les aiguilles électrolytiques que l'on enfonçait dans la tumeur et que l'on abandonnait ensuite à elles-mêmes. Plus tard, on imagina de monter chaque aiguille sur un manche isolant traversé par un fil conducteur.

M. Bergonié, après de nombreuses récherches, a fait construire un petit appareil très ingénieux : « Il se compose d'un manche d'ébonite, bien en main, que l'on prend comme un porte-plume ; dans ce manche d'ébonite sont contenus les deux conducteurs, qui ont leurs bornes d'arrivée à la partie inférieure du manche. La partie supérieure porte 2 petites douilles dans lesquelles peuvent tourner et être serrées 2 pièces en baïonnette identiques, qui portent les aiguilles à électrolyse, assimilables à la lame de la baïonnette. Lorsqu'on fait tourner dans leur virole les pièces en baïonnette d'un mouvement symétrique, les aiguilles prennent tous les écartements possibles entre un écartement minimum qui est à peu près de 2 millimètres et un écartement maximum pour une rotation des pièces en baïonnette de 180°, qui peut atteindre 12 millimètres.

« L'écartement minimum est bien suffisant pour électrolyser les plus petites taches angiomateuses ; les 12 millimètres d'écartement maximum sont une distance qu'il ne faut pas dépasser dans les opérations d'électrolyse bi-polaire si l'on ne veut pas que la zone interposée, même avec les plus forts courants, ne soit tout à fait à l'abri des effets électrolytiques. »

Ce manche présente tous les avantages que l'on pouvait désirer : « L'iolement des aiguilles reste intact ; leur implantation est très sûre et très facilement dirigée ; l'arrivée du courant

1. *Thèse* de Toulouse, 1900.

se fait comme à un manche de galvano-cautère, par des fils très solides et souples, qci ne gênent en rien l'opérateur et qui ne peuvent établir de courts circuits.

Enfin, on peut n'utiliser que l'une des aiguilles et faire avec ce manche de l'électro-puncture monopolaire.

Fils. — Les fils doivent être souples et assez légers pour ne pas fatiguer avant la fin de la séance le poignet de l'opérateur.

Inversion du courant. — Dans le cas où au cours de l'opération on voudrait faire l'inversion des pôles, il serait utile de faire traverser au courant une double clef de Cortade.

Avant de commencer une séance d'électrolyse, il est bon de faire l'asepsie la plus rigoureuse de la région sur laquelle doit porter l'application du courant. Il faut, de plus, porter une grande attention à l'asepsie des aiguilles; on évitera de les flamber, car la flamme pourrait altérer et émousser leurs pointes: il sera préférable de les tenir exposées à la vapeur à 110° pendant quelques secondes et de les plonger ensuite jusqu'au moment de s'en servir dans une solution antiseptique. On s'assurera avant tout qu'il n'existe aucun mauvais contact dans l'installation et que la source d'électricité fonctionne d'une façon irréprochable.

Le malade devra être assis le plus commodément possible sur un fauteuil ou couché sur une table d'opération, afin d'écarter tout mouvement au cours de la séance d'électrolyse. Il est inutile que le sujet soit endormi; les séances, en effet, sont de trop courte durée, et le danger auquel on l'expose en l'endormant, si faible soit-il, on doit tout de même le lui éviter, parce que les séances peuvent être nombreuses. Certains auteurs, cependant, ont employé avec succès des badigeonnages à la cocaïne et, dernièrement, le Dr Carayon, de Marseille, conseille d'employer les pulvérisations de chlorure d'éthyle.

Les aiguilles, montées sur leur manche porte-aiguilles et isolées de la façon qu'on juge la meilleure, sont enfoncées dans le point le plus saillant de la tumeur qu'il soit affecté ou non de battements. On doit essayer néanmoins de se rendre bien compte si l'artère n'est pas dans un plan trop superficiel pour être atteinte soit directement par un trop grand nombre de lignes de flux. D'autres auteurs préfèrent attaquer l'angiome par sa périphérie pour assurer l'oblitération des vaisseaux afférents et supprimer l'apport du sang. Ils conseillent ensuite de faire avancer progressivement les aiguilles vers le centre pour provoquer la formation de caillots de plus en plus volumineux.

On enfonce les aiguilles bien parallèlement en ayant soin de faire pénétrer, en plus de la partie dénudée, une certaine longueur d'aiguille isolée, afin d'éviter toute eschare cutanée.

L'écartement des aiguilles électrolytiques ne doit pas dépasser une certaine limite pour que l'action du courant soit assurée. L'écartement maximum peut être de 12 à 15 millimètres, distance qui doit être rarement atteinte et qui s'éloigne sensiblement de la distance optimum qui est de 3 à 4 millimètres. Ces aiguilles doivent être maintenues écartées de la façon la plus sûre afin d'éviter qu'au cours de la séance un court circuit ne se produise au sein de la tumeur.

On fait alors passer le courant: l'opérateur, tenant d'une main le manche porte-aiguilles, et de l'autre la manette du manipulateur, doit faire varier l'intensité d'une façon insensible. Cette intensité doit augmenter le plus lentement possible depuis le zéro jusqu'au degré optimum. Le moment est venu de reconnaître l'utilité d'un galvanomètre très sensible. En faisant ainsi croître l'intensité du courant d'une façon progressive et continue depuis le zéro jusqu'au point optimum, on réduit à leur minimum les phénomènes douloureux et on évite toute secousse.

De même, à la fin de la séance, on doit redescendre très lentement, à partir de l'intensité optima jusqu'au zéro, pour les mêmes raisons.

Dès que le courant passe, et au fur et à mesure que le galvanomètre indique une élévation de force électro-motrice, on observe dans le circuit quelques contractions fibrillaires et autour de chaque aiguille on voit se former une zone circulaire grise qui augmente peu à peu d'étendue; cette zone grise est le signe de la rétraction des vaisseaux et de la coagulation du sang.

Quelle intensité doit atteindre le courant dans une application d'électrolyse? Quelques auteurs donnent le chiffre de 25 milliampères. En réalité, il faut le dépasser et il n'est pas dangereux d'arriver jusqu'à 60 milliampères chez les adultes. La guérison est aussi plus rapide et, si l'on enfonce plusieurs aiguilles à la fois, l'intensité du courant se divise entre toutes et varie en raison inverse du nombre des aiguilles, de sorte que la douleur n'est pas plus forte qu'avec des intensités moindres.

On voit par ce qui précède que nous rejetons *a fortiori* les courants de 2, 3, 5 milliampères tels qu'on les appliquait dans les commencements; on s'expose trop, en effet, à voir se produire des hémorrhagies au moment de l'extraction des aiguilles.

La durée totale de l'application é'ectrolytique est aussi un facteur très important et que l'on ne doit pas oublier. Cette durée doit être en moyenne de 8 à 10 minutes, le caillot n'ayant atteint son maximum de développement qu'au bout de 7 à 8 minutes, quoi qu'en pensent quelques partisans de l'électro-puncture mono-polaire positive qui estiment qu'avec des courants de 25 à 30 milliampères, la durée de 5 minutes ne doit jamais être atteinte et que 1 ou 2 minutes sont préférables.

D'ailleurs le meilleur moyen de se rendre compte que la séance d'électrolyse que l'on vient de donner est suffisante, consiste à évaluer le diamètre de chaque tache grise formée autour du point d'application de chaque pôle.

Quand on juge l'effet électrolytique suffisant (l'on considère pour cela les deux facteurs: temps et intensité), on diminue progressivement l'intensité du courant, et l'on opère pour cela aussi lentement qu'au début de la séance lorsqu'on voulait atteindre l'intensité maximum. En retirant les aiguilles on a quelquefois une légère hémorrhagie: c'est là pour Bergonié un signe que la paroi de l'angiome a été bien protégée et qu'on n'aura pas à craindre pour plus tard de cicatrice difforme. Théoriquement, en effet, si les aiguilles ont été introduites dans un large sanguin, de manière à y faire pénétrer leur partie isolée en même temps que leur partie active, il reste, entre le caillot formé autour de leur partie active et la paroi, une mince couche de liquide non traversée par les lignes de flux, et par conséquent non coagulée, mince couche qui doit s'échapper par les orifices au moment où on retirera les aiguilles. Mais pour éviter cette légère hémorrhagie on fait ce qu'on appelle « l'inversion du courant », c'est-à-dire que, laissant tout en place, après avoir ramené l'aiguille du galvanomètre au zéro, on rend, grâce à la double clef de Cortade ou tout autre appareil analogue, l'aiguille, qui avait été positive, négative; tandis qu'au contraire l'aiguille qui avait été négative devient positive et l'on fait passer le courant pendant 3 ou 4 minutes.

On peut alors retirer l'aiguille sans le moindre danger et si, malgré toutes ces précautions, quelques gouttes de sang se présentaient à l'orifice de sortie des aiguilles, on pourrait recouvrir la petite plaie d'une boule de coton imbibée de liqueur de Van Swiéten, ou mieux, selon le conseil de Boudet, replacer l'aiguille dans le trou qu'elle a fait: aussitôt il y a dégagement de gaz et quelques secondes suffisent pour former un petit caillot obturateur.

On retire enfin les aiguilles très lentement en leur imprimant un léger mouvement de rotation. Il est inutile d'employer les tire-aiguilles imaginés par quelques médecins, et la main de l'opérateur est dans ce cas le meilleur instrument, car seule elle peut le renseigner sur les qualité du caillot et sur la résistance qu'il doit vraincre pour enlever les aiguilles sans altérer les parties voisines.

L'opération terminée, on lave la région avec une solution antiseptique et l'on recouvre le tout d'une couche de collodion. Malgré les dégagements d'hydrogène qui se produisent au cours d'application on n'a jamais observé d'embolies consécutives.

On recommande le repos au malade et on lui enjoint de ne jamais porter la main au niveau de la tumeur.

Lorsqu'on juge que l'inflammation a disparu, on peut sans crainte recommencer une autre séance. Le traitement ne doit cesser que lorsque l'angiome est dur et a perdu ses caractères de tumeur vasculaire; lorsqu'il ne s'élève pas au-dessus des téguments voisins et lorsque son aspect a repris une couleur à peu près normale.

On conçoit que la durée du traitement et le nombre des séances varie avec l'étendue et la nature de la tumeur.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

Erratum. — Par suite d'une erreur de mise en page, il y a eu une interversion de texte dans l'article de M. L. Bard paru dans le n° 16 (24 février 1901). La partie de cet article commençant p. 185, 2° colonne, 22° ligne, par ces mots : « Si ce terme n'est pas absolument impropre... » et se terminant p. 186, 1re colonne, 30° ligne, par ces mots « ... que celle de leur servir de préface » doit être reportée à la fin de l'article.

NEUROPATHOLOGIE

Tympanisme hystérique, laparotomie récidive,

Par MM. P. Londe et R. Monod.

Il est une méthode de diagnostic chirurgical qui jouit à l'heure actuelle d'une grande faveur. C'est une méthode simpliste entre toutes et qui consiste, — le langage technique la résume en quatre mots, — « à y aller voir ».

Il y a 4 ans, notre maître, M. le professeur Brissaud, publiait à la *Société médicale des Hôpitaux* (1) l'observation d'une jeune femme qui présentait au grand complet le syndrome de l'appendicite aiguë et dont la prétendue appendicite n'était qu'une manifestation d'hystérie : on n'y alla pas voir.

La malade quitta l'hôpital guérie; quelque temps après elle fut prise à nouveau des mêmes accidents, et cette fois les symptômes étaient si inquiétants que l'on fut forcé d'intervenir.

C'est un cas de ce genre, également observé dans le service de M. Brissaud, que nous allons relater aujourd'hui. Il ne s'agit plus, cette fois, d'une appendicite aiguë, mais d'une prétendue péritonite tuberculeuse pour laquelle la chirurgie crut devoir intervenir.

Le malade a subi deux laparotomies avec un plein succès du reste; mais il n'avait pas de péritonite tuberculeuse, c'était un hystérique.

Sim..., âgé de 33 ans, ciseleur sur bronze, entre à l'hôpital pour du ballonnement du ventre; il se plaint en outre d'élancements dans l'hypochondre et le flanc droit.

En examinant l'abdomen on constate qu'il est augmenté de volume dans son ensemble; la sonorité n'est pas exagérée comme dans le météorisme vrai, il n'y a pas d'ascite. La base du thorax n'a pas subi une ampliation parallèle à celle de l'abdomen : il en résulte un sillon assez profond à la limite supérieure du ventre. La palpation n'est pas douloureuse, sauf dans la région hépatique, sous le rebord costal droit, où l'on remarque des traces nombreuses de pointes de feu anciennes (1); sur la ligne médiane on relève la présence d'une large cicatrice blanchâtre allant de l'ombilic jusqu'au pubis : c'est la trace des deux laparotomies que le malade a subies dans deux services chirurgicaux différents.

L'intégrité des poumons est absolue : il n'existe en particulier aucune modification des sommets pulmonaires.

Les fonctions digestives s'accomplissent mal; le malade se plaint de douleurs d'estomac, de crampes, un certain temps après le repas, de pituites matinales. Par l'exploration physique on constate du reste un peu de dilatation stomacale. Ni diarrhée, ni constipation.

Les autres organes sont sains; il faut seulement signaler une légère douleur au testicule gauche, qui est de date récente et peut être rapportée à une uréthrite qui s'est déclarée au moment de l'entrée à l'hôpital.

Du côté du système nerveux on ne relève aucun trouble de la motilité; mais il existe une hémi-anesthésie gauche totale à tous les modes de la sensibilité (contact, douleur, chaleur). Pas de zone hystérogène. Pas de rétrécissement du champ visuel. A noter seulement une céphalée sus-orbitaire persistante.

L'état général est excellent : le malade n'a pas maigri, l'appétit est conservé. Jamais de fièvre. Pouls normal.

Pigmentation du front et des tempes analogue au masque de la grossesse.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte d'accident. Pas de renseignements sur le père. A perdu ses frères en bas âge de méningite et une sœur de tuberculose.

Antécédents personnels. — A été paralysé brusquement du côté gauche à la suite d'une émotion vive. Cette hémiplégie a disparu sans laisser de traces.

Nous en arrivons à l'histoire des deux laparotomies qui sont le point intéressant à rapprocher de l'état actuel.

Prodromes. — 8 à 10 mois avant la première opération qui remonte à 5 ans, le malade aurait eu des crises de diarrhée avec coliques; puis il eut des alternatives de constipation et de diarrhée; le ventre se ballonnait petit à petit; finalement les douleurs se localisèrent dans la fosse iliaque droite.

Il fut soigné 3 mois après le début des accidents par M. Talamon qui fit à ce moment le diagnostic d'entérite ou entéro-colite.

C'est en juin 1896 qu'il fut opéré pour la première fois. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut posé en raison du ballonnement du ventre et des douleurs; il n'existait aucun autre

1. Appendicite fantôme (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1897, p. 414). Voir la discussion à laquelle ont pris part MM. Rendu, Guinon, Talamon, etc.

1. Ce point douloureux sous-costal droit correspond, fait curieux, à la zone hystérique sous-costale signalée par M. Talamon dans la pseudo-appendicite hystérique.

signe fonctionnel ou physique; le malade n'avait pas maigri, l'état général était bon, dit-il.

A la suite de l'opération le ventre reprit son aspect normal, les douleurs disparurent et le malade se croyait complètement guéri.

Cependant, au bout de 3 mois, les douleurs réapparurent et le ventre se ballonna de nouveau.

Après plusieurs séjours dans différents services de médecine, notre malade passa en chirurgie; on décida une nouvelle intervention.

En avril 1898 le malade fut opéré de nouveau. A la suite de cette seconde intervention il y eut une seconde période d'amélioration; de nouveau pendant 4 mois le malade cessa complètement de souffrir, puis les symptômes douloureux et le météorisme firent peu à peu leur réapparition.

Depuis, le malade a fait plusieurs entrées à l'hôpital motivées par une recrudescence des douleurs et du ballonnement.

L'année dernière (1899) nous l'avons suivi à l'Hôtel-Dieu annexe pendant plus d'un mois, sans qu'il y ait jamais eu d'affection organique ni de crise abdominale quelconque. Il présentait alors la même hémi-anesthésie.

L'observation que nous venons de rapporter est un exemple de *tympanisme généralisé hystérique*. Le diagnostic n'est pas douteux. Il l'est d'autant moins que l'intégrité de la séreuse a été constatée par le chirurgien lui-même. Si ce renseignement précieux eût fait défaut, on aurait pu se demander si la névrose n'était pas venue compliquer une affection primitivement organique. On a déjà signalé (Gilles de la Tourette) des cas de péritonisme chronique simulant la péritonite tuberculeuse; mais, dans le cas actuel, il ne s'agit même pas de péritonisme; c'est de simple tympanisme qu'il s'agit. Il n'y a même pas trace de pseudo-occlusion. Notre malade n'a présenté que des douleurs et du ballonnement du ventre. Nous insisterons sur le siège des douleurs sous les fausses côtes; cette localisation est sans doute en rapport avec les symptômes d'entérite que le malade a présentés à un moment donné.

Les signes gastriques observés chez lui sont à mettre sur le compte de l'alcoolisme. Seul le tympanisme relève certainement et peut être exclusivement de la névrose. Il est remarquable de voir que dans les grandes expirations il disparaît pour ainsi dire entièrement; il semble relever d'une contracture du diaphragme conformément à l'opinion de Verhoogen. Cet auteur distingue d'ailleurs le météorisme et le tympanisme hystérique. Mais sur ce sujet nous renvoyons le lecteur pour de plus amples renseignements à la source même et à une revue récente (1).

1. Verhoogen, *Mercredi médical*, 1895, et Henry Bernard, *Gazette hebdomadaire*, 11 mars 1900. Voir aussi Cappelletti, *Revue neur.*, 1898, p. 17: Un cas de péritonite hystérique.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 Février 1901.

Rapports des réactions leucocytaires locale et générale dans les processus morbides.

MM. Achard et M. Lœper. — Dans une note précédente, nous avons montré la similitude des réactions locale et générale dans la tuberculose expérimentale.

Nous avons recherché dans un grand nombre de maladies infectieuses toxiques si certaines modifications du sang ne trouveraient pas leur explication dans les réactions leucocytaires locales des organes altérés. Nous diviserons ces affections en 4 catégories : 1° lésions aiguës passagères; 2° lésions subaiguës qui ont tendance à l'organisation; 3° lésions néoplasiques diverses; 4° enfin, lésions chroniques durables, scléroses en un mot.

Dans les premières nous rangeons la pneumonie, les bronchites suppurées, les broncho-pneumonies, les placards de méningites aiguës, les couennes de pleurésie purulente, les ulcères de l'estomac, l'appendicite aiguë nécrosante, la folliculite typhique, les abcès du foie et du rein, les angiocholites. Dans toutes ces affections, la polynucléose locale est la règle avec un nombre plus ou moins considérable de gros éléments à un seul noyau ayant l'aspect de myélocytes. Le sang, sauf dans la folliculite typhique où les réactions des appareils hémato-poiétiques dominent la scène, nous a montré une polynucléose très intense. Nous rapprocherons de ces examens un cas de morve animale où le nodule morveux était constitué de polynucléaires très abondants et de myélocytes, alors que le sang donnait 88 à 92 p. 100 de polynucléaires, et aussi les examens de sérosités provenant d'arthrites rhumatismales, blennorrhagiques ou ostéo-myélitiques, de pleurésies, de vésicatoires, de brûlures, ou réactions sanguine et locale sont identiques.

Dans la 2e catégorie, à côté de la tuberculose que nous avons indiquée ailleurs, nous plaçons la syphilis. Chez les syphilitiques à la période primaire, nous avons trouvé, après Baginsky et Monod, une leucocytose et une mononucléose très prononcées. Or l'examen de 3 chancres nous a fait voir, à côté de cellules conjonctives et de mastzellen nombreux, une quantité considérable d'éléments uninucléés. Dans 2 cas d'hépatite gommeuse, la réaction locale était la même, ainsi que dans un cas de paralysie générale et un cas de tabes chez d'anciens syphilitiques.

La réaction des syphilomes est donc une mononucléose; elle est à rapprocher non seulement de celle des tubercules, mais des lépromes.

Dans certains nodules infectieux subaigus non spécifiques, on retrouve souvent cette mononucléose.

La 3e catégorie concerne les néoplasmes épithéliaux ou autres. Ici la formule sanguine est très variable. Tantôt nous avons noté la polynucléose et la leucocytose, tantôt une formule normale.

Dans 36 cancers épithéliaux que nous avons examinés histologiquement, la présence de polynucléaires nous a presque toujours paru un signe d'infection, bien qu'il soit possible de trouver une quantité assez considérable de polynucléaires autour des noyaux très jeunes, très actifs, en dehors de toute action extérieure, la cellule cancéreuse se comportant alors comme un parasite animal.

Les cancers squirrheux, à évolution lente, présentent des mononucléaires dans le tissu conjonctif qui les enserre.

Le 4e groupe comprend des lésions définitives : sclérose d'organes et placards des séreuses. Ce sont des péritonites chroniques chez des alcooliques, des pachyvaginalites, des symphyses péricardiques anciennes, des pachyméningites non syphilitiques, des scléroses en plaques, des scléroses pulmonaires, hépatiques, rénales, pancréatiques, des gastrites chroniques. Toujours nous avons vu une réaction mononucléaire locale très abondante s'ajouter à la prolifératiou des éléments conjonctifs et souvent des mastzellen. Parfois une poussée aiguë terminale faisait apparaître un nombre plus considérable de polynucléaires en certains points (éclampsie, hépatites subaiguës).

La formule sanguine dans ces différents cas est restée souvent normale. Souvent les polynucléaires étaient en nombre inférieur aux mononucléaires alors que la leucocytose était assez marquée. D'ailleurs si la réaction était absente ou imperceptible dans le sang, elle était évidente dans les épanchements séreux (ascites, pleurésies, hydrocèles), comme MM. Widal et Ravaut l'ont déjà montré.

Deux conclusions nous paraissent se dégager de cette étude qui concerne près de 200 examens. C'est d'abord que la réaction sanguine est souvent expliquée par la réaction locale quand aucune cause physiologique ou pathologique d'autre nature ne vient la troubler. C'est ensuite que le polynucléaire et l'élément

médullaire se rencontrent dans presque toutes les affections passagères sans tendance à l'organisation, alors que le lymphocyte et le mononucléaire se voient surtout dans les affections subaiguës, ayant tendance à l'édification de tissus plus ou moins durables.

Les globules blancs dans l'ictère.

MM. Achard et Lœper. — La formule sanguine de l'ictère est très variable. La colique hépatique paraît donner de la leucopénie avec retour rapide à la normale. L'ictère catarrhal produit au début une leucocytose et une polynucléose légères puis un abaissement marqué jusqu'à inversion même de la formule.

Les ictères infectieux, les hépatites aiguës, les angiocholites font de la polynucléose et de la leucocytose.

Les cancers du foie ou du hile modifient plus ou moins la formule sanguine.

Les hépatites chroniques avec ictère montrent souvent de la leucopénie avec prédominance relative des mononucléaires.

Expérimentalement, il est impossible de retrouver la formule de l'ictère en injectant de la bile aux animaux. Cette formule ne paraît donc pas fonction de l'intoxication biliaire, mais plutôt de la cause de l'ictère, variable avec les cas examinés.

Les globules blancs dans quelques intoxications.

MM. Ch. Achard et Lœper. — Dans les intoxications, la formule sanguine est caractérisée par la polynucléose dans les cas aigus, la leucopénie avec souvent inversion de la formule dans les cas chroniques, et cela qu'il s'agisse de plomb, d'alcool, de mercure, de morphine ou d'éther.

La réaction sanguine dépend donc plus de la chronicité de l'intoxication que de la nature du poison.

La leucopénie et l'inversion de la formule des intoxications chroniques peuvent trouver leur explication dans les réactions leucocytaires locales, dans l'hypertrophie de la rate, dont le pouvoir destructif vis-à-vis des polynucléaires est accru, et également dans les scléroses des différents organes hématopoiétiques.

De l'hémolyse dans les épanchements hémorrhagiques.

M. Milian. — M. Bard (de Genève) a récemment montré que, dans les pleurésies hémorrhagiques d'origine cancéreuse, il y avait une hémolyse marquée qui se traduit par le laquage du sérum.

J'ai eu l'occasion d'observer le même fait dans un cas de sarcome pleuro-pulmonaire vérifié par l'autopsie.

J'avais déjà observé des faits de cet ordre à propos d'une pleurésie hémorrhagique d'origine gangréneuse et dans un cas d'hémothorax traumatique, ce dernier cas ayant été l'objet d'un travail spécial qui doit paraître incessamment dans la *Revue de Chirurgie* en collaboration avec M. le Dr Tuffier.

Dans la pleurésie hémorrhagique d'origine gangréneuse où pullulaient de nombreux germes, des anaérobies en particulier, l'hémolyse était manifeste, et de plus, il était facile de voir au microscope qu'un grand nombre de globules rouges étaient altérés dans leur forme et leurs dimensions.

Dans l'hémothorax traumatique au 20e jour l'hémolyse était nulle, et les globules rouges étaient morphologiquement intacts.

Intoxication par des teintures pour les cheveux.

M. Laborde communique l'observation d'une femme d'une cinquantaine d'années qui depuis quelque temps présentait, à côté d'une dyspepsie avec anorexie et amaigrissement, des crises gastriques caractérisées par des vomissements incoercibles. Traitée sans succès par plusieurs médecins, elle s'adressa à M. Laborde qui, après un examen minutieux, arriva à incriminer une teinture dont la malade se servait pour ses cheveux. La suppression de la teinture fut suivie de la disparition de tous les accidents.

L'analyse de cette teinture a montré la présence de paraphénylène-diamine, substances douées de propriétés toxiques très manifestes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 Février 1901.

Traitement du cancer par les injections sous-cutanées de chlorhydro-sulfate de quinine.

M. Launois présente une femme de 51 ans atteinte d'un squirrhe du sein, qu'il a traité par les injections de chlorhydrosulfate de quinine. Il y a 6 mois, le néoplasme avait envahi tout le sein gauche, à la surface duquel la peau ulcérée laissait suinter un liquide sanieux et fétide. Autour de l'ulcération se trouvaient un certain nombre de noyaux cutanés, de volume différent; les ganglions de l'aisselle étaient engorgés, le membre supérieur correspondant impotent; de plus, la malade se plaignait de douleurs dans les membres inférieurs, et elle était presque paraplégique.

En cet état une intervention ne paraissait guère praticable. C'est alors que M. Launois l'a soumise aux injections hypodermiques de chlorhydro-sulfate de quinine, faites chaque jour à la dose de 12 centigrammes d'abord, et 25 centigrammes ensuite. 50 injections ont été pratiquées soit à la fesse, soit à la cuisse. Le résultat a été le suivant: la tumeur et les nodosités cutanées ont diminué de volume, de même que les ganglions de l'aisselle; l'ulcération s'est cicatrisée; les mouvements du bras ont été recouvrés; les phénomènes douloureux et paralytiques ont disparu, et l'état général est redevenu bon.

M. Poirier a eu l'occasion de voir la malade de M. Launois avant le traitement, et il est de toute évidence que les injections ont produit une notable amélioration.

M. Berger, tout en trouvant remarquable le résultat que M. Launois a obtenu, fait remarquer qu'il persiste encore une tumeur profonde et de l'engorgement des ganglions axillaires. Il y a donc lieu de suivre cette malade pour savoir si l'amélioration se prolongera.

M. Tuffier cite le cas d'une femme atteinte d'un cancer du sein ulcéré, chez laquelle des injections de cacodylate de soude ont amené la cicatrisation de l'ulcération; mais la tumeur persiste.

M. Quénu a appliqué le traitement des injections de chlorhydro-sulfate de quinine 5 ou 6 fois, sans avoir remarqué aucune amélioration. Il en a été de même chez un malade porteur d'un épithélioma de la lèvre avec engorgement ganglionnaire et traité par le sérum de Wlaeff.

M. Felizet fait observer que la malade de M. Launois est une femme d'âge moyen, ce qui apporte plus d'importance à l'amélioration obtenue. D'autre part, on peut se demander si ces injections, faites après l'ablation d'un cancer, n'empêcheraient pas la récidive de paraître.

Traitement des tumeurs malignes par le sérum anticellulaire.

M. Berger estime que, dans la question du sérum, il y a 2 points à envisager, l'un de doctrine et l'autre de fait. La question de doctrine est assurément fort intéressante et, à ce point de vue, il n'est pas un chirurgien qui n'ait à cœur de se tenir au courant des tentatives thérapeutiques faites contre le cancer, mais la Société de Chirurgie ne peut guère s'occuper de cette question avec fruit.

Quant à la question de fait, voici, d'après de nombreux cas d'application du sérum de Wlaeff que M. Berger a faite en ville et à l'hôpital, ce qu'il put en dire : dans la plupart des cas il y a une amélioration considérable de l'état général; souvent on note aussi un bon résultat en ce qui concerne les résultats fonctionnels locaux, par suite de l'arrêt des hémorrhagies, de la

diminution des douleurs et même quelquefois de l'organe malade (langue); mais pour le néoplasme en lui-même il est toujours resté dans le même état et dans aucun cas on ne constate sa disparition.

M. Nimier cite le cas d'un malade qui avait été opéré d'un épithélioma de la langue, et chez lequel une récidive accompagnée d'engorgement ganglionnaire a été traitée par le sérum de Wlaeff, sans résultat appréciable.

Section du péroné et du nerf sciatique poplité externe.

M. Chauvel analyse une observation de M. Dubujadoux relative à un jeune homme chez lequel un traumatisme avait fracturé l'extrémité supérieure du fémur et sectionné le nerf sciatique poplité externe. M. Dubujadoux a pu facilement faire la suture des deux fragments osseux qui a été suivie de consolidation, mais il n'est pas arrivé à découvrir le bout central du nerf pour le suturer au bout périphérique. Ne voulant pas faire remonter son incision vers la cuisse, il a découvert le nerf sciatique poplité interne et, un point de sa gaine étant incisé, il a fait sur lui une anastomose latérale du sciatique poplité externe. L'opération n'a pas été suivie de succès, car le blessé a conservé les mêmes troubles nerveux et paralytiques qu'avant l'intervention.

Cure radidale de volumineuses hernies.

M. Chauvel résume 2 observations de M. Dubujadoux prises l'une chez un enfant de 15 mois et l'autre chez un adulte. Ces deux malades étaient porteurs de volumineuses hernies contenant l'appendice cæcal, le cæcum, le côlon ascendant et l'intestin grêle. Dans ces cas, la réduction n'a pu être obtenue, qu'en désinsérant d'abord le gros intestin du scrotum où il était adhérent, puis celui-ci réduit, l'intestin grêle a pu être facilement rentré dans le ventre. C'est le point particulier de cette opération sur lequel l'auteur insiste dans sa communication.

M. Monod a eu l'occasion d'opérer une semblable hernie, qu'il a facilement réduite en agrandissant l'incision par le haut.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Janvier 1901.

Traitement de la pneumonie par le sérum antidiphthérique.

M. Ch. Talamon. — Les malades que j'ai traités par les injections de sérum antidiphthérique appartiennent tous au milieu hospitalier. C'est un milieu qui fournit une proportion de décès pneumoniques assez régulière et assez constante. Pour ma part, depuis 6 ans que je prends note de tous les cas de pneumonie soignés dans mon service, je n'ai jamais vu descendre la mortalité au-dessous de 24 p. 100. A l'hôpital Bichat, cette mortalité est montée pour 1899 à 37 p. 100 (28 décès sur 75 malades). La gravité plus grande des pneumonies de Bichat s'explique facilement par les caractères du milieu. La population de cet hôpital, recrutée surtout parmi les chiffonniers de Saint-Ouen, est beaucoup plus misérable et peut-être aussi plus alcoolisée que celle de l'hôpital Tenon.

Quoi qu'il en soit, c'est dans le milieu hospitalier de Bichat, si défavorable à l'essai d'un traitement systématique, que j'ai tenté l'épreuve du sérum antidiphthérique. Je publie aujourd'hui les résultats obtenus dans une première série de 50 malades traités de la fin de décembre 1899 à la fin de juin 1900 suivant les règles que j'indiquerai plus loin. Ce nombre me paraît suffisant pour éviter l'objection d'une série heureuse.

Sur ces 50 malades, 7 sont morts, ce qui donne une mortalité de 14 p. 100. A ne considérer que le chiffre brut, la proportion semble plutôt modeste. Elle apparaîtra plus satisfaisante si on la compare à la proportion de 37 p. 100 que m'avait donnée la mortalité pneumonique dans le même hôpital l'année précédente. Elle satisfera même les plus difficiles si, au lieu de compter simplement les observations, on veut bien les détailler et les peser, suivant l'axiome classique. Pour cela il importe de passer en revue les principaux facteurs qui font varier la gravité de la pneumonie. C'est ce que je vais faire brièvement en insistant surtout sur les deux plus importants, l'âge et l'alcoolisme.

Age. — L'âge moyen de mes 50 pneumoniques est de 41 ans 1/2. C'est dire que je n'ai pas eu à traiter seulement des adultes de 20 à 30 ans. L'élément jeune, qui explique si facilement les succès thérapeutiques de certains auteurs, n'entre que pour un quart à peine des cas dans ma statistique (12 sur 50).

Pour apprécier les effets du traitement, il convient de rappeler les chiffres ordinaires de la mortalité pneumonique à ces différents âges. Or, d'après Leroux, la mortalité pneumonique au-dessous de 30 ans serait de 9,2 p. 100. C'est, à peu de chose près, le chiffre donné par Catrin, d'après son relevé portant sur 18611 cas observés dans l'armée française.

De 30 à 40 ans, elle serait de 25 p. 100; — de 40 à 50, de 34 p. 100; — de 50 à 60, de 41,8 p. 100; — de 60 à 70, de 56 p. 100.

L'écart est considérable entre ces chiffres et ceux que j'ai obtenus, car au-dessous de 50 ans, sur 36 malades, la mortalité a été de 8,3 p. 100 (à peine la moitié de la mortalité moyenne des jeunes gens de 20 à 30 ans), et au-dessus de 50 ans, elle n'a été que de 28,5 p. 100, au lieu de 41,8 et de 56 p. 100.

Je résumerai par les chiffres suivants les effets de la médication, considérés au point de vue de l'âge :

En 1899, la mortalité des pneumonies dans mon service de Bichat était : au-dessous de 50 ans, de 23,4 p. 100; au-dessus de 50 ans, de 60,7 p. 100;

En 1900, depuis l'emploi du sérum antidiphthérique, elle n'est plus : au-dessous de 50 ans que de 8,3 p. 100; au-dessus de 50 ans, de 28,5 p. 100;

Soit une différence de près des deux tiers avant 50 ans, et de plus de moitié après 50 ans.

Alcoolisme. — L'importance de l'alcoolisme dans le pronostic de la pneumonie n'est plus à discuter. Dans un travail antérieur, j'ai montré que l'alcoolisme fait d'un pneumonique de 40 ans l'égal d'un vieillard de 60 ans, la mortalité de la pneumonie chez les alcooliques avérés d'un âge moyen de 42 ans étant sensiblement la même que celle des pneumoniques de 50 à 60 ans, 46,6 et 47,6 p. 100. Ce qui permet de conclure que, comme facteur de gravité de la pneumonie, l'alcoolisme prime tout autre élément de pronostic, même l'âge.

On peut malheureusement dire que, dans la population hospitalière de Bichat, ce facteur de gravité doit être considéré comme une sorte de facteur commun. Sur mes 50 pneumoniques, je n'en ai trouvé que 8 que je puisse regarder comme indemnes de toute habitude alcoolique.

Je ne compte qu'un décès dans le groupe des non-alcooliques (une vieille femme de 72 ans).

Relativement aux malades qui ont guéri je rappellerai que pour qu'une médication anti-pneumonique puisse être considérée comme réellement efficace, il faut qu'elle abaisse le taux de la mortalité; abrège la durée de la maladie; supprime ou atténue les complications.

Je crois avoir démontré dans la première partie de ce travail que le sérum antidiphthérique abaisse la mortalité pneumonique. Nous donne-t-il aussi satisfaction sur les deux autres points?

Dans 25 cas traités du 2e au 5e jour, je n'ai eu qu'un décès, celui d'une vieille femme de 72 ans et, inversement, j'ai à enregistrer la guérison d'un vieillard de 73 ans. Je crois donc pouvoir fixer à cette date du 5e jour la limite pour l'usage efficace du sérum. La mortalité dans ces conditions n'a été que de 4 p. 100. Et cependant l'âge moyen de ces 25 malades est exactement le même que celui de l'ensemble de mes 50 pneumoniques, 41 ans 1/2.

Relativement à la durée même de la maladie, comptée du début à la défervescence, voici ce que donnent les 24 malades qui ont guéri :

Pour les cas traités dès le second jour, la durée moyenne a été de 4 jours;

Pour les cas traités à partir du 3e jour, elle a été de 6 jours;

Pour les cas traités au 4e jour, elle a été de 7 jours;

Pour les cas traités au 5e, elle a été de 8 jours.

La durée de la pneumonie a donc été d'autant plus courte que le traitement a été institué plus tôt.

Pour l'ensemble des cas traités avant le 6° jour, la durée moyenne de la maladie a été de 6 jours. On dira que c'est la durée ordinaire de beaucoup de pneumonies. C'est possible, mais si on compare cette durée avec celle des pneumonies traitées à partir du 6° jour, on reconnaîtra qu'il est impossible de ne pas admettre que le sérum antidiphthérique abrège l'évolution de la pneumonie.

Aucun de ces malades n'a présenté la moindre complication post-pneumonique.

Les malades traités seulement à partir du 6° jour sont aussi au nombre de 25. Les résultats de cette série sont moins satisfaisants que ceux de la première. 6 de ces malades sont morts, soit une proportion de 24 pour 100, chiffre qui correspond à la mortalité ordinaire de la pneumonie et qui semble bien indiquer que, passé le 5° jour, le traitement par le sérum n'est guère plus efficace que n'importe quelle autre médication de la pneumonie. Il faut faire toutefois la part du milieu et se rappeler que l'année précédente, dans ce même hôpital, les autres médications m'avaient donné une mortalité de 37 pour 100. Je rappelle, du reste, ce que j'ai dit tantôt, à savoir qu'à partir du 10° jour les injections de sérum me paraissent à peu près sans action.

Quant aux malades qui ont guéri, le fait que, 14 fois sur 19, une seule injection a suffi pour amener la défervescence le lendemain ou le surlendemain, porte à penser que cette défervescence tendait déjà à se faire et que le sérum n'a guère modifié dans ces cas l'évolution naturelle de la pneumonie.

Mais les 5 autres malades étaient atteints de pneumonie grave, et je crois qu'ils ont bénéficié dans une large mesure de la médication sérique.

On sait la gravité des pneumonies familiales. Deux des pneumonies entrées au 9° et au 13° jour appartenaient à cette catégorie (mère âgée de 48 ans et la fille âgée de 21 ans; aspect typhoïde et adynamique très alarmant). Or, dans les deux cas, la résolution s'est faite très rapidement, en moins de 8 jours.

La durée moyenne des 18 pneumonies traitées à partir du 6° jour et guéries a été de 20 jours, au lieu de 6 jours, durée des pneumonies traitées avant le 5° jour.

Modes d'emploi et doses. — Un fait ressort de ces observations, et je tiens tout d'abord à le mettre en évidence, c'est la parfaite innocuité du sérum antidiphthérique. J'ai injecté des doses énormes de ce sérum à certains de mes pneumoniques, doses qu'on n'a jamais jusqu'ici employées dans le traitement de la diphthérie — jusqu'à 200 et 260 centimètres cubes en quelques jours — et cependant je n'ai noté d'autres accidents que les phénomènes post-sériques bien connus, éruption érythémateuse et douleurs articulaires. Et ces accidents je ne les ai observés que 5 fois sur mes 50 malades.

En dehors de ces épiphénomènes cutanés et articulaires, je n'ai observé aucun accident qui puisse contre-indiquer l'emploi du sérum. Les lésions rénales et cardiaques l'artério-sclérose sont les tares organiques qui, dans une médication comme la sérothérapie, commandent le plus de réserve. Presque tous mes malades au-dessus de 40 ans étaient artério-scléreux. Je n'ai cependant noté aucun trouble cardiaque imputable au sérum, aucun signe de défaillance du cœur, même chez les malades âgés de 60 à 75 ans.

Quant à l'albuminurie, elle est constante dans la pneumonie. Je l'ai surveillée presque chaque jour chez tous mes malades. Je n'ai pas vu qu'elle fût plus marquée après les injections, ni plus persistante. Elle disparaît, comme il est de règle, sitôt la fièvre tombée.

En dehors des brightiques et des hépatiques, on peut, je crois, employer le sérum sans crainte. Et si l'on veut obtenir un effet utile, il faut le faire largement d'emblée, sans tâtonner, ni hésiter. J'estime qu'en règle générale 2 à 3 injections de 20 centimètres cubes chacune sont nécessaires au-dessous de 50 ans. C'est là, on le comprend, une moyenne qui variera suivant les malades. Une seule injection peut suffire dans certains cas, d'autres fois 6 et 7 seront nécessaires.

C'est la marche de la température qui doit servir de guide.

D'ordinaire, chaque injection est suivie, le lendemain, d'un abaissement de la température matinale. Si la température continue à décroître le soir, une nouvelle injection est inutile. Si elle remonte dans la soirée, il faut injecter de nouveau 20 centimètres cubes.

La quantité de sérum nécessaire est d'autant moindre que le traitement est institué plus précocement. Une pneumonie traitée dès le premier jour ne doit pas demander plus de 20, 40 ou 60 centimètres cubes de sérum suivant l'âge des malades.

Quand la pneumonie s'annonce très grave, chez les sujets débilités, misérables, dans les pneumonies adynamiques, avec aspect typhoïde, il ne faut pas hésiter à faire d'emblée deux injections de 20 centimètres cubes, une le matin, une le soir, et à répéter la même dose le lendemain si la température n'est pas modifiée. Les jours suivants, on se contentera d'une seule injection si l'amélioration ne se dessine pas.

Quelle que soit la pneumonie, la double injection me paraît indispensable si l'on n'a pas pu intervenir avant le 3° jour.

Je crois qu'en suivant ces règles on peut, par l'emploi du sérum antidiphthérique, abréger la durée de la pneumonie, supprimer ou du moins réduire les chances de complications, et abaisser la mortalité de cette maladie aux environs de 10 0/0. Je doute qu'un autre traitement puisse faire mieux, ni même autant. D'autre part, il y a des pneumonies qui sont un arrêt de mort. On ne guérit pas les pneumonies chez un asystolique, chez un brightique, chez un acétonémique. Je doute que, même institué dès le premier jour, le sérum permette de faire appel de cet arrêt. Il ne faut pas demander l'impossible à une médication. Même dans la diphtérie, le sérum antidiphtérique n'est pas infaillible. Il peut bien échouer aussi parfois dans la pneumonie.

Ce qu'on doit retenir, c'est que, sur 25 pneumoniques de tout âge traités avant le 5° jour, il n'a échoué qu'une fois, chez une femme de 72 ans.

De l'insuffisance aortique au cours de l'endocardite pneumococcique.

MM. P. E. Launois et **H. Paris**. — Au 14° jour d'une infection pneumococcique qui, après avoir débuté dans le poumon droit d'un homme âgé de 46 ans, s'était localisée au poignet droit (synovite et arthrite), survinrent des troubles cardiaques qui nous firent admettre la possibilité d'une localisation microbienne sur l'endocarde du cœur gauche. La température s'était abaissée à 37° 2, la crise urinaire atteignait 2500 centimètres, la localisation articulaire avait une certaine tendance à la régression, le poumon était rempli de râles sous-crépitants de retour. Malgré cet état relativement satisfaisant, le pronostic demeurait réservé. Le pouls était, en effet, régulier, mais très mou; la tension artérielle était peu élevée; les bruits du cœur, surtout à la base, étaient sourds et mal frappés.

Le 30 novembre 1900, 17° jour de la maladie, malgré l'amélioration persistante du côté du poumon et de la main, la situation du malade nous paraît grave. Il semble inquiet et mal à son aise; son visage, pâle et tiré, est couvert de sueurs. Les bruits du cœur, surtout ceux de la base, sont plus sourds encore; au niveau de l'orifice aortique, au second temps, un léger claquement se fait entendre. Le pouls est régulier, mais bien mou; les veines des extrémités sont le siège d'une stase sanguine assez marquée; elles tranchent par leur coloration bleuâtre sur les téguments pâles et décolorés. Un tracé sphygmographique pris sur la radiale vers 11 heures du matin permet d'analyser les caractères du pouls et d'évaluer la diminution de la tension artérielle.

Le lendemain, 1er décembre, l'état du malade est alarmant; bien que la température soit peu élevée (37°,6), il existe de l'inquiétude et une certaine dyspnée que n'explique pas une exploration méthodique des poumons pratiquée à l'aide d'une palpation, d'une percussion et d'une auscultation minutieuses.

L'examen du cœur apprend bientôt qu'au claquement entendu la veille au niveau de la crosse aortique s'est substitué un souffle intense, occupant le second temps et s'étendant un peu obliquement vers la pointe. Cette propagation du souffle pouvait faire supposer qu'il s'était fait simultanément une lésion de la mitrale, mais on ne constatait pas de prolongement du bruit anormal vers l'aisselle.

L'exploration du pouls fournit des résultats non moins

importants : de mou qu'il était la veille, il est devenu bondissant; la pulsation artérielle se traduit par un véritable choc qui se perçoit surtout bien nettement en posant doucement la pulpe des doigts au niveau de la gouttière radiale. Si le pouls est bondissant, il est en même temps dépressible, c'est le véritable pouls de Corrigan.

En rapprochant les signes fournis par l'auscultation du cœur et par l'exploration de la radiale, en analysant, de plus, les caractères du pouls inscrits sur le tracé sphygmographique, il est facile de reconnaître qu'il est survenu d'une façon brusque, de la veille au lendemain, une insuffisance aortique absolument typique. Cette grave complication est le résultat de la localisation de l'endocardite pneumococcique soupçonnée 3 jours auparavant. La prolifération microbienne, se faisant au niveau de l'endocarde, a déterminé soit une perte de substance, une perforation d'une ou de plusieurs des valves aortiques, soit plus probablement la formation de végétations qui, empêchant le libre fonctionnement de ces valves, permet à une notable portion de l'ondée sanguine de refluer des vaisseaux dans le ventricule gauche.

La complication endocardique, que nous venons d'analyser, s'accompagne et d'une élévation de la température qui atteint le soir 39°,9, le matin 40°,1, et d'une aggravation de l'état général.

Les jours suivants, la situation demeure la même : le pouls conserve ses caractères; il est un peu moins vibrant. On constate un frémissement systolique au niveau de la carotide, et le stéthoscope, appliqué sur l'artère fémorale, à la racine de la cuisse, permet d'entendre le double souffle intermittent crural de Duroziez. Le pouls capillaire existe ; il est surtout visible, après pression, sur la peau du front.

L'état du malade va en s'aggravant de jour en jour ; bientôt surviennent des troubles cérébraux, peu marqués il est vrai. Le malade meurt dans le coma le 10 décembre, 27 jours après le début de l'infection pneumococcique.

A l'autopsie, en dehors des lésions pleuro-pulmonaires, de celles des synoviales, des articulations de la paume de la main et des méninges (méningite suppurée limitée à la convexité des hémisphères), on constate du côté du cœur les altérations suivantes. L'organe paraît un peu augmenté de volume; sa consistance est molle, sa coloration a une teinte de feuille morte ; son poids est de 320 gr. Les parois du ventricule gauche ne sont pas épaissies, mais sa cavité semble un peu agrandie. Les valvules auriculo-ventriculaires droite et gauche, les sigmoïdes de l'artère pulmonaire ne sont pas modifiées. Les lésions sont localisées aux sigmoïdes aortiques : leur face ventriculaire, surtout sur deux d'entre elles, sont recouvertes par d'énormes végétations polypiformes. Largement implantées sur la valvule, ces productions pathologiques présentent un sommet arrondi, polylobé, rappelant la disposition d'un chou-fleur; il dépasse légèrement le rebord valvulaire. Chacune d'elles mesure les dimensions d'un gros noyau de cerise. En examinant l'orifice aortique par sa face supérieure, on voit que les valves insuffisantes laissent entre elles deux sillons assez larges limités par les végétations. Celles-ci présentent une coloration brun-clair; elles sont molles, friables; elles se désagrègent quand on veut les saisir.

L'examen microscopique a permis d'étudier la structure de ces végétations. Sur une coupe, on aperçoit une substance fondamentale finement granuleuse, n'offrant pas trace de structure et se colorant uniformément. Au milieu de ce stroma fibrineux apparaissent de place en place, soit isolés, soit disposés par groupes, des pneumocoques, bien reconnaissables par leur forme et par leur capsule. Il n'existe en leur voisinage aucun germe d'infection associée.

M. Hirtz a vu, il y a une vingtaine d'années, étant interne de M. Brouardel, un malade tout à fait comparable à celui de M. Launois. Au cours d'une pneumonie ce malade fit une endocardite aiguë ayant amené, du matin au soir, une insuffisance aortique type. Il s'agissait certainement d'une infection pneumococcique, mais à cette époque il n'était pas question de ces sortes de recherches.

Méningo-myélite syphilitique.

M. G. Lion. — Homme de 41, tonnelier, syphilitique depuis 1881. En 1889, hémiplégie gauche guérie en 11 mois par le traitement spécifique.

En octobre 1895, douleurs lombaires et en ceinture; puis 6 semaines après, crise spasmodique des membres inférieurs à l'occasion d'un effort. En 1898, début de la déformation du pied par la rétraction des orteils.

Actuellement, le malade présente une griffe pied creux bilatérale. Il a peu de spasmes. La démarche est gênée par la déformation des pieds, mais elle ne s'accompagne ni de trémulation, ni de raideur spasmodique.

Au repos, les membres inférieurs sont en résolution complète; il n'y a pas trace de contracture. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, mais il n'y a pas d'épilepsie spinale. Il existe un peu d'ataxie des mouvements et le signe de Romberg est manifeste.

La déformation des pieds semble devoir être rapportée à l'atrophie des muscles interosseux et des muscles qui s'insèrent aux os sésamoïdes du gros orteil. La masse de ces derniers muscles est très amaigrie à gauche, presque complètement disparue à droite.

L'excitation faradique de ces muscles ne donne rien à droite et quelques mouvements très limités à gauche.

Il s'agit donc très certainement d'une méningo-myélite syphilitique diffuse, ayant porté son action sur les cordons postérieurs et latéraux, et ayant atteint légèrement les cellules ganglionnaires au niveau de la moelle dorso-lombaire.

Zonas traumatiques.

MM. E. Gaucher et **Henry Bernard** rapportent 3 cas de zona traumatique, dus à une contusion ou à une lésion cutanée superficielle.

En dehors des cas où l'éruption zostérienne succède à une plaie ou à une lésion d'un tronc nerveux, ces observations prouvent que la lésion de filets nerveux terminaux peut suffire pour donner une éruption localisée de zona.

Ces cas viennent à l'appui de la dualité du zona. Il y a : 1° un zona d'origine centrale, qui peut être primitif et infectieux, comme l'a montré M. Landouzy, ou symptomatique d'une lésion médullaire ; c'est le zona qui affecte la disposition métamérique, d'après les recherches de M. Brissaud ; 2° un zona d'origine périphérique, qui siège exactement sur le territoire des nerfs lésés. Cette variété comprend tous les zonas traumatiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 11 Février 1900.

Sur le secret des expertises.

M. Gilles de la Tourette. — Au mois de janvier dernier mourait dans mon service un sergent de ville atteint d'anorexie hystérique à la suite d'un traumatisme.

L'autopsie fut faite dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine, des viscères furent conservés avec l'autorisation de la veuve.

Sur ces entrefaites, une expertise judiciaire ayant été nécessaire, un médecin expert fut commis pour procéder à l'autopsie, après exhumation.

Le médecin expert se trouva en présence d'un cadavre dont le cerveau et la moelle avaient été enlevés, et dont les autres viscères (foie, cœur, etc.) avaient été détachés, de sorte qu'il était impossible d'affirmer que les viscères contenus dans le cadavre étaient bien réellement ceux du sujet en question.

La lendemain, parut une série d'articles dans les journaux politiques; on prétendit que l'on avait trouvé deux cœurs dans le même cadavre ; un journal dans le crâne, etc.

M. Gilles de la Tourette désirerait donc savoir par qui a été violé le secret des expertises. Dans le cas actuel, personne n'a à avoir de regrets, car l'autopsie a été faite avec toutes les autorisations nécessaires, mais il eût pu en être autrement.

M. Vibert. — M. Gilles de la Tourette demande en résumé :

1° Que le secret des expertises soit garanti ;
2° Que les médecins soient mis à l'abri des attaques des journalistes.

Le secret des expertises ne peut être conservé, car le résultat d'une expertise peut recevoir toute la publicité possible sans qu'aucune illégalité soit commise.

Pour le second point les moyens manquent.

Quant à dire qu'il n'y ait aucune responsabilité encourue dans certains cas, M. Vibert ne peut l'admettre, car si nous autres, médecins, nous sommes habitués à l'indifférence pour certaines erreurs, on peut exiger du public non médical la même insensibilité, et il est regrettable que des cadavres puissent renfermer des viscères appartenant à d'autres sujets.

M. Gilles de la Tourette. — Il est regrettable que l'on puisse commettre un expert pour faire une autopsie qui a été déjà faite en totalité ou en partie, car l'expert, s'il était averti, pourrait demander des renseignements à son confrère.

Quant aux erreurs commises lorsque plusieurs autopsies sont faites simultanément dans le même ampithéâtre, elles sont presque inévitables, en raison de l'insuffisance du personnel et des locaux affectés aux autopsies dans les hôpitaux.

M. Ladreit de la Charrière. — Il est à désirer : 1° qu'on évite le mélange des viscères même lorsqu'on procède simultanément à plusieurs autopsies dans le même amphithéâtre ; 2° que, lorsqu'on enlèvera des viscères, on en dresse procès-verbal, afin que l'on puisse retrouver les pièces enlevées en cas de besoin.

Sur la strangulation simulée.

M. Perrin de la Touche communique sur cette question l'observation d'un individu, qui avait tenté de faire croire qu'il avait été étranglé, puis jeté dans un puits. Les constatations médicales jointes aux constatations judiciaires permirent de prouver la simulation.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 Février 1901.

Traitement de la tuberculose infantile par le sérum musculaire.

MM. Josias et **J.-Ch. Roux** ont expérimenté la zomothérapie chez les enfants tuberculeux. Ils font macérer la viande dans une faible quantité d'eau et compriment à la presse à viande. On obtient ainsi 15 à 20 centimètres cubes de sérum musculaire par 100 grammes de viande. C'est un liquide rougeâtre très altérable, qui doit en été être conservé dans une glacière s'il doit être administré plus de 2 heures après la préparation.

Ils ont donné à leurs malades, pesant environ 25 kilogrammes, le suc de 500 grammes de viande. Les enfants absorbent très facilement cette préparation.

Le suc musculaire ainsi administré semble constituer, dans le début de la tuberculose pulmonaire, un remède presque spécifique. Mais les résultats sont moins satisfaisants dans les formes chroniques. Lorsque le poumon est profondément atteint, lorsque les microbes d'infection secondaire ont envahi les lésions tuberculeuses, le traitement ne donne qu'une amélioration relative.

Dans 3 cas de méningite tuberculeuse MM. Josias et Ch. Roux n'ont obtenu aucune amélioration, mais ils n'ont pu expérimenter le suc musculaire que trop tardivement, car les malades sont entrés à l'hôpital alors que les lésions étaient déjà très avancées. Mais il est possible que les résultats soient plus favorables si l'on traite les malades dès que le diagnostic est posé.

M. Dalché croit que le milieu hospitalier est peu favorable à l'expérimentation de la cure des tuberculeux, car les conditions hygiéniques sont insuffisantes ; il est possible que dans un autre milieu la zomothérapie ait donné de meilleurs résultats.

Contribution à l'étude du pyramidon et de ses sels.

M. Bertherand a entrepris des recherches sur le pyramidon et sur deux nouveaux sels, les camphorates et le salicylate de pyramidon.

Il existe 2 camphorates de pyramidon, le camphorate acide et le camphorate neutre ; l'auteur a seulement essayé le sel acide, qui est aussi soluble que le pyramidon lui-même, comme aussi d'ailleurs, le salicylate ; ces deux sels peuvent donc, comme la base, s'administrer en solution ou en cachets.

Action antipyrétique. — Le pyramidon, comme tous les autres aromatiques, provoque surtout chez les tuberculeux des sueurs profuses qui fatiguent beaucoup le malade. Pour cette raison, M. Bertherand a songé à utiliser les propriétés bien connues de l'acide camphorique en les combinant à celles du pyramidon, et a eu recours au bicamphorate de pyramidon. Sur 24 tuberculeux avec manifestations fébriles, 18 ont vu la fièvre tomber sous l'influence de doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 données en en deux fois. Il suffisait, au cas où la fièvre paraissait devoir se rallumer, d'administrer ensuite de très petites doses du médicament.

Action analgésiante. — Chez 4 malades qui s'étaient montrés rebelles à l'action de tous les médicaments et notamment à celle de l'antipyrine, M. Bertherand a vu des doses de 0 gr. 30 de pyramidon amener la cessation des douleurs. Il est à noter que cette action ne s'est généralement montrée utile que si le médicament était pris dès le début de l'accès, car une fois la migraine installée, il se montrait impuissant.

Chez 4 malades atteints de sciatique, M. Bertherand a injecté sous la peau, dans la région douloureuse, 1 centimètre cube d'une solution au 1/10 de pyramidon, soit 10 centigrammes de médicament. Malgré cette faible dose, l'effet a été remarquable chez 2 malades qui ont vu les douleurs disparaître rapidement ; chez 2 autres, l'effet fut moins favorable.

Dans 2 cas de rhumatisme aigu, le salicylate de pyramidon n'a donné que des résultats inférieurs au salicylate de soude. Dans le rhumatisme subaigu et le rhumatisme chronique, l'action du pyramidon a été très irrégulière et très variable. Il ne s'est donc pas, à ce point de vue, montré inférieur aux autres agents que nous possédons déjà, mais pourtant il a sur la plupart des aromatiques l'avantage d'abaisser la température sans sueurs et à faible dose.

Dans tous ces cas M. Bertherand a noté une seule fois de l'érythème, à forme urticarienne.

Les affections cardiaques ne sont pas une contre-indication à l'emploi du pyramidon, car ce médicament n'a jamais provoqué le moindre trouble de l'appareil circulatoire chez les malades.

M. Dubois a eu l'occasion de comparer l'antipyrine et le pyramidon. L'antipyrine agit plus rapidement, mais son action dure beaucoup moins ; chez les tabétiques, ces résultats sont très nets, l'action analgésiante ne commence guère que 2 heures après la prise du médicament, mais elle se prolonge longtemps.

M. Robin tient à signaler le diabète. La glycosurie est très augmentée par le pyramidon. Cela est dû à ce que le pyramidon accroît les oxydations organiques. Ces résultats confirment la théorie de Claude Bernard, à savoir que la glycosurie est due à ce que le foie fabrique trop de sucre. Ils infirment au contraire la théorie de Bouchard, qui attribue le diabète à un ralentissement de la nutrition.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 12 Février 1901.

Opération césarienne rendue nécessaire par une urétéro-cysto-néostomie antérieure.

M. Routier fait un rapport sur l'observation communiquée par **M. Lambret** (de Lille).

Il s'agit d'une femme qui, un mois après son second accouchement, se mit à perdre de l'urine par le vagin. Cet accouchement, ainsi que le premier d'ailleurs, avait été très pénible et avait nécessité des applications réitérées de forceps. L'examen de la femme permit de constater qu'il s'agissait d'une fistule urétéro-vaginale gauche. M. Lambret pratiqua en août 1898 l'urétéro-cysto-néostomie. Il trouva l'uretère très dilaté. Les

suites de l'opération furent parfaites. M. Lambret revit cette femme en mai 1900; elle était enceinte d'environ 7 mois. M. Oui, appelé en consultation, constata l'existence d'un rétrécissement du bassin, et trouva, pour la longueur du diamètre promonto-sous-pubien, 9 centim. 1. Il conseilla d'attendre la fin de la grossesse et de recourir alors à la symphyséotomie. L'état des parties molles fit préférer l'opération césarienne qui fut pratiquée le 28 juillet, le surlendemain du début du travail, et que M. Lambret fit suivre de l'hystérectomie abdominale totale. L'uretère, que M. Lambret avait trouvé très dilaté lors de la première intervention, avait repris des dimensions normales. L'enfant extrait pesait plus de 4 000 grammes; il fut élevé au sein par la mère, que son opération n'empêcha pas d'être excellente nourrice.

M. Routier a opéré une femme dans des conditions tout à fait semblables. Chez cette dernière, la fistule urétéro-vaginale siégeait aussi à gauche et s'était formée à la suite d'un premier accouchement où l'on était intervenu avec le forceps et qui avait été suivi de fièvre. M. Routier pratiqua chez cette femme l'urétéro-cysto-néostomie; l'uretère n'était pas dilaté et fut même assez difficile à trouver. La femme quitta le service en très bon état. Elle eut depuis deux autres grossesses. Une première qui se termina par un accouchement très difficile, nécessitant une basiotripsie. La fois d'après, étant donnée l'étendue du tissu cicatriciel, M. Pinard jugea que l'accouchement par les voies naturelles était impossible et pria M. Routier de pratiquer l'opération césarienne. Etant données les conditions dans lesquelles on se trouvait, on fit suivre l'hystérotomie de l'hystérectomie abdominale totale. L'enfant, extrait vivant, se développa bien et vit encore à l'heure actuelle. La mère mourut de péritonite et on trouva chez elle, à l'autopsie, le rein gauche réduit à une simple coque contenant un liquide clair comme de l'eau; l'uretère correspondant était oblitéré au niveau de son extrémité vésicale. M. Routier pense que cette oblitération s'est probablement faite lors du précédent accouchement, étant donnés les accidents que la femme avait alors présentés.

M. Pinard fait remarquer que les femmes chez lesquelles on a été amené à pratiquer l'ablation de l'utérus et des ovaires, non seulement peuvent nourrir leur enfant, mais sont même des nourrices particulièrement bonnes. Cela est d'ailleurs en rapport avec ce que l'on a constaté chez les animaux.

Hystérectomie chez des femmes enceintes pour épithélioma du col.

M. Pinard fait un rapport sur deux observations communiquées par **M. Delanglade** (de Marseille).

Dans la première observation, il s'agit d'une femme secondipare chez laquelle M. Delanglade pratiqua l'hystérectomie vaginale pour un cancer du col qui avait transformé ce dernier en un énorme champignon. La grossesse, âgée de 4 mois, avait été méconnue. Il n'y aurait eu, dit l'observation, aucun changement dans les règles jusque 2 mois avant l'opération, époque à laquelle survint une abondante hémorrhagie.

Dans la seconde observation, il s'agit aussi d'un cancer papillaire du col utérin, mais cette femme ne fut opérée qu'à terme, 3 jours après le début du travail. M. Delanglade, après avoir pratiqué l'hystérectomie et avoir extrait un enfant de 2 850 grammes, fit l'hystérectomie abdominale totale. La mère allaita elle-même son enfant qui, le 17ᵉ jour, pesait 3 300 grammes.

A l'heure actuelle, ces femmes sont mortes toutes deux, la première après une survie de 16 mois, la seconde après 9 mois 1/2.

M. Pinard, à propos de la femme dont les règles seraient revenues durant les premiers mois de la grossesse, déclare qu'il ne croit pas à l'existence de pareils faits. La possibilité de la persistance des règles pendant la grossesse est une erreur qui a été propagée par les femmes dont les unes trompent et les autres se trompent. Pour M. Pinard, « toute femme qui a ses règles ordinaires, n'est pas enceinte, toute femme qui est enceinte n'a plus ses règles ordinaires ». Si on avait examiné les choses de plus près, on aurait vu que, chez la femme en question, il s'agissait non pas de règles, mais d'hémorrhagies produites par le cancer et la grossesse n'aurait peut-être pas été méconnue. La 2ᵉ observation montre que l'existence du néoplasme ne gêne pas le développement du fœtus. Dans ce cas, la manière d'agir de M. Delanglade a été parfaite.

De la conduite à tenir chez une femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus.

M. Pozzi range ces femmes en deux catégories : dans une première, il fait rentrer les femmes enceintes de moins de 4 mois. Pour M. Pozzi, le diagnostic de grossesse est alors très difficile à faire, la propagation du cancer au corps de l'utérus, la coexistence d'un fibrome ou l'accumulation de liquide dans la cavité utérine pouvant également donner à l'utérus des dimensions plus considérables. Chez ces femmes, M. Pozzi croit qu'il est préférable d'intervenir immédiatement. Pour lui, la vie du fœtus ne vaut pas grand'chose dans ces conditions; les avortements sont très fréquents, s'accompagnant souvent de complications septiques et hémorrhagiques, et la grossesse donne à la marche du cancer une allure galopante.

Après 4 mois, la façon d'agir de M. Pozzi variera suivant la manière dont la femme supporte la grossesse. Si elle la supporte très mal, il interviendra; dans le cas contraire, il attendra le 8ᵉ mois, de manière à avoir un enfant viable. Il croit qu'au moment du travail l'intervention serait plus dangereuse.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Pozzi recourt, pour les femmes de la première catégorie, à l'hystérectomie abdominale, quoique l'on puisse également opérer alors par la voie vaginale. Après 4 mois il ne peut plus y avoir d'hésitation : c'est l'hystérectomie abdominale.

M. Bouilly croit qu'en présence d'une femme enceinte atteinte d'un cancer de l'utérus, la malade étant perdue quoi que l'on fasse, on ne peut que perdre en sacrifiant le fœtus. Ce dernier est, en effet, la seule chose que l'on puisse espérer sauver. Aussi, pour M. Bouilly, la logique impose l'attente et cela jusqu'au moment du travail. Dans certains cas l'accouchement se fait très bien naturellement. S'il ne pouvait en être ainsi on devrait intervenir; il sera le plus souvent inutile de recourir à autre chose qu'à la simple opération césarienne. Ce sont ces cas où il faut savoir ne rien faire.

M. Pinard partage d'un façon générale la manière de voir de M. Bouilly. Il constate que la règle, qui veut que le cancer utérin soit toujours aggravé par la grossesse, n'est pas aussi absolue que l'on veut bien le dire. M. Pinard connaît plus de 20 cas où les femmes, non seulement ne sont pas mortes immédiatement, mais sont redevenues enceintes. Comme M. Bouilly, M. Pinard croit que la mère étant, en pareil cas, toute sacrifiée, on ne peut sacrifier qu'une chose, c'est l'enfant. Il croit aussi que l'on a beaucoup exagéré la fréquence des avortements. Sur les 12 cas qu'il a personnellement suivis, cet accident n'est survenu qu'une fois. Aussi M. Pinard conseille-t-il d'attendre, et d'attendre jusqu'au moment du travail, car ce n'est qu'ainsi qu'on est vraiment sûr d'avoir un enfant à terme, d'avoir un enfant qui pourra s'élever.

Dès qu'on aura fait le diagnostic de grossesse chez une femme atteinte de cancer de l'utérus, il faut bien savoir que, moins on s'occupera de ce cancer, plus la grossesse aura de chances de suivre son cours.

Les curettages du champignon cancéreux même les plus habilement faits sont, à ce point de vue, particulièrement dangereux.

M. Pinard a encore récemment vu une de ces interventions suivie d'avortement après 48 heures. Il faudra, d'ordinaire, se contenter de calmer les douleurs et de faire, autant que possible, l'asepsie du vagin. Parmi les antiseptiques, l'eau oxygénée semble avoir des avantages, ayant à la fois des propriétés antiseptiques et hémostatiques. Si les accidents ne viennent pas, à un moment donné, vous forcer la main, on attendra le début du travail, et pour peu que l'accouchement ait du mal à se faire par les voies naturelles, M. Pinard croit qu'il faut alors recourir à l'hystérectomie, et cela non seulement dans l'intérêt de l'enfant, mais aussi dans celui de la mère.

M. Varnier. — Pour Mackenrodt, « quel que soit l'âge de la grossesse il faut procéder à l'extirpation de l'utérus ». Certains chirurgiens ont adopté cette formule absolue, en considé-

ration des quelques rares observations où l'extirpation totale n'a été suivie de récidive qu'après plusieurs années (après 4 ans, Hofmeier; après 7 ans et demi, Olshausen; après 8 ans et demi, de Ott). D'autres, au contraire, en considération des nombreuses observations où l'intervention a été rapidement suivie de récidive, découragés de poursuivre au dépens de l'enfant l'improbable prolongation de la vie de la mère, n'hésitent point, quel que soit l'âge supposé de la grossesse, à s'abstenir d'une intervention fœticide.

C'est cette dernière ligne de conduite que M. Varnier croit la bonne; pour lui, il faut attendre la fin de la grossesse, ou mieux le début du travail, seul repère certain de cette fin, pour faire, sans hésiter, l'opération césarienne suivie, d'après le cas, soit de la simple amputation utéro-ovarienne, soit sans grand enthousiasme, quand le cancer est encore opérable, de l'hystérectomie totale. Il faudra intervenir au début du travail, la femme n'étant ni fatiguée, ni infectée, et, dans ces conditions, l'opération pratiquée à ce moment n'offrira pas plus de dangers pour la mère que si elle avait été faite au 8e mois.

M. Champetier de Ribes partage la manière de voir de MM. Bouilly et Pinard et fait remarquer que dans certains cas, quand l'état de la femme devient par trop mauvais, on peut être obligé d'intervenir, et cela dans l'intérêt même de l'enfant.

M. Pozzi croit qu'une survie, ne serait-elle que de quelques mois, n'est pas une chose négligeable. D'ailleurs, quand le cancer est opéré au début, la récidive peut ne survenir qu'après des années. Pour M. Pozzi, la grossesse accélère beaucoup la marche du mal, et cela au point que bien de femmes sont mortes avant d'accoucher.

La ligne de conduite conseillée par M. Pozzi se rapproche de celle qui est actuellement adoptée pour la grossesse extra-utérine : au début, opérez toujours; après 5 mois, attendez. Se ralliant à l'opinion de M. Pinard, M. Pozzi déclare que, dans ce dernier cas, le moment idéal pour intervenir est le début du travail, mais, qu'en pratique, en dehors d'un service d'accouchement, cela est chose assez difficile. Enfin, M. Pozzi croit que l'intervention est moins grave quand on fait suivre l'hystérotomie de l'hystérectomie, car on enlève ainsi le foyer septique.

M. Pinard attache à la question de survie autant d'importance que M. Pozzi, mais ne voulant s'appuyer exclusivement que sur des faits, il demande si l'opération pratiquée au cours de la grossesse donne vraiment une survie plus considérable. Chez les deux femmes de M. Delanglade, si l'on tient compte de l'époque de la grossesse à laquelle on est intervenu, on voit que la durée de la survie a été sensiblement la même.

Encéphalocèle de la région frontale.

M. Rudaux présente le moulage d'un encéphalocèle de la région frontale ayant amené un écartement des orbites et des narines. L'enfant présente de plus un bec-de-lièvre simple, médian, et une petite tumeur de la grosseur d'une cerise implantée par un long pédicule sur la paroi interne de la fosse nasale gauche.

Il présente également le moulage et le crâne d'un autre enfant chez lequel il n'y a pas de branche montante droite du maxillaire inférieur. L'aspect de cet enfant se caractérise surtout par une asymétrie cranienne et faciale très accusée. Durant la vie, l'œil droit était constamment fermé, la bouche était, au contraire, largement ouverte et cela surtout du côté droit. On retrouve cette asymétrie sur la crâne préparé. La branche montante droite du maxillaire inférieur est remplacée par un tractus fibreux étendu de l'extrémité postérieure du corps de la mâchoire inférieure à la partie antérieure du cercle tympanal. Ce tractus peut donc être considéré comme la portion moyenne du cartilage de Meckel.

M. Rudaux présente, en outre, deux monstres appartenant, l'un et l'autre, à des avortements gémellaires.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 4 Février 1901.

Kyste thyroïdien.

M. Gauthier présente un kyste thyroïdien, du volume d'un œuf de dinde, extirpé, le matin même, par M. Jaboulay. Ce kyste, bas situé, s'insinuait derrière le sternum, dans les inspirations, et occasionnait de la dyspnée au moindre effort.

La malade a été anesthésiée à l'éther. La première partie de l'anesthésie a été assez bonne, mais, dès que le bistouri eut incisé la peau et les couches superficielles, le kyste privé d'une partie de ses attaches avec les téguments antérieurs, plongea sous le sternum, comprimant la trachée et empêchant l'arrivée de l'air dans ce conduit, malgré les efforts de la patiente. Il y eut, de ce chef, quelques secondes angoissantes.

M. Jaboulay activa alors rapidement, avec l'index, la libération du kyste et, l'attirant en haut avec ce doigt recourbé en crochet, il le luxa entre les lèvres de l'incision cutanée; du même coup la dyspnée cessa, l'air pénétrant librement alors dans la trachée.

Après section de la capsule du corps thyroïde, M. Jaboulay put cliver complètement la tumeur du parenchyme glandulaire sans avoir à le vider. Il est rare qu'on puisse énucléer ainsi et avoir absolument intact un kyste thyroïdien du volume de celui-ci.

Cholédochotomie pour ictère datant de 18 mois.

M. Adenot présente une femme âgée de 33 ans, chez laquelle il a fait, il y a environ 6 mois, une cholédochotomie pour ictère intense ayant débuté 18 mois auparavant.

Elle a eu la fièvre typhoïde au mois d'août 1897. Elle était à peine rétablie lorsqu'elle fut prise de coliques hépatiques violentes qui durèrent pendant plusieurs jours. En février 1898, nouvelles coliques hépatiques avec ictère. Quelques semaines après, nouveaux accidents accompagnés de frissons, de fièvre, mais sans ictère. Elle alla alors en Suisse, où les accidents recommencèrent et l'ictère reparut au mois de mai de la même année, c'est-à-dire 1898. Depuis ce moment la jaunisse persista accompagnée de phénomènes infectieux graves.

C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital de la Croix-Rousse. Son état général était grave; elle avrit maigri de 17 kilogs en 1 an 1/2. Le foie était énorme et dépassait l'ombilic. Laparotomie. Incision sur le côté droit du muscle grand droit. M. Adenot arrive sur la vésicule qui, petite, ne contient pas decalcul. Adhérences très nombreuses entre l'instestin et le foie. Le côlon transverse est adhérent et l'épiploon gastro-hépatique rétracté. L'hiatus de Winslow est impossible à aborder et à reconnaître. Après avoir décollé prudemment la face inférieure du foie, M. Adenot finit par sentir, au fond de l'abdomen, un calcul assez volumineux. Dans l'impossibilité de le saisir en insinuant le doigt en arrière du pédicule hépatique, noyé dans des adhérences, il fixe le calcul contre la colonne vertébrale et incise le canal cholédoque sur le calcul. Il arrive alors à extraire le calcul enchatonné en le brisant avec la sonde cannelée. Pas de suture du cholédoque, mais drain entouré de gaze.

Les suites furent simples, mais la malade fut assez longue à se rétablir. Actuellement elle a engraissée de 7 kil.

M. Vallas estime que dans les cas de rétention biliaire absolue, constante, 3 mois est le terme limité de l'attente possible, en dehors d'autres considérations, phénomènes douloureux, cachexie plus ou moins rapide et qui peuvent faire avancer cette limite.

Quant au danger de l'intervention, il ne faut pas l'exagérer. Une intervention prudente n'est pas dangereuse. Une exploration des voies biliaires faite dans de bonnes conditions peut rendre de grands services sans faire courir trop de risque. Dans un cas de rétention biliaire d'origine calculeuse, M. Vallas a trouvé et extrait quatre calculs du cholédoque. Il partage absolument l'opinion qu'il est illusoire et dangereux de suturer le cholédoque. Mieux vaut drainer et tamponner. La fermeture spontanée se fait d'elle-même au bout de 3 à 4 semaines.

M. Villard a pu, dans un cas d'obstruction calculeuse du cholédoque et du cystique extraire le calcul après ouverture de la vésicule. L'opération en fut bien simplifiée. La suture de la vésicule fut faite immédiatement et la plaie opératoire guérit par première intention.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 4 Février 1901.

A propos d'un cas de dermato-myosite.

M. Lépine. — M. Bonnet a présenté à la dernière séance un malade à propos duquel avait été fait le diagnostic de dermato-myosite. Ce malade présentait de l'œdème de la peau et une desquamation assez intense. Quelques jours auparavant il s'était fait sur la région une application de teinture d'iode. On me demandait, lors de la dernière séance, à quoi était due cette desquamation. J'avais éliminé la teinture d'iode, ne pensant pas que cette substance puisse donner une telle desquamation. Aujourd'hui, plus de doute; il faut incriminer la teinture d'iode. Toute trace de dermite a disparu dans le cours de la semaine.

Je crois donc qu'il serait plus exact de ranger ce cas dans les poly-myosites ou les angio-myosites. L'expression de dermato-myosite donnerait vraiment trop d'importance à des lésions cutanées aussi transitoires.

Néoplasme utérin; traitement par la quinine.

M. Vincent présente une malade atteinte d'une tumeur de la région sous-claviculaire de la grosseur du poing environ.

Cette malade présentait, en février 1900, une petite tumeur insignifiante dans la région sous-claviculaire à laquelle M. Vincent n'accorda, à cette époque, aucune attention. La malade venait pour des pertes fétides dues à un cancer de l'utérus. L'hystérectomie totale n'étant plus suffisante, il lui fit un large curettage et donna de la quinine, 1 gramme à 1 gr. 25 par jour, par voie buccale. Aujourd'hui, son état général est bon. Depuis l'intervention elle ne perd que fort peu et l'extension du néoplasme utérin est à peine sensible. La tumeur sous-claviculaire, seule, n'a cessé de grandir.

Il semble donc que la quinine, chez cette malade, n'a donné que de bons résultats. Certes, il ne faut pas parler de guérison, mais la conservation pendant 18 mois d'un bon état général, l'absence de pertes notables, le peu d'extension du néoplasme témoignent suffisamment de l'action favorable de la quinine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 Février 1901.

Néphrectomie pour hématurie.

M. Pousson présente une femme dont l'histoire pathologique confirme la réalité de l'existence du réflexe inhibitoire réno-rénal dans les affections médicales du rein, tout aussi bien que dans les affections chirurgicales.

Cette femme, aujourd'hui âgée de 33 ans, fut opérée par lui, en 1898, d'une hystérectomie abdominale totale pour un fibrome comprimant l'urèthre et déterminant de la rétention. Quelques mois après, elle fut prise d'hématuries rénales profuses qu'on attribua, après étude attentive de la malade, à une néphrite unilatérale gauche. A ces hématuries vinrent se joindre bientôt une diminution de la sécrétion des urines qui tombèrent au-dessous de 500 grammes et un abaissement considérable du taux de l'urée et des sels. En même temps se déclarèrent des phénomènes alarmants d'urémie.

C'est sous la pression de ces accidents que M. Pousson pratiqua d'urgence la néphrotomie le 13 juin 1899. Aussitôt la sécrétion urinaire remonte à 1 500 et même 2 000 grammes; le taux de l'urée, des phosphates et des chlorures se relève également, et les symptômes urémiques cessent.

Ce bien-être se maintient jusqu'à la fermeture de la plaie rénale, puis tous les accidents reparaissent. En décembre, la quantité d'urine ne dépassant pas 500 grammes en moyenne, l'urée étant descendue à 5 grammes, l'acide phosphorique total à 0,59, le chlorure de sodium à 0,54, et l'empoisonnement urémique devenant menaçant, M. Pousson se décide à pratiquer la néphrectomie le 11 décembre 1899.

Comme après l'ouverture du rein, la sécrétion de l'urine se rétablit très vite après son ablation; l'urée remonte à 15 et 20 grammes, les phosphates et les chlorures se rapprochent aussi de la normale, et la malade voit tous les symptômes d'urémie disparaître. L'euphorie, qui n'avait été que transitoire après la première opération, semble être devenue définitive, puisque aujourd'hui (4 mois après la néphrectomie) la malade dit ne s'être jamais aussi bien portée et qu'elle urine en moyenne 1 200 à 1 500 grammes par jour, et que la dernière analyse de ses urines y montre la présence de 14 grammes d'urée en 24 heures, de 1,80 d'acide phosphorique total, de 8 grammes de chlorure de sodium et seulement des traces d'albumine.

M. Loumeau demande par quels moyens M. Pousson a pu acquérir la certitude que le rein droit était sain, cette certitude étant indispensable pour se décider à opérer.

M. Pousson dit qu'on ne peut avoir de certitude absolue; cependant l'examen attentif et prolongé de la malade, l'absence de douleurs du côté droit et leur existence du côté malade, l'expérience du bleu de méthylène constituent un ensemble de signes de probabilité qu'aurait encore pu confirmer le cathétérisme de l'uretère. L'intervention, au surplus, devenait nécessaire, étant donnés les accidents menaçants.

M. Demons. — Il était autrefois admis par tous les médecins que la néphrite chronique atteignait d'emblée les deux reins; mais actuellement, si le fait reste vrai pour la majorité des cas, il est démontré qu'il en existe un certain nombre où la lésion est unilatérale. Ce sont ceux-là qui sont justiciables d'une intervention chirurgicale qui a déjà à son actif de nombreux succès malgré les protestations émises par plusieurs chirurgiens au Congrès de chirurgie de Paris, où M. Demons avait présenté une malade opérée par lui pour une néphrite unilatérale. De nombreux faits sont venus depuis démontrer la valeur de cette intervention.

M. Loumeau demande s'il n'eût pas été plus sage de s'en tenir à la néphrotomie, qui avait déjà rétabli le taux normal de l'urée et la disparition des symptômes inquiétants. Chez une malade opérée par lui, cette conduite n'eût peut-être pas entraîné la mort, ainsi que l'a occasionnée la néphrectomie.

M. Davezac ne croit pas à l'intégrité absolue du rein droit, puisque la dernière analyse d'urine de la malade révèle la présence de traces d'albumine.

M. Pousson répond à M. Loumeau que la néphrotomie donne lieu à une fistule très désagréable pour les malades. Pour ce qui est de la présence de l'albumine, il dit à M. Davezac qu'il ne faut pas exagérer l'importance de ce symptôme. Pour que l'albumine devienne inquiétante, il faut le contrôle des autres sels ou de la toxicité de l'urine. Ainsi, l'albumine peut apparaître simplement après la palpation du rein.

M. Carles se rallie à cette dernière opinion; chez les gros mangeurs, par exemple, l'analyse des urines montre des traces d'albumine.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 12 Février 1901.

Tétanos après laparotomie pour fibrome.

M. de Boucaud montre un gros fibrome de l'utérus, pesant 3 kil. 50, ayant déterminé des hémorrhagies importantes. Dans l'observation, deux faits méritent d'être rapportés : 1° le mode opératoire, et 2° les suites.

Tout d'abord, après laparotomie, on a sous les yeux la tumeur et le corps de l'utérus. Celui-ci est sectionné à 4 centi-

mètres de l'orifice vaginal; c'est donc une hystérectomie supra-vaginale, puis on suture par un double surjet la tranche utérine et le péritoine; un drain vaginal avait été introduit au préalable; la durée de l'opération est de 45 minutes.

Pendant 7 jours, l'état général fut excellent. Température oscille entre 36°,5 et 37°,5; le pouls est bon. L'opération avait eu lieu le 24 janvier; le 30, on enlève le drain; tout est en bon état; le 31, à 11 heures du matin, la malade a une légère crise de suffocation; le soir, à 4 heures, elle présentait de la contracture des mâchoires; le 1er février, elle avait de la raideur de la nuque, et le 2, à 11 heures du matin, la malade mourait. Elle avait été traitée par le bromure de potassium, le chloral à hautes doses et les injections intra-musculaires d'acide phénique à raison de 30 centigrammes par jour.

M. Boursier a eu un accident semblable en tous points à celui qu'on vient de rapporter. 5 ou 6 jours après une opération très simple s'est développé un tétanos suraigu dont on n'a jamais pu trouver l'origine.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Gourdon présente une fillette de 8 ans, maintenue pendant un an dans un appareil plâtré en flexion et abduction d'abord, puis extension après enlèvement de l'appareil; le grand trochanter était au niveau de la ligne Roser-Nélaton mais chaque fois que l'enfant touche à terre, elle se raidit et accuse une violente douleur. Sous chloroforme, l'articulation est très mobile.

Immobilisation de la jambe pendant quelques mois; la malade marche. On enlève le deuxième appareil; la marche se fait correctement sans douleur.

La malade est présentée à la Société.

Double kyste de l'ovaire à pédicule tordu rappelant l'appendicite.

M. Monod. — Le début avait eu lieu, en septembre 1899, par une vive douleur dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et de constipation. En janvier 1900, nouvelle crise; en mars, nouvelle crise; enfin, en juin, 4e crise; depuis, la malade ne s'était pas complètement rétablie. A l'examen, on trouve de la submatité dans la région du cæcum; douleur au point de Mac-Burney; une tuméfaction allongée, mobile, avec frottement péritonéal, et plongeant dans le petit bassin.

Après laparotomie latérale, on résèque l'appendice et une tumeur profonde formée par un kyste hématique de l'ovaire droit. On libère les adhérences et l'on trouve alors un pédicule cinq fois tordu sur lui-même.

A l'examen histologique, l'appendice est sain.

Le nombre de tours du pédicule correspond au nombre de crises. L'appendice est absolument hors de cause.

Salpingite et appendicite.

M. Monod. — Femme de 32 ans. Pas d'antécédents génitaux, mais troubles digestifs.

En août 1900, quelques douleurs dans le bas-ventre, coliques, nausées. Repos un mois, puis nouvelle crise avec localisation à droite.

Le 13 septembre, nouvelle crise, ballonnement du ventre. Entre à l'hôpital. Traitement médical de la salpingo-ovarite. Pendant 3 mois, 2 ou 3 fois par mois, crises douloureuses à droite. Intervention le 11 décembre 1900.

L'appendice adhère à l'ovaire gros comme une noix. On résèque le tout. L'appendice est gros et rouge. L'ovaire droit est violacé et renferme une petite poche à contenu hématique qui se rompt. La malade guérit sans encombre en un mois environ.

M. Boursier. — La concomitance des affections génitales et appendiculaires chez la femme est assez fréquente et le diagnostic très difficile.

M. Lefour. — Ces faits sont surtout fréquents dans l'appendicite chronique. L'étiologie est différente dans les deux cas de M. Monod : dans le premier, le point de départ est ovarien; dans le second, il paraît être appendiculaire.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance des 23 Janvier et 6 Février 1901.

Luxation congénitale de la rotule.

M. Réal rapporte l'histoire d'un cas de luxation congénitale de la rotule observé chez une petite fille de 11 ans, qui, pour tous antécédents pathologiques, présenta, à partir de l'âge de 4 mois, une déformation du genou gauche. A l'examen, on nota une augmentation du volume du genou, avec un léger degré de *genu valgum* et une luxation externe incomplète de la rotule, le membre étant dans l'extension. La rotule présentait en outre des mouvements de latéralité externe assez étendus. En flexion, l'articulation offrait trois saillies, l'interne, formée du condyle interne, la médiane, composée du condyle externe, l'externe, constituée par la rotule, qui est venue se placer sur le plan du condyle externe.

Le tendon du triceps forme, avec le tendon rotulien, un angle obtus ouvert en avant et en dedans.

La cuisse gauche était légèrement atrophiée, son diamètre mesurait 4 centimètres de moins qu'à droite, la rotule était diminuée de volume, la marche possible avec une légère boiterie.

M. Réal essaie d'établir la pathogénie de cette luxation. L'atrophie du condyle externe, l'atrophie du membre, le *genu valgum* ne sauraient expliquer la lésion. Il est probable qu'elle est due à une laxité exagérée de la portion interne du surtout ligamenteux antérieur.

Du lait de chèvre dans l'alimentation des nouveau-nés.

M. Besson communique l'observation d'un cas d'athrepsie qui fut très rapidement amélioré et guéri par l'emploi du lait de chèvre, alors que le lait de vache coupé d'eau de Vals et le lait stérilisé n'avaient produit aucune amélioration. Il croit que ce mode d'alimentation a été frappé d'une faveur imméritée; le lait de chèvre, en effet, est très riche en phosphates, il renferme plus de sels et de caséine que le lait de femme, il est plus pauvre en sucre, d'où l'indication de l'additionner d'eau légèrement sucrée chez les nourrissons.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 Février 1901.

Un nouveau procédé opératoire des varices et de la phlébite variqueuse.

M. Karewski a depuis 10 ans recours à une intervention qu'il a eu l'occasion de pratiquer 35 fois et qui consiste à extirper les varices et à réséquer les veines efférentes aussi haut qu'elles sont malades, ce qui revient à enlever la saphène interne jusqu'à son embouchure dans la fémorale. En effet, dans bien des cas où il n'existe ni nodosités ni dilatation, on observe au microscope des altérations caractéristiques; une thrombose est à craindre, en pareille occurrence, sous l'influence de n'importe quelle lésion, même aseptique.

Pour éviter la cicatrice trop étendue qui résulterait d'une plaie opératoire ayant parfois 1 mètre de long, M. Karewski procède de la façon suivante :

Après avoir mis à nu l'embouchure de la saphène dans la fémorale par une petite incision, il lie et libère la veine sur un espace assez étendu; puis, au moyen d'une incision pratiquée environ 20 centimètres plus bas, il extrait le bout central du vaisseau; enfin, il recommence la même manœuvre une troisième fois, en un point situé encore plus bas.

M. Karewski n'hésite pas à appliquer ce procédé même pendant les périodes aiguës avec fièvre. Il met sûrement à l'abri des récidives, et ne détermine jamais de thrombose de la fémorale.

Tumeurs cérébrales opérées avec succès.

M. von Bergmann présente deux malades chez lesquels il a procédé avec succès à l'extirpation de néoplasmes cérébraux.

Chez le premier, un homme de 34 ans dont la vue avait baissé depuis 2 ans, on remarqua, en 1897, le développement d'un réseau veineux cutané au niveau du front, en même temps qu'apparaissaient de violentes céphalalgies. Par la suite survinrent des troubles psychiques (irritabilité, lenteur de la parole, etc.). L'examen ophthalmoscopique révéla une double stase papillaire, plus marquée à droite; il existait de même, à droite, une sensibilité exagérée du crâne à la pression. La prédominance des troubles — notamment de la stase papillaire — dans la moitié droite de la tête fixa le diagnostic, hésitant entre une tumeur de la région frontale et une tumeur du cervelet, en faveur de la première de ces hypothèses. De fait, la trépanation permit d'extraire du lobe frontal un néoplasme gros comme la moitié d'un poing d'adulte, offrant au microscope les caractères du sarcome.

Le second cas concerne une jeune fille de 12 ans, issue d'une famille tarée au point de vue mental, qui avait eu, 8 ans auparavant, une rougeole et, consécutivement, une otorrhée ayant persisté 4 ans. En 1897 apparurent chez elle, avec une hémicranie droite, des vomissements glaireux, surtout matutinaux; quelques semaines plus tard, débutèrent des accès convulsifs intéressant tout le côté droit du corps et de la face, et accompagnés de mouvements nystagmiformes; les dernières de ces crises furent suivies de pertes de connaissance prolongées.

Un premier chirurgien, croyant à un abcès d'origine otique, trépana la mastoïde sans résultat; un second tenta une nouvelle intervention sur laquelle on n'a pas de détails. Après une accalmie de quelque durée, les troubles recommencèrent, accompagnés de vertige. La jeune malade ayant été alors confiée à M. von Bergmann, celui-ci fit une ponction au niveau d'une cicatrice opératoire non cicatrisée, et retira ainsi un liquide albumineux, spontanément coagulable, ce qui l'amena à admettre l'existence d'une tumeur kystique.

L'opération montra le bien-fondé de ce diagnostic : il y avait un kyste du cervelet, qui fut extirpé avec une quantité assez considérable de substance cérébrale; la nature de ce néoplasme est demeurée douteuse.

L'arsenic à l'intérieur contre l'épithélioma de la face.

M. Lassar montre une malade qu'il a commencé à soigner il y a 6 mois pour un petit cancroïde de la racine du nez, ayant la grosseur d'une lentille, et dont la nature fut vérifiée par une biopsie. Soumise au traitement arsenical, cette femme a actuellement absorbé 1 000 pilules contenant chacune 0 gr. 001 d'acide arsénieux, soit en tout, 1 gramme de ce produit : sous l'influence de cette médication, et sans qu'aucun traitement local ait été institué, la tumeur a diminué progressivement de volume.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 15 Février 1901.

Traitement de l'incontinence d'urine par des injections de vaseline dans le tissu sous-muqueux péri-uréthral.

M. Kapsammer a communiqué 3 cas d'incontinence d'urine due à des causes diverses (déchirure du périnée, cystite chronique, etc.), qu'il a traités par des injections de vaseline dans le tissu sous-muqueux péri-uréthral, selon la méthode de Gersuny. L'orateur a injecté à la fois de 8 à 12 centimètres cubes de vaseline blanche, fusible à 42°. Ce traitement fut toujours bien toléré et donna des résultats excellents.

M. Gersuny fait remarquer que s'il est survenu une embolie pulmonaire dans un cas publié récemment par Pfannenstiel, cela tient probablement à ce que la vaseline dont s'est servi cet auteur avait un point de fusion trop élevé (45°) et à ce qu'elle avait été injectée immédiatement après une opération. En outre, si le résultat a été nul, c'est que l'injection n'a pas été pratiquée dans le tissu sous-muqueux, mais dans la muqueuse elle-même. Pour éviter les dangers d'une embolie, il ne faut employer que de la vaseline fusible à 35° ou à 40°. On en injecte d'abord une très petite quantité, et c'est seulement lorsque celle-ci est encapsulée qu'on renouvelle l'opération. M. Gersuny a pu injecter ainsi de la vaseline dans l'orbite et dans le voisinage du rectum, après extirpation de celui-ci, sans le moindre inconvénient.

Du traitement des abcès appendiculaires de la cavité de Douglas.

M. Hochenegg a dit, au cours de la discussion ouverte sur ce sujet, que les abcès appendiculaires de la cavité de Douglas (représentant 30 p. 100 des abcès appendiculaires) sont habituellement en rapport avec une longueur excessive de l'appendice qui lui permet de descendre dans le petit bassin. En ce qui concerne le traitement, l'ouverture de ces collections par le rectum n'est indiquée que lorsqu'elles sont très volumineuses; quand il en est autrement, on risquerait, en intervenant par la voie rectale, de blesser une anse intestinale adhérente. L'opération par la voie sacrée permet, au contraire, de placer l'ouverture aussi bas que possible, ce qui réalise les meilleures conditions pour l'écoulement du pus. L'orateur a appliqué cette méthode 7 fois sur 12 cas d'abcès du cul-de-sac de Douglas qu'il a observés.

Après l'ouverture de la poche, il faut veiller à ce que le drain reste bien en place et éviter l'accumulation des matières dans l'ampoule rectale.

M. Gussenbauer estime que la laparotomie est indiquée par ce fait que souvent l'abcès remonte assez haut derrière le côlon ascendant et ne saurait être atteint par une incision basse comme l'incision sacrée. En outre, cette dernière a l'inconvénient de ne permettre ni la résection de l'appendice, ni l'extirpation des calculs que celui-ci contient parfois; enfin, la guérison se fait beaucoup plus lentement.

M. Hochenegg déclare que la résection de l'appendice peut faire l'objet d'une seconde opération si elle n'a pas pu être effectuée dans la première, ce qui n'est pas constant; quant à la guérison, elle ne lui a jamais paru plus rapide quand on opère par la voie abdominale.

CLUB MEDICAL DE VIENNE.

Séance du 13 Février 1901.

Intoxication par des bas contenant un composé d'étain.

M. Jolles a communiqué l'observation d'une jeune fille de 27 ans qui se plaignait de troubles moteurs et sensitifs des membres inférieurs et qui présentait, en même temps, des taches jaunes au niveau de la plante des pieds, taches provenant manifestement de bas de soie qui avaient déteint sous l'influence de la transpiration. Ces accidents disparurent rapidement, mais pour se reproduire avec beaucoup plus d'intensité quelques mois plus tard. L'examen de l'urine permit d'y constater de l'albumine, diverses albumoses et des traces d'étain. On trouva également du chlorure d'étain en grande quantité dans les bas de la malade.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PRATIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le professeur A. Poncet.

De l'infection sudorale des plaies chirurgicales par les mains du chirurgien,

Par M. le Dr E. Genevet,
Chef des travaux de la clinique chirurgicale.

L'antisepsie et l'asepsie qui semblaient devoir écarter des plaies toutes les causes d'infection n'ont pas encore donné une *sécurité absolument complète* à la chirurgie.

Le brusque et heureux changement que l'antisepsie apporta dans les résultats opératoires fit pour ainsi dire oublier, pendant une certaine période, les méfaits relativement isolés de l'infection dans les plaies aseptiques. Mais depuis quelques années, le souci d'arriver à l'absolue propreté s'est affirmé par de nombreuses recherches.

On incrimina successivement les instruments, les fils, les objets de pansement. S'il y eut quelque chose de fondé au début dans ces reproches, on dut reconnaître après les expériences du Dr Répin, à Paris, sous la direction de M. le professeur Terrier, du Dr Roux à l'Institut Pasteur, qu'ils n'étaient point justifiés.

M. le professeur A. Poncet dans le même temps confia à M. le Dr L. Dor, chef de son laboratoire, le soin de rechercher dans son service la propreté de tous les matériaux d'une opération, et des expériences cent fois répétées prouvèrent nettement qu'il fallait trouver ailleurs les causes d'infection.

Mickulicz formula le premier au Congrès de chirurgie allemand (Berlin 1898) ce que beaucoup de chirurgiens avaient constaté dans leur pratique opératoire ou contrôlé par l'expérimentation, à savoir que *si nous arrivons à stériliser facilement et sûrement tous les objets qui nous servent aux opérations, il est encore trois sources d'infection bien difficiles à supprimer, ce sont : l'air, le champ opératoire et les mains du chirurgien.*

Nous renvoyons pour la monographie du rôle de l'air dans l'infection des plaies à la récente thèse du Dr E. Gailhard (Lyon, janvier 1901) (1) inspirée par M. le professeur A. Poncet, car nous voulons seulement mettre en relief ici quelques expériences relatives à l'infection sudorale des plaies chirurgicales par les mains du chirurgien.

Avant Mickulicz, plusieurs auteurs, parmi lesquels Kümmel, Fürbringer, Gottstein, A. Poncet, Terrier, Lucas-Championnière avaient mis en évidence la grande difficulté qu'il y a à les purifier. Après eux de nombreuses communications furent faites aux Sociétés savantes sur ce sujet. Mais actuellement les avis sont loin d'être d'accord et la première question qui se pose est de savoir : *si l'asepsie des mains est possible.*

Les expériences de Kümmel, Fürbringer, Krönig, Lauenstein, Lokwood, Samter, Gottstein, soit en râclant l'épiderme, après lavage, soit en imprégnant la gélatine des boîtes de Petri, tendent à montrer que l'asepsie parfaite est impossible. Mickulicz, sur 72 mains examinées, en trouva les 2/3 de contaminées.

De là l'emploi des gants préconisés par cet auteur et adoptés en France par Tuffier, Quénu, Nélaton, Guinard, etc.

Cependant l'opinion contraire est aussi vigoureusement défendue, et par des procédés de lavage, plus ou moins différents, Ahlfeld, Neuber, Delbet, ce dernier après de nombreuses expériences faites en collaboration avec MM. Widal et Ravaut, arrivent à cette conclusion : que l'asepsie des mains est possible, pourvu que leur nettoyage soit bien conduit.

Tel est actuellement l'état de la question. On est en présence de deux opinions contradictoires, et il semble que l'accord doive difficilement se faire.

Les expériences que nous avons poursuivies après M. le Dr L. Dor, chef du laboratoire, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, nous permettent aujourd'hui de préciser certains points, et de rendre indiscutables certaines données.

La principale et capitale objection qu'on pouvait adresser aux divers expérimentateurs était l'absence de rigueur dans leur méthode de recherches, et l'impossibilité où ils se trouvaient de faire la part de ce qui revenait à l'air, à l'épiderme ou à la sueur.

C'est pour cette raison que notre premier soin fut d'expérimenter à l'abri de l'air.

M. L. Dor fit pour cela construire un tube en verre muni de deux tubulures latérales à chacune desquelles il adaptait un tuyau en caoutchouc. Du bouillon était amené par aspiration dans ce tube, laissé en contact avec la main un temps déterminé, puis refoulé pour être réparti dans un certain nombre d'éprouvettes à ensemencement. Il se servait au début d'un récipient pouvant contenir toute la main, mais la nécessité d'une trop grande abondance de bouillon fit adopter, dans la suite, un récipient de même forme, capable seulement de recevoir un doigt. Cet appareil, parfait au point de vue du résultat cherché, présentait cependant l'inconvénient de

1. De l'infection sudorale des plaies par les mains du chirurgien. Contribution à l'étude de l'asepsie opératoire, par le Dr E. Gailhard, médecin stagiaire au Val-de-Grâce (*Thèse* de Lyon), 1901.

congestionner le doigt qui obturait le tube en entrant à frottement forcé. Nous l'avons remplacé dans la suite par un flacon plus large, muni à sa partie supérieure de deux ouvertures; l'une, large de 2 cent. 1/2, reçoit le doigt entouré à sa base de coton hydrophile, afin d'empêcher toute contamination par l'air et aussi d'assurer aux deux parties de l'expérience des conditions identiques; l'autre, beaucoup plus étroite, sert à introduire et à retirer le bouillon de culture à l'aide d'un tube à ballon ordinaire.

Voici, du reste, le manuel opératoire dont nous nous sommes servi dans les expériences que nous allons relater.

Les mains sont lavées et brossées au savon et à l'eau chaude pendant 15 minutes, puis frottées avec une compresse de gaze stérilisée imbibée d'éther, puis d'alcool à 95°, enfin trempées dans l'eau distillée pendant 5 minutes.

L'appareil décrit plus haut, garni à ses deux orifices de coton hydrophile, la pipette à ballon et l'éprouvette graduée qui nous servira à répartir le bouillon, ont été stérilisés à l'étuve portée à 150°. On se place au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, et on introduit le doigt entouré de coton à sa base, comme il a été dit plus haut. On fait arriver par la petite ouverture une certaine quantité de bouillon qu'on laisse en contact avec le doigt pendant 1 minute. Le liquide aspiré, puis versé dans l'éprouvette graduée est réparti ensuite dans des tubes de bouillon neutre ainsi qu'il suit: d'abord la moitié dans un premier tube, puis le 1/4 dans un second, le 1/8e, 1/16e, 1/32e, etc. Pendant ce temps, le doigt sur lequel on expérimente a été laissé en place, et la petite ouverture bouchée par du coton au-dessus de la flamme. On amène de nouveau un bouillon identique au contact du doigt, et la main cette fois est portée dans une étuve afin de déterminer une forte sudation pendant 5 minutes.

Même répartition des liquides.

Tous les tubes, au nombre de 20, 10 pour chaque expérience, sont placés dans l'étuve de Pasteur pendant 48 heures.

Nous avons fait de la sorte 20 expériences et les résultats ont toujours été les mêmes, à savoir : *stérilité complète du bouillon avant transpiration, culture dans la totalité des tubes après transpiration*. Les derniers tubes avaient été ensemencés avec une goutte du bouillon dans lequel le doigt avait transpiré.

L'examen microscopique montra toujours des cultures pures et virulentes de staphylocoques blancs.

Si l'on tient compte que nous avons opéré sur un seul doigt, que ce doigt déverse au moins 300 microbes, puisque nous expérimentions avec 15 centimètres cubes de bouillon, et qu'une goutte nous a toujours donné une culture positive, que les conditions d'une opération chirurgicale se prêtent encore bien davantage à l'expression des glandes de la peau (température de la salle, effort musculaire prolongé, fatigue de l'opérateur, longueur de l'opération, etc.), on comprendra l'importance de premier ordre que doit occuper le rôle de la sueur dans l'infection des plaies chirurgicales.

Un fil de catgut touché par les mains du chirurgien, au cours d'une opération reste stérile, si les manœuvres n'ont pas nécessité d'effort, tandis qu'il trouble un bouillon de culture si on l'a serré fortement, pour faire un nœud, par exemple. Les ensemencements ont toujours donné dans ce dernier cas un résultat positif (L. Dor).

A la suite de ces expériences, nous nous croyons autorisés à affirmer :

1° *Que la stérilisation absolue des mains est possible, mais pour une courte durée ;*

2° *Que c'est par la transpiration que les mains du chirurgien s'infectent.*

Nous ne ferons que mentionner l'impossibilité où l'on est d'aseptiser le champ opératoire, car la peau étant sectionnée, les glandes sudoripares et sébacées seront ouvertes et leur contenu toujours septique sera fatalement déversé dans la plaie. Les expériences de Gottstein, Lauenstein, Samter ne laissent aucun doute à ce sujet.

Ainsi, soit par les mains du chirurgien, soit par le champ opératoire, il semble que l'infection soit difficile à éviter d'une façon certaine.

Du côté du champ opératoire, on a proposé la protection des bords de la plaie par des compresses aseptiques, ou des toiles, comme la « Protektiv » de Kühn, plus ou moins pratiques, le lavage au formol qui pénètre mieux les tissus, les sutures à plusieurs plans qui isolent mieux la peau du fond de la plaie, tous moyens excellents et qu'on ne saurait trop multiplier.

Mais comment se défendre contre l'infection causée par les mains de l'opérateur ?

Il est parfaitement démontré maintenant que, quel que soit le procédé de lavage employé, l'asepsie ne saurait être que temporaire.

Nous avons établi que les mains pouvaient rester stériles jusqu'au moment où les glandes de la peau excrétaient leur contenu. Partant de ce fait qui n'avait pas encore été démontré scientifiquement d'une façon indiscutable, pouvons-nous trouver un mode opératoire qui mette le blessé à l'abri du danger ? C'est ce que nous avons essayé de chercher.

Et d'abord, nous rejetons l'emploi des gants de fil préconisés par Mickulicz, Wölfler, Landerer, Friedrich, Bischoff, Hastaed, Quénu, Tuffier, etc., dont l'emploi est impossible dans certaines opérations qui nécessitent avant tout une grande dextérité des doigts, et qui ainsi que l'ont démontré les recherches de Döderlein, de Perthes, laissent passer les microbes aussitôt qu'ils sont mouillés. « Les gants, quand ils sont de fil, dit Lucas-Championnière, me paraissent dépasser les bornes de la simplicité. » Les gants de caoutchouc, plus pratiques, gênent cependant beaucoup la sensibilité; de plus, ils amènent une sudation énorme des mains, et comme ils doivent être très minces, ils ne sont point à l'abri de déchirures qui risquent de mettre au contact de la plaie, si cet accident se produit, une surface cutanée extrêmement septique.

Nous avons préféré pour notre part expérimenter différents modes de lavage avec des substances astringentes telles que : tannin, acide chromique, sel d'oseille, ce dernier employé par les modistes et les repasseuses qui ont besoin pour leur profession d'avoir une certaine sécheresse des mains.

Nous avons institué une série d'expériences faites avec le même appareil qui nous a servi à démontrer le rôle infectant de la sueur et dans les mêmes conditions. Seules, celles qui ont été faites avec le tannin, en solution à 20/1000 après immersion de 10 minutes et rinçage à l'eau stérilisée, nous ont donné un résultat parfait. Aucun des tubes après essai de transpiration en portant la main à l'étuve pendant 5 minutes ne nous a jamais donné de culture.

Mais l'abondance et la rapidité de la transpiration des mains varie dans des proportions très grandes suivant

les individus. Nous avons vu un doigt déverser en 10 minutes un centimètre cube de sueur dans notre tube, alors que dans d'autres cas le doigt était seulement légèrement humide. Il y a donc certaines mains pour lesquelles la chirurgie est difficile et qui constituent à ce point de vue une véritable infirmité. Les chirurgiens doivent se préoccuper de cette considération très importante afin d'y proportionner leurs soins de propreté. Ils devront plus souvent que les autres, au cours d'une opération (le temps devrait en être déterminé par l'expérimentation), tremper leurs mains dans le sublimé, l'eau stérilisée et la solution de tannin à 20/1000.

L'emploi des gants pourra être indiqué dans quelques opérations, dans des manœuvres chirurgicales, où les mains doivent être en contact avec du pus, avec des tissus, des liquides infectés. Nous avons reconnu, en effet, à la suite de plusieurs expériences, que le lavage des mains après des opérations septiques devait être poursuivi beaucoup plus longtemps, et d'une façon bien plus minutieuse pour arriver à l'asepsie complète.

De cet ensemble de considérations, nous concluons;

1° *Que la stérilisation absolue des mains est possible.*

2° *Qu'elle cesse aussitôt que la transpiration commence, ce qui donne à la sueur des mains du chirurgien le premier rôle dans l'infection des plaies chirurgicales aseptiques.*

3° *Que la désinfection du champ opératoire étant impossible, il y a lieu de protéger les lèvres de l'incision cutanée et d'empêcher ainsi que les glandes de la peau ne déversent dans la plaie leur contenu septique.*

4° *Que le lavage des mains doit, quelle que soit la méthode employée, être complété par une immersion de 10 minutes dans une solution de tannin à 20/1000.*

5° *Que les chirurgiens doivent se préoccuper de la rapidité et de l'abondance de la transpiration de leurs mains, véritable danger pour les blessés, afin d'y proportionner les moyens d'asepsie.*

6° *Que les gants de caoutchouc doivent être employés dans certaines opérations septiques dans lesquelles la dextérité n'a qu'une importance secondaire. Les aides qui, sans toucher à la plaie, peuvent être une cause indirecte d'infection : présentation des instruments, des pièces de pansement, etc., doivent en être pourvus.*

Il resterait à démontrer une hypothèse très plausible de M. le professeur A. Poncet, à savoir que la sueur agit dans l'infection des plaies, non seulement par la quantité de germes qu'elle déverse, mais aussi, par sa qualité, comme bouillon de culture, capable d'augmenter la virulence de certains microbes de la suppuration (1).

Nous espérons pouvoir le faire à la suite d'expériences en cours que nous publierons ultérieurement.

1. E. Gailhard (*loc. cit.*) se demande avec raison, si chaque sujet, ainsi que le laissait déjà entendre Broca, à la Société de chirurgie, ne possède pas un coefficient personnel d'infection manuelle, c'est-à-dire sudorale, susceptible de varier suivant l'état général, suivant certaines conditions locales, individuelles, etc. ? Il y aurait donc *de bonnes et de mauvaises mains.*

On connaît, dans le même ordre d'idées, *la bonne et la mauvaise dent* des bergers de la Beauce qui châtrent eux-mêmes leurs moutons. Dans un premier temps, ils incisent le scrotum, attirent au dehors les testicules, et dans un deuxième temps, sectionnent le cordon d'un coup de dent.

M. Roux racontait récemment à M. Poncet, que certains bergers ne pouvaient pratiquer cette opération, sans infecter l'animal qui périt alors souvent, tandis que d'autres bergers, toutes choses égales comme signes apparents d'infection buccale, opéraient impunément. Les propriétaires de troupeaux savent très bien faire la distinction entre les bergers *à bonne ou à mauvaise dent* et se priver systématiquement des services de ces derniers.

Toxicité de la salive, dans un cas, toxicité de la sueur dans un autre, sont bien des phénomènes de même ordre ?

CLINIQUE MÉDICALE

Sciatique spasmodique compliquant une arthrite sèche de la hanche chez un vieillard. Purpura à vastes ecchymoses sur le trajet du nerf,

Par M. le Dr Ingelrans (1),

Chef de clinique médicale à la Faculté de Lille.

Le 31 octobre 1900, entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Combemale (salle Sainte-Catherine, n° 22), le nommé Modeste V..., journalier, âgé de 63 ans. Cet homme se plaignait de vives douleurs dans le membre inférieur gauche et d'une difficulté notable de la marche.

Interrogé le jour de son entrée, il nous dit avoir toujours eu une santé fort bonne : nous ne trouvons rien à noter avant la maladie actuelle. C'est un individu de constitution encore robuste, ouvrier agricole, n'ayant pas cessé de travailler jusqu'à la fin de 1898. A ce moment, survinrent, sans cause connue, les douleurs qu'il a encore actuellement et depuis lors elles ne lui ont laissé que de rares périodes de répit. Ces douleurs ont un caractère très violent ; elles siègent dans la région postérieure de la cuisse et de la jambe gauche, au pli de l'aine du même côté. Ce sont des élancements qui durent quelques secondes et se renouvellent pendant des heures, survenant par crises et sensiblement augmentés par la marche.

L'examen du malade couché révèle tout d'abord un amaigrissement évident de tout le membre inférieur et une flaccidité marquée des masses musculaires. L'impression du froid, au moment où l'on enlève les couvertures, provoque des trémulations fibrillaires visibles sous la peau. Le malade, lorsqu'on lui demande où il souffre surtout, indique le milieu de la fesse entre le trochanter et l'ischion, le creux poplité et la face externe de la jambe, le long du péroné jusqu'à la malléole, ainsi que le bord externe du pied. On pense tout de suite à la névralgie sciatique ; les points précités sont fort sensibles à la pression, ainsi que tout le trajet du nerf à la cuisse et à l'endroit de son passage derrière la tête du péroné. Le signe de Lasègue est tout à fait net.

Le réflexe rotulien du côté malade est exagéré ; la percussion du tendon amène la projection brusque du pied en avant. En outre, le phénomène du pied se produit avec facilité toutes les fois qu'on veut l'amener. L'état spasmodique ne laisse aucun doute.

Du côté de la sensibilité tactile, douloureuse et thermique, il y a des troubles certains, particulièrement en ce qui concerne la cuisse. L'application de la main très roide sur celle-ci n'est aucunement perçue. La piqûre d'une épingle n'est pas sentie en divers points : cela varie d'un jour à l'autre et la topographie n'en est pas déterminable exactement.

Le genou plié, on fléchit avec peine la cuisse sur le bassin. L'adduction est possible, mais l'abduction très limitée. C'est là un symptôme frappant et qui ne cadre pas avec le diagnostic simple de névrite sciatique.

Pour se rendre compte de ce qui en est, autant que pour expliquer un raccourcissement du membre de 4 à 5 centimètres, on fait déshabiller entièrement le malade et on le couche par terre sur le dos. On s'aperçoit alors que le membre inférieur ne repose pas sur le sol par toute sa face postérieure : il demeure dans un certain degré de flexion permanente et on peut glisser un coussin sous le jarret. Vient-on à appuyer sur le genou pour étendre le membre, on fait apparaître de l'ensellure : le bassin suit le fémur et fait corps avec lui dans ce mouvement. Il fait également corps avec lui pour l'abduction : celle-ci est très minime et on ne peut augmenter son amplitude. On est arrêté par une résistance invincible. L'épine iliaque gauche antéro-supérieure est 3 centimètres plus haut située que la droite : l'élévation du bassin devient encore plus visible quand cet homme est debout : c'est l'explication du raccourcissement apparent. Le pli fessier gauche est relevé.

1. *Écho médical du Nord*, p. 79, 1901.

L'attention est dès lors attirée sur l'état de l'articulation coxo-fémorale dont les mouvements sont ainsi limités. De craquements point, mais une certaine douleur à la percussion du talon, des condyles du fémur et du trochanter, avec un épaississement de ce grand trochanter. Notre sujet se présente donc maintenant comme un coxalgique avec attitudes vicieuses. Que devient la marche au milieu de tous ces symptômes ?

Il existe un certain degré de boiterie. Le malade appuie peu sur son membre malade, mais néanmoins la plante du pied touche le sol par toute son étendue. Le raccourcissement dû à la flexion et à l'élévation du bassin est compensé par une courbure vertébrale à concavité gauche. Cette scoliose n'est pas très marquée, mais elle porte sur toute la hauteur du rachis ; l'épaule gauche est abaissée. Par là-même, la hauteur du flanc gauche est moindre que celle du flanc droit. La déviation rachidienne et les douleurs ont beaucoup diminué par un séjour au lit de 2 mois.

Cet homme ne peut marcher longtemps, sans douleurs, mais un court exercice le « dérouille ». Néanmoins, lors de son entrée, il lui était presque impossible de faire plus de quelques pas. Inutile d'insister sur l'état des autres organes et fonctions : rien de saillant à noter par là.

Désireux de savoir si la limitation de l'abduction tenait à de la contracture ou à une ankylose vraie, nous l'avons soumis à l'anesthésie générale par le chloroforme peu de temps après son arrivée. Il a été impossible de gagner un pouce de terrain. Il n'y avait pas à mettre les symptômes observés du côté de la jointure sur le compte d'un état spasmodique péri-articulaire, mais bien sur celui d'une arthrite, de quelque genre qu'elle fût, et probablement, étant donnés l'âge du malade et la longue durée de l'affection, d'un morbus coxæ senilis. Pendant la chloroformisation d'ailleurs, on sentait bien que les efforts de traction sur la cuisse n'étaient pas entravés par une résistance musculaire, mais qu'on était arrêté par quelque chose de solide.

Cependant, si l'arthrite sèche était des plus probables, la sciatique l'était pour le moins autant. L'une n'excluait pas l'autre et elles coïncidaient. Une radiographie fut obligeamment faite par M. le professeur agrégé Bédart. Elle montre, aux lieu et place de l'articulation coxo-fémorale, une masse volumineuse répondant à la cavité cotyloïde, à la tête et au col du fémur. Toutes ces parties sont hypertrophiées ; la partie supérieure du fémur est énorme.

Le trochanter est considérablement agrandi et l'on voit sur l'épreuve que l'abduction doit venir le faire buter contre le rebord supérieur du cotyle proéminent et formant taquet : de là, la résistance dont on se rendait mal compte.

Cette observation offre encore de l'intérêt à un autre point de vue. Quand cet homme est arrivé, il a été examiné sans délai et on vient de voir ce qu'il avait. Trois jours à peu près écoulés, en cherchant à nouveau les points névralgiques, on constata l'existence, inexplicable dès l'abord, d'une vaste ecchymose bleu foncé dans le creux poplité. Elle couvrait toute cette région, débordant largement par en haut et par en bas. Le malade fut interrogé dans tous les sens : affirmation précise de n'être pas tombé depuis longtemps, de n'avoir reçu aucun coup, de n'avoir pas fait d'effort violent. Deux jours après, nouvelle ecchymose plus petite que la première, de même teinte et du même genre derrière la malléole externe, d'une longueur de 8 à 10 centimètres, également énigmatique. Ces ecchymoses ont disparu depuis lors, mais leurs traces ont persisté des semaines. Avant de chercher ce qu'il faut en penser, il est nécessaire de poser un diagnostic général plus satisfaisant que celui qui consisterait à constater la coïncidence d'une arthrite et d'une sciatique.

Les signes observés et la radiographie ne permettent pas de croire à autre chose qu'au *morbus coxæ senilis*. La fracture méconnue du col du fémur est inadmissible pour bien des raisons : absence complète de choc ou d'effort, absence de rotation du pied, début lent et graduel, etc. L'arthrite sèche est caractérisée par des douleurs, de l'adduction, de la limitation des mouvements, du raccourcissement apparent, l'attitude de la coxalgie, bref plus qu'il n'en faut pour justifier le diagnostic.

Cette variété d'arthrite, on ne l'ignore pas, offre un caractère de prolifération prédominant (Chipault). Cornil et Ranvier disent qu'on observe une hypertrophie considérable des ligaments qui revêtent les caractères du tissu cartilagineux. Il y a production périphérique d'ecchondroses marginales. Ces ecchondroses subissent la transformation osseuse et produisent ainsi des ostéophytes de dimensions parfois colossales. Les exemples les plus remarquables de ces ostéophytes s'observent à la hanche ; celles qui se développent autour du fémur gagnent du côté du grand trochanter, de sorte que la tête de l'os présente un volume énorme. Il se forme, en même temps, tout autour de la cavité cotyloïde, des ostéophytes semblables. Notre radiographie s'interprète aisément à l'aide de cette description.

Maintenant, vient-on à interroger les classiques sur la symptomatologie habituelle de l'affection, on rencontre des phrases de ce genre : « La maladie se révèle tout d'abord par l'existence de douleurs qui siègent au niveau de l'articulation et qui peuvent aussi affecter une marche descendante à la partie postérieure de la cuisse, suivant le trajet du sciatique : ce qui explique que l'arthrite sèche au début soit assez souvent confondue avec la névralgie sciatique » (Kirmisson).

Est-ce bien là la vérité ? le malade présenté ici a des symptômes de sciatique, mais ce n'est point son arthrite sèche seule qui les explique ; c'est bel et bien une névrite sciatique, sans laquelle on ne conçoit ni l'amyotrophie, ni les troubles sensitifs, ni les points classiques de la douleur, ni les trémulations fibrillaires, ni l'exagération des réflexes, ni le clonus du pied, ni enfin les ecchymoses, car nous verrons qu'elles tiennent à cette névrite.

On peut se demander si, en réalité, les sujets atteints de *morbus coxæ* avec douleurs sciatiques n'ont point une névralgie par propagation ou compression, et nous pensons bien, dans le cas présent, que la névrite de notre malade dépend de son arthrite.

C'est qu'en effet, les muscles, par exemple, peuvent être atteints d'inflammation interstitielle, chronique, par propagation directe de l'inflammation articulaire. M. Quénu a observé le fait à plusieurs reprises pour la hanche : dans ces cas, le muscle carré crural adhérait à la capsule fibreuse et paraissait dégénéré. De là au nerf sciatique, il n'y a qu'un pas, qu'il n'est pas téméraire de franchir.

Le même chirurgien, avec M. Demoulin, ne nous dit-il pas qu'il a eu l'occasion de voir, sur un sujet de Clamart, atteint d'arthrite sèche coxo-fémorale, des altérations intéressantes et non signalées encore du nerf sciatique ? Au-dessous du bord inférieur du pyramidal, le tronc nerveux adhérait fortement aux muscles jumeaux sous-jacents, lesquels étaient fusionnés avec la capsule articulaire ; le nerf était augmenté de volume, d'apparence fibroïde : névrite interstitielle très accentuée constatée au microscope. M. Quénu est d'avis que, dans un cas semblable, on serait autorisé à aller s'assurer direc-

tement de l'état du nerf au niveau de l'article, à le libérer de ses adhérences et, au besoin, à supprimer la saillie osseuse cause première de son altération (*Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, tome III). En ce qui nous concerne, et eu égard seulement au fait présentement signalé, nous ne pensons pas qu'un bénéfice sérieux justifie pareille intervention.

Il y a lieu de croire que le malade dont il est ici question a son sciatique mis à mal par la jointure qui l'avoisine et dont la radiographie nous montre le très grand épaississement. La névrite ainsi provrquée a, dans l'espèce, des caractères spéciaux dont on ne peut se dispenser de dire deux mots.

C'est une sciatique spasmodique : l'exagération du phénomène du genou et le clonus du pied le mettent en évidence. Cette variété dite spasmodique a été isolée par M. Brissaud (*Archives de neurologie*, janvier 1890). « La sciatique, dit-il, est accompagnée très fréquemment d'une contracture marquée d'un ou de plusieurs muscles. Il existe des sciatiques spasmodiques, comme il existe des névralgies faciales spasmodiques, des scapulalgies et des torticolis spasmodiques. Le spasme musculaire correspond à la région endolorie..., le plus souvent il n'occupe qu'un très petit nombre de muscles innervés par le sciatique. » C'est le point capital, cette contracture, car la plupart des affections douloureuses des membres inférieurs peuvent provoquer l'exagération du réflexe patellaire, même un simple durillon plantaire enflammé, et le clonus du pied survient souvent quand on soulève une jambe fracturée.

La sciatique spasmodique est fort intéressante par les déformations qu'elle entraîne, car, si la sciatique ordinaire amène souvent une scoliose, et une scoliose croisée, celle-ci donne, M. Brissaud l'a montré, une scoliose homologue due à la contracture des muscles du côté malade. Il n'est pas possible de se laisser entraîner ici par une discussion un peu hors cadre, mais il faut se souvenir que nous avons noté, chez notre malade, un certain degré de scoliose à concavité tournée du côté du membre malade, c'est-à-dire une scoliose homologue. Bien que cela concorde avec ce que décrit Brissaud, il ne faut probablement pas mettre cette scoliose à l'actif de la sciatique, mais bien à celui de l'arthrite. Le malade a la jambe en flexion et le bassin relevé : pour pouvoir poser le pied à terre comme il le fait, il doit nécessairement incliner sa colonne vertébrale du côté malade et l'épaule se trouve abaissée : c'est ce que l'on constate. Dans la scoliose *sciatique* homologue, c'est autre chose qu'on observe : le rachis et le membre inférieur sont dans la position que nous venons de dire, mais en outre, le bassin est abaissé du côté malade, au lieu d'être relevé, ce qui fait que le sujet ne peut pas faire un seul pas, s'il ne prend une attitude hanchée particulière; il en est du moins ainsi dans l'observation de Brissaud (*loco citato*, p. 23.)

Dans notre cas, par conséquent, la sciatique n'est sans doute pas un facteur des attitudes observées, d'autant plus que le spasme ne s'étend pas aux muscles de la région lombaire, condition exigée pour produire ces attitudes et qui n'est guère admissible si le tronc nerveux n'est comprimé qu'au niveau de l'articulation de la hanche. Le morbus coxæ explique assez ces attitudes; néanmoins, la question est déjà si complexe quand la sciatique est isolée, qu'il est fort malaisé d'y voir clair lorsqu'une coxalgie s'y ajoute, puisqu'il est difficile de préciser seulement la cause des positions vicieuses dans la coxalgie ordinaire. Mieux vaut signaler seulement l'importance du fait clinique, qui exigerait tout un article pour être interprété.

On a aperçu, jusqu'ici, la relation possible des divers symptômes entre eux et leur filiation probable. Il reste un point curieux à éclaircir, c'est celui qui a trait au purpura à vastes ecchymoses indiqué ci-dessus, et que nous mettons tout entier au compte de l'altération grave du nerf.

La compression ou l'enclavement du tronc nerveux sciatique a donné lieu, chez ce malade, à quelque chose de plus qu'à une névralgie simple. L'atrophie musculaire que l'on constate, les trémulations fibrillaires visibles sous la peau, les troubles de la sensibilité cutanée dépendent évidemment d'une névrite dont la pathogénie est assez claire. Cette névrite sciatique peut-elle donner la clef de l'interprétation du symptôme en question? Il est nécessaire d'interroger les faits cliniques antérieurs et de chercher ce qui a été dit de cette variété de purpura.

M. Faisans a étudié dans sa thèse *les hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux* (Paris, 28 février 1882). Le premier chapitre de son travail est intitulée : *Hémorrhagies cutanées liées aux lésions des nerfs*. L'auteur commence par déclarer que cette variété d'hémorrhagie névropathique est rare, si l'on s'en tient à ce que l'on trouve signalé dans les auteurs. Le cas de Mitchel Weiss (1) est en effet le seul publié avant les siens : ce médecin a eu l'occasion de voir les pétéchies survenir dans le cours d'accès névralgies, chez des femmes anémiques.

Ces douleurs coïncidaient avec des crampes dans les muscles de la région affectée. Pour lui, ces hémorrhagies cutanées proviennent d'une affection des nerfs, aussi bien que l'atrophie de la peau et des ongles qui a été signalée en pareille circonstance, et il émet l'opinion que le purpura est dans bien des cas la conséquence d'une névrose. « J'avoue, dit M. Rendu (2), que j'ai grande tendance à incliner vers cette théorie. » M. Faisans, qui signale ce cas unique, se demande si, en raison de sa banalité, cette variété de purpura n'aurait pas passé inaperçue. « Les ecchymoses cutanées sont des lésions tellement communes, surtout aux membres inférieurs, que le malade ne s'en préoccupe pas et que le médecin les néglige. C'est probablement pour ce motif que les ecchymoses tabétiques étaient restées ignorées, et cependant elles sont très fréquentes. »

Déjà, en 1869, toutefois, M. Bouchard (3) signalait la possibilité d'une apparition de purpura, au cours de la névralgie faciale, sur le trajet du trijumeau. On a, depuis ces travaux, acquis la certitude que les lésions du système nerveux ont une haute importance en matière de purpura. Roumenteau vient de publier des observations du genre de la présente. Faut-il rappeler avec Apert (4) que M. Hallion (5) a observé du purpura localisé au membre malade chez un individu atteint de paralysie infantile ancienne? que Gibert (6), Lancereaux (7) ont vu chez un hémiplégique, chez une hystérique hémi-anesthésique, la localisation du purpura au côté malade? Faut-il rappeler l'existence du purpura dans les affections de la moelle épinière et dans les névrites? Roumenteau a passé en revue tous ces faits dans sa thèse (Paris, 2 mai 1900). En tout cas, sans nous éloigner

1. *American Journ. of. med. sc.*. July 1869.
2. *Ann. de dermatologie*, 1873.
3. *Pathogénie des hémorrhagies*, (*Thèse* d'agrégation, 1869).
4. *Thèse* de Paris, 1897, n° 184.
5. *France médicale*, 1889.
6. *Gaz. méd. de Paris*, 1877.
7. *Anatomie pathol.*, I, p. 564.

davantage du présent cas, nous indiquons comme très importante, au point de vue qui nous occupe, l'expérience de Gley et Mathieu (1). Ces expérimentateurs, en passant, comme Lewaschew, une mèche imbibée d'une solution concentrée de chlorure de sodium à travers le sciatique d'un chien, ont constaté la présence d'hémorrhagies capillaires dermiques ou sous-dermiques et ont produit ainsi le purpura névropathique expérimental.

Voici maintenant un résumé des trois observations que donne M. Faisans. Les deux premières lui sont personnelles et la troisième lui a été communiquée par M. Gille.

C'est d'abord un relieur de 46 ans, alcoolique, qui, dix jours après le début d'une sciatique gauche, remarqua à la partie supérieure de sa jambe une tache jaune. Puis, cette tache s'étendit et se fonça en couleur. Le malade affirme catégoriquement n'avoir reçu aucun coup, n'avoir pas fait de chute; il ne s'est pas enivré depuis qu'il souffre de sa jambe, de sorte qu'on ne peut invoquer, pour expliquer cette ecchymose, un traumatisme qu'il aurait subi en état d'ivresse et dont il n'aurait pas gardé le souvenir. A son entrée à l'hôpital, l'ecchymose s'étend à toute la région externe de la jambe, depuis le genou qu'elle entoure de tous côtés, jusqu'au voisinage de la malléole externe; elle est bleu foncé dans le creux poplité. A partir de ce point, l'ecchymose dégénère d'une manière insensible et sa teinte se dégrade jusqu'au jaune clair. Toute la région qu'elle occupe est endolorie. Au bout de trois semaines, on aperçoit encore cette ecchymose sur le côté externe du genou et dans le creux poplité, mais elle y est très décolorée.

Un maçon de 48 ans, également alcoolique, ressent tout à coup, en marchant, dans la fesse, la cuisse et le mollet droits, trois points extrêmement douloureux qui le font boiter. On constate très nettement les signes d'une névralgie sciatique avec les principaux points douloureux classiques. Au bout de dix jours se produisent sur le membre des taches ecchymotiques jaune foncé. Une de ces taches, la plus considérable, siège sur la partie antéro-interne de la jambe, qu'elle couvre tout entière, de la malléole au genou, n'empiétant sur la face postérieure qu'au niveau du creux du jarret : c'est en ce dernier point qu'elle présente son maximum de coloration jaune bleuâtre. Seconde tache, plus petite, sur la région externe de la cuisse. Troisième tache, plus petite encore, des dimensions d'une pièce de 5 francs, sur la fesse droite. Les jours suivants, effacement graduel des ecchymoses et diminution des douleurs.

Un homme de 67 ansa, depuis dix ans, une sciatique du côté droit. Claudication, atrophie musculaire très marquée. Depuis plusieurs mois, il se plaint de douleurs à la partie supérieure de la cuisse gauche : il pourrait bien s'agir d'arthrite sèche. Un matin, on trouve sur les membres inférieurs et surtout à droite une infinité de petites taches de purpura. Leur disparition a coïncidé avec une recrudescence des douleurs. Elles disparaissent en quelques jours.

Ces trois observations, dont les deux premières surtout sont typiques, se calquent sur la nôtre. Le rôle capital du système vaso-moteur dans la pathogénie des hémorrhagies y prend tout son relief. Mais les faits de ce genre sont rares, ou tout au moins peu étudiés jusqu'ici : la pathologie générale les connaît bien, mais il n'est pas fréquent de les observer en clinique. Si l'on s'était borné à dire ici arthrite sèche avec signes de sciatique, sans comprendre la part considérable que prend le nerf enflammé au tableau morbide, ces ecchymoses purpuriques n'auraient rencontré aucune interprétation plausible. De prime abord, on a soupçonné une fracture, des coups, même une rupture de varices; aucune sorte de qualification ne leur convient que celle d'hémorrhagie névropathique. Aujourd'hui, 28 décembre 1900, on ne voit plus ce purpura : il a disparu, mais au moment de son apparition il n'était pas sans ajouter quelque élément nouveau de difficulté au diagnostic déjà délicat d'une affection curieuse à plus d'un titre, comme on en a pu juger. Un séjour constant au lit, des enveloppements d'ouate, diverses applications calmantes, puis l'emploi de l'aspirine ont servi à soulager le malade; on voit assez le pronostic que le cas comporte pour que nous n'insistions pas.

1. *Société anatomique*, 22 juillet 1887.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Martin. *De la récidive dans la grossesse extra-utérine.* N° 188. (A. Michalon.)

M. Jouessol. *A propos de l'avortement dit tubo-utérin.* N° 171. (L. Boyer.)

M. Curie. *Traitement du spina bifida.* N° 32. (L. Boyer.)

M. Chabrol. *Amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne.* N° 166. (J. Rousset.)

M. Marcus (Jules). *Étude médico légale du meurtre rituel.* N° 106. (Jouve et Boyer.)

M. Brizard (Georges). *Du ralentissement de la nutrition dans le diabète.* N° 118. (Boyer.)

M. Durazzo (J.). *Contribution à l'étude du lupus du larynx.* N° 102. (Jouve et Boyer.)

M. Froment. *Traitement chirurgical de l'ascite cirrhotique par suture de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure.* N° 179, (J.-B. Baillière.)

M. Crottet. *Ruptures du rein.* N° 181. (J. Rousset.)

M. Rousselier. *Ruptures extra-péritonéales de la vessie.* N° 158. (Boyer.)

M. Barbin. *Des rétentions d'urine chez la femme.* N° 187. (Carré et Naud.)

La grossesse extra-utérine peut se présenter deux fois chez la même femme.

D'après M. Martin, la récidive se fait en général dans la trompe du côté opposé; cependant dans le cas de Morfit la récidive se fit dans le moignon de la trompe enlevée à l'occasion de la première grossesse, et dans celui de Taylor cité par Philander Harris la récidive se fit dans la trompe droite, la première grossesse avait eu lieu dans cette même trompe comme le démontra une cicatrice très nette lors de la suppression de l'annexe pour la récidive.

Entre la première grossesse extra-utérine et la récidive, on peut observer une grossesse absolument normale.

Le diagnostic rétrospectif peut être fait non seulement par la présence d'un fœtus, mais encore par la présence de cellules déciduales et surtout de villosités choriales dans la tumeur enlevée.

D'après M. Jouessol, l'avortement tubo-utérin, c'est-à-dire le passage de l'œuf de la trompe dans l'utérus n'est pas jusqu'à présent scientifiquement démontré.

A fortiori la greffe de l'œuf ectopique sur la muqueuse uté-

rine après le passage de la trompe dans l'utérus n'a pas été prouvée jusqu'ici.

Les observations d'avortement tubo-utérin ne sont que des erreurs de diagnostic, une grossesse utérine ayant été méconnue et prise pour une grossesse tubaire.

Toute pratique tendant à provoquer l'avortement tubo-utérin doit être proscrite, ces tentatives ayant toujours été impuissantes à atteindre ce but.

La conduite d'un chirurgien en face d'un spina bifida est dictée par l'état de la tumeur.

Pour M. Curie, si la tumeur est recouverte de peau saine et épaisse, que l'orifice de communication avec le canal rachidien soit étroit ou large, pratiquer l'excision. Mais s'il n'y a pas d'accident menaçant, attendre que l'enfant ait pris des forces.

Si la tumeur est ulcérée, près de rompre, intervenir de suite.

Deux cas peuvent alors se présenter :

1° Ou bien une réunion immédiate des bords de la plaie est possible.

Dans ces conditions pratiquer l'excision ;

2° Ou bien une réunion par première intention n'est pas possible ; se servir alors de l'injection modificatrice.

Pour M. Chabrol, une amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne, bien faite, bien réussie, donne un moignon arrondi, solide, régulier, tolérant aux pressions, aux appareils. Ce moignon peut supporter directement le poids du corps. En outre, et ce point est capital, jamais on n'a relaté de sphacèle des téguments consécutivement à l'opération, ou d'ulcérations tardives qui rendent le moignon impotent et douloureux, comme cela a été noté pour la désarticulation du genou.

L'ensemble du quadriceps garde son intégrité fonctionnelle, conséquence de l'intégrité de ses insertions inférieures ; alors que la désarticulation entraîne au moins l'atrophie des deux vastes.

Il paraît donc rationnel de conclure que le Gritti donne un moignon doué d'une force plus grande, avec une atrophie musculaire moindre.

Mais ces bons résultats supposent une soudure intime entre les deux surfaces osseuses accolées, soudure qui se produira toujours si la conjonction est intime et si le lambeau bien taillé maintient par sa tonicité le fragment rotulien en bonne position.

D'après M. Marcus, pour affirmer le caractère rituel d'un meurtre, il faudrait prouver que la quantité de sang trouvée dans le cadavre de la victime et autour de lui est inférieure à la quantité qui devrait s'y trouver normalement.

Dans aucun des procès de meurtre rituel où cette démonstration a été tentée, elle n'a pu être établie sur des bases scientifiques.

L'incision dite rituelle n'a jamais non plus pu être constatée. Elle a des caractères nettement définis, dont l'expert doit tenir compte.

La meilleure méthode pour l'évaluation de la quantité de sang contenue dans un organisme est celle de Welcker. Employée par Bischoff chez l'homme, elle a donné, comme rapport du poids du sang au poids total du corps, le chiffre de 7,15 à 7,7 p. 100. C'est de ce chiffre que doivent se servir les médecins-légistes pour déterminer la quantité de sang contenue dans le corps de la victime.

Chez l'enfant, cette proportion est encore trop élevée. Elle subit aussi des oscillations chez l'adulte suivant certains états pathologiques (inanition, maladies anémiantes, etc.).

La quantité de sang perdu dans la mort par hémorrhagie dépend de l'abondance et de la rapidité de cette hémorrhagie.

Celles-ci dépendent à leur tour :

1° Du nombre et de l'importance des vaisseaux lésés ;

2° Des violences antérieures subies par la victime : la commotion cérébrale, la strangulation, par leur action sur le fonctionnement du cœur, diminuent considérablement l'abondance et la rapidité de l'hémorrhagie ;

3° De l'âge et de l'état de santé de la victime : les enfants et les sujets à moindre résistance vitale meurent plus rapidement d'hémorrhagie.

Dans un rapport sur un meurtre supposé rituel, l'expert doit s'attacher à donner une description objective détaillée de tous les organes, à rechercher avec soin le sang resté dans les gros vaisseaux du cadavre et à tenir compte de toutes les causes qui font varier la quantité de sang perdu dans la mort par section du cou.

Basant sa rapide étude sur l'analyse de quelques observations personnelles M. Brizard défend la théorie du ralentissement de la nutrition dans le diabète, s'applique à réfuter les objections qui lui ont été faites et essaye de montrer que la preuve directe, expérimentale, du ralentissement de la consommation du sucre chez le diabétique peut être faite à l'aide des observations qu'il publie en suivant la méthode de raisonnement et de calcul indiquée par le professeur Bouchard.

Pour M. Durazzo, le lupus du larynx est une affection plus commune qu'on ne le croit généralement.

Par son évolution insidieuse et sournoise, par l'absence des troubles vocaux dus au siège sus-glottique des lésions, il passe souvent inaperçu et demande à être recherché.

Le lupus laryngé est habituellement secondaire au lupus de la face ou du pharynx, dont la constatation est un élément précieux pour le diagnostic de la nature des lésions laryngées.

Toutefois, le lupus du larynx peut être primitif, bien que rarement ; son diagnostic est des plus délicats et c'est surtout de la syphilis tertiaire qu'il doit être différencié. L'aspect des lésions, l'absence d'accidents spécifiques sur d'autres points du corps, les antécédents du malade, l'inefficacité du traitement iodo-hydrargyrique sont autant de caractères qui permettront d'établir cette différenciation.

Le lupus du larynx est plus fréquent chez la femme.

Il est très favorablement influencé par le traitement généra et le traitement local, régulièrement suivi pendant une assez longue période.

Non soigné, il peut être le point de départ de sténoses graves.

M. Froment étudie la méthode de Talma dans le traitement de l'ascite (suture de l'épiploon à la paroi).

Quand on aura affaire à une ascite rebelle, on pourra bien instituer le traitement chirurgical. Néanmoins, il est certaines indications opératoires sur lesquelles les auteurs, aussi bien allemands qu'anglais et français, sont d'accord. C'est d'abord qu'on ne devra pas attendre la période cachectique pour opérer. Le cirrhotique est, en effet, à ce moment dans un état de dépression généralisée où toutes ses forces de résistance sont épuisées. Ses émonctoires ne fonctionnent plus ou fonctionnent mal, et les substances toxiques qui s'accumulent dans l'organisme contribuent encore à entraver le bon fonctionnement de ses organes, en particulier de ses centres nerveux.

Après l'intervention chirurgicale, on devra toujours instituer un traitement médical énergique : diète lactée, diurétiques, etc.

Enfin, il est de toute nécessité, pour affermir les opinions, d'étudier à fond et concurremment les effets de la suture de l'épiploon et de la simple laparotomie, afin de discerner, dans les résultats heureux, ce qui revient à l'une et ce qui revient à l'autre.

Le traitement des ruptures du rein, dit M. Crottet, devra être médical pendant que le malade est en état de shock, il n'y a d'exceptions que pour l'hémorrhagie intra-péritonéale et l'existence de lésions abdominales concomitantes où la laparotomie d'urgence s'impose.

Quand le malade est sorti de son état de shock, le traitement sera soit médical, soit chirurgical, suivant l'état général du malade.

Les complications seront des causes fréquentes d'intervention chirurgicale.

D'après M. Rousselier, les ruptures extra-péritonéales de la vessie, bien moins fréquentes que les ruptures intra-péritonéales siègent généralement à la face antérieure de l'organe. Toutefois, dans le cas d'une fracture du bassin, la lésion se produira au voisinage du col ou vers le bas-fond, le réservoir urinaire étant alors perforé par un fragment osseux, ou déchiré

par les ligaments antérieurs qu'entraîne l'écartement de la symphyse pubienne. L'urine s'épanche dans le tissu cellulaire pré- ou péri-vésical déterminant les accidents de l'infiltration d'urine et peu à peu ceux de l'infection généralisée.

Ces ruptures sont le plus souvent produites par un traumatisme violent agissant sur la vessie à l'état de réplétion. Néanmoins il existe des ruptures chirurgicales survenant au cours d'une injection sur des vessies malades et contracturées, et des ruptures spontanées chez des dysuriques, dont les organes urinaires présentent un état pathologique antérieur.

L'intervention doit être précoce pour présenter le maximum de chances de succès. La voie hypogastrique est la méthode de choix, et l'incision périnéale n'est qu'une opération de nécessité. Toutes les fois qu'il sera possible on fera la suture vésicale à deux plans. Dans les cas où la suture est impossible, on placera une sonde à demeure, et on drainera avec le tube siphon ; mais il ne faudra pas négliger de suturer les bords de la rupture avec les lèvres de l'incision de la paroi.

On rencontre chez des femmes âgées ayant dépassé la ménopause des rétentions complètes ou incomplètes d'urine. Ces rétentious ne s'accompagnent d'aucun symptôme vésical ou autre, permettant de les rattacher aux rétentions de causes définies parfois observées chez les femmes.

M. Barbin a constaté par la cystoscopie que la surface interne de la vessie présentait les mêmes caractères que ceux des vessies scléreuses.

L'examen fait à l'aide du manomètre a fait également constater que le muscle vésical réagissait comme celui des vessies scléreuses.

L'examen du système artériel n'a pas permis d'établir que ces malades fussent des artério-scléreuses.

Le traitement de ces rétentions par le cathétérisme et les lavages a permis d'obtenir une amélioration assez rapide et même une guérison.

Thèses de la Faculté de Lyon

Année 1900-1901.

M. Barbaroux. *De la leucocytose et des variations des polynucléaires dans la fièvre typhoïde.* N. 137. (Imp. Rey.)

Des recherches très suivies qu'il a entreprises avec M. Courmont sur la leucocytose de la fièvre typhoïde, M. Barbaroux conclut que dans les formes moyennes et bénignes de fièvre typhoïde, on constate généralement :

1° Pendant la période d'état : soit de l'hyperleucocytose, soit plus fréquemment de l'hypoleucocytose souvent très marquée, portant surtout sur les lymphocytes, car si le nombre des polynucléaires est souvent abaissé comme la leucocytose totale, leur pourcentage est presque toujours égal ou supérieur à la normale ;

2° Vers la défervescence : un relèvement assez fréquent de la leucocytose, n'atteignant généralement pas la normale, le plus souvent avec pourcentage variable des polynucléaires ;

3° A la fin de cette dernière période, ou dans les premiers jours d'apyrexie, un abaissement considérable et constant de la leucocytose totale, portant surtout sur les polynucléaires, dont e pourcentage est très abaissé (ordinairement au-dessous de 50 p. 100) ;

4° Au bout de quelques jours, un retour à la normale (ou quelquefois au-dessus) de la leucocytose, avec élévation plus rapide du nombre des lymphocytes que de celui des polynucléaires, dont le pourcentage reste assez longtemps peu élevé ;

5° On peut voir aussi des cas extrêmes très différents au point de vue de la leucocytose dans des formes également bénignes : soit hyperleucocytose constante (jusqu'à 12 000), soit hypoleucocytose constante (autour de 4000) pendant toute la période fébrile.

Dans le cas de complication, il y a, soit hyperleucocytose et hyperpolynucléose extrêmement élevées lorsqu'il s'agit d'infection pneumococcique ; soit évolution de la courbe leucocytaire, comme dans une seconde fièvre typhoïde, lorsque la complication est due au bacille d'Eberth.

Dans les formes graves prolongées à rechutes..., etc., on a une marche très variable de ces courbes leucocytaires, tantôt avec hyperleucocytose constante, tantôt avec des oscillations au-dessus et au-dessous de la normale.

Dans certaines formes à rechute, on a souvent, lors de celles-ci, une marche de la courbe leucocytaire analogue à celle de la première atteinte.

Dans certaines formes mortelles, on peut observer une hyperleucocytose générale avec augmentation du pourcentage et du nombre absolu des polynucléaires pendant la dernière période de la maladie.

Dans toutes ces formes irrégulières, M. Barbarroux a constaté souvent de l'hypoleucocytose pendant la plus grande période de la maladie.

Il n'y a pas, en général, de marche parallèle de la courbe agglutinante et du nombre des leucocytes ou des polynucléaires. Au contraire, ce qui est le plus constant, c'est l'abaissement considérable de ces derniers éléments lorsque la courbe agglutinante atteint un niveau élevé au moment de la convalescence.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1900-1901.

M. Vivès (Jean). *Contribution à l'étude des grandes néphrites syphilitiques précoces.* N° 127. (Grinet-Pissea.)

M. Durban (Joseph). *Statistique du service de la diphthérie à la Clinique infantile de la Faculté de médecine de Toulouse.* N° 386. (Saint-Cyprien.)

M. Combarel (Alfred). *Contribution à l'étude de quelques variétés cliniques de l'ulcère de l'estomac.* N° 384. (Imp. Vialelle et Perry.)

M. Prat-Carradin (Jules). *De l'utilité du sérum artificiel dans les injections et de son emploi systématique dans la fièvre typhoïde sous forme d'entéroclyse.* N° 380. (Saint-Cyprien.)

La syphilis peut frapper le rein de différentes manières et à toutes les époques.

Parmi les lésions rénales engendrées directement ou indirectement par la syphilis, il en est une qui mérite de constituer un type clinique particulier, et dont M. Vivès a repris l'étude. C'est une néphrite apparaissant pendant les premiers mois qui suivent le chancre et pendant la première année, néphrite caractérisée par une albuminurie énorme, quantité d'albumine n'étant nullement en proportion avec les autres accidents.

Parmi les autres accidents de cette néphrite syphilitique précoce actuellement frès connue, le seul constant paraît être les œdèmes. Les accidents urémiques peuvent très bien faire défaut.

Cette néphrite est vraisemblablement une néphrite épithéliale avec participation légère des glomérules. Elle constitue une maladie extrêmement grave, l'un des accidents les plus graves que puisse engendrer la syphilis.

Le pronostic est sombre; la néphrite dont il s'agit tue rarement les malades à elle seule, mais elle s'accompagne volontiers de complications mortelles. Sa durée est indéfinie, elle peut guérir après une évolution de plusieurs mois à plusieurs années.

Le traitement est avant tout le traitement spécifique énergique et prolongé, associé au régime mitigé. D'après l'auteur, le régime lacté pur peut être réservé aux individus qui présentent des accidents d'urémie et au moment pendant lesquels ces accidents se produisent.

M. Durban analyse les résultats de l'emploi de la sérothérapie antidiphthérique à Toulouse. Cet emploi a amené une diminution considérable de la mortalité. L'action du sérum a été d'autant plus sûre et d'autant plus rapide que la forme de l'affection était plus pure et que ses débuts étaient moins éloignés. Les inconvénients qui ont été reprochés au sérum de Roux n'ont pas présenté de gravité suffisante pour qu'on doive proscrire l'usage des injections, dans les cas douteux.

Les maladies intercurrentes n'ont pas été aggravées par l'emploi des injections de sérum antidiphthérique.

Dans les cas de croup, avec menace d'asphyxie, le tubage suivi d'injections d'huile mentholée dans le larynx a donné d'excellents résultats.

M. Combarel publie un certain nombre d'observations d'ulcères de l'estomac soit méconnus, soit pris pour des cancers, soit enfin transformés en cancers, et rappelle que si le diagnostic de la maladie de Cruveilhier est généralement facile, lorsqu'elle affecte le type classique, le diagnostic des formes hybrides peut être très difficile.

Pour M. Prat-Carrabin, le sérum artificiel agit avec efficacité dans les infections et notamment dans la fièvre typhoïde et de tous les modes d'emploi du sérum artificiel dans la fièvre typhoïde, l'entéroclyse est le plus simple et le plus pratique.

Les entéroclyses d'eau salée dans la fièvre typhoïde abaissent sensiblement la température, ont un effet favorable sur le système nerveux, surtout dans les cas d'adynamie profonde, en relevant les forces du malade, et activent puissamment la diurèse.

Les entéroclyses diminuent le ballonnement du ventre, calment les douleurs abdominales, font l'antisepsie de l'intestin et suppriment la sécheresse de la langue.

Combinées avec la balnéation, elles paraissent donner des résultats meilleurs que ceux obtenus par cette dernière méthode employée isolément : la durée de la maladie est plus courte, les rechutes moins fréquentes, la mortalité plus faible.

Les entéroclyses peuvent rendre de grands services dans la clientèle et surtout à la campagne, où il n'est pas rare de voir la balnéation refusée par le malade et l'entourage.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Cas d'aphonie hystérique dans le grand mal épileptique, par L. Pierce Clark (*Journal of nervous and mental disease*, octobre 1900, p. 550). — Epileptique de 31 ans, en observation, qui eut une violente attaque convulsive suivie d'une complète de la parole. Il pouvait chuchoter quelques mots, mais l'aphonie ne disparut qu'au bout de 6 jours. On expliqua le phénomène par un épuisement des centres cérébraux de l'articulation et de la parole consécutif aux attaques convulsives, d'autant mieux qu'un examen approfondi n'avait fait découvrir chez lui aucun stigmate hystérique. Mais voici que plus tard on put observer chez ce malade de semblables aphonies transitoires après des vertiges ; — bien plus l'aphonie se montra indépendamment de tout accident épileptique.

Force était donc de modifier le diagnostic et de penser à l'aphonie hystérique — de vigoureuses suggestions purent d'ailleurs à plusieurs reprises guérir en quelques instants cette aphonie qui persistait habituellement plusieurs jours.

En somme, chez cet épileptique existait aussi l'hystérie ; la coexistence des deux névroses est plus fréquente qu'on ne croit.

De la propriété qu'ont les fibres nerveuses de maintenir isolés leurs moignons centraux, par A. Stefani (de Padoue) (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, an XXII n° 6, p. 49, 13 janvier 1901). — L'expérience fondamentale consiste en ceci : dans la patte antérieure d'un chien deux nerfs voisins, médian et radial, par exemple, sont sectionnés à la même hauteur, dans la même plaie opératoire, et les surfaces de section des deux bouts centraux des deux nerfs sont affrontées et suturées l'une à l'autre. Dans ces conditions, jamais une fibre du médian ne pénètre dans le radial ou inversement, chaque fibre nerveuse ne dépasse pas la surface de section de son nerf ; avec le temps elle ne s'accroît pas pour pénétrer dans l'autre nerf, ni ne contracte aucune adhérence avec une autre fibre. L'auteur déduit de ses expériences que les moignons centraux des fibres nerveuses ne s'unissent pas entre eux, même lorsqu'on les rapproche intimement ; les fibres nerveuses maintiennent isolés leurs moignons centraux.

L'auteur a multiplié ses expériences sur les bouts centraux des nerfs affrontés comme il est dit ci-dessus, a étudié les pièces au microscope et aboutit à cette conclusion générale que la fibre nerveuse dépend de sa cellule d'origine et d'elle seule, qu'elle est incapable d'entrer en connexion intime, en continuité, avec toute autre fibre ou cellule. Cette démonstration surtout physiologique de l'unité et de l'indépendance du neurone n'est pas indifférente au moment actuel où la théorie du neurone est vivement combattue par un petit nombre d'auteurs.

Altérations de la motilité chez les épileptiques dans les intervalles des accès, par L. Roncoroni (de Cagliari) (*Annali di freniatria*, vol. X, fasc. 4, p. 327, décembre 1900). — L'auteur a étudié chez les épileptiques des troubles des fonctions motrices consistant en abolition des réflexes, parésies ; les plus caractéristiques et les plus fréquentes de ces altérations par défaut seraient la faiblesse de la réaction de la pupille à la lumière, la parésie du facial inférieur, la lenteur de l'articulation de la parole. La constance de ces faits serait telle qu'il en résulterait un diagnostic différentiel entre l'épilepsie et la simulation.

En outre l'auteur a étudié, à l'aide d'un appareil de son invention, la coordination des mouvements chez les épileptiques ; en général, troublée par l'accès, la coordination redevient normale quelques heures plus tard.

CHIRURGIE

Pied bot varus équin paralytique traité par l'anastomose musculo-tendineuse, par MM. Bide et Mally (*Centre médical*, 1er janvier 1901, p. 141). — Fillette de 7 ans. L'enfant aurait marché correctement dès l'âge de 10 mois jusqu'à 27 mois. A partir de cette époque, sans que les parents aient pu remarquer aucun incident notable, l'enfant commença de boiter, on s'aperçut que sa jambe gauche était plus faible que la droite et que le pied avait une tendance à tourner en dedans. La santé générale et le développement intellectuel du sujet sont normaux.

L'examen fait constater un pied bot varus équin typique : la cuisse a le même volume apparent que celle du côté sain, la longueur du fémur est la même. La jambe est notablement plus grêle et présente 1 centimètre de raccourcissement. Le pied a subi également un arrêt de développement qui le rend plus court que le droit de 1 centimètre environ.

La petite malade marchant pieds nus sur un sol régulier boite légèrement, néanmoins le pied est en contact avec le sol par toute la surface plantaire. Lorsque le pied gauche quitte le sol, il se détache en traînant et le dos des petits orteils frotte contre le sol. La pointe du pied est fortement tournée en dedans.

La malade étant assise les jambes pendantes, peut relever volontairement la pointe du pied en haut et en dedans, mobiliser ses orteils, mais ne peut porter le pied en abduction et rotation en dehors. Le mouvement d'extension du pied est énergique, mais il accentue le mouvement de bascule en dedans du calcanéum sur son axe vertical.

L'examen électrique permet de constater : l'intégrité absolue du jambier antérieur et du long extenseur propre du gros orteil. L'extenseur commun des orteils est excitable avec deux courants, mais il présente une grosse diminution de l'excitabilité (réaction quantitative). Ce muscle excité directement et indirectement ne présente pas de réactions qualitatives anormales : comme dans tous les cas de paralysie infantile, le maximum d'excitabilité se trouve au niveau des tendons (Vigouroux). Les long et court péroniers latéraux sont inexcitables ainsi que le jumeau externe ; les muscles de la plante du pied, thénariens, courts fléchisseurs et interosseux, sont conservés.

En résumé, l'attitude vicieuse du pied et du trouble de la marche résultent de la perte absolue des péroniers et du jumeau externe compliquée de l'insuffisance de l'extenseur commun des orteils. L'équinisme résulte du raccourcissement du membre et ne joue aucun rôle dans la gêne de la marche.

On décide de pratiquer l'anastomose des tendons des muscles malades à des muscles voisins contractiles et doués d'une fonction à peu près synergique.

Incision verticale de 8 centimètres de longueur, parallèle à l'arête du péroné, un peu en arrière de cet os, découvrant les tendons et les corps charnus des long et court péroniers latéraux. Le pied étant maintenu en adduction forcée et en rotation en dehors, on avive légèrement d'un coup de ciseau le bord externe du muscle soléaire au niveau de la partie supérieure de l'incision. Un fil de soie passé dans les muscles maintient leur coaptation. Deux autres points de suture placés à un centimètre les uns des autres assurent la permanence et la sécurité de l'anastomose. La plaie opératoire est réunie par des points séparés au crin de Florence et le pied maintenu en correction exagérée dans un appareil plâtré. 15 jours après, la réunion fut parfaite et la fillette put recommencer à marcher.

Le résultat fonctionnel fut ce qu'il est d'ordinaire en pareil cas; immédiatement la marche devint sensiblement plus facile, la fillette put courir et sauter avec plus de facilité qu'auparavant. Le pied conserve toujours une certaine tendance à tourner en dedans, mais l'électrisation du triceps sural montre que les tendons des péroniers obéissent maintenant à l'action de ce muscle.

Cancer de l'estomac (Zur Pathologie des Magencarcinomes), par E. Jurgensen (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1900, vol. LXVIII, p. 604). — Les deux observations que publie l'auteur présentent les particularités suivantes.

Dans le premier cas qui se rapporte à un homme de 40 ans, et dans lequel il s'agit d'un cancer ulcéré de la région pylorique, on ne sentait pas la tumeur et l'examen du contenu stomacal a montré la présence d'Hc libre jusqu'à 19 jours avant la mort. Bien que le cancer trouvé à l'autopsie n'occupât pas le pylore proprement dit, l'occlusion spasmodique de celui-ci était absolue et rien ne passait de l'estomac, si bien que la quantité d'urines ne dépassait généralement pas 400 grammes par jour. La cachexie était extrême, et au moment de la mort le malade ne pesait plus que 37 kilos.

Le second cas, qui est encore un cas de cancer ulcéré de l'estomac, se rapporte à une femme de 51 ans, chez laquelle l'affection s'aggrava brusquement et amena la mort dans une quinzaine de jours en s'accompagnant d'une fièvre élevée qui, au moment de la mort dépassa 39°.

Appendicite et traumatisme (Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen), par Neumann (*Arch. f. klin. Chir.* 1900, vol. LXII, p. 408). — Ce travail basé sur l'étude de 10 cas d'appendicite, provoquée par un traumatisme de la fosse iliaque droite, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Un traumatisme direct ou indirect est capable de provoquer une appendicite, c'est-à-dire une inflammation de l'appendice jusque-là sain;

2° Dans le plus grand nombre de cas le traumatisme ne provoque d'appendicite que lorsque l'appendice renferme un calcul stercoral ou un autre corps étranger;

3° Sous l'influence du traumatisme il n'y a pas de déchirure complète des parois appendiculaires, mais seulement formation d'une ulcération superficielle qui devient le point de départ d'une infection;

4° Le traitement de l'appendicite traumatique est le même que celui de toute appendicite grave.

MÉDECINE

Valeur des cellules éosinophiles dans les crachats des phthisiques (Zur Bedeutung der eosinophilen Zellen im Phtisikersputum), par Ott (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1900, vol. LXVIII, p. 169). — L'auteur a repris dans ce travail la question tant discutée de la valeur pronostique des cellules éosinophiles apparaissant dans les crachats tuberculeux. Tandis que les uns voient dans l'application de ces cellules un signe indiquant la marche de la tuberculose vers la guérison ou l'amélioration, d'autres nient ce rapport.

L'auteur a examiné à ce point de vue les crachats d'une cinquantaine de tuberculeux, et trouvé que l'apparition de nombreuses cellules éosinophiles dans les crachats n'a aucune valeur pronostique, car elle s'observe aussi bien chez les tuberculeux en voie de guérison que chez ceux dont la phthisie reste stationnaire ou même s'aggrave.

Modifications quantitatives de l'urine pendant la nuit (Ueber Tag-und Nachtharn), par Laspeyeres (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1900, vol. LXVIII, p. 175.) — Les recherches faites par l'auteur lui ont montré que dans la plupart des affections, mais principalement dans celles du cœur et du rein avec troubles du côté de l'appareil respiratoire, il existe une augmentation de la quantité d'urine émise pendant la nuit. Cette augmention persiste ou bien devient moins accusée après la disparition des troubles qui lui ont donné naissance.

Empoisonnement par des composés du zinc, par MM. Lescœur et Vermersch (*Echo médical du Nord*, 13 janvier 1901, p. 19). — Une femme, avec des débris de viande de vache achetés le matin aux Halles, avait fait le pot-au-feu. Elle partagea le bouillon avec sa voisine.

Tous ceux qui absorbèrent ce liquide furent pris, 1/2 heure après l'ingestion, de douleurs aiguës à l'épigastre et dans l'abdomen, puis survinrent des nausées et des vomissements abondants et incessants.

Comme autres symptômes, de violentes coliques, des déjections non sanguinolentes, une soif ardente.

On prescrivit du lait, de l'eau albumineuse ainsi que des cataplasmes laudanisés, pour calmer les douleurs.

Le lendemain, les malades étaient rétablis.

L'une d'elles, pourtant, dont l'état s'était aggravé la nuit, dut être transportée à l'hôpital de la Charité. Elle a quitté l'hôpital 4 jours après.

La première hypothèse a été de rattacher ces faits à l'ingestion de viandes avariées. Le morceau de vache ayant servi à faire le bouillon étant de qualité tout à fait inférieure vu le prix d'achat, 30 centimes. Les accidents de botulisme sont d'ailleurs fréquents à Lille, principalement au printemps et à l'automne. Mais ils ont le plus habituellement pour cause l'usage de viande de charcuterie crue ou mal cuite, de pâtés.

De plus les accidents débutent moins rapidement. Il est rare que les premiers symptômes se produisent avant 6 heures et il arrive qu'ils ne se déclarent qu'après 12 ou 24 heures.

En raison de cette particularité et aussi du caractère profus des vomissements, l'examen chimique des aliments fut demandé. On envoya donc à l'analyse le bouillon, la viande et les légumes, ainsi que le vase de cuisine qui avait servi à le préparer. Celui-ci était un grand pot au feu en fer émaillé bleu extérieurement et blanc à l'intérieur.

Un essai préliminaire ayant fait reconnaître dans le bouillon l'existence du zinc et n'ayant montré dans cet aliment aucun autre produit antiseptique ou autre capable de produire une intoxication, l'émail garnissant l'intérieur du pot au feu fut examiné et la présence du zinc y fut également reconnue.

Les symptômes ne sont pas en désaccord avec l'examen clinique en ce qui concerne l'hypothèse d'une intoxication par les composés du zinc. On sait, en effet, que les composés solubles de ce métal, à la dose de 20 centigrammes et même moins, donnent lieu à des accidents graves, nausées, vomissements, coliques, diarrhée. Les effets hémétiques surtout sont remarquables.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 26 Février 1901.

Vomito negro appendiculaire.

M. Guyon. — Le jour même où M. Dieulafoy faisait sa communication à l'Académie, entrait dans le service de M. Guyon

un homme de 61 ans, en pleine infection urinaire: coma, température oscillant de 37° à 35°. Le lendemain, hématémèses se reproduisant pendant la nuit, et la mort arrivait le jeudi matin; à l'autopsie, on ne trouva aucune ulcération des voies digestives, simplement de la suffusion sanguine.

En faisant le relevé de ses registres d'observation, M. Guyon a trouvé deux cas d'hématémèses chez des urinaires infectés qui ont guéri.

Il croit que, dans ces trois faits, la cause de l'hématémèse est l'infection, ils viendraient donc à l'appui de la thèse défendue par M. Dieulafoy.

M. Dieulafoy dit qu'à l'heure actuelle, on est en face d'un stock d'hématémèses toxi-infectieuses autres que celles liées à l'appendicite.

Dans les faits qu'il a communiqués à l'Académie, les vomissements avaient eu lieu après l'intervention chirurgicale. Depuis cette communication, on a observé à l'Hôtel-Dieu un cas de vomito negro appendiculaire qui s'est produit avant l'opération, avant même de donner le chloroforme, alors qu'on introduisait dans le pharynx la sonde pour faire le lavage de l'estomac à titre préventif. A l'autopsie on n'a trouvé ni dans l'estomac, ni dans l'œsophage, ni dans l'intestin, de lésions ulcératives.

Quant à la plus grande fréquence de l'appendicite, M. Dieulafoy ne connaît pas de raisons suffisantes pour l'affirmer. Il croit que les « coliques de miserere », les « passions iliaques », les phlegmons de la fosse iliaque, la « péritonite *a frigore* », les perforations intestinales (les « perforites » de Peter) portaient des étiquettes qu'ils ne méritaient pas, et n'étaient en réalité que des appendicites ignorées. Innombrables ont dû être les erreurs de diagnostic au moment où l'attention n'était pas attirée vers l'appendicite qu'on ignorait et où on n'opérait pas, parce que les chirurgiens n'étaient pas en possession des méthodes d'asepsie que M. Lucas-Championnière a eu le très grand mérite d'introduire en France. La plus grande fréquence de l'appendicite à l'heure actuelle est plus apparente que réelle. C'est un phénomène d'ordre général : quand un fait est mieux connu, il paraît devenir plus fréquent.

M. Dieulafoy n'oserait pas, comme M. Lucas-Championnière, prescrire le lavage de l'estomac dans le cas de vomito negro appendiculaire. Il pense que le repos est nécessaire à l'estomac pour permettre au caillot obturateur de se former dans le petit vaisseau ébarbé. Enfin, il est tout à fait d'accord avec M. Championnière pour déclarer que, quand le diagnostic est fait, l'opération s'impose.

M. Championnière. — Il y a eu évidemment des appendicites que nous n'avons pas jadis diagnostiquées, et beaucoup; mais on ne voyait pas autrefois aussi fréquemment que maintenant les complications appendiculaires. C'est ce qui lui fait croire, avec le prédominance de la maladie dans certains pays, qu'elle est plus fréquente qu'autrefois.

Chez les malades atteints de vomito negro, l'estomac est un milieu d'une acidité formidable et l'introduction par le lavage d'une eau alcaline a un intérêt réel.

Tous les malades de ce genre chez lesquels il n'a pas pratiqué le lavage de l'estomac sont morts; ceux qui ont guéri avaient été lavés. C'est pourquoi il pense qu'il y a dans cette intervention une chance de succès.

Du reste, tant que l'estomac est plein de sang, l'individu vomit ou remplit son intestin. La seule chance de donner du repos à ces estomacs est de les vider. Immédiatement, se produit une période de calme précieuse pour ces malheureux, dont les souffrances sont interrompues alors par quelques heures de sommeil.

M. Pinard. — Comme M. Dieulafoy ne pense pas qu'il y ait des raisons de dire que l'appendicite est plus fréquente maintenant que jadis. Si les abcès de la fosse iliaque sont plus fréquents, comme l'a constaté M. Champonnière, il y a deux chapitres de pathologie obstétrique qui ont complètement disparu : la « péritonite pendant la grossesse » et la « péritonite par rupture d'adhérences ». De telle sorte que la perte faite d'un côte compense le gain fait d'un autre, et qu'au total l'appendicite ne paraît pas en augmentation.

M. Kelsch, se plaçant au point de vue de la pathologie générale, dit qu'il considère l'appendicite comme une maladie générale primitive, à localisation secondaire restreinte; mais il s'en faut de beaucoup que cette infection générale précède toujours l'éclosion de la maladie appendiculaire. M. Kelsch croit cette conception de la nature de l'appendicite plus fondée que celle adoptée généralement et d'après laquelle la maladie relève d'une infection locale se produisant dans le diverticulum vermifereum du cæcum.

M. Kelsch ajoute que l'appendicite est plus commune que nous ne pensons.

M. Le Dentu lit un rapport de **M. Mouchet** (de Sens), intitulé : « Contribution aux opérations pratiquées sur le rein d'après 16 observations ».

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des nodules isolés de lupus par la dilacération suivie d'attouchements au chlorure de zinc cristallisé,

D'après M. le Dr J. Delattre (1).

L'indication essentielle, primordiale, de ce mode de traitement, c'est l'isolement du tubercule : il ne convient pas aux vastes plaques, ulcérées ou non, envahissant une partie quelquefois considérable de la face ou d'un membre, mais uniquement à ces nodules lupiques bien limités, très petits, uniques ou en nombre plus ou moins grand qui se rencontrent, soit tout au début de l'évolution du lupus, alors que la maladie fait sa première apparition à la surface de la peau, soit au pourtour des grandes plaques de tuberculose cutanée, soit encore sur la muqueuse nasale, soit enfin dans les cicatrices résultant d'un traitement antérieur, scarifications, curettage, cautérisation, voire même ablation. En pareil cas, la guérison n'a été qu'apparente (ce qui n'est que trop fréquent) et ces nodules sont des nodules de récidive. Ils indiquent une repullulation des bacilles, et si l'on n'intervient activement, le placard lupique aura bientôt repris une étendue égale, sinon supérieure à celle qu'il avait avant toute intervention.

Technique opératoire. — Depuis longtemps déjà on a reconnu que la destruction du lupus par le curettage (le procédé de M. Delattre n'est en somme qu'une application de cette méthode) n'est efficace qu'à la condition de compléter l'ablation des tubercules par la cautérisation des tissus infiltrés qui échappent fatalement à l'action de la curette. Quels que soient le soin et la patience du chirurgien, il lui est impossible d'aller enlever une néoplasie que son instrument ne peut atteindre.

Les instruments employés sont tantôt le scarificateur à lame losangique, tranchante sur les deux bords, tantôt l'aiguille à scarifier du Dr Vidal.

Lorsque le nodule à détruire est assez large, le scarificateur est préférable; l'aiguille à scarifier convient aux plus petits nodules. Il est quelquefois nécessaire de faire agir le scarificateur sur deux points du nodule, lorsque celui-ci est très développé, car il ne faut pas perdre de vue que tout le tissu morbide doit être dilacéré.

L'instrument, tenu comme une plume à écrire, est introduit perpendiculairement à la surface de la peau et au milieu du petit tubercule. On le pousse dans la même direction jusqu'à ce qu'on sente sa pointe manifestement arrêtée par la résistance du tissu avoisinant la masse tuberculeuse. On sait en effet que les tissus tuberculeux présentent une grande mollesse et, avec un peu d'habitude, le praticien qui scarifie ou qui curette une plaque lupique se rend très bien compte de la direction de son aiguille ou de sa curette.

Cette résistance toute spéciale du derme ou du tissu cica-

1. *Thèse* de Paris, 1900.

triciel qui contraste avec la grande mollesse du tissu lupique a toujours été considérée comme un des meilleurs guides au cours de l'intervention.

L'instrument étant ainsi mis en place, on lui imprime un mouvement de rotation assez rapide en le roulant entre deux doigts : cette manœuvre est facilitée par la forme du manche de l'instrument dont la coupe représente un hexagone.

Cette petite intervention est achevée en moins de temps qu'il n'en faut pour la décrire; elle déchire le tissu tuberculeux; elle en enlève même des fragments qu'on retrouve sur l'une ou sur l'autre face du scarificateur sous forme de petites masses jaunâtres, molles, comme gélatineuses, demi-transparentes.

Le scarificateur, employé comme il vient d'être dit, agit non seulement en dilacérant les tissus malades, mais encore il en enlève la plus grande partie. Il supplée donc la curette tranchante dans les cas où son emploi serait impossible à cause de la petitesse des lésions. Aussi lorsqu'on retire le scarificateur on trouve, à la place du nodule qui vient d'être détruit, une sorte de petite dépression, de petite cavité dans laquelle les tissus dégénérés sont encastrés. L'aspect est absolument comparable à celui que l'on obtient lorsque après avoir curetté une large plaque de lupus, on va avec une fine curette énucléer les nodules situés plus profondément.

Du traitement des végétations vulvaires par l'acide phénique pur,

D'après M. Caquille (1).

Les végétations de la vulve, encore appelées thyms, crêtes de coq, choux-fleurs, poireaux, excroissances, condylomes, papillomes sont des tumeurs formées par le développement hypertrophique des papilles, soit de la muqueuse, soit de la peau.

Elles se présentent d'abord sous forme de petites saillies hémisphériques ou papillaires, pédiculées ou sessiles; elles peuvent, par leur développement en surface ou en volume, acquérir des dimensions énormes formant alors des tumeurs confluentes et mamelonnées. On a beaucoup discuté sur leur nature.

La présence de végétations sur la vulve est pour la malade qui les porte une source d'inconvénients nombreux et quelquefois de dangers sérieux.

La friabilité du tissu, jointe parfois à sa plus grande vascularisation, fait qu'au moindre heurt, à la moindre égratignure il se produit une effusion de sang. La répétition et l'abondance de ces hémorrhagies pourraient amener la patiente à la situation la plus précaire.

Les végétations, soit qu'elles augmentent par leur présence les sécrétions pathologiques, soit qu'elles sécrètent par elles-mêmes, se trouvent constamment baignées dans un abondant liquide ichoreux et infect. Les sillons, les anfractuosités de la masse néoplasique retiennent le liquide qui y fermente et s'y concrète. L'odeur repoussante qui se dégage de ces dépressions devient une gêne pour la malade et ne tarde pas à être remarquée par son entourage. De là, pour la malheureuse, une source d'ennuis qui retentissent bientôt sur son état général.

Des poussées inflammatoires, souvent à répétition, donnent une recrudescence aux hémorrhagies et aux pertes séro-purulentes. La douleur, qui habituellement est à peu près nulle au repos, s'exaspère pendant ces poussées et devient intolérable.

La masse végétante peut être telle que sa présence devient un obstacle non seulement à la miction et au coït, mais encore à la station debout, à la station assise, à la marche et s'oppose à tout mouvement des membres inférieurs et du bassin.

La multitude des procédés et médicaments employés dans la cure des végétations indique bien qu'aucun d'eux n'a donné toujours et pour tous les cas des résultats satisfaisants.

Lorsque l'on propose l'intervention chirurgicale, on se heurte souvent à la pusillanimité de la malade.

L'acide phénique présente des avantages qui le recommandent plus spécialement dans certains cas.

1. *Thèse* de Paris, 1900.

L'acide phénique convient aux végétations sessiles, granuliformes, réunies en groupes, étalées en plaques, sèches et dures, et à celles dont la masse énorme couvre toutes les parties en rendant ainsi la délimitation très difficile et souvent périlleuse, enfin, même aux végétations pédiculées et petites quand elles se trouvent sur un mauvais terrain.

Les applications se font de la façon suivante : Dans une capsule de porcelaine on fait fondre des cristaux d'acide phénique pur; on peut encore plus simplement tremper dans l'eau chaude le flacon contenant les cristaux. On sait que l'acide phénique cristallisé est fusible entre 40 et 55 degrés centigrades, selon sa pureté. Un pinceau ou un très petit bourdonnet de coton hydrophile est trempé dans l'acide ainsi liquéfié, puis, passé sur toute la surface de la végétation. On a eu soin, au préalable de faire un nettoyage complet de la surface de la néoplasie et de ses anfractuosités, et on s'efforce de faire pénétrer le pinceau ou le bourdonnet de coton jusqu'au fond des sillons qui séparent les végétations ou groupes de végétations.

On a aussi enduit de vaseline les parties voisines pour les protéger contre la diffusion du liquide caustique. Il est bon, pour la rapidité du traitement, de ne laisser aucune surface de tissu morbide sans l'atteindre avec le pinceau; il est quelquefois nécessaire pour cela d'écarter les masses pour pénétrer dans les sillons. Sitôt l'application faite, on voit la coloration du néoplasme passer du rose au blanc bleuâtre mat, presque porcelanique. Après 2 ou 3 jours au plus toutes les parties qui ont été cautérisées se détachent et se laissent enlever par le lavage. On voit au-dessous d'elles une surface un peu plus colorée sur laquelle on peut dès lors faire une nouvelle application. En quelques minutes ce badigeonnage est appliqué; il ne cause ni pendant ni après de douleur appréciable.

En effet, l'acide phénique pur n'est pas douloureux sur le tissu des végétations; l'application sur la peau, et surtout sur la muqueuse saine voisine, est perçue par la malade beaucoup plus péniblement. Les badigeonnages seront, au début surtout, répétés tous les 2 ou 3 jours. Après quelques applications, quand le néoplasme est en bonne voie de rétrocession, on peut les espacer un peu plus, l'effet atrophiant semble se continuer quand même.

Dans l'intervalle des badigeonnages, la malade, nullement incommodée, peut vaquer à ses occupations comme de coutume; il lui est recommandé de faire quelques lavages de la région, avec une solution faible d'acide phénique, tant comme adjuvant du traitement que comme moyen de propreté. Elle devra encore veiller à conserver sur les parties voisines, une légère couche de vaseline pour en éviter l'irritation. Enfin, il est aussi utile d'assurer, par des injections quotidiennes, avec une solution phéniquée faible, l'écoulement des liquides vaginaux et d'empêcher leur stagnation.

Un premier avantage ressort de la facilité du traitement. La malade est laissée à ses occupations ordinaires et n'est soumise qu'à quelques rapides pansements. Ce qui frappe encore à la lecture des observations, c'est l'indolence du traitement qui fut supporté patiemment par les femmes les plus pusillanimes, et même par des enfants.

La sûreté et la rapidité d'action, eu égard aux autres caustiques, sont vraiment remarquables; elles étonnent même, si l'on considère le volume des végétations traitées.

Le seul inconvénient remarqué par les auteurs est l'érythème phéniqué des parties voisines, souvent accompagné de vésicules et d'excoriations. Lorsqu'il se produit, il est très pénible à supporter; mais d'autre part il est facile à éviter. Si on a soin de protéger les parties voisines par une couche isolante de vaseline, on n'aura pas à craindre sa production, ou du moins, s'il se produit, ce sera dans des proportions bien modérées.

Quant à l'intoxication phéniquée, elle n'a pas jusqu'ici été observée. Peut-être pourrait-on en trouver l'explication de ce fait dans cette remarque, que, dès l'application du topique, la couche superficielle des végétations blanchit, se ratatine; il semble que toute cette couche est frappée de mort et incapable par conséquent d'absorption.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr Monod.

Kyste hydatique du rein droit (1).

Angèle T..., âgée de 20 ans, entrée le 19 décembre 1900. Salle Cruveilhier, n° 2,

A. H. : nuls.

A. P. : Fièvre typhoïde dans le jeune âge.

Réglée à 9 ans et quelques mois, Les règles ont toujours été douloureuses et s'accompagnaient de fatigues, de nausées et même de vomissements.

Mariée à 16 ans, la malade n'a jamais eu d'enfants.

Il y a 8 mois environ, elle commença à se plaindre d'une *douleur*, d'abord sourde, profonde, dans la région lombaire droite, avec irradiations dans la fosse iliaque et le pli de l'aine; très aiguë à certains moments, cette douleur l'obligeait à s'étendre et provoquait des vomissements.

La malade sentit alors elle-même une *tumeur* dans le flanc droit, qu'elle pouvait facilement déplacer. A part ces douleurs, l'état général est bon, l'appétit conservé.

Elle entre dans le service, le 19 décembre 1900, se plaignant des mêmes accidents.

Examen : le *rein droit est déplacé* et semble *augmenté de volume* surtout dans le sens de la longueur. On sent, au niveau du pôle inférieur et en dedans, comme une masse surajoutée et on pense à une *néphroptose* avec *hydronéphrose*. Pas de température.

Opération : 4 janvier 1901. *Incision lombaire oblique* du rebord costal à la crête iliaque, le rein est rapidement découvert, mais il est *gros* et *très mobile*; on a beaucoup de peine à le saisir et à l'amener dans la plaie; il fuit et va se cacher en haut sous les côtes; on finit cependant, en saisissant la capsule graisseuse, par avoir une prise assez solide pour le faire saillir entre les lèvres de l'incision et pour l'avoir complètement au dehors.

On constate alors que son pôle inférieur est comme coiffé d'une masse sessile, à large base, à parois grisâtres, masse évidemment kystique qui est comme surajoutée à l'extrémité inférieure du rein.

Une *ponction* faite dans cette partie qui est fluctuante donne issue à un liquide blanchâtre, d'aspect purulent. Elle est aussitôt suivie d'une *incision large* au bistouri; le même liquide sort abondamment et, de plus, une membrane hydatique qui tapissait toute la face interne de la cavité.

Résection de la membrane adventice au ras du rein. Il reste une surface grisâtre, grenue, qui double l'extrémité inférieure actuellement tronquée du rein. Cette surface est grattée à la curette et désinfectée; après quoi, le rein mis en place est fixé à l'ordinaire par 3 gros catguts, après dénudation de son bord externe.

L'incision est réunie, en ménageant en bas un espace par où un *drain* est laissé à demeure en contact avec l'extrémité inférieure du rein.

Petite mèche de gaze au-dessus du drain pour isoler les fils de la néphropexie de la partie drainée.

Suites opératoires : 5 janvier, température : 37°,6, pouls normal, facies bon, urines un peu troubles, 750 grammes.

6 janvier, température : 38°,2, néanmoins très bon état général, urines encore troubles, 650 grammes.

7 janvier, *on enlève le pansement* : pas de pus, suintement séreux, urines : 1 500 grammes.

Du 8 au 16 janvier, les urines redeviennent claires et augmentent de quantité : 2 000 à 2 500 grammes.

La malade se nourrit, bon état général.

14 janvier, *ablation des fils et du drain* : la réunion est complète, sauf l'orifice du drain.

26 janvier, *la malade est complètement guérie*.

1. Observation recueillie par *M. Herdocia*, élève de service.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Robert. *De l'épilepsie consécutive à la trépanation.* N° 168. (L. Boyer.)

M. Béliard. *Essai critique sur le traitement des sinusités maxillaires.* N° 163. (L. Boyer.)

Pour M. Robert, la trépanation non seulement ne guérit pas toujours l'épilepsie, mais encore est parfois suivie de crises épileptiques chez des individus absolument indemnes jusqu'alors.

Mais ces crises ne s'observent d'ordinaire que chez des individus prédisposés et chez les ascendants desquels nous trouvons des sésanies, des névroses, des intoxications, des lésions cérébrales en un mot chez les dégénérés présentant l'aptitude convulsive.

Chez ces individus, il faudra donc bien examiner le terrain et de peur d'occasionner chez eux une affection beaucoup plus grave que celle dont ils sont atteints on hésitera avant de pratiquer la craniectomie.

M. Béliard pense qu'on ne peut adopter un traitement unique de l'empyème du sinus, et des nombreux traitements proposés, il n'en est pas un qui puisse répondre à tous les cas.

Dans la forme aiguë récente on essayera le traitement médical par les inhalations de vapeurs de menthol. Si une intervention devient nécessaire, c'est la notion pathogénique qui devra guider le chirurgien dans le choix du procédé opératoire. Dans ces conditions la guérison sera souvent obtenue, mais il ne faut pas attendre que des complications graves aient éclaté.

Dans la forme chronique, la méthode de Luc mérite la préférence : on portera une attention particulière au curettage et à la cautérisation de la cavité.

La création d'une communication large avec le nez par le méat inférieur, permettra la plupart du temps de ne pas drainer, les lavages sont abandonné en tant que méthode thérapeutique.

L'intervention par l'extérieur (joue, fosse zygomatique) reste un procédé exceptionnel et de nécessité.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 15 Février 1901.

Thrombose de l'aorte.

M. Cruchaudeau présente une aorte oblitérée par un caillot qui se trouve en quelque sorte à cheval sur la bifurcation du vaisseau et se prolonge de chaque côté dans les artères iliaques jusqu'au niveau de l'anneau crural.

Calculs de la tunique vaginale.

M. Cruchaudeau a rencontré, dans un certain nombre de cas, des calculs de la tunique vaginale des bourses chez des sujets indemnes de lésion testiculaire ; ces calculs étaient en réalité latents et n'avaient pas provoqué la formation d'hydrocèle.

Suture de plaie du cœur.

M. Bouglé rapporte l'observation, avec pièces à l'appui, d'un cas de suture du cœur pour plaie par balle de revolver et expose le procédé de thoracotomie auquel il a eu recours pour cette intervention.

La balle avait pénétré au niveau du troisième espace intercostal gauche, au voisinage du sternum ; elle avait perforé le péricarde, traversé en séton la paroi du cœur, et, provoquant un pneumothorax, était venue se perdre sur la face interne du poumon gauche, près du hile. Malgré la suture des perforations du péricarde et du myocarde (la cavité cardiaque elle-même n'était pas intéressée), l'opéré mourut, et l'autopsie montra que la balle avait ouvert un des vaisseaux du hile du poumon, source de l'hémorrhagie.

Leucoplasie vulvaire.

M. Letulle montre des coupes d'une pièce de leucoplasie vulvaire que lui a envoyée M. Perrin (de Marseille) ; le processus leucoplasique est pur, indemne de toute cancérisation secondaire. On voit nettement la kératinisation des couches superficielles de la plaque chroniquement enflammée, ainsi que les lésions irritatives du derme.

Appendicite.

M. Critzmann apporte un appendice enlevé par M. Poirier à un malade chez lequel les symptômes d'appendicite avaient été d'une bénignité remarquable.

Cet appendice, gangrené, complètement séparé de son insertion cæcale et accolé à une anse grêle, flottait dans le pus d'un abcès rétro-cæcal, en même temps que 3 calculs allongés, assez volumineux.

Cancer biliaire juxta-hépatique.

M. Géraudel présente un cancer enserrant les voies biliaires à leur sortie du foie, et ayant déterminé le syndrome classique de l'ictère par rétention.

Ce qui est particulier ici, c'est que le néoplasme s'est développé sur des canaux offrant manifestement une anomalie congénitale : le cystique est très long, et se réunit tardivement à l'hépatique pour former le cholédoque, qui est très court ; de sorte que le cystique et l'hépatique étaient rétrécis simultanément par le cancer et, rétractés vers le hile du foie, se trouvaient accolés en canon de fusil.

Anévrysme de l'aorte thoracique.

M. Schwartz apporte un anévrysme de la portion initiale de l'aorte descendante, ne s'étant manifesté que par une dysphagie apparue progressivement depuis 2 ans.

Le diagnostic de cancer étant écarté, on pratiqua le cathétérisme de l'œsophage, et l'on fut arrêté à 4 centimètres au-dessous du cricoïde.

M. Reclus fit une gastrostomie.

L'œsophage, ainsi que l'a montré l'autopsie, était aplati sur la tumeur anévrysmale, laquelle avait usé la colonne vertébrale et déterminé une légère cyphose.

Cancer de tout l'estomac.

M. Sauvage présente un estomac qui faisait dans l'abdomen une saillie tellement énorme qu'on avait pu croire à une tumeur du foie. Il s'agit d'un cancer ayant envahi toute l'étendue de l'estomac, du cardia au pylore, et épaissi considérablement la paroi gastrique, à tel point que l'organe cancérisé atteint le poids de 1 600 grammes. La coupe offre un aspect mucoïde.

Cliniquement, il faut retenir la perte absolue de l'appétit et l'absence de tout vomissement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 Mars 1901.

D'un pouvoir agglutinant de quelques sérums humains vis-à-vis des hématies de l'homme.

MM. Jean Camus et **Pagniez**. — On sait que le sérum d'un animal peut être agglutinant pour les globules d'une autre espèce.

Nous avons vu que le sérum humain peut, à l'état pathologique, agglutiner les globules d'un autre homme.

Nos recherches ont porté sur 35 sérums que nous avons essayés tant sur des hématies d'hommes normaux que sur des hématies de malades.

Les sérums normaux ne nous ont pas donné d'agglutination ; ces faits sont trop peu nombreux pour que nous en voulions tirer aucune conclusion.

Parmi les sérums pathologiques, un grand nombre étaient doués de propriétés agglutinantes manifestes. Ils agglutinaient les hématies d'homme normal, mais n'avaient quelquefois aucune action sur les hématies provenant d'autres malades.

Ces sérums actifs provenaient surtout d'individus anémiés, cachectiques, dont beaucoup étaient tuberculeux.

Les globules d'un malade fournissant un sérum très agglutinant peuvent être complètement réfractaires à l'agglutination par d'autres sérums.

De même que, pour les sérums des animaux, le chauffage à 58°-60° diminue sans la détruire cette propriété agglutinante.

A l'état pathologique le sérum d'un individu peut donc se comporter vis-à-vis des hématies d'un autre individu comme le sérum d'un animal à l'égard des globules d'un animal d'une autre espèce.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 Février 1901.

Technique des injections de cocaïne.

M. Reclus fait remarquer à l'occasion de la communication faite dans la séance précédente par M. Tuffier, qu'il s'était toujours servi de solutions de cocaïne sans les stériliser, et jamais il n'avait eu le moindre accident infectieux à noter. Cependant, comme l'Ecole de Lyon avait émis l'hypothèse que ces accidents pouvaient se produire, M. Reclus pria son interne, M. Hérissé, d'entreprendre des expériences à ce sujet.

Ces expériences ont démontré que le pouvoir rotatoire de la cocaïne était 72 et non pas 52, et qu'il n'y avait pas de décomposition des solutions à 1 p. 100, lorsqu'elles étaient soumises à une température de 100°. M. Reclus a donc employé ces solutions comparativement avec des solutions non stérilisées, et n'a noté nulle différence entre les unes et les autres, de même qu'avec des liquides qui avaient été stérilisés à l'autoclave à la température de 115°.

M. Reclus ajoute que la stabilité de ces préparations persiste très longtemps, puisqu'il a pu obtenir l'anesthésie avec l'une d'elles qui datait de 20 mois.

Les travaux de M. Hérissé ont été publiés en 1898. Une autre série d'expériences a été rapportée dans la thèse de Legrand, et M. Reclus en a fait le sujet d'une courte communication à l'Académie, bien avant les études de M. Tuffier.

Cure radicale des grosses hernies.

M. Schwartz revient sur le rapport lu à la dernière séance par M. Chauvel sur la cure de ces hernies, rapport dans lequel il rappelle qu'il faut faire une distinction entre ces hernies. Les unes sont libres au fond du scrotum et peuvent être facilement réduites; les autres ont contracté des adhérences et leur réduction devient difficile. Il s'ensuit, à son avis, que la même opération ne leur est pas applicable à toutes.

Si l'on a affaire à une de ces grosses hernies, qui a glissé jusqu'au fond du scrotum par suite de la largeur des anneaux et de la faiblesse des parois de l'abdomen, et si elle est facilement réductible, on peut faire la myoplastie que M. Schwartz a décrite en 1893 au Congrès de chirurgie. Elle lui a donné d'excellents résultats, qui ne se sont pas démentis au bout de plusieurs années.

Dans le cas où la réduction n'est possible qu'après la section de nombreuses adhérences, d'où peut résulter une atteinte à la vitalité de l'intestin, mieux vaut faire une résection en masse de toute l'anse herniée. M. Schwartz a agi ainsi dans un cas et, bien qu'il ait eu du sphacèle de l'intestin, l'entérorrhaphie ayant été faite avec le bouton de Murphy, il croit pourtant que l'opération ne doit pas être abandonnée.

M. Guinard a eu recours chez un de ses malades à la myoplastie, qui malheureusement n'a pas été suivie de succès. Le muscle s'est sphacélé en totalité et il en est résulté une éventration plus considérable qu'avant l'opération. C'est un accident contre lequel il faut être prévenu.

Fistule du canal de Sténon.

M. Nélaton analyse une observation de **M. Bouglé**, relative à un jeune homme qui avait reçu, il y a 14 ans, un coup de fourche dans la région de la joue. Le canal de Sténon avait été sectionné et une fistule s'était établie. Pour y remédier, M. Bouglé a découvert le canal et l'a disséqué sur une étendue de 2 centimètres dans la direction de la glande, puis il a créé avec un trocart un trajet à travers le buccinateur et la muqueuse buccale, y a introduit le canal de Sténon et a fixé son orifice à la muqueuse. Le résultat a été bon.

Section des tendons extenseurs du pouce. Greffes autochthones.

M. Nélaton analyse une seconde observation de **M. Bouglé**, concernant un jeune homme, dont les tendons extenseurs du pouce avaient été sectionnés par un coup de ciseau. Il y avait impotence absolue. M. Bouglé a fait une incision de 25 centimètres, ce qui lui a permis de reconnaître que les bouts centraux des tendons étaient remontés et distants de 8 à 10 centimètres des bouts périphériques. Ne pouvant en pratiquer la suture, il a fait une greffe sur le premier radial et sur le long abducteur du pouce et est ainsi parvenu à obtenir un très bon résultat.

Traitement chirurgical du cancer du rectum.

M. Berger a opéré en 1897 avec l'aide de M. Quénu une malade atteinte du cancer du rectum. Il avait enlevé le rectum et une partie de l'anse sigmoïde. Cette malade est aujourd'hui en bon état; son anus sous-ombilical fonctionne bien, mais il doit ajouter que la lésion de la malade n'était pas un cancer. Elle était atteinte d'un rétrécissement très étendu avec énorme épaississement des parois du rectum, que l'on avait à tort considéré comme de nature cancéreuse.

Cette observation ne peut donc être citée que comme un exemple en faveur du procédé opératoire qui est, en effet, excellent chez la femme et n'offre pas de gravité. Mais il n'en est pas de même chez l'homme, chez lequel il a toujours été suivi de mort.

Ce n'est pas à dire que les autres procédés doivent être abandonnés et l'on sait que, par la voie péritonéale, on peut arriver à enlever de très volumineux cancers. Dans ces cas, c'est la question des adhérences qui doit primer toutes les indications.

Il y a quelque temps M. Berger a été consulté par une femme de 60 ans pour une ulcération cancéreuse du rectum remontant jusqu'à la limite du doigt. M. Berger a d'abord fait un anus iliaque par la méthode de Maydl-Reclus, puis il a procédé ensuite au 2e temps de l'opération. En libérant les adhérences il a fait une perforation vaginale qu'il a réparée et qui n'a eu aucune suite fâcheuse; puis, une ligature élastique ayant été placée au-dessus de la limite du mal, il a fait l'ablation de 12 centimètres de rectum. Le bout supérieur ligaturé a été amené jusqu'à la plaie périnéale et fixé à ce niveau au moyen d'une broche. Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier.

C'est là une modification opératoire que l'on pourra, dans certains cas, employer avec avantage, et M. Berger croit même que l'on ferait encore mieux en fixant, par quelques sutures, les tissus péri-rectaux au-dessus de la broche pour assurer leur stabilité.

Une autre modification que M. Berger proposerait au procédé de M. Quénu est la suivante. Elle ne consiste qu'en une intervention des temps. On attaque le rectum par le coccyx en enlevant cet os immédiatement; cela permet de mieux reconnaître l'étendue du cancer et de manœuvrer plus sûrement quand on doit agir sur le releveur de l'anus et sur l'aponévrose; il y a moins de chances de blesser l'intestin.

Traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie.

M. Rochard a eu l'occasion d'intervenir 5 fois dans ces circonstances. Aucune de ses opérées, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, n'a survécu. Dans chacun de ces cas, les accidents infectieux dataient pour le moins d'une quinzaine de jours.

C'est là une des causes des insuccès, car M. Rochard est convaincu que l'hystérectomie, faite de bonne heure, sera souvent suivie de guérison. Mais à quel moment doit-on intervenir? Dans les cas graves, dont le début remonte à 10 ou 15 jours, il faut intervenir immédiatement et, d'une façon générale, aussitôt que les accidents persistent malgré les autres traitements.

On a conseillé de faire l'hystérectomie vaginale de préférence. M. Rochard croit qu'à la friabilité de l'utérus, l'hystérectomie totale abdominale est préférable, car on voit mieux les organes sur lesquels on agit et on les expose moins aux déchirures.

M. Bazy a fait faire en 1896 à son interne, M. Ravanier, une hystérectomie pour accidents puerpéraux. Dans ce cas, l'utérus était très friable et la malade a succombé. Une autre

fois, en 1900, M. Bazy a pratiqué l'hystérectomie totale. La température s'est abaissée pendant quelque temps, mais la mort n'en est pas moins survenue un mois plus tard.

M. Segond. — Les indications de l'hystérectomie dans ces circonstances sont difficiles à poser. Si l'on intervient peu de temps après l'accouchement, c'est par l'abdomen qu'il faut opérer, car l'hystérectomie vaginale est toujours difficile et dangereuse. Plus tard le choix dépend de la préférence de l'opérateur pour l'une ou l'autre voie.

M. Terrier a reçu à Bichat de nombreux cas d'infection puerpérale et a eu recours aux différents traitements successivement préconisés; injections continues, injections de sérum, etc. Il a pu constater des améliorations momentanées, mais au bout de 20, 25 ou 30 jours la mort survenait quand même.

C'est alors que M. Terrier a essayé l'hystérectomie sans beaucoup plus de succès. Toutefois une malade opérée à la Pitié par son interne, Gosset, a guéri. Il est difficile, en pareil cas, de poser une règle de conduite, mais il estime que cette opération, faite d'urgence, peut sauver quelques malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er Mars 1901.

L'aérophagie (fausse flatulence aérophagique).

MM. A. Mathieu et **R. Follet.** — L'aérophagie correspond à plusieurs formes. Dans ce qu'on peut appeler la forme simple, bénigne, les malades accusent des phénomènes de dyspepsie en apparence assez banale. Quelque temps après le repas, ils éprouvent de la pesanteur à l'estomac, un malaise plus ou moins accusé, plus ou moins nettement défini. Bientôt surviennent des renvois gazeux. Ces renvois sont nombreux, en général bruyants. Ce sont d'interminables salves. Les gaz rendus n'ont aucune odeur. Les malades expulsent ainsi 30, 40 rots et même davantage, des centaines. Pendant cette crise d'éructation, il y a une sensation quelquefois très pénible de tension épigastrique.

Lorsqu'un dyspeptique conte son histoire de cette façon, on peut avoir la certitude qu'il s'agit d'un aérophage. En effet, les fermentations de l'estomac ne peuvent pas fournir une quantité de gaz aussi considérable, comme on a pu s'en rendre compte soit en passant une sonde au moment où des dyspeptiques se plaignaient le plus vivement d'une sensation pénible de ballonnement. soit en faisant fermenter *in vitro* le contenu de l'estomac extrait par le cathétérisme.

L'examen extérieur de l'abdomen ne donne pas de renseignement spécial à cette forme particulière de dyspepsie. Souvent il existe un certain degré de distension ou de dilatation de l'estomac. On peut constater du relâchement des parois abdominales et des ptoses viscérales. Ces ptoses peuvent, du reste, être une cause d'aggravation.

Au niveau de l'épigastre siège le plus souvent le bouton réflexe de l'aérophagie et du rot à déclanchement. En pressant avec l'extrémité du doigt à la région moyenne du creux épigastrique, on détermine assez souvent une crise. Les malades ont immédiatement des éructations bruyantes qui se succèdent indéfiniment tant qu'on maintient la pression. Il est facile de se rendre compte que chaque rot est précédé et suivi par un mouvement de déglutition; on sent le larynx faire un mouvement successif d'élévation et d'abaissement. Il devient ainsi très facile d'étudier un phénomène qu'on peut provoquer à volonté. On peut voir parfois l'estomac se distendre progressivement, mais cette distension ne se produit pas toujours. il faut que la quantité d'air expulsé. Il n'y a, du reste, parfois, qu'un rot pour quatre ou cinq déglutitions d'air.

Il est des cas de pseudo-flatulence aérophagique que l'on peut véritablement qualifier de formes graves.

Ainsi une malade était sujette, depuis douze ans, aux crises pénibles pour lesquelles elle venait consulter. On peut dire que, pendant cette longue période, l'aérophagie ne lui avait laissé aucun repos.

Dans un autre cas, l'aérophagie est devenue la cause de vomissements, d'une aggravation considérable de la dyspepsie, de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, de l'exagération du nervosisme. Le malade était devenu incapable de tout travail.

Comment se constituent les ensembles morbides dans lesquels figure l'aérophagie? Quel rôle y joue-t-elle? Le rôle d'un phénomène primitif, consécutif ou accessoire.

Les choses paraissent se passer de la façon suivante :

Un névropathe, plus ou moins stigmatisé, présente au début des phénomènes gastriques sensitivo-moteurs assez banals, mais pénibles et fatigants par leur répétition même : pesanteur, sensation de plénitude gastrique, céphalée, congestion de la face, torpeur intellectuelle. Très observateur, comme tous les névropathes, le malade s'absorbe dans l'examen approfondi de son malaise et cette observation l'amène à une pathogénie dont les gaz font tous les frais. On sait combien la phobie des gaz est fréquente chez les névropathes dyspeptiques, et cela s'explique souvent, non pas tant par un excès véritable de gaz que par un excès de sensibilité, par une hyperesthésie de la muqueuse gastrique à la distension. La sensation de tension exagérée, les gargouillements amènent le malade à penser que si les aliments ne passent pas, c'est que son estomac est gonflé par les gaz et il essaye de les expulser. Il s'y efforce. La déglutition, le plus souvent inconsciente, d'une petite quantité d'air, ouvre le cardia et provoque une éructation qui soulage immédiatement le malade.

Mais c'est un névropathe qui a surtout une sensation subjective d'hyperesthésie à la distension.

Le malade ne se contente donc plus d'ouvrir un cardia récalcitrant, il dépasse la mesure, il insuffle véritablement un estomac hyperesthésié. Celui-ci proteste contre l'arrivée d'air qui le distend et l'éructation survient. Dès lors se trouve constitué un cercle vicieux dont les malades ne sortent plus : aérophagie inconsciente, provoquant une pénible sensation de tension gazeuse, éructation en série qui soulage, nouvelle insufflation d'air dégluti, crise éructante et ainsi de suite.

Le diagnostic est facile, en général. En principe, on peut dire que tout dyspeptique, qui accuse ou présente à l'observation l'éructation en salve bruyante et sans mesure, est un aérophage. L'éructation des gaz produits par les fermentations stomacales est beaucoup plus modérée. Si l'on peut assister à une crise, on perçoit aisément les mouvements de déglutition qui précèdent l'éructation; ils sont rendus manifestes par les mouvements successifs d'élévation et d'abaissement du larynx; quelquefois on perçoit par l'auscultation l'arrivée de la gorgée d'air dans l'estomac, qu'on voit parfois se distendre de la façon la plus nette.

Enfin, dans un assez grand nombre de cas, on peut provoquer le déclanchement par la pression, soit du creux épigastrique, soit du creux sus-sternal.

Il restera naturellement à déterminer la modalité de la névropathie et la nature des accidents de dyspepsie, l'état de l'estomac, la présence ou l'absence des ptoses abdominales, etc.

Les indications du traitement résultent nettement de la notion du mécanisme de l'aérophagie et du rot en série. C'est un phénomène d'origine névropathique, conscient ou inconscient, qu'il faut soigner en conséquence. Souvent il suffit d'attirer l'attention du malade sur l'aérophagie, de lui démontrer ce qui se passe réellement, pour obtenir la guérison de la fausse flatulence.

La dyspepsie sera traitée par les moyens habituels; inutile d'avoir recours aux antiseptiques et aux carminatifs pour combattre une flatulence qui n'est qu'apparente. Les ptoses abdominales, l'insuffisance de l'alimentation fourniront des indications particulières; mais il n'y a rien là qui vise particulièrement l'aérophagie spasmodique. Elles seraient identiques avec des manifestations névropathiques d'aspect clinique et de localisation autres.

A propos de l'emploi du sérum antidiphthérique dans la pneumonie.

M. Variot revenant sur la communication de M. Talamon croit qu'il faut rester dans le doute relativement à son efficacité

dans la pneumonie et diverses autres maladies auxquelles on a voulu l'appliquer.

Sans contester les résultats favorables qu'il a paru donner à M. Talamon, on peut se demander si l'on est autorisé à attribuer ces résultats aux éléments antitoxiques, antidiphthériques de ce sérum. Ne seraient-ils pas imputables à l'une quelconque ou à plusieurs des substances qui entrent dans la composition du sérum, l'eau par exemple, et les principes minéraux? C'est ainsi que M. Sapelier s'est trouvé très bien des injections de sérum artificiel dans la pneumonie des vieillards.

Pour prouver que c'est bien l'antitoxine diphthérique qui a agi favorablement chez ses malades. M. Talamon aurait dû, simultanément, traiter d'autres pneumoniques par des injections de sérum de cheval non immunisé. Tant que cette étude comparative n'aura pas été faite, on est en droit de douter.

Cas fruste de maladie de Barlow.

M. Variot communique une observation de maladie de Barlow concernant un enfant de sept mois alimenté au lait maternisé depuis l'âge de deux mois.

M. Variot termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° Il est douteux que le type morbide décrit par Barlow comme scorbut infantile doive être rapproché du scorbut des adultes. Il est vraisemblable, comme l'admet M. Ausset, qu'il s'agit d'un rachitisme hémorrhagique;

2° Le rachitisme hémorrhagique reste en France une maladie exceptionnelle; un très petit nombre de faits ont été publiés depuis la communication de M. Netter, et cependant le nombre des enfants qui reçoivent du lait stérilisé est très grand ;

3° Il est à craindre que les manipulations, les modifications du lait ne prédisposent à cette affection ; le lait maternisé semble être plus souvent en cause que le lait pur;

4° La maladie, malgré ses allures bruyantes, ne paraît pas extrêmement grave. Il est peu probable qu'elle soit méconnue, à cause de l'intensité des douleurs et du gonflement. Le changement de lait et de régime alimentaire est rapidement curatif.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 21 Février 1901.

Torsion d'un fibrome sous-péritonéal à 6 mois de grossesse.

M. Maygrier communique l'observation d'une malade qui fut prise, vers le 6e mois de sa grossesse, de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite avec vomissements et constipation. La région appendiculaire étant sensible à la pression, on fit le diagnostic d'appendicite. La laparotomie fut pratiquée par M. Bouilly. On trouva à l'ouverture du ventre une tumeur régulière, allongée, du volume d'un rein, attenante au ligament large du côté droit. Il s'agissait d'un fibrome pédiculé qui avait son pédicule tordu. L'ablation de la tumeur fut des plus faciles, la guérison survint et la grossesse continua jusqu'à terme.

Rupture utérine ayant passé inaperçue.

M. Boissard a reçu dernièrement dans son service une femme chez laquelle on avait fait plusieurs applications de forceps. Croyant à une rupture de l'utérus, l'interne de service pratiqua un toucher manuel intra-utérin et ne trouva nulle part de solution de continuité. La malade mourut peu de temps après. A l'autopsie, il existait une déchirure du segment inférieur de 10 à 12 centimètres de longueur. Ce cas montre la difficulté du diagnostic de certaines ruptures utérines.

Un cas d'oligoamnios.

M. Macé a observé à la clinique Tarnier un cas dans lequel l'insuffisance de liquide amniotique a amené une malformation fœtale très complexe. Cet enfant présentait, tout d'abord, une asymétrie cranienne très prononcée due à la compression de la tête sur l'épaule, l'extrémité céphalique étant fortement inclinée à gauche. De plus, il existait une fistule urinaire au niveau de l'ouraque.

L'abdomen du fœtus était plissé comme si, à un moment donné, il avait contenu une grande quantité de liquide. Il est probable qu'il s'agit là, comme l'a montré M. Bar, d'une dilatation des voies urinaires s'étant produite pendant la vie intra-utérine par obstruction de l'urèthre. L'urine ne s'écoulant pas dans l'œuf, il en est résulté de l'oligoamnios, d'où compression du fœtus et malformation cranienne.

Môle hydatiforme.

M. C. Jeannin. — Il s'agit d'une femme de 38 ans qui, se croyant enceinte de 3 mois, entra, à la Charité, dans le service de M. Campenon, pour hémorrhagies persistant depuis 2 semaines, et douleurs pelviennes. Les signes physiques en imposèrent pour une grossesse extra-utérine, et la laparotomie fut pratiquée : la paroi incisée, on arriva sur un utérus gravide et aussitôt le ventre fut refermé. Le lendemain matin, l'opérée expulsait une môle vésiculaire de 1 400 grammes, non embryonnée. Pendant les 3 premiers jours tout fut normal; le 4e, la fièvre apparut ainsi que la fétidité des lochies; on pratiqua, de suite, le curage digital et l'écouvillonnage dans le service de M. Maygrier; malheureusement, il était déjà trop tard, et 3 jours après la malade succombait après 48 heures de coma. L'examen histologique montra des signes non douteux d'hépatite aiguë. Les seuls germes en cause avaient été le coli-bacille et quelques espèces anaérobies.

Sur trois cas de pyélonéphrite gravidique.

M. Andérodias communique trois observations de pyélonéphrite gravidique intéressantes par les conditions étiologiques dans lesquelles l'affection s'est développée. Dans deux cas il s'agissait de femmes ayant une constipation opiniâtre que ni lavements, ni purgatifs ne pouvaient faire cesser; dans le troisième cas la femme avait une diarrhée intense. L'auteur donne de cette affection la pathogénie suivante : sous l'influence du développement de l'utérus, il se fait une compression de l'uretère (le plus souvent du côté droit) et un léger degré de stagnation de l'urine au-dessus du point comprimé. L'épithélium de la muqueuse en ce point devient un lieu de moindre résistance, et, si une infection survient, elle se localisera plutôt à ce niveau. Dans deux des observations, l'examen bactériologique de l'urine a montré qu'elle renfermait du coli-bacille pur, fait bien en relation avec une infection d'origine intestinale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 31 Janvier 1901.

Empalement d'un enfant sur une tige de fer.

M. Rochet a montré un enfant qui tomba, du haut d'une échelle, sur une tige de fer placée debout dans le coin d'une remise. L'extrémité libre de la tige, qui était mousse, entra à côté de l'anus, par le périnée, perfora le rectum à 4 centimètres environ au-dessus de l'anus, suivit la cavité du rectum pendant un certain temps, puis perfora de nouveau le rectum pour passer entre lui et la vessie, et vint, en traversant tout le reste de l'abdomen, ressortir à un travers de doigt au-dessous et à gauche de l'ombilic. Il y eut des symptômes de péritonite, des vomissements bilieux; on mit de la glace sur le ventre et on donna de l'opium. Au bout de 36 heures, les médecins qui le soignaient pratiquèrent une laparatomie qui leur montra, dans le péritoine, du sang, mais pas de matière fécale, ni d'urine. On draina le péritoine par la plaie abdominale et par l'orifice traumatique périnéal, au moyen d'une mèche et d'un drain et on attendit. Les phénomènes de péritonite disparurent et on put croire le malade guéri. Bientôt il ne put plus uriner spontanément par l'urèthre, et on vit que les urines passaient par la plaie rectale. La vessie était vide ainsi que le démontrait le cathétérisme. On endormit de nou-

veau le malade, on mit une sonde à demeure qui permit l'écoulement des urines, sauf lorsqu'elle venait à s'obstruer : les urines passaient alors par le rectum. Un mois après, on put sans inconvénient retirer définitivement la sonde et tout paraissait guéri.

Mais bientôt apparurent tous les symptômes des calculs vésicaux ; douleurs, hématurie, arrêt brusque du jet d'urine.

Un calcul engagé dans l'urèthre put être enlevé par les voies naturelles, mais bientôt de nouveaux accidents calculeux se produisirent, et c'est alors que le malade fut adressé à M. Rochet.

A ce moment l'enfant, qui souffrait, se prêtait mal à l'examen. La famille se refusait à laisser pratiquer la taille, de sorte que, après quelques hésitations, M. Rochet finit par faire la lithotritie. Il put, après anesthésie, faire le broiement assez facilement, bien que la partie gauche de la vessie ait comme disparu, alors que sa partie droite était bien conservée. On avait la sensation que la vessie était obstruée vers la gauche, comme par une cloison fibreuse tendue d'avant en arrière. Le toucher rectal faisait percevoir, en ce point, une sorte de lame résistante, cicatricielle, se continuant avec la cicatrice saillante dans la cavité de la vessie. Le calcul phosphatique principal semblait du volume d'une grosse amande; il était accompagné de plusieurs petites concrétions, mais beaucoup moins volumineuses.

Il y a trois semaines de cette intervention qui s'est très bien terminée; il n'y a plus aucun symptôme de calcul.

Au centre de l'un de ces calculs extraits se trouvait un petit ver blanc, de 5 à 8 millimètres de long, qui devait venir de l'intestin. Dans les lavages qui suivirent l'évacuation, on retrouva un de ces petits vers, mais libre alors et pas encroûté de phosphates.

M. Goullioud cite l'observation d'une bicycliste qui est renversée par un camion; la roue lui passe sur le corps. M. Goullioud constate des signes de péritonite et pratique une laparotomie sous-hépatique. Il s'écoule, non de la bile, mais de la sérosité. Il ne fit aucune recherche, mit un Mikulikz et la malade guérit très bien. Cette malade présentait, outre ces phénomènes abdominaux, du pneumo-thorax sans fracture de côtes.

M. Goullioud a vu un autre malade qui tomba à la renverse sur un pieu qui passa par l'anus et embrocha la vessie. Il guérit, mais subit secondairement la taille pour un calcul au centre duquel il y avait un fragment de pantalon.

M. Tixier a vu un malade qui était tombé sur une pioche pointue dont la dent était entrée sous le foie. Le malade, très gravement atteint, vomissait. En regardant la pioche, il put voir que 15 centimètres au moins, avaient pénétré dans l'abdomen. L'état était si grave que, placé dans de mauvaises conditions matérielles, il ne crut pas devoir intervenir, pensant qu'il y avait épanchement fécal et hémorrhagique et péritonite généralisée. Le malade guérit pourtant, à la suite d'une évacuation, par l'anus, de pus et de sang. Cette guérison est due au simple traitement opiacé.

M. Bérard fait remarquer que les chirurgiens anglais et, récemment, Kuttner, ont montré que les plaies par balles sont relativement peu graves, et que le repos et l'opium furent meilleurs que la laparotomie dans la guerre du Transvaal.

M. Vallas. — Les plaies de la guerre du Transvaal ne doivent pas être choisies comme type général de plaie abdominale, car le mauser et le fusil anglais ont des projectiles très petits dont les plaies sont minimes, moins dangereuses pour l'intestin que beaucoup d'autres agents pénétrants.

M. Jaboulay. — Il faudrait bien distinguer, dans les plaies abdominales, les cas avec et les cas sans perforation de l'intestin. Les derniers sont le plus souvent sans gravité; ceux, au contraire, qui ont produit des perforations demandent au moins à être drainés. Dans le cas du confrère qu'il eut l'occasion de drainer, il y a quelques mois, il semble que, sans le drain qu'il mit dans le péritoine, ce malade serait mort.

Guérison d'une appendicite avec péritonite suppurée diffuse.

M. Bérard. — Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui, depuis un an, accusait de temps à autre des douleurs abdominales assez vagues, mais localisées de préférence dans le côté droit. Constipation habituelle.

Le 29 mai, après une période de bonne santé apparente, marquée seulement par quelques troubles digestifs, légères coliques, qui durèrent pendant 2 jours, sans que la jeune fille interrompît ses occupations habituelles. 2 jours après dans l'après-midi, frissons assez violents et vomissements après l'administration d'un verre de vin sucré. Dans la nuit, les vomissements continuent; les douleurs abdominales s'accentuent à un degré tel que tout mouvement devient impossible. On porte alors le diagnostic d'appendicite, on administre de l'opium et on fait placer de la glace sur le ventre.

Le 3 juin, M. Bérard constate l'état suivant: facies péritonéal très caractérisé, peau sèche et très chaude (40°,2 à 5 heures du soir), pouls à 130, ventre ballonné en totalité, excessivement douloureux spontanément et à la pression, avec maximum dans les deux fosses iliaques. A droite, pourtant, l'empâtement iliaque est plus net, sans zone de matité. Urines rares, selles absentes, vomissements porracés.

Devant une telle diffusion des symptômes on attend, pendant 3 jours, une localisation du ou des foyers inflammatoires, en continuant l'opium et la glace. Les vomissements disparaissent, mais la température se maintient entre 38°,5 et 39°,3. L'empâtement s'accentue dans la fosse iliaque droite, avec un ballonnement persistant de tout l'abdomen; on délimite même à ce niveau une zone de matité qui commande l'intervention.

Le 8 juin, incision iliaque droite au lieu d'élection. Evacuation d'une quantité de pus évaluée à 1/2 litre. La collection est mal limitée par les anses intestinales; un drain est placé dans la fosse iliaque, un autre dans la direction de l'ombilic, sans qu'on ait recherché l'appendice au milieu des fausses membranes de péritonite. Les douleurs cèdent un peu, mais la température se maintient entre 38°,5 et 39°,5. L'état général fléchit, et l'abdomen reste ballonné.

Aussi, le 16 juin, après la constatation, dans la fosse iliaque gauche, d'une zone plus empâtée et rénitente, quoique sonore, une nouvelle intervention est décidée.

Le 18 juin, incision iliaque gauche, qui donne issue à beaucoup de pus mélangé de gaz. L'exploration de la cavité péritonéale montre que le foyer s'étend en arrière jusqu'à la colonne et qu'il envoie un autre prolongement dans le bassin. Les anses intestinales sont agglutinées en paquet derrière l'ombilic; les deux incisions droite et gauche ne peuvent être réunies à travers l'abdomen par un drain.

Pour assurer l'évacuation de ce vaste foyer, une longue pince courbe est introduite à travers l'hymen, déprime le cul-de-sac postérieur du vagin, et permet d'inciser celui-ci par l'intérieur de la cavité abdominale. La même pince, légèrement ouverte, ramène à la vulve un long drain en anse abdomino-vaginal. Deux autres drains, entourés de mèches, sont introduits par la plaie dans les collections abdominales les plus élevées.

Le lendemain de l'intervention, la température monte à 40°, bien que les douleurs se soient atténuées beaucoup et que l'état général se relève. Des matières fécales passent par les drains vaginaux et abdominaux, ce qui confirme l'ulcération intestinale ou appendiculaire, déjà soupçonnée par la présence des gaz, au moment de l'incision iliaque gauche.

La malade accuse des douleurs articulaires et hépatiques qui sont calmées par le salicylate de soude et la quinine.

Pendant 8 jours encore, la température oscille entre 38° et 39°, et quelques matières passent par le drain abdomino-vaginal, à travers lequel on a fait des lavages pendant 4 jours. Le 29 juin, ce drain vaginal, progressivement raccourci, est définitivement enlevé.

Le 6 juillet, la malade est convalescente et, à partir de ce moment, elle reste apyrétique. Les douleurs ont disparu complètement; les selles, d'abord provoquées par des lavements, reviennent spontanément et régulières. La cicatrisation des plaies est hâtée par une suture secondaire des parois bourgeonnantes. Le 20 juillet, la guérison est complète.

La malade, revue à la fin de janvier 1901, a engraissé de 5 kilog. Son état général est excellent, elle n'accuse plus aucun malaise. Les règles ont reparu. Pas d'éventration au niveau des cicatrices abdominales.

M. Jaboulay pense qu'il vaut mieux drainer le cul-de-sac, surtout chez les vierges, par le rectum que par le vagin.

On ne risque pas de faire passer les matières du rectum dans le péritoine, puisque les malades ont leur intestin immobilisé et que, de plus, il ne s'agit pas simplement de pratiquer un orifice recto-péritonéal, mais d'abaisser, par une invagination véritable, l'orifice créé et de l'amener au-dessous de l'anus.

M. Vallas a été appelé il y a quelques semaines, auprès d'une malade qu'il trouva en pleine péritonite. Il hésita sur le siège de la lésion causale. Songeant à une appendicite, il fit une laparotomie iliaque droite et vit les anses intestinales rouges, distendues, avec des pseudo-membranes. Devant l'intégrité de l'appendice, il crut devoir pratiquer une laparotomie sus-ombilicale médiane. Là, il trouva plus de liquide. Il draina pensant qu'il s'agissait d'une perforation gastrique et partit faisant un sombre pronostic. Quinze jours après, la malade était guérie de cette péritonite.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 4 Février 1901.

Traitement du cancer par la quinine.

M. Jaboulay montre deux malades atteintes de récidive de cancer du sein, traitées par la quinine.

La première malade, opérée il y a 3 ans, est revenue, il y a 2 mois, avec une récidive du côté du sein droit. Depuis son retour, elle prend chaque jour 1 gramme de quinine, en 2 cachets de 50 centigrammes, avant ses deux principaux repas. Les bourgeons charnus se sont affaissés et paraissent sécher. La malade était venue avec un œdème marqué du bras droit, dû à la compression des vaisseaux du bras par les ganglions axillaires dégénérés. Cet œdème a diminué considérablement par régression des masses néoplasiques axillaires.

La deuxième malade a été opérée également d'un néoplasme adhérent du sein gauche; elle est revenue avec de la généralisation dans les ganglions axillaires et sus-claviculaires et de vives douleurs. On lui a donné, comme à l'autre malade, 1 gramme de quinine par jour, en 2 cachets. Sur la plaie du sein, on lui a tenu des pansements à la quinine. Sous l'influence du traitement, les douleurs ont disparu, cette malade ne pouvait relever le bras au-dessus de l'angle droit, actuellement, elle le relève à peu près complètement. Les ganglions axillaires et sus-claviculaires ont diminué de volume.

On pourrait croire que ce résultat est dû aux pansements. Il n'en est rien, car maintes fois M. Jaboulay a observé des rétrocessions ganglionnaires dans des cas de néoplasme non ulcérés et sur lesquels on n'avait pas eu à mettre de pansement. C'est le cas, entre autres, d'un lymphadénome qu'il a traité de cette façon.

La quinine a agi directement sur les ganglions par voie sanguine, car, chez ces malades, il n'a donné de la quinine que par voie stomacale. Elle a été très bien supportée, elle n'a pas déterminé de troubles gastriques, les malades ne se sont plaintes que de bourdonnements d'oreille.

M. Vincent partage l'opinion de M. Jaboulay sur l'action élective de la quinine sur les ganglions qui regressent assez rapidement sous l'influence du traitement. Si l'absorption de la quinine par voie stomacale est suffisante, le traitement devient des plus simples et des plus commodes.

M. Horand a essayé la quinine chez une malade qui avait un cancer en cuirasse. Force a été de recourir à des injections hypodermiques; elle vomissait la quinine prise par voie stomacale ; on n'a obtenu, chez elle, aucune amélioration.

Dans un autre cas, qui paraissait un lymphadénome, M. Horand a eu une amélioration sensible. Il semblerait donc que la quinine agit plutôt sur le système lymphatique que sur le cancer lui-même.

Quelle que soit l'efficacité thérapeutique de la quinine, son emploi est suffisamment indiqué, si elle soulage le malade.

M. Mollard a eu une amélioration très nette d'un cas de lymphadénome, traité par la quinine par la voie stomacale. La tumeur avait diminué de plus de moitié. Pensant activer la régression, M. Mollard a essayé les injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine, de chaque point, il a vu se produire une eschare. La tumeur, pendant ce temps, revenait presque à ses dimensions primitives.

Chancre mixte.

M. Carle a présenté un malade qui présente un chancre mixte typique. L'intérêt de ce cas réside uniquement dans l'évolution nettement caractéristique de l'affection.

Le dernier coït remonte au 25 décembre, jour de Noël. 7 à 8 jours après apparut, sur la verge, un bouton rouge qui ne tarda pas à s'ulcérer à son centre, donnant un chancre suppurant à bords taillés à pic. 8 jours après, apparition d'un bubon. Le 25 janvier, c'est-à-dire 30 jours après le coït infectant, apparut, sur le côté droit de la verge, un nouveau bouton, rouge, dur, indolent, alors que le premier chancre changeait d'allure, s'indurait et s'étendait rapidement au prépuce.

Actuellement le malade est porteur d'une induration des plus nettes, au milieu de laquelle se trouvent encore les restes du chancre mou primitif.

Hier est apparue la roséole qui a achevé de confirmer le diagnostic.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 13 Février 1901.

Deux cas de mélœna des nouveau-nés traités par le sérum gélatiné.

M. Commandeur rapporte deux observations de mélœna des nouveau-nés traités par le sérum gélatiné.

Le premier enfant, de 2 580 grammes, était né en présentation du siège et expulsé spontanément. Le lendemain on constate, dans les selles, une notable quantité de sang mélangé au méconium. On fait une injection intra-rectale de 7 centimètres cubes de sérum gélatiné.

L'enfant est mis en couveuse. Il tette mal et on doit le gaver. L'hémorrhagie ne se renouvelle pas.

L'état général reste mauvais pendant la première semaine. La température initiale, qui était de 35°,8, ne se relève d'une façon permanente, à 36°,7, que vers le 6e jour. L'enfant perd 300 grammes dans les 10 premiers jours, mais il en regagne 70 les jours suivants. Il sort en bonne voie.

Le deuxième cas est celui d'un enfant de 2 870 grammes, extrait par le siège après conversion spontanée d'une présentation de l'épaule. Il eut, le 2e jour, une élévation de température à 38°,2 pour retomber, le lendemain, à 36°,8. Le 3e jour, on constate la présence de sang noir dans les selles. On fait une injection intra-rectale de 8 centimètres cubes de sérum gélatiné. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas et l'enfant se développa rapidement, sans le secours de la couveuse ni du gavage. Il avait pris, à la sortie de l'hôpital, le 15e jour, 200 grammes.

Ces observations peuvent être rapprochées de celle de Guttmann (d'Emmendingen). Il s'agissait d'un enfant qui, 36 heures après sa naissance, eut un mélœna grave. Guttmann fit dissoudre trois feuilles de gélatine dans 1/4 de litre d'eau chaude. Il en administra une moitié en lavement, l'autre moitié par voie stomacale. L'hémorrhagie s'arrêta le lendemain et l'enfant guérit.

Evidemment on obtient, par le sérum gélatiné, des résultats indéniables, mais ces résultats sont très inconstants. Je crois qu'on ne connaît encore que très mal les indications de ces injections. On devrait publier tous les résultats négatifs et positifs donnés par ces injections. Peut-être, par leur analyse, pourrait-on faire un tableau des indications et des contre-indications de ce procédé.

M. Lépine n'a eu que des insuccès. Il a fait des injections quotidiennes de sérum gélatiné dans un cas d'anévrysme de l'aorte, injection de 200 grammes de sérum à 2 ou 3 p. 100. Il n'a obtenu aucun résultat, l'anévrysme n'a cessé d'augmenter et semble, aujourd'hui, prêt à se rompre.

Chez un autre malade, tuberculeux à la période cavitaire, les

hémoptysies constantes et très abondantes n'ont été améliorées par aucun traitement, même par le sérum gélatiné, elles ont cédé assez rapidement à l'administration répétée de faibles doses d'ipéca jusqu'à production de l'état nauséeux, selon la vieille méthode de Trousseau.

Dangers de certains laits.

M. Leblanc. — Des conditions assez nombreuses, en apparence insignifiantes, peuvent rendre le lait dangereux. Le travail rend le lait acide et défavorable aux nourrissons. De même, l'alimentation peut modifier les qualités du lait. Les animaux nourris avec des plantes qui ont une saveur particulière, crucifères ou aliacées, donnent un lait qui rappelle l'odeur de ces plantes, odeur de chou, d'ail, etc., suivant les circonstances. Certaines vapeurs odorantes sont susceptibles, de même, d'être absorbées et de donner une saveur spéciale au lait; si on désinfecte une écurie à l'acide phénique ou au crésyl, le lait sent l'acide phénique ou le crésyl.

Le danger du lait des vaches tuberculeuses est connu : le lait fourni par des bêtes en période de rut ou atteintes de nymphomanie est dangereux : il est toxique. Quatre chiens, 2 jeunes et 2 adultes, nourris avec du lait provenant de vaches en période de rut ou nymphomanes, ont été malades au bout de 24 heures; ils étaient atteints de diarrhée jaune et fétide qui ne cessait que par la suspension du lait. Des chiens témoins, nourris dans les mêmes conditions, avec du lait de vaches normales, ne présentaient aucun trouble digestif.

Les sinus galoctophores de certains animaux en apparence sains sont cliniquement infectés et le lait qui en sort contient des bactéries pathogènes. Les affections inflammatoires du sinus sont assez fréquentes ; végétations, ulcérations, granulations, petits fibromes, etc. Très souvent elles passent inaperçues. On croit le lait sain, il contient cependant des germes dont il faut se défier.

M. Leblanc a examiné de la sorte 6 mamelles de vache et 4 de chèvre, c'est-à-dire 28 sinus. Les ensemencements étaient faits sur gélatine et sur gélose. 21 fois le sinus était infecté, 12 fois par du staphylocoque doré, 7 fois par du staphylocoque blanc, 1 fois par du staphylocoque citrin, 1 fois par un agent appartenant au groupe des amibes.

Tous ces examens ont été contrôlés par des inoculations positives à des cobayes et à des lapins.

Du lait recueilli dans des mamelles en apparence saines est donc infecté dans une proportion de 70 p. 100. Si le lait était consommé aussitôt après la traite, le danger pourrait n'être pas très grand, les colonies microbiennes n'ayant pas eu le temps de se développer, mais comme, en général, il n'est consommé qu'assez longtemps après, les colonies ont eu largement le temps de se cultiver, et un tel lait n'est pas sans danger.

Hémorrhagies viscérales et sérum gélatiné.

M. Collet rapporte deux observations, l'une d'hématémèse, l'autre d'hémoptysie, où l'injection de sérum gélatiné a immédiatement arrêté l'hémorrhagie.

La première concerne un homme de 45 ans, nettement alcoolique, entré, le 14 septembre, salle Sainte-Élisabeth. Il n'a pas souffert jusqu'ici de troubles gastriques, sauf de vomissements pituiteux le matin. La palpation de l'estomac ne réveille aucune douleur. Le foie paraît un peu diminué de volume; mais il n'y a ni hypertrophie de la rate, ni ascite, ni développement de veines sous-cutanées abdominales. Il y a 5 jours il a eu une hématémèse, elle s'est renouvelée 3 jours après et la veille de l'entrée à l'hôpital. Le malade évalue chacune de ces hématémèses à 2 ou 3 verres de sang rouge. A l'entrée le malade ne paraît pas anémié; son crachoir contient un peu de sang. L'examen viscéral, à peu près négatif, laisse le diagnostic incertain entre une cirrhose au début et une gastrite alcoolique, avec ulcération.

Deux ou 3 jours après l'entrée, les hématémèses se répètent chaque jour très abondantes, et le malade arrive rapidement à une pâleur extrême. Toute médication reste sans résultat. Une injection sous-cutanée de 20 centim. cubes de sérum gélatiné à 10 p. 100 est pratiquée.

Il se produit encore une hématémèse un 1/4 d'heure après l'injection; mais elle est peu abondante et ne se reproduit plus. Pendant les jours qui ont suivi, le malade a repris rapidement ses couleurs et a quitté l'hôpital, guéri, au bout de peu de temps.

La seconde observation a trait à un jeune homme de 18 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, entré, le 30 novembre 1900, à l'hôpital où il avait fait déjà plusieurs séjours pour la même affection. L'auscultation fait entendre du souffle caverneux aux deux sommets. Le 20 décembre, on note la présence d'un peu de sang dans les crachats. Le 8 janvier, l'observation porte que, depuis plusieurs jours, le malade a des hémoptysies abondantes; ni l'ipéca, ni l'ergot n'ont pu les arrêter. Une injection sous-cutanée de 50 grammes de sérum gélatiné à 2 p. 100 les arrête, et elles ne se sont plus reproduites depuis. L'auscultation, pratiquée quelques jours après, fait entendre des signes cavitaires très prononcés, et le malade a de la diarrhée. Il est, en somme, à la période ultime de la phthisie, ce qui est à noter, car les hémoptysies du début, même abondantes, s'arrêtent souvent sans le secours d'aucune médication.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 25 Janvier 1901.

Occlusion intestinale par cancer du cæcum.

M. Le Fort présente les pièces d'une malade entrée le 10 janvier dans le service de M. Folet avec les symptômes d'une occlusion intestinale. L'arrêt des matières était complet depuis 4 jours.

L'intervention proposée n'est acceptée que le 14. La laparotomie conduit sur un cancer du cæcum inenlevable. On fait de suite l'anus iliaque sur la fin de l'iléon.

Les jours suivants, légère poussée d'ictère, puis l'état général se relève, pendant que la peau, tout autour de l'orifice, s'ulcère profondément malgré les précautions prises.

Le 30 janvier, laparotomie latérale et entéro-anastomose. L'anse supérieure est sectionnée à la pince de Doyen, les deux bouts liés et enfouis sous des sutures en bourse séro-séreuse et une entéro-anastomose est établie entre le bout supérieur et le côlon transverse. Deux jours après, affaiblissement progressif et mort.

A l'autopsie, pas de péritonite. L'anastomose est déjà complètement établie et les extrémités intestinales sectionnées bien fermées.

M. Le Fort insiste, pièces en mains, sur la rapidité du processus de cicatrisation au niveau de l'intestin.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séances des 23 Janvier et 6 Février 1901.

Troubles de la motilité oculaire à la suite d'un traumatisme de la région occipitale.

M. Bettremieux a observé un cas très intéressant de troubles de la motilité oculaire consécutifs à un traumatisme de la région occipitale. Il s'agit, dans l'observation, d'un homme de 38 ans qui, en mars 1900, reçut une lourde barre de fer sur la nuque; la plaie du cuir chevelu, longue d'environ 8 centimètres, guérit normalement, mais des douleurs de tête, une tendance à tomber en avant, une inaptitude au travail, amenèrent le malade à subir une trépanation qui diminua considérablement tous ces symptômes et qui permit d'enlever une partie de la table interne de l'occipital, légèrement proéminente vers les méninges. Mais l'inaptitude au travail persista, quoique diminuée, et une hyperesthésie acoustique apparut. C'est alors que le malade se présenta à l'examen de M. Bettremieux, qui constata les faits suivants : le sujet tient la tête légèrement fléchie en avant et immobile, il éprouve de grandes difficultés à se guider et à se garer quand il doit traverser une rue et accuse une sensibilité exagérée des yeux sous

l'action du vent et de la lumière vive. Il présente, en outre, une paralysie presque complète mais intermittente des mouvements d'abaissement et des mouvements de latéralité de l'œil, et une paralysie du releveur de la paupière. On ne constate pas de diplopie, il existe un léger degré de myopie, le réflexe papillaire et accommodateur sont conservés, le champ visuel est normal, de même que la vision des couleurs; la pupille semble légèrement congestionnée, mais l'examen ophthalmoscopique ne décèle aucune lésion. Du côté de l'oreille, le sujet se plaint d'hyperacousie et d'hallucination, et présente un léger degré d'otite externe diffuse.

M. Bettremieux croit pouvoir attribuer à ces troubles oculomoteurs une origine corticale. Il existerait, en effet, un centre visuel situé dans le lobe occipital et préposé surtout aux mouvements réflexes déterminés par les excitations rétiniennes; et, d'après Munk, Mott et Schaefer, le centre serait assez rapproché du centre des muscles de la tête et du centre auditif. Une lésion corticale de cette région expliquerait donc les troubles ocolo-moteurs, les troubles auditifs et l'attitnde du sujet, quoique Parinaud fasse intervenir une lésion au cervelet.

Kyste dermoïde de la verge.

M. Duret présente un petit kyste dermoïde qu'il a enlevé chez un enfant de 3 ans. La tumeur, située sur le dos de la verge, était allongée dans le sens antéro-postérieur, et mesurait environ 2 centimètres. L'extirpation montra qu'elle était entourée de toutes les enveloppes de la verge et d'une couche graisseuse, sauf à sa partie inférieure, où elle adhérait à la capsule fibreuse du corps caverneux.

Le contenu de la tumeur était celui des kystes dermoïdes. Ces kystes sont très probablement consécutifs à une invagination par pincement du dos de la verge, pendant la période de développement.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 Février 1901.

Un cas de tumeur médullaire opérée avec succès.

M. F. Krause a montré une femme qui avait fait, en 1896, une chute dans un escalier; il n'y eut pas d'accidents immédiats, mais peu à peu des douleurs se développèrent dans les membres inférieurs et firent porter d'abord le diagnostic de sciatique. La malade fut adressée l'an passé à M. Krause par M. Böttiger (de Hambourg), qui avait soupçonné l'existence d'une tumeur médullaire, et, en l'absence de tout signe de tuberculose ou de syphilis, estimé une intervention nécessaire. A ce moment, la jambe droite était presque entièrement paralysée, mais sans atrophie; les réflexes tendineux, auparavant exagérés, étaient égaux des deux côtés; la jambe gauche, de motilité normale, était anesthésique et sa température était abaissée; il n'y avait pas de réaction de dégénérescence. En somme, on se trouvait en présence du syndrome typique de Brown-Séquard.

Le fait que le réflexe du tendon d'Achille n'était pas aboli indiquait que la tumeur siégeait au-dessus du premier ou du second segment lombaire; la limite supérieure de la paralysie du côté gauche, et l'existence, à droite, d'une zone d'anesthésie dépassant de la largeur de la main la crête iliaque, montraient que la lésion intéressait le 9e segment dorsal. L'opération, entreprise sur ces données, fit, en effet, découvrir un psammome dans la région correspondant à la 7e apophyse épineuse, c'est-à-dire à peu près à l'endroit prévu, puisque le 9e segment dorsal est compris entre les 7e et 8e apophyses épineuses.

Les suites opératoires furent simples, et le résultat définitif est excellent : la malade peut marcher à l'aide de l'appareil de Volkmann.

SOCIETE MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 4 Décembre 1900.

Anatomie et histologie de l'appendice.

M. Frieben a étudié sur un grand nombre de cadavres l'anatomie et l'histologie de l'appendice aux différents âges de la vie.

L'appendice atteint sa plus grande longueur à l'âge de 14-15 ans; il conserve ensuite sa longueur jusqu'à l'âge de 35 à 40 ans pour augmenter après de très peu.

Le développement de sa muqueuse se continue jusqu'à l'âge de 30 ans. Chez le nouveau-né son épaisseur est celle de la paroi appendiculaire, et pendant les premières années de la vie jusqu'à l'âge adulte son épaisseur augmente encore. Pendant toute cette période elle est très riche en éléments glandulaires et lymphatiques et se prête admirablement à la formation de cellules lymphoïdes. Plus tard elle devient le siège d'un processus de sclérose, le nombre de ses glandes, vaisseaux et follicules lymphatiques diminue. Après l'âge de 30 ans, on trouve même chez les individus maigres une accumulation de tissu adipeux au voisinage des vaisseaux de la sous-muqueuse, laquelle accumulation s'étend encore plus loin.

La couche musculaire comprend deux couches dont l'une interne composée de fibres circulaires, et l'autre externe formée de fibres longitudinales. Dans la moitié de cas, on trouve, dans la lumière de l'appendice, des matières fécales molles ou pâteuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE WURZBOURG

Séance du 10 Janvier 1901.

Squirrhe de l'estomac.

M. Muller. — Il s'agit d'un homme de 48 ans, sujet depuis plusieurs années à des troubles digestifs consistant principalement dans une sensation de pesanteur gastrique et s'améliorant à l'occasion de certains mouvements ou de l'absorption d'un petit verre d'eau-de-vie. Le malade fut traité pendant ce temps pour une atonie de l'intestin d'autant que les symptômes observés ne paraissaient comporter aucun autre diagnostic.

En 1898 la sensation de pesanteur devint plus accentuée, et en 1899 le malade eut une hématémèse abondante dont il se rétablit du reste assez rapidement. Mais dans la suite de nouvelles hématémèses, moins abondantes que la première, survinrent, les forces déclinèrent, et le traitement institué contre l'ulcère de l'estomac diagnostiqué, à ce moment, ne donnait aucun résultat.

Vers la fin de la même année le malade commença à éprouver des difficultés pour avaler des aliments solides : il avait l'impression que ceux-ci restaient dans la partie inférieure de l'œsophage. Une exploration avec une sonde a semblé indiquer l'existence d'un obstacle à 37 centimètres des arcades dentaires, mais une nouvelle exploration faite avec une grosse olive a permis de franchir l'obstacle et de pénétrer dans l'estomac. Malgré cette constatation, la déglutition devenait de plus en plus difficile, et au bout de quelque temps le malade pouvait à peine avaler les aliments liquides. Une nouvelle exploration donna, de nouveau, un résultat contradictoire : la sonde s'arrêtait à 42 centimètres des arcades dentaires.

Cependant l'examen des viscères abdominaux ne relevait aucune anomalie. Une ascite se déclara à quelque temps de là, et le malade succomba à la cachexie.

A l'autopsie on trouva l'œsophage dilaté dans ses deux tiers inférieurs, mais le doigt passait très aisément, à travers le

cardia dans l'estomac. Celui-ci était fortement rétracté et ne mesurait que 14 centimètres de longueur. Les parois étaient en totalité infiltrées de carcinome, fortement épaissies et rigides; seule la région pylorique n'a pas été envahie par le processus. Au niveau de la petite courbure se trouvait une ancienne ulcération cicatrisée; des métastases carcinomateuses se trouvaient dans l'épiploon.

Quant à la dysphagie, son explication fut trouvée dans un repli de la muqueuse qui venait faire volet au-devant du cardia et contre lequel se heurtait la sonde exploratrice.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Séance du 20 Décembre 1900.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Blencke analyse 39 cas de luxation congénitale de la hanche, traités par la méthode de Lorenz.

Il s'agit de 27 malades, ayant présenté 39 luxations; 22 étaient du sexe féminin et 5 du sexe masculin. Une mère et une fille en étaient toutes deux atteintes; deux sœurs et leur cousin se trouvaient parmi les malades; leur grand'mère commune boitait.

M. Blencke est d'avis d'opérer le plus tôt possible, car la déformation qui résulte de l'affection ne porte pas seulement atteinte à la plastique de l'organisme mais à son fonctionnement. Quelques échecs, inévitables dans toutes les interventions, ne doivent pas décourager le chirurgien. Des 570 cas qui furent opérés par la méthode de Lorenz à la connaissance de l'auteur, 64 furent suivis d'une luxation secondaire en arrière. Parmi ces 27 malades, 3 présentèrent des « reluxations », en tout 4 opérations suivies de récidive; chez l'un d'eux, on laissa tomber l'enfant de manière qu'il cassa son bandage. Des 570 cas signalés plus haut, 239 donnèrent une guérison absolue; dans les autres, on obtint la transposition (reluxation en avant).

Pour sa part M. Blencke compte 3 guérisons et 15 transpositions; les autres malades portent encore leur bandage. La transposition, quand on ne la force pas trop et qu'on ne la fait que chez des malades ne dépassant pas l'âge fixé, évite beaucoup de dangers. L'extension est souvent utile, mais on ne doit jamais dépasser 50 grammes. Il faut exclure de l'opération de Lorenz toutes les luxations doubles au delà de 6 ans; il faut exclure également les cas, rares il est vrai, de luxation en avant.

M. Möller déclare qu'il a été obligé de faire la désarticulation de la jambe dans un cas où Lorenz avait essayé l'opération non sanglante.

M. Habs a eu plusieurs guérisons complètes; il fait l'extension sur une table de Schede, mais toujours en contrôlant au dynamomètre.

M. Blencke rappelle que, dans ses nouveaux écrits, Lorenz a insisté sur le cas malheureux dont M. Möller vient de parler.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 26 Février 1901.

Sable intestinal.

MM. Dyce Dukworth et **A. E. Garrod** ont observé un cas de sable intestinal chez une femme de 33 ans, qui, depuis plusieurs mois, avait une diarrhée incoercible et chez laquelle l'examen montrait l'existence d'un épaississement des parois du gros intestin. Le sable qu'on avait trouvé à l'occasion d'un examen des matières fécales avait l'aspect de gravier, était rougeâtre et ressemblait à des dépôts d'acide urique. Il était insoluble dans la potasse, mais se dissolvait facilement dans l'acide nitrique bouillant.

Sous l'influence d'un traitement approprié, la diarrhée cessa, mais il resta toujours de la douleur au niveau de la partie gauche du côlon transverse. Il importe de noter que le père de cette malade était nettement goutteux.

L'examen histologique du sable intestinal montre la présence, dans son stroma organique, de bacilles et de microcoques.

M. Crombie a observé aux Indes 3 cas de sable intestinal. Les malades avaient des coliques violentes.

M. Brokenham a trouvé du sable intestinal dans les selles d'une jeune femme qu'on croyait atteinte de coliques hépatiques.

Résections de l'intestin.

M. Barker a communiqué 2 cas de résection de l'intestin: Dans le premier, il s'agit d'un diabétique avec 6,6 p. 100 de sucre dans l'urine, chez lequel on était intervenu pour un carcinome du gros intestin qui fut réséqué. Le malade guérit. Dans 2 autres cas dans lesquels M. Barker était intervenu chez des diabétiques dont un avait un cancer du rectum et l'autre une hernie ombilicale, l'intervention se termina, chez le premier, par la mort.

Un autre cas de résection de l'intestin, communiqué par M. Barker, a trait à une femme de 76 ans, entrée pour une hernie étranglée dans une ancienne cicatrice d'ovariotomie. On a été obligé de réséquer 5 pieds 1/2 d'intestin et d'anastomoser les deux bouts. La malade guérit après avoir été alimentée pendant quelque temps par la voie rectale.

Malgré la résection d'une partie si étendue de l'intestin, la malade n'a pas semblé s'en ressentir. D'après les faits personnels, on peut réséquer jusqu'à 6 pieds d'intestin grêle sans troubler d'une façon appréciable les fonctions digestives.

M. Smith cite, comme exemple du danger de l'intervention chez les diabétiques méconnus, le cas d'un homme chez lequel l'ouverture d'un sinus superficiel avait amené une hémorrhagie foudroyante.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 22 Février 1901.

Réinfection syphilitique.

M. Mracek a présenté un homme qui avait contracté un premier chancre induré il y a 7 ans; à la suite d'injections sous-cutanées de sozo-iodolate de mercure et de l'administration d'iodure de potassium, ce malade fut complètement débarrassé de tous les accidents secondaires qui succédèrent à ce chancre. Mais au mois d'octobre dernier, il eut au niveau du prépuce un nouveau chancre ayant laissé après lui une cicatrice indurée, encore apparente aujourd'hui. Il existe, en outre, un exanthème généralisé et des adénopathies multiples; force est donc d'admettre que l'on se trouve en présence d'un cas de réinfection syphilitique.

M. I. Neumann a observé personnellement 8 faits de réinfection syphilitique; l'intervalle le plus court qu'il ait constaté entre les deux infections a été de 2 ans. Pour pouvoir affirmer qu'il s'agit bien d'une réinfection, il est nécessaire que le même médecin ait vu les deux accidents primitifs ainsi que les lésions secondaires. Les cas de réinfection prouvent d'une façon indiscutable la curabilité de la vérole.

Traitement opératoire du rhinophyma et de l'éléphantiasis.

M. J. Sternberg a montré 3 malades chez lesquels il a traité un rhinophyma par l'ablation, sous l'anesthésie générale, de tous les tissus hypertrophiés jusqu'aux cartilages, et ensuite par la transplantation de greffes d'après la méthode de Thiersch. Actuellement, le nez est recouvert d'une peau souple et blanche qui ne rougit pas sous l'influence du froid. L'acné de voisinage est également très améliorée.

M. J. Weinlechner a employé avec succès un procédé analogue dans 3 cas d'éléphantiasis des jambes : il a pratiqué l'ablation de la peau jusqu'aux couches les plus profondes.

M. Kaposi pense qu'il ne faut pas trop généraliser l'emploi de ce mode de traitement. Il y a des exemples de rhinophyma qui ont guéri par l'ablation des parties hypertrophiées de la peau et même après une simple excision cunéiforme.

En ce qui concerne l'éléphantiasis, il croit que l'opération préconisée par M. Weinlechner ne serait pas applicable aux formes étendues, où l'on produirait des plaies par trop considérables; elle lui paraît devoir être réservée à la variété circonscrite tubéreuse de cette affection.

Ouverture de l'apophyse mastoïde sous l'anesthésie locale.

M. Alexander a présenté un malade qu'il vient d'opérer pour une mastoïdite suppurée : après anesthésie par le procédé de Schleich, on sectionna les téguments, puis on insensibilisa l'os en injectant dans deux petits canaux creusés à ses extrémités une certaine quantité de la solution cocaïnique. L'apophyse mastoïde put alors être trépanée sans la moindre douleur; elle renfermait un abcès du volume d'une noisette.

M. V. Hammerschlag fait remarquer qu'en perforant des cavités dans l'apophyse mastoïde pour y introduire la solution analgésiante, on risque d'ouvrir un sinus anormal ou bien de léser la dure-mère; du reste, la résection de l'os est ordinairement moins douloureuse que l'ébranlement de la tête. Enfin l'analgésie ne peut être obtenue que si la suppuration est très localisée; lorsque celle-ci est étendue, on a beau injecter de la cocaïne dans la cavité de l'abcès, on ne produit pas l'insensibilisation.

Du carcinome infiltré de la vessie.

M. Englisch a communiqué le résultat de ses recherches sur le cancer infiltré de la vessie, dont la variété la plus fréquente serait, d'après l'orateur, l'épithélioma; l'infiltration cancéreuse a une étendue très variable; elle débute par la tunique musculaire de l'organe et n'envahit que tardivement la muqueuse, qu'elle finit à la longue par exulcérer. L'hypertrophie de la paroi vésicale peut devenir assez considérable pour donner la sensation d'une véritable tumeur dont le volume n'est pas sensiblement modifié quand on évacue la vessie au moyen du cathétérisme.

Cette forme de cancer vésical s'accompagne toujours d'une hypertrophie des ganglions qui avoisinent les artères iliaques et la colonne vertébrale.

Pour faire le diagnostic entre une infiltration carcinomateuse et une hypertrophie simple de la musculature de la vessie, on s'appuiera sur la présence d'un obstacle au cours de l'urine, semblable à celui que détermine l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate. On reconnaîtra les phlegmons de l'espace prévésical aux symptômes inflammatoires qu'ils provoquent. Le cancer de la prostate se distingue d'avec l'infiltration carcinomateuse de la vessie par l'existence, au niveau de la prostate, de noyaux toujours plus ou moins appréciables par le toucher.

Quant au pronostic du cancer infiltré de la vessie, il est très grave, et le seul traitement qu'on puisse lui opposer est la résection de la paroi vésicale au moyen d'une taille hypogastrique; si les ganglions sont déjà envahis, on ne peut que s'en tenir à une opération palliative, consistant en l'établissement d'une fistule urinaire.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 1er février 1900.

Cicatrices de perforation utérine.

M. Hermans montre un utérus enlevé par M. Rouffart à une femme de 27 ans. Cette femme qui, trois ans auparavant, avait eu un accouchement difficile au forceps, présentait, adhérente à l'utérus, aux annexes, à l'intestin et à la vessie, une poche sanguine avec laquelle était en rapport une cicatrice fibreuse existant dans toute l'épaisseur du muscle utérin : c'était le reliquat probable d'une rupture utérine nerveuse lors de l'application du forceps.

Invagination iléo-cæcale avec gangrène intestinale.

M. Marchand montre 1 mètre environ de l'intestin grêle et du gros intestin d'un homme de 27 ans opéré par M. Van Engelen pour des symptômes peu nets d'appendicite. On trouva une invagination double de l'intestin avec gangrène de celui-ci : dans le côlon ascendant était invaginée une partie de l'iléon, à l'intérieur duquel s'était glissée une autre anse d'iléon. En examinant la pièce, M. Marchand trouva un polype implanté sur la muqueuse de l'anse iléale interne invaginée. L'homme étant un constipé habituel, il est probable que les matières fécales accumulées auront, à un moment donné, poussé en avant le polype qui, n'ayant pu rétrograder, aura ainsi provoqué, à l'intérieur de l'invagination iléo-colique, la pénétration d'une nouvelle portion de l'iléon. Peut-être aussi la constipation peut-elle avoir amené la dilatation de la valvule de Bauhin.

Cette invagination double est assez rare, surtout à l'âge du sujet. On la rencontre le plus souvent chez les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Sur six cents cas d'invagination, on n'en a trouvé que huit d'invagination double; d'autre part, le siège dans la région iléo-cæcale est une véritable rareté pathologique.

Kyste dermoïde du sternum.

M. Van Cutsem présente la paroi d'un kyste dermoïde du volume d'une grosse orange, siégeant au niveau du manubrium, renfermant des poils et de la matière sébacée. M. Van Engelen a enlevé cette tumeur à un homme d'environ 35 ans.

Rétrécissement d'un sac herniaire.

M. Preud'homme présente le sac herniaire d'un homme opéré de hernie inguinale par M. Van Engelen. Cet homme avait déjà souffert d'une hernie étranglée que le taxis était parvenu à réduire. Dernièrement, cette hernie fut opérée, et la dissection du sac démontra l'existence d'un rétrécissement annulaire sur le trajet de ce sac. Ce rétrécissement, provoqué probablement par le bord d'un bandage défectueux, montre d'une façon évidente le danger de réduction en masse d'une hernie dont les symptômes d'étranglement seraient dus au rétrécissement annulaire existant au-dessous de l'anneau du canal inguinal.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 23 Février 1901.

Traitement de l'hydarthrose chronique du genou.

M. Debaisieux fait un rapport sur un travail de **M. Ballenghien** (de Roubaix) relatif au traitement de l'hydarthrose du genou préconisé par Schede; le traitement consiste, comme on sait, à ponctionner la cavité articulaire et à extraire le liquide qu'elle contient au moyen d'un appareil aspirateur, puis à laver plusieurs fois de suite la synoviale malade en y injectant une solution phéniquée à 3 p. 100.

Ayant remarqué que le liquide injecté ressortait difficilement par la canule trocart employée, M. Ballenghien a pu s'assurer que ce fait est dû à ce que ladite canule est obstruée par des mucosités dont la précipitation est favorisée par l'injection phéniquée elle-même. Aussi, pour éviter cet inconvénient et permettre en même temps au liquide modificateur d'exercer son maximum d'action sur les surfaces séreuses malades, M. Ballenghien fait-il précéder l'injection phéniquée d'une

injection de sérum physiologique stérilisé qui, ne précipitant pas le mucus sécrété, permet d'extraire celui-ci en totalité. En outre, au lieu de placer l'article ainsi traité dans un appareil plâtré durant 3 semaines, comme le recommande Schede, M. Ballenghien met sur le membre un pansement compressif et n'immobilise la jointure que pendant 12 à 15 jours, après lesquels il commence le massage et la faradisation, ce qui écarte le danger d'atrophie musculaire auquel expose un repos absolu et prolongé.

Le nerf accessoire de Wilis dans ses connexions avec le pneumogastrique.

M. Van Gehuchten donne lecture d'un mémoire qu'il a consacré à ce sujet, en collaboration avec M. Bochenek (de Cracovie), et dont voici le résumé :

Le nerf accessoire de Willis, à sa sortie du crâne par le trou déchiré postérieur, se divise en une branche externe, innervant le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, et une branche interne se réunissant au pneumogastrique. Quelle est la distribution périphérique de ce dernier rameau? Les nombreuses recherches expérimentales entreprises depuis bientôt 70 ans n'ont donné que des résultats contradictoires à ce point de vue, si bien que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire à quels organes sont destinées les fibres motrices que le spinal abandonne au nerf de la dixième paire.

Dans le but d'élucider ce problème, MM. Van Gehuchten et Bochenek ont sectionné le nerf de Willis dans la cavité rachidienne, chez 4 lapins qu'ils ont laissé survivre 3 semaines; puis ils ont recherché par la méthode de Marchi, dans les diverses branches du nerf pneumogastrique, les fibres en dégénérescence wallérienne.

Ils n'en ont trouvé que dans la partie cervicale du tronc du nerf, et toutes ces fibres se rendaient au nerf laryngé inférieur; les autres branches du nerf vague étaient normales.

Ils concluent de leurs recherches que le spinal abandonne bien au pneumogastrique des fibres motrices, lesquelles, contrairement à ce qu'ont prétendu certains physiologistes, ne contribuent en rien à l'innervation du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, de la trachée, du cœur et des poumons, mais servent uniquement à l'innervation du larynx.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 11 février 1901.

Un cas de fistule ombilicale omphalo-mésentérique.

M. Van Engelen a observé, chez un homme de 27 ans, une tumeur ombilicale rougeâtre, suintante, du volume d'une mandarine, et qui présentait à son centre un pertuis donnant issue à une sécrétion séreuse et conduisant dans la profondeur de la cavité abdominale. Il n'y avait ni douleur ni écoulement de matières fécales, et le sujet demandait une intervention uniquement par raison esthétique. L'opération fut des plus simples; le canal, qui communiquait avec l'intestin (diverticule de Meckel), fut disséqué, sectionné, et le bout central enfoui sous la séreuse.

M. Van Engelen avait déjà observé un cas semblable chez un nouveau-né, mais avec phénomènes inflammatoires. Dans le cas actuel, on avait jadis incriminé la pratique de l'accoucheuse qui aurait placé mal, c'est-à-dire trop près du corps, la ligature du cordon ombilical. Or, dans ce cas, un anus artificiel aurait eu beaucoup de chances de se produire.

Intussusception iléo-cæcale double.

M. Van Engelen est intervenu chez un homme de 30 ans, souffrant depuis 5 jours de coliques intenses, sans émission de gaz ni de matières fécales. Le facies était péritonéal, grippé; le pouls rapide, à 102; la respiration accélérée; le malade était typographe, et, vu l'absence de température fébrile, le médecin traitant avait même pensé à une colique saturnine. Il y avait en effet peu de probabilités en faveur de la péritonite; le ventre était normal, avec un ballonnement insignifiant. Dans la fosse iliaque droite, il y avait douleur au-dessus du point de Mac Burney, et le médecin traitant y avait perçu, à un moment donné, la présence d'un corps dur. M. Van Engelen pensait à l'appendicite, mais l'hyperesthésie et la contracture musculaire manquaient; il excluait toutefois la péritonite. Peut-être s'agissait-il d'une obstruction intestinale; il y avait eu un vomissement d'un caractère spécial, qu'on pourrait dire préfécaloïde, mais d'autre part il n'y avait pas de ballonnement appréciable.

L'opération étant décidée, la paroi abdominale fut incisée au point le plus douloureux; l'intestin était normal d'aspect, mais il y avait une tumeur due au cæcum, dans lequel s'était invaginé complètement l'iléon. Celui-ci, tout gangrené, s'était en partie invaginé en lui-même et contenait un polype dans la seconde partie de l'intussusception; on en enleva une portion de 1 mètre. Le sujet, qui était tuberculeux, guérit parfaitement. Le cas est intéressant par sa rareté chez l'adulte, et aussi par ce fait qu'il montre que le symptôme ballonnement n'est pas de rigueur dans le tableau clinique de l'intussusception intestinale avec obstruction.

Rupture d'ulcère duodénal.

M. Vince rapporte le cas d'un débardeur qui, à la suite d'un grand effort, fut pris des symptômes suivants, observés par le M. Gheury-Lavisé, mandé d'urgence. Le malade, en proie à des douleurs abdominales vives, fut trouvé en position génu-pectorale; il avait le facies péritonéal et présentait les signes de l'ascite, avec abaissement notable du foie, dont la région avait une sonorité tympanique. Y avait-il rupture viscérale? M. Gheury-Lavisé pensait à une rupture intestinale.

Le malade, transporté à l'hôpital 24 heures après le début du mal, fut opéré d'urgence. A l'ouverture du ventre, des gaz s'échappèrent et un flot de bile, s'écoulant par saccades, conduisit sur une rupture d'un vieil ulcère duodénal, taillé à l'emporte-pièce, et ayant contracté des adhérences péritonéales, qui formaient le fond de l'ulcère et qui s'étaient rompues par l'effort violent exécuté par le malade. Celui-ci succomba le soir de l'opération.

Les plaies du foie.

M. Vince a observé, chez un enfant de 5 ans, une plaie du foie due à la décharge d'un vieux pistolet d'arçon. Il n'y eut pas de perte de connaissance, et la laparotomie, par incision convexe à gauche, permit de découvrir, près de la vésicule biliaire, la bourre de papier à la face inférieure du foie, à l'orifice de sortie du trajet hépatique. Il fallut réséquer deux cartilages costaux pour trouver l'orifice d'entrée à la face convexe du foie.

Le trajet fut thermocautérisé et bourré de gaze iodoformée; la cavité abdominale fut vidée du sang qui l'emplissait. Le lendemain matin, l'enfant fut brusquement pris de convulsions, avec cyanose et oppression, et ne tarda pas à succomber. L'autopsie ne put être faite.

Ulcus rodens du front.

M. Vince relate le cas d'un malade du service du D[r] Depage, qui avait un ulculs rodens occupant le milieu du front et ayant nécrosé une partie de l'os frontal. L'ulcère fut circonscrit par deux incisions à concavité médiane et la partie osseuse malade fut extirpée, les méninges étant à nu dans le fond de la plaie. Après curettage de celle-ci, deux lambeaux cutanés à base inférieure furent taillés à droite et à gauche de la plaie, et rabattus vers la ligne médiane, celui de gauche se superposant à celui de droite dans le plan de la surface frontale. La blessure ainsi fermée, des greffes de Thiersch vinrent combler les plaies latérales opératoires. M. Vince présente une photographie montrant les résultats très favorables de l'opération pratiquée par M. Depage.

M. Dufour a traité 3 cas d'ulcus rodens de la face par la pâte caustique, et s'en déclare assez satisfait.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

La démence précoce (1),

Par le Dr Paul Sérieux,

Médecin des asiles publics d'aliénés de la Seine.

D'intéressants travaux, la plupart récents (Hecker, Charpentier, Christian, J. Voisin, Marro, Ziehen), ont attiré de nouveau l'attention des cliniciens sur les psychoses de l'adolescence, mais c'est à Kahlbaum (1874) et à Kraepelin (1899) que l'on doit d'avoir mis en évidence l'existence d'une entité psychiatrique nouvelle dont l'importance, au point de vue du diagnostic et du pronostic, ne le cède guère qu'à celle de la paralysie générale. Nous voulons parler de la *démence précoce* (2).

Les aliénistes français de la première moitié du siècle dernier avaient montré, en de mémorables études basées sur l'*évolution* des psychoses, qu'un grand nombre d'aliénés considérés comme atteints de maladies mentales diverses (mégalomanie, lypémanie, manie, délire hallucinatoire, démence, délire hypocondriaque, etc.), mais toutes ultérieurement *compliquées* par la démence et la paralysie, que ces aliénés, disons-nous, ne présentaient en réalité que des symptômes divers d'une seule et même affection : la paralysie générale. Il fut prouvé que cette maladie — que certains signes presque pathognomoniques pouvaient faire reconnaître, dès le début, malgré le polymorphisme des idées délirantes, — se terminait d'une façon fatale par la paralysie et par la mort. La *paralysie générale des aliénés* ne pouvait donc plus être considérée comme une complication, analogue au scorbut par exemple, — suivant la comparaison d'Esquirol, — mais comme la période ultime d'une espèce nosologique dont la réalité ne devait plus être contestée.

L'histoire de la démence précoce rappelle presque trait pour trait celle de la paralysie générale. Les travaux remarquables auxquels nous avons fait allusion plus haut l'ont démontré : nombre de sujets que nous considérions comme frappés de psychoses diverses (excitation maniaque, dépression mélancolique, stupeur, catatonie, délires polymorphes des dégénérés, affaiblissement psychique primitif ou secondaire, démence vésanique) ne présentent, en fait, que des manifestations variées d'une maladie spéciale — et par certains de ses symptômes et par sa terminaison — la *démence précoce*. Disons de suite, pour expliquer qu'on ait si longtemps méconnu l'existence de cette entité clinique, que si la paralysie générale parcourt ses diverses périodes en quelques années, la démence précoce, au contraire, évolue beaucoup plus lentement : sa durée est illimitée. En outre les signes physiques sont moins caractéristiques que ceux de la méningo-encéphalite. Ajoutons que la démence précoce ne possède pas, jusqu'ici du moins, — comme la paralysie générale — le criterium de lésions anatomiques indiscutables.

Trömner (1), dans une courte monographie (1900), vient de mettre au point la question de la démence précoce, critique, — et avec juste raison, — la tendance fâcheuse de la plupart des psychiatres à considérer comme des maladies constituant de véritables espèces cliniques des états qui ne sont que des syndromes pouvant appartenir à des psychoses bien différentes ou aux diverses périodes d'une même affection. La lenteur extrême de l'évolution de certaines formes cliniques est une des raisons qui obligèrent longtemps la psychiatrie de se contenter de diagnostics symptomatiques, et de décrire d'innombrables folies sympathiques ou de pseudo-entités morbides telles que la mégalomanie, le délire de persécution, la mélancolie. Sans insister sur les considérations nosographiques de ce genre, bien qu'elles nous apparaissent comme capitales pour qui veut s'orienter dans le vaste domaine des maladies mentales, rappelons que Magnan, il y a longtemps déjà (1882), a eu le rare mérite de réagir contre l'abus qui a été fait des classifications purement symptomatiques ou étiologiques, en tenant compte avant tout de l'évolution morbide. Kraepelin enfin, dans la dernière édition de son traité (1899), vient de jeter les bases d'une classification *naturelle* des maladies mentales dont la haute portée n'échappera à personne (2).

Cessons donc de voir dans la démence précoce, ainsi que le font encore la plupart des auteurs contemporains, une *complication* de vésanies diverses (démence secondaire, démence vésanique). L'histoire des doctrines psychiatriques nous a montré l'erreur des anciens aliénistes pour qui la paralysie générale n'était qu'une complication de la folie. Cherchons aussi à diagnostiquer la démence précoce dès le début des troubles psychiques. Les recherches personnelles auxquelles nous nous livrons depuis un an, à la lumière des travaux que nous venons de citer, nous ont prouvé quelles précieuses indications

1. Extrait d'une communication faite à la Société de médecine de Gand (5 février 1901).
2. Esquirol et Morel ont les premiers étudié la démence précoce.

1. *Das Jugendirresein (Dementia præcox)*, Halle,-a.-S. 1900.
2. P. Sérieux. La nouvelle classification des maladies mentales, du professeur Kraepelin (*Revue de psychiatrie*, avril 1900).

peut fournir la conception de Kraepelin au diagnostic et au pronostic des maladies mentales (1).

On peut définir la démence précoce une psychose caractérisée essentiellement par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence, et se terminant le plus souvent par la démence. Le début de la maladie est habituellement signalé par l'éclosion de troubles délirants polymorphes, mais possédant néanmoins certains caractères particuliers, et accompagnés de troubles physiques.

Pour faciliter la description on peut considérer quatre formes de la démence précoce : 1° la forme simple ; 2° la forme délirante ; 3° la forme catatonique ; 4° la démence paranoïde.

Nous n'insisterons pas sur la *forme simple* que l'on a rarement occasion de rencontrer dans les asiles, mais qu'il importe cependant au praticien de connaître. Elle est caractérisée par une diminution progressive des facultés psychiques ; elle débute en général (Trömner) de 16 à 18 ans : l'attention diminue, la compréhension est lente, l'apathie est la note dominante.

2° *La forme délirante* (hébéphrénie) a pour caractère distinctif le polymorphisme des troubles psychiques. Ce sont tantôt des états de dépression, tantôt des états d'excitation d'apparence maniaque, tantôt des délires hallucinatoires avec plus ou moins de confusion. Les idées de persécution, de grandeur, les préoccupations hypocondriaques, les états neurasthéniques, hystériformes, les idées mystiques, érotiques, sont fréquemment observées, mais il ne s'agit jamais de conceptions délirantes systématisées. Au contraire, ce qui est caractéristique c'est le désordre des manifestations délirantes ; c'est la mobilité, l'absurdité de ces états vésaniques ainsi que la variabilité de l'humeur.

Kraepelin et Trömner insistent avec raison sur le désordre incohérent du langage parlé ou écrit. Ce trouble (« salade de mots » de Forel), qui diffère de l'incohérence des maniaques, des épileptiques, des hystériques, fournit d'utiles indications pour le diagnostic. Ses caractères sont : la permanence de la construction grammaticale, la richesse en mots insolites, prétentieux ou étrangers, les néologismes, le manque de sens (Trömner). Ajoutons avec l'auteur qui précède que le désordre qu'on observe dans le langage de ces malades se retrouve dans leurs allures et leurs actes. Leur physionomie, leurs attitudes, leurs gestes, leurs façons de boire et de manger, leur marche sont bizarres, artificiels ; il semble que les malades s'écartent de la normale volontairement et comme à plaisir. Ils marchent, par exemple, en dansant, en rampant, accroupis, en se dandinant, en se pavanant, etc., etc.

Un caractère sur lequel nous croyons devoir insister et qui a une importance spéciale au point de vue médicolégal, c'est le degré parfois très peu accentué des troubles délirants proprement dits coïncidant avec des attitudes excentriques qui semblent volontairement maintenues, et qui pourraient faire penser à la simulation. Ces cas établissent une transition entre la forme simple et la forme délirante. Une observation très prolongée, de jour et de nuit, et telle que seul le personnel de surveillance peut la pratiquer, permet de constater des réactions anormales, des actes bizarres correspondant à des idées délirantes, à des troubles sensoriels dissimulés par le malade.

1. J. Capgras. Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution sénile. (*Thèse*, Paris 1900.)

Dans la forme délirante il n'y a pas, — ou peu, — de désorientation. L'intelligence, la volonté, sont plus rapidement et plus profondément lésées que la mémoire. L'obtusion et l'indifférence (au point de vue affectif), caractérisent l'humeur. Les rires non motivés, les impulsions subites, les fugues, les accès d'agitation sont fréquents.

Parmi les symptômes qui peuvent faire penser à la démence précoce, il suffit de citer des signes que nous trouverons beaucoup plus accentués dans la forme catatonique : ce sont les tendances à la catalepsie, la suggestibilité, le négativisme, la verbigération, l'apathie, l'écholalie, la stéréotypie.

La forme délirante de la démence précoce s'accompagne de certains troubles somatiques : exagération des réflexes, troubles pupillaires (mydriase), troubles sécrétoires, vaso-moteurs, et enfin attaques convulsives. Les signes musculaires (catatonie) nous paraissent devoir être classés dans les symptômes relevant des troubles de la volonté, si accentués dans la démence précoce.

Après un laps de temps très variable, les délires s'effacent plus ou moins et l'affaiblissement psychique s'installe avec les caractères de la *démence apathique*, ou (moins souvent) de la *démence agitée*. Les malades qui sont le moins touchés peuvent être utilisés à des travaux faciles, et deviennent même parfois d'excellents travailleurs. Les modes de terminaison de la forme hébéphrénique sont, d'après Kraepelin, les suivants : démence profonde dans 75 p. 100 des cas ; faiblesse psychique peu accusée : 17 p. 100. Dans 8 cas p. 100 on a pu considérer les malades comme guéris.

3° *Forme catatonique*. — Cette forme, bien décrite par Kahlbaum, est caractérisée par des *états particuliers de stupeur ou d'excitation, aboutissant le plus souvent à la démence et accompagnés de négativisme, de stéréotypie et de suggestibilité dans les mouvements d'expression et dans les actes* (Kraepelin). Dans cette forme la conscience est plus troublée, le malade est plus désorienté. Le début est en général subaigu et caractérisé par un état de dépression psychique qu'accompagnent des troubles sensoriels et des conceptions délirantes multiples. Le malade conserve le souvenir du passé, la faculté d'attention.

La *stupeur catatonique*, bien différente de la paralysie psycho-motrice de la folie intermittente, est dominée par les manifestations du *négativisme* et de la *suggestibilité*.

Les négativistes opposent à toutes les influences étrangères une résistance élastique : essaye-t-on de déplacer les membres, d'ouvrir les yeux, on se heurte à une contraction musculaire antagoniste. Si l'on en triomphe, les membres reprennent leur position première. Refus de s'alimenter, de se lever, de se vêtir, résistance pour changer de place, rétention volontaire des urines, de la salive, mutisme, insensibilité à toutes les influences extérieures, tels sont les signes les plus habituels du négativisme.

La *suggestibilité* se caractérise par la catalepsie (*attitudes catatoniques*) : flexibilité cireuse des muscles qui conservent les positions les plus anormales qu'on leur imprime, par l'écholalie (reproduction des mots), l'échopraxie (reproduction des gestes). Le négativisme et la suggestibilité se succèdent sans ordre. Il faut noter que la catalepsie peut se rencontrer dans l'imbécillité et dans des cas de stupeur non catatonique, mais l'échopraxie et l'écholalie sont plus caractéristiques : la stupeur qui s'accompagne d'échopraxie est presque à coup sûr, pour Trömner, une stupeur catatonique. Souvent surviennent des impulsions subites.

L'*excitation catatonique* se distingue des états maniaques par la tendance à la stéréotypie dans le langage et les actes. La stéréotypie (Kraepelin) est caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles ou de la répétition fréquente d'un même mouvement. Kraepelin distingue le besoin d'*agir* des maniaques du besoin de *mouvements* sans but des catatoniques. Ces derniers adoptent souvent une marche spéciale (marche en cercle, en carré), exécutent un certain nombre de fois un même mouvement, battent des mains, sautent, font des grimaces, dansent, gesticulent, présentent des tics très variés. La stéréotypie est très fréquente dans les paroles (*verbigération*) et dans les écrits : les malades répètent les mêmes phrases, les mêmes mots, ou les déforment plus ou moins.

La conscience est troublée à des degrés divers d'une façon permanente; cependant une certaine notion de l'état maladif subsiste assez souvent.

La terminaison de la forme catatonique est, d'après Kraepelin, la démence dans 59 cas p. 100. Dans 27 p. 100 des cas, la faiblesse psychique n'empêche pas la sortie du malade. La guérison, — ou mieux une rémission, — survient dans 13 cas p. 100.

4° La *démence paranoïde*. — Dans les formes délirante et catatonique on observe des conceptions délirantes, mais celles-ci s'effacent en général assez rapidement. Au contraire dans la démence paranoïde, le tableau clinique est le suivant (Kraepelin) : affaiblissement intellectuel à développement rapide, avec conservation complète de la lucidité, accompagné de conceptions délirantes et, habituellement aussi, de troubles sensoriels qui constituent les symptômes prédominants pendant de nombreuses années.

Kraepelin distingue deux formes paranoïdes spéciales : l'une comprend les *délires systématisés* dont la plupart des auteurs font au contraire une espèce clinique qui n'a rien à voir avec la démence précoce. Sans méconnaître l'intérêt de la synthèse du professeur de Heidelberg, nous estimons, avec M. Séglas, qu'il est préférable de ne pas élargir outre mesure le cadre de la démence précoce. Nous laisserons donc de côté les délires systématisés bien que la plupart aboutissent tardivement à l'affaiblissement intellectuel.

Par contre la *démence paranoïde* proprement dite fait indiscutablement partie de la démence précoce : il s'agit d'idées de grandeur ou de persécution, point ou peu systématisées, très mobiles, avec excitation légère et habituellement des troubles sensoriels auditifs. On observe également quelques troubles de la conscience, des pseudo-souvenirs, une exagération de la personnalité et certains des signes, plus ou moins accentués, des formes catatoniques (verbigération, stéréotypie).

L'affaiblissement intellectuel est assez rapide : la démence survient en quelques mois ou deux ans.

Ajoutons qu'il existe des cas servant de transition entre les variétés précédentes : formes délirante, catatonique, paranoïde.

Terminaison. — Toutes ces formes de la démence précoce finissent par aboutir, après un laps de temps variable, à un affaiblissement psychique en général assez accentué. Les délires s'effacent plus ou moins, parfois il n'en reste même plus aucune trace.

La démence s'installe avec les caractères de la démence apathique, ou, plus rarement, de la démence agitée. Cette période de démence, dont la durée est illimitée, a certains caractères spéciaux : la stéréotypie, le négativisme, lui donnent un cachet particulier déjà bien décrit par Esquirol. Les malades contractent des habitudes bizarres, des tics, marmottent sans cesse à voix basse, ou se tiennent sans cesse debout; les uns grimacent, d'autres tiraillent leur barbe, leurs cheveux, leur nez. Ce qui frappe le plus chez la plupart des déments précoces, c'est leur extraordinaire *apathie*, c'est la ruine de tous les sentiments affectifs, éthiques. Chez eux ni euphorie ni sensiblerie, comme chez les paralytiques et les déments organiques ou séniles.

Les malades recherchent la solitude et, — bien qu'ils ne soient pas désorientés, — ne s'intéressent à rien de ce qui les entoure, ni à leurs compagnons d'infortune, ni à leurs parents; leur condition actuelle, leur avenir les laissent complètement indifférents; leur attention est très difficile à fixer. C'est en vain qu'on leur parle de ce qui devrait le plus les intéresser, de leur sortie, etc. La pudeur, le dégoût, l'ennui leur sont inconnus. Les troubles du langage sont parfois très accentués (jargonaphasie).

La *fréquence* de la démence précoce est égale dans les deux sexes, mais les formes délirantes sont plus fréquentes chez l'homme, les formes catatonique et paranoïde chez la femme.

L'*étiologie* de la démence précoce est loin d'être connue avec exactitude; on possède cependant certaines notions intéressantes.

La maladie, — ainsi que l'indique son nom, — est en général une affection de l'adolescence. On voit qu'il existerait un processus démentiel spécial pour chacune des grandes périodes de la vie : la démence précoce pour l'adolescence, la paralysie générale pour l'âge adulte, la démence sénile pour la vieillesse. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe des cas de démence précoce se développant à l'âge adulte.

Des 296 cas observés par Kraepelin, 60 p. 100 ont débuté avant 25 ans. La période de début varie d'ailleurs suivant la forme de la maladie.

La proportion des cas ayant débuté avant 25 ans est de 72 p. 100 pour les formes hébéphréniques, de 68 p. 100 pour les formes catatoniques et de 40 p. 100 pour les formes paranoïdes. Kraepelin admet que la catatonie peut se développer à l'âge adulte et même, exceptionnellement, à la ménopause.

Sur 46 cas (femmes) personnels nous trouvons :

Avant 20 ans.	6 cas.
De 20 à 25 ans. . . .	11 cas.
De 25 à 30 ans. . . .	12 cas.
De 30 à 35 ans. . . .	7 cas.
De 35 à 40 ans. . . .	8 cas.
De 40 à 50 ans. . . .	2 cas.

L'hérédité vésanique a été notée dans 70 cas p. 100; son influence se faisant sentir davantage dans les formes paranoïdes. Le niveau mental des sujets avant le début de la maladie était normal dans 60 p. 100 des cas, faible dans 34 p. 100, et inférieur dans 7 p. 100. Chez 20 p. 100 des sujets il existait des tares névropathiques personnelles antérieures (Kraepelin). Les stigmates physiques de dégénérescence sont assez fréquents.

Parmi les causes provocatrices on cite l'état puerpéral, l'emprisonnement, surtout pour la catatonie.

La démence précoce paraît devoir être attribuée à des lésions de l'écorce cérébrale relevant d'une auto-intoxication, probablement d'origine sexuelle (Kraepelin), ainsi que tendrait à le faire croire la période de la vie à laquelle débute la maladie, l'influence de la puberté, de la menstruation, de l'état puerpéral. C'est aussi l'opi-

nion de Régis, qui, au dernier Congrès international de médecine mentale, a rangé une partie des cas d'hébéphrénie (notamment ceux avec catatonie) dans les psychoses par auto-intoxication.

Il importe de faire une remarque au point de vue de l'action respective des toxiques inconnus qui déterminent la démence paralytique et la démence précoce. Le premier frappe et détruit non seulement le cerveau dans sa totalité, mais encore le bulbe, la moelle et les nerfs, et même — suivant Kraepelin — les viscères les plus importants (cœur, reins) ainsi que les vaisseaux; l'action de ce poison est toujours mortelle.

Dans la démence précoce au contraire, le poison a une action élective sur les centres psychiques les plus élevés, (destruction des centres d'association?), respectant ou n'intéressant que passagèrement les centres sensitivo-moteurs (centres de projection). Il laisse intacts les viscères sans aboutir, comme dans la paralysie générale, à leur destruction; il ne compromet jamais le fonctionnement de la vie végétative et l'existence du malade. Enfin, on connaît des cas de guérison.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique* nous signalerons rapidement l'*atrophie* notable de la région antérieure du cerveau constatée par Parchappe, et la destruction d'un nombre assez considérable de cellules de l'écorce cérébrale trouvée par Nissl.

Le *diagnostic* de la démence précoce peut assez souvent être fait dès le début, et la chose a son importance en raison de la gravité du pronostic.

Ce n'est pas seulement dans les cas nets de catatonie que le diagnostic pourra être établi, mais encore dans les formes délirantes et paranoïdes : la constatation de certains signes caractéristiques permettra de faire soupçonner le début d'une démence précoce et non une bouffée délirante passagère. Parmi ces signes il faut citer les formes frustes de la catatonie : tendances à la catalepsie, au négativisme, à la confusion du langage parlé (verbigération) ou écrit, allant jusqu'à la paraphasie et la jargonaphasie, et cela, malgré l'absence d'agitation. Ajoutons encore les troubles graves de la personnalité sans rapport avec l'activité du délire, l'*apathie*, la puérilité, la faiblesse du jugement, les attitudes et les gestes stéréotypés, la présence de certains signes physiques. Mais on n'oubliera pas que certains signes catatoniques peuvent se rencontrer dans les états toxiques (infections, psychoses urémiques) et dans les états organiques du cerveau.

Dans la *forme simple* de la démence précoce il faudra penser à la neurasthénie, à la paralysie générale juvénile, aux tumeurs cérébrales, à la dépression mélancolique, aux affaiblissements psychiques post-infectieux.

Les formes *délirantes* ou *sub-délirantes* devront être distinguées de l'excitation maniaque et des états dépressifs, des délires des dégénérés, de la folie intermittente, de l'hystérie, des états de confusion hallucinatoire aiguë, des psychoses épileptiques et urémiques (Régis). Le diagnostic avec les états maniaques ou mélancoliques survenus chez des débiles peut présenter des difficultés. Il en est de même du diagnostic avec la neurasthénie.

Les formes *catatoniques* doivent être distinguées de la stupeur non catatonique, de l'agitation maniaque, des divers états cataleptiques, de l'*amentia*, de la paralysie générale, des états toxiques et infectieux (fièvre typhoïde).

Enfin la *démence paranoïde* peut être confondue avec les délires systématisés, le délire chronique à évolution systématique. Dans certains cas on pourrait penser à l'aphasie incohérente.

Si la connaissance des diverses formes de la démence précoce est importante au point de vue clinique, elle ne l'est pas moins sous le rapport *médico-légal*. Les déments précoces sont, en effet, souvent l'objet, comme les paralytiques, de condamnation : si l'on méconnaît chez ces deux catégories de malades l'existence de troubles psychiques, c'est que ceux-ci consistent souvent en un affaiblissement psychique simple et que les idées délirantes peuvent ou faire défaut ou être très atténuées, très mobiles. Dans une étude toute récente sur les psychoses des prisonniers, Rudin a constaté que la plupart des sujets atteints étaient des déments précoces, qui, après une adolescence normale, avaient été pris d'excitation, s'étaient livrés au vagabondage, puis étaient tombés dans la démence. C'est surtout chez les jeunes soldats qu'il faudra penser à la possibilité de la démence précoce; d'autant qu'une erreur de diagnostic peut avoir des conséquences graves. Ajoutons qu'il importe, étant donné le caractère « contraint », artificiel, de certaines manifestations des déments précoces, de ne pas se croire autorisé, en constatant des manifestations de ce genre, à affirmer la simulation.

Les beaux résultats qu'a donnés le traitement du myxœdème par le corps thyroïde autorisaient à tenter des essais analogues dans la cure de la démence précoce que l'on tend à attribuer, comme le myxœdème, à une auto-intoxication. Mais, dans l'espèce, c'est un peu au hasard que ces expériences thérapeutiques pouvaient être faites, en raison de l'absence de données précises sur le point de départ de l'auto-intoxication supposée.

Trömner signale l'échec de l'organothérapie. J'ai essayé, également sans résultat, le corps thyroïde, l'ovarine. Régis a observé des améliorations chez des jeunes filles à la suite du traitement ovarique. Je crois qu'il est légitime de poursuivre des recherches dans ce sens. On a recommandé l'emploi d'une médication physique (enveloppements humides, hydrothérapie) en vue d'activer l'élimination des toxiques par la sueur et l'urine.

Trömner conseille aussi la rééducation des déments précoces tranquilles. Cette méthode me paraît d'autant plus recommandable qu'elle a donné de bons résultats chez des aphasiques : d'ailleurs elle est plus ou moins appliquée dans nombre d'établissements, surtout dans les asiles-colonies, où les déments précoces constituent un fort contingent de travailleurs.

Dans cette rapide esquisse de la démence précoce je n'ai pu que tracer les grandes lignes d'un tableau dont les détails sont très complexes. Il va sans dire que bien des points restent encore obscurs, en particulier pour ce qui est de la délimitation de la démence précoce et des démences secondaires proprement dites. C'est là l'œuvre de l'avenir. Malgré l'imperfection de nos connaissances actuelles, il n'en faut pas moins accueillir avec faveur l'intéressante conception du professeur Kraepelin, et donner droit de cité à la démence précoce, qui est appelée à assurer plus de précision au diagnostic et au pronostic des maladies mentales.

REVUE GÉNÉRALE

Etude clinique du déciduome malin,

D'après M. le Dr G. Métoz (1).

Étiologie et pathogénie. — En parcourant l'ensemble des observations de déciduome malin, la première chose que l'on remarque est qu'il y a toujours eu grossesse, soit accouchement normal, soit avortement, soit môle hydatiforme. Ces faits imposent une première conclusion : c'est qu'un produit de conception vrai ou faux, fœtus ou môle, a toujours précédé l'évolution d'un déciduome malin.

Le moment où l'affection se présente peut être très rapproché du dernier accouchement normal ou anormal, dans l'ensemble des observations on trouve comme moyenne un intervalle de 4 à 8 mois. D'autres fois, il peut exister un intervalle de temps beaucoup plus long.

Les femmes atteintes de déciduome malin sont en général jeunes. Il n'existe qu'un cas de femme ayant eu un déciduome malin à un âge avancé (obs. de Mayer, femme de 55 ans). En général, l'âge moyen des femmes qui en sont atteintes est de 26 à 40 ans.

Il existe un point très intéressant dans l'étiologie du déciduome et bien mis en lumière à l'heure actuelle. Les différentes statistiques des auteurs qui se sont occupés de la question nous montrent, en effet, que la môle hydatiforme est un facteur aussi considérable que l'accouchement normal ou l'avortement dans l'étiologie de cette tumeur. A l'heure actuelle on compte à peu près 98 cas connus, et dans cette statistique nous retrouvons que 48 fois ce furent des môles hydatiformes qui précédèrent le déciduome malin.

Quelle est la pathogénie du déciduome?

Quand on passe en revue les diverses hypothèses qui ont été formulées, il en résulte une seule conclusion bien évidente, c'est que le déciduome, tumeur sans doute épithéliale, exige pour se manifester la présence antérieure d'une villosité choriale dont le revêtement épithélial, enclavé à un certain moment dans les parois utérines, se met à proliférer d'une façon prodigieuse au point de déterminer la tumeur qui fait l'objet de l'étude de notre thèse.

Étude clinique. — Il est du déciduome malin comme de l'épithélioma banal de l'utérus, il se greffe, s'établit, gagne la masse musculaire utérine sans dévoiler sa présence et arrive le plus souvent à son état parfait avant de s'être manifesté par un symptôme quelconque. Ce n'est que lorsqu'il a atteint un certain volume, que lorsque des masses fongueuses et sans consistance se sont développées, que des hémorrhagies intenses viennent le trahir et par leur fréquence occasionner un juste émoi à la femme qui ne se doutait pas de son état de santé. Ce mode de début si insidieux appartient surtout au déciduome qui survient à la suite d'un avortement ou d'un accouchement. Mais il en est toutefois un autre mieux caractérisé, c'est le cas du déciduome consécutif à une grossesse molaire. On s'aperçoit alors que la femme n'a jamais cessé de perdre depuis l'expulsion de la môle, peu il est vrai; mais l'écoulement sanguinolent n'a jamais complètement disparu. La femme est obligée de se garnir et de faire usage d'injections vaginales.

Le premier symptôme qui dévoile la présence de cette tumeur est, de l'avis de tous les cliniciens, l'hémorrhagie utérine : elle est due à l'envahissement et à la destruction des vaisseaux par les masses végétantes. L'apparition, la durée de ces métrorrhagies et la quantité de sang perdu à leur suite ne sont soumises à aucune loi.

Mais un des caractères les plus importants de ces hémorrhagies est leur extraordinaire ténacité : elles sont réellement, comme on les a appelées, incoercibles et résistent à toute intervention : lavage de la cavité utérine, tamponnement, voire même curettage.

A la suite de ces hémorrhagies et durant leur intervalle peut survenir un écoulement roussâtre à teinte rappelant celle du café, sans jamais toutefois devenir nettement purulent, ni rappeler l'odeur fétide de l'écoulement de l'épithélioma utérin. Ce suintement est dû à d'anciens foyers hémorrhagiques en dissolution dans un liquide séreux. Cet écoulement a pu quelquefois devenir purulent et fétide, mais ce fut toujours à la phase ultime de l'évolution de la tumeur, quand les métastases vaginales se sont gangrénées et quand une infection secondaire due aux putréfactions des débris fongueux est venue se surajouter à la maladie et provoquer en même temps des élévations de température. Ces pertes peuvent parfois sur le décours de la maladie remplacer les hémorrhagies, la chose est d'ailleurs fort rare, le plus souvent elles se surajoutent à celles-ci et agissent alors sous forme de complications. Dans certains cas, de véritables coliques utérines ont accompagné les hémorrhagies : d'autres fois de violents vomissements sont survenus au début de grandes métrorrhagies.

Lorsque le déciduome malin succède à une grossesse molaire, on remarque à la palpation que l'utérus est augmenté de volume; on a la sensation d'une masse en général de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, ce qui peut faire songer à une involution utérine incomplète. Quand, au contraire, le déciduome survient à la suite d'un avortement ou d'un accouchement normal l'utérus malade ne dépasse jamais le volume d'une grossesse de 3 mois. Par le palper on rencontre le plus souvent une tumeur lisse et régulière, quelquefois des nodosités viennent faire saillie à sa surface.

Lorsque l'on fait le toucher vaginal, on rencontre assez souvent un col entr'ouvert; d'autres fois le col est normal, la muqueuse saine n'offre ni bosselures, ni érosions, cependant sa coloration de rose pâle peut passer au rouge sombre ou au rouge vineux. Quelquefois, le col étant entr'ouvert, on a pu sentir à travers son orifice externe une tumeur mollasse, sans résistance, donnant la sensation d'un polype placentaire. Mais le plus souvent, pour explorer la cavité utérine, on est obligé de dilater le col. Lorsque cette dilatation est faite, le doigt introduit rencontre en un endroit de la muqueuse, généralement les faces ou le fond de l'utérus, une tumeur peu développée, ne dépassant presque jamais en surface une pièce de 5 francs, souvent légèrement pédiculée. Cette tumeur offre au doigt la sensation d'une masse végétante, fongueuse, friable et très vasculaire. A l'endroit où elle s'implante sur l'utérus, celui-ci est très aminici. Les parois saines de l'utérus paraissent épaissies, sa cavité est nettement augmentée et contient presque toujours des caillots qui n'attendent qu'une hémorrhagie un peu violente pour être expulsés.

Ces symptômes forment la première étape de la maladie. Un peu plus tard, apparaissent les métastases qui sont si fréquentes qu'elles forment à elles seules une véritable période dans la marche de la maladie. D'après les statistiques de Eiermann, de Rosinelli, de Pestalloza

1. G. Métoz. Du déciduome malin (*Thèse* de Paris, 1900).

elles existent dans la proportion de 90 p. 100 des cas connus. Elles peuvent affecter tous les organes; mais il en est pour qui elles ont une véritable prédilection : ce sont les parois vaginales et les poumons qui le sont dans la plupart des cas, à tel point que Neumann a pu dire que les métastases pulmonaires à elles seules existent dans la proportion effrayante de 50 p. 100.

En général les métastases surviennent durant la seconde période de l'évolution de la tumeur, au moment où la tumeur est bien installée. Parmi ces métastases celles qui occupent le plus spécialement le chirurgien ce sont les métastases vaginales. Celles-ci apparaissent sous forme d'un petit noyau, souvent au niveau de la racine des petites lèvres, et se font remarquer de la femme par la gêne qu'elles occasionnent dans la marche. D'autres siègent le long des parois antérieure ou postérieure du vagin. Elles restent durant un certain temps sous-muqueuses, recouvertes de la muqueuse du vagin qui à leur endroit paraît lisse, tendue, colorée en rouge vineux. Ces métastases vaginales donnent souvent la sensation de rénitence et voire même de fluctuation. Elles gagnent peu en profondeur, et ce n'est que très tardivement que ces métastases vaginales envahissent l'urèthre, la vessie ou la closion recto-vaginale. Sur le décours de la maladie elles s'ulcèrent, donnent lieu à de grandes hémorrhagies, peuvent se gangréner, et alors, à ce moment, elles occasionnent un suintement noir, roussâtre et très fétide.

Les métastases pulmonaires peuvent occuper toute la surface du poumon : en général elles se localisent au sommet ou à la base. Les noyaux métastatiques sont tantôt superficiels, tantôt noyés dans le parenchyme pulmonaire. Lorsque ces métastases sont superficielles elles forment souvent un semis rugueux, chaque granulation variant de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois : parfois elles arrivent à recouvrir entièrement la surface des deux poumons. Les femmes qui en sont atteintes offrent la physionomie de personnes atteintes de bronchite chronique, au dire de Neumann. L'expectoration devient jaune verdâtre, visqueuse, purulente. Les crachats nummulaires peuvent être même sanguinolents, de couleur sucre d'orge bien teintée, donner l'illusion d'une pneumonie, illusion qui peut encore être entretenue par une fièvre pouvant simuler une véritable infection pulmonaire. Les crachats ne révèlent pas d'éléments caractéristiques de la tumeur sous le champ microscopique. A l'auscultation on perçoit des frottements pleuraux, quelquefois des craquements et même du gargouillement. La sonorité pulmonaire est toujours restée normale. Les métastases pulmonaires peuvent amener à elles seules la mort.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux apparaissent de bonne heure. En effet à peine le déciduome est-il installé que nous voyons la patiente s'anémier, maigrir, perdre ses forces, que nous voyons son teint se décolorer, sans toutefois revêtir la coloration jaune paille du néoplasme utérin. Rapidement la malade passe à un état cachectique; ses yeux s'excavent, les pommettes deviennent saillantes, les rides du visage s'accentuent.

A la suite de ces hémorrhagies utérines si tenaces, et quelquefois si abondantes le nombre des globules sanguins diminue en notable proportion. La numération de ces globules peut même donner un résultat terrifiant, comme dans le cas de notre observation où le microscope dévoilait seulement 2 418 000 rouges par centimètre cube. L'examen du sang ne fait découvrir qu'une anémie intense, on ne trouve pas d'altération dans la forme des globules rouges ou blancs. Le système lymphatique est moins touché par le déciduome que par toute autre infection néoplasique.

D'après l'évolution de cette tumeur nous pouvons diviser sa marche en deux grandes périodes. Dans la première on constate des hémorrhagies, premier symptôme du déciduome malin. En même temps, par le toucher vaginal et intra-utérin, on se trouve en présence d'un utérus souvent augmenté de volume, quelquefois légèrement enclavé, d'une consistance un peu molle, à cavité présentant en un point généralement unique des fongosités à hémorrhagies faciles. Dans cette même période et surtout à sa fin on s'aperçoit que la malade s'anémie, perd tout appétit et que ses forces diminuent.

La seconde phase, l'ultime, se caractérise par des métastases vaginales faciles à percevoir au toucher, par des métastases pulmonaires que l'auscultation, la toux et l'expectoratien peuvent faire soupçonner. En même temps se produit l'exagération des phénomènes de début : hémorrhagies de plus en plus fréquentes, utérines d'abord, puis hémorrhagies des métastases avec sphacèle de ces mêmes métastases.

Enfin surviennent des élévations de température, puis un écoulement vaginal continu, roussâtre et quelquefois séro-purulent, dû souvent à des infections utérines secondaires. A partir de cette époque les jours de la malade sont comptés et la mort survient à la suite d'une anémie entretenue par ces hémorrhagies réitérées, quelquefois même par les généralisations de la tumeur. Tel est dans son ensemble le tableau classique du déciduome malin : aussi le pronostic est-il très sévère. La durée du déciduome est excessivement courte, rarement elle dépasse 8 mois, généralement l'affection entraîne la malade au 4e ou 5e mois de son évolution : aussi peut-on dire que, de toutes les néoplasies utérines, le déciduome est de beaucoup la plus rapide dans son évolution, et partant la plus terrible.

Diagnostic. — Les difficultés du diagnostic varient suivant les divers aspects cliniques que revêt le déciduome malin.

Tant que la tumeur reste pour ainsi dire à un état latent, tant qu'aucun symptôme ne vient la trahir, il est bien évident que le diagnostic est impossible. Mais dès que des hémorrhagies abondantes et surtout fréquentes surviennent chez une femme qui a eu des grossesses, qui a expulsé surtout une môle hydatiforme, le clinicien doit songer au déciduome. Aucune affection utérine ne provoque des hémorrhagies aussi fréquentes, aussi tenaces : la métrite hémorrhagique, le fibrome, provoquent surtout des ménorrhagies, des troubles de la menstruation s'accompagnant de leucorrhée, mais jamais d'écoulement sanguinolent aussi tenace. L'hémorrhagie avec l'ensemble de ses caractères formera donc le premier signe de quasi-certitude, elle détermine le médecin à examiner l'utérus de la femme malade. L'examen intra-utérin sera le second point de repère dans la voie de notre diagnostic. Si à l'aide du doigt introduit dans la cavité utérine on rencontre en un point une surface peu étendue, se détachant nettement de la muqueuse utérine, sans résistance, fongueuse, saignant au moindre contact, si avec cela avant d'arriver sur cette surface on a rencontré quelques caillots, on est à peu près sûr du diagnostic. Cet examen aura éliminé l'épithélioma du col, les fibromes sous-muqueux, les métrites : en effet, dans l'épithélioma du col l'ulcération siège au niveau du museau de tanche, celui-ci est bosselé, ulcéré; de plus,

la présence d'un écoulement horriblement fétide fait disparaître tous les doutes. Quant aux fibromes, ils ne causent jamais d'altération de la muqueuse utérine sensible au doigt, ils ne provoquent en général qu'un agrandissement de la cavité utérine. Dans la métrite, le museau de tanche est augmenté de volume, surtout transversalement (col en massue); la cavité utérine n'offre que des érosions reconnaissables d'ailleurs au doigt à leur sensation veloutée, mais jamais en un point des saillies pouvant simuler les végétations du déciduome malin.

Enfin, dans le cas d'un épithélioma du corps, le doigt rencontre une surface pouvant, il est vrai, saigner au moindre contact, mais cette surface malade est beaucoup plus étendue que dans le cas d'un déciduome malin; de plus, les bourgeons mollasses et plus volumineux reposent sur un fond induré, une sorte de coque ligneuse; enfin, le doigt revient recouvert de cet écoulement roussâtre et fétide, particulier au néoplasme utérin. Si à ce moment le diagnostic paraît encore douteux, le clinicien devra recourir au 3e élément de diagnostic : l'examen anatomo-pathologique d'une partie de la tumeur qu'il est toujours facile de ramener de la cavité utérine : dès lors le diagnostic est parachevé et l'on n'aura plus qu'à précipiter l'intervention.

En résumer, on peut dire que le diagnostic au début, bien avant l'apparition des métastases, peut être posé d'une façon absolue : il suffit de se baser sur les différents caractères des hémorrhagies, sur l'examen de la cavité utérine et enfin sur les résultats recueillis à la suite de l'examen microscopique d'une partie de la tumeur.

Traitement. — A-t-on fait le diagnostic de déciduome malin; l'indication est non pas de débarrasser l'utérus de ses fongosités par des curettages répétés sous prétexte de parer à des accidents redoutables, tels que les hémorrhagies et l'anémie, mais d'attaquer directement le mal dans sa forteresse, c'est-à-dire pratiquer dans le plus bref délai l'hystérectomie.

Quand par un examen sérieux on aura reconnu que l'utérus n'est pas enclavé par des adhérences péritonéales, que ses annexes, ovaires et trompes, ne sont pas devenus kystiques, on recourra à l'hystérectomie vaginale. Dans le cas contraire, il faudra procéder à l'hystérectomie abdominale. Il en sera de même lorsque par un toucher intra-utérin on aura reconnu que le muscle est fortement envahi par la néoplasie, et par suite devenu friable au point de ne pas résister à la pression nécessaire à son abaissement dans le cours d'une hystérectomie vaginale.

Pour être complet, nous devons toucher au traitement de la môle hydatiforme. En présence d'une grossesse molaire diagnostiquée chez une femme en imminence d'avortement, l'accoucheur doit aussitôt songer à débarrasser l'utérus de son contenu. A ce sujet, on doit procéder tout d'abord non pas à un curettage mais à un curage de la cavité utérine; on ne fera un véritable curettage que 10 jours après l'expulsion de la môle. Pour pratiquer le curage on doit se servir d'une grande curette mousse, fenêtrée, en forme d'étrier, sorte de grande cuiller, avec laquelle on pénètre dans la masse des vésicules et l'on ramène doucement la môle, débris par débris. Lorsque l'opération est terminée, on fait un grand lavage de la cavité utérine avec la solution iodo-iodurée de Tarnier. On finira le pansement en introduisant une mèche de gaze iodoformée dans l'utérus pour prévenir autant les hémorrhagies secondaires que l'infection par sphacèle des débris de môle. On répétera ce pansement tous les jours pendant les 10 jours qui suivront l'expulsion de la môle.

Ce n'est que le 10e jour après cette expulsion que l'on procédera à un véritable curettage. A ce moment, une partie des détritus de môle qui auront échappé au curage seront mis en relief par les parois de la cavité utérine redevenues plus planes. Deux jours avant de pratiquer le curettage, c'est-à-dire au 8e jour, après avoir fait un lavage de la cavité utérine à la solution iodo-iodurée, on devra bourrer cette cavité à la gaze iodoformée.

Le curettage fait, on lave la cavité utérine, soit avec la solution iodo-iodurée, soit avec une solution de permanganate de potasse à 1/1000. On cautérise ensuite l'utérus à l'aide d'un écouvillon imbibé de glycérine créosotée ou d'une solution de chlorure de zinc au 1/8. Puis on bourre la cavité utérine de gaze iodoformée. Le premier pansement se fera deux jours après : on cautérisera de nouveau à l'aide de la glycérine créosotée, puis on fera un nouveau tamponnement. On fera 4 ou 5 pansements de cette façon, un tous les 2 jours. La femme que l'on aura ainsi traitée sera surveillée attentivement pendant plusieurs semaines.

Néanmoins, tout danger n'est pas écarté : en effet, malgré l'opération secondaire prophylactique, des débris de môle auront pu rester enclavés, une hémorrhagie pourra survenir : dans ce cas il faudra dilater le col et faire un toucher utérin. Si l'on constate l'existence de noyaux saillants ou de fongosités, le diagnostic de tumeur maligne déciduale s'imposera, et la seule indication sera de faire l'hystérectomie sans tarder.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Sigallas. *Étude de l'acné hypertrophique du nez.* N° 132. (L. Boyer.)

M. Duvernoy. *De la rhinoplastie partielle.* N° 180. (Boyer.)

M. Siffre. *Contribution à l'étude des anomalies dentaires.* N° 157. (Pochy.)

M. Bricet. *Traitement des kystes hydatiques par la réduction sans drainage.* N° 105. (L. Boyer.)

M. Gigon. *De l'appendicite d'origine cæcale typhlo-appendicite.* N° 123. (Steinheil.)

M. Borderie. *Essai sur les indications thérapeutiques dans les appendicites non spécifiques.* N°. 140. (L. Boyer.)

M. Coste. *Étude de quelques cas rares d'hématomes de la fosse iliaque droite, ayant simulé l'appendicite.* N° 142. (Maloine.)

M. Lécureuil. *Contribution à l'étude des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite.* N° 114. (L. Boyer.)

M. H. Rouault. *Ankylose de la hanche. Ostéotomie, résection orthopédique, interposition musculaire.* N° 101.

M. Ranson. *Étude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire.* N° 189. (L. Boyer.)

M. Gambier. *De la cure radicale de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale.* N° 186. (L. Boyer.)

M. Gantois. *De l'extirpation précoce dans les synovites tuberculeuses.* N° 143. (L. Boyer.)

L'acné hypertrophique du nez nécessite, pour M. Sigallas, le traitement chirurgical.

Au début divers moyens sont employés pour enrayer la marche du processus; l'auteur préconise l'électrolyse. Lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs pédiculées, on n'a que l'embarras du choix dans les moyens de diurèse. Mais lorsqu'il s'agit d'hypertrophie diffuse, englobant tout le squelette ostéo-cartilagineux du nez, l'opération doit, sous peine de récidive, consister dans l'ablation complète des téguments hypertrophiés.

Dans ce cas, le procédé de choix est la décortication du nez au bistouri et de préférence aux ciseaux, suivie de la cautérisation légère de la surface cruentée. De cette façon, on obtient une restauration morphologique du nez, plus artistique et plus durable, et on ne s'expose pas aux hémorrhagies et aux érysipèles consécutifs.

Si l'on veut recourir à la rhinoplastie après la décortication, c'est à la méthode italo-allemande que l'on aura recours. Mais le plus souvent ces opérations complémentaires sont inutiles, la cicatrisation obtenue après la décortication simple par bourgeonnement de la plaie, se présentant, au bout d'un certain temps, avec l'aspect de la peau normale.

La restauration partielle du nez donne souvent d'excellents résultats. Ces résultats dépendent presque toujours de la bonne exécution du procédé employé.

D'après M. Duvernoy, pour la restauration d'une narine complètement détruite le procédé à lambeau naso-génien paraît le meilleur.

Lorsque la narine est incomplètement détruite, le procédé de Nélaton est excellent.

Pour la réfection du lobule du nez la greffe de Thiersch donne un résultat très satisfaisant lorsque la portion cartilagineuse du lobule n'est pas atteinte. Dans le cas contraire, la méthode italienne donnera la meilleure réparation.

La restauration de la sous-cloison n'a fourni jusqu'ici que des résultats assez médiocres, en ce sens que la sous-cloison refaite exclusivement avec des parties molles a toujours manqué de solidité.

Les pertes de substances des parties dorso-latérales du nez doivent être comblées avec un lambeau frontal pris par la méthode indienne.

Exceptionnellement dans ce cas la méthode française trouvera ses indications.

L'antagonisme inverse est une irrégularité dentaire d'origine mécanique qui peut être évitée par la suppression des obstacles qu'une dent trouve pendant son évolution et qui lui fait suivre une ligne différente de celle qu'elle aurait suivie si lesdits obstacles n'avaient pas existé.

D'après M. Siffre, cette irrégularité est d'emblée permanente parce que, d'une part, l'arc dentaire temporaire étant égal à l'arc dentaire permanent, il ne peut, par augmentation de tissu osseux pendant la deuxième dentition se produire d'agrandissement susceptible de permettre à aucune irrégularité en général, et à l'antagonisme inverse en particulier, d'effectuer sa correction spontanée de ce fait. D'autre part, parce que les organes qui le constituent étant permanents, l'irrégularité ne peut cesser que par la disparition de l'un d'eux.

La correction de l'antagonisme inverse est obtenue par les moyens mécaniques, appareils divers, à action lente ou par une opération chirurgicale qui consiste à forcer les dents à se placer immédiatement au point normal que ces appareils ne pourraient lui faire atteindre qu'après plusieurs semaines d'application.

M. Bricet décrit dans sa thèse le procédé de traitement des kystes hydatiques par la réduction sans drainage, procédé de M. Pierre Delbet. Il comprend 3 modes opératoires, gradués suivant la gravité du mal :

1° Réduction sans suture;
2° Réduction avec suture;
3° Réduction avec capitonnage et suture.

Les lavages et surtout le grattage de la poche doivent être rejetés comme inutiles ou dangereux.

On cherchera à appliquer le procédé de M. Pierre Delbet à tous les kystes hydatiques non suppurés, quel que soit leur siège. On y réussira dans la grande majorité des cas.

Seuls les kystes suppurés n'en sont pas justiciables et restent acquis à la marsupialisation, qui est pour eux une opération de nécessité.

Le capitonnage sera employé dans les cas où la poche est trop volumineuse et ses parois trop résistantes pour qu'on puisse espérer un accolement rapide de ces parois.

Pour les kystes du foie, il n'est pas prudent de réduire la poche sans la suturer, parce que s'il survenait un suintement bilieux ou hémorrhagique l'épanchement se ferait dans la cavité péritonéale.

Pour M. N. Gigon, la typhlite existe réellement.

Un certain nombre de cas d'appendicites sont au début des typhlites : les follicules clos du cæcum peuvent être frappés d'emblée par le processus infectieux aussi bien que ceux de l'appendice.

Les lésions du cæcum ne diffèrent pas d'ailleurs de celles de l'appendice, et débutent par une folliculite généralisée ou localisée, le plus souvent autour de l'orifice de l'appendice, mais quelquefois très loin de lui, à la limite supérieure du cæcum.

L'ulcération, la perforation avec péritonite localisée ou généralisée se voient comme dans l'appendicite. On trouve plus souvent que dans l'inflammation de l'appendice des brides épiploïques rétrécissant le cæcum, des adhérences avec les anses intestinales, menace constante d'occlusion.

Au début, ces affections peuvent être rangées dans le cadre des para-appendicites de Quénu.

Le diagnostic a peu d'importance, car les indications opératoires sont les mêmes dans les cas de typhlite ou d'appendicite.

Le chirurgien qui ouvre un ventre pour une appendicite ne doit pas se contenter d'enlever l'appendice; il doit inspecter le cæcum pour suturer les perforations s'il y en a, avant de refermer le péritoine. De plus, il prendra les plus grandes précautions pour enfouir le moignon appendiculaire, temps qui sera souvent rendu difficile par la friabilité de la paroi cæcale.

Pour M. Borderie, l'appendicectomie à froid reste l'opération de choix; théoriquement il faut la conseiller à tout malade qui a eu une crise appendiculaire bien constatée; pratiquement il sera bon de faire remarquer que l'opération n'est pas toujours facile ni toujours inoffensive.

Le moment de l'intervention à froid sera déterminé par le cas clinique observé : si la crise a été légère, si au bout de 24 ou 48 heures tout est rentré dans l'ordre, on pourra opérer au bout de 15 à 20 jours; si la crise a été plus violente, si la fièvre a persisté pendant quelques jours, il faudra attendre au moins un mois; dans les formes caractérisées, à leur début, par une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour opérer véritablement à froid; enfin si la collection péri-appendiculaire s'est vidée dans l'intestin, on ne saurait trop reculer la date de l'intervention : il faudra temporiser pendant 3, 4 et 5 mois.

D'après M. Coste, il peut se faire, dans la région de la fosse iliaque droite, des épanchements sanguins, apparaissant brusquement, et dont la marche est identique à celle d'une appendicite.

Le siège de ces collections est variable ainsi que leur cause : le tissu cellulaire sous-péritonéal, la cavité péritonéale elle-même, la gaine du psoas.

La rupture des veines utéro-ovariennes variqueuses du fait de la grossesse, la rupture des veines spermatiques variqueuses du fait d'un varicocèle sont vraisemblables et possibles, quoiqu'aucun cas indiscutable n'en ait été signalé jusqu'à présent dans cette région.

L'incision et le drainage de la poche sont le traitement de choix de ces collections.

Pour M. Lécureuil, les fistules entéro-cutanées observées au cours et à la suite de l'appendicite peuvent se produire spontanément par ouverture d'abcès ou être consécutives au traitement chirurgical de la maladie. Aujourd'hui, on a affaire presque exclusivement à des fistules post-opératoires, car le traitement chirurgical est ordinairement mis en œuvre avant l'ouverture spontanée de l'abcès.

Ces fistules peuvent être stercorales ou pyo-stercorales. Selon

la quantité de matières fécales qui s'échappe par la plaie, on dit qu'il y a fistule ou anus contre nature.

Les matières peuvent apparaître au cours de l'opération ou quelques jours après.

Qnand elles apparaissent au moment de l'opération, la perforation peut être due suivant les cas : à une ulcération ou à une section de l'appendice, à des ulcérations du cæcum ou des anses voisines par les abcès, enfin à une déchirure des parois du cæcum dans toute leur épaisseur.

L'ankylose vicieuse de la hanche est une infirmité souvent très gênante, très pénible, mais que la chirurgie peut atténuer beaucoup. Le redressement forcé l'ostéoclasie, longtemps en honneur, sont des méthodes mal réglées, aveugles, dangereuses, incertaines au point de vue du résultat : il faut les rejeter. Avec l'ostéotomie, suivant M. Rouault, on fait à peu près ce qu'on veut, et l'on voit ce que l'on fait. Elle n'a aucun des dangers des précédentes méthodes : depuis l'antisepsie elle a perdu presque toute gravité. Le but que le chirurgien devrait toujours chercher à atteindre dans une ankylose de la hanche, c'est la restitution de la fonction articulaire. Toutefois, chez les sujets obligés pour vivre à marcher beaucoup ou à rester longtemps debout, un membre rigide mais droit sera plus utile qu'un membre mobile, il est vrai, mais moins solide. Alors on aura recours, suivant les cas, soit à l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne pour les déviations moyennes, soit à la résection au siège de l'ankylose si l'angle de la déviation est trop marqué. Le procédé le plus rationnel et le plus sûr pour obtenir la néarthrose est la résection interfémoro-iliaque avec sculpture d'une nouvelle tête fémorale et d'un nouveau cotyle. Dans l'ankylose bilatérale, où la néarthrose est absolument indispensable, il sera prudent de faire une interposition musculaire, qui donne une certitude plus grande à cet égard.

Pour M. Ranson, l'hystérectomie abdominale totale complétant l'ablation d'une tumeur ou d'un kyste de l'ovaire est légitime à l'époque actuelle. Elle n'augmente nullement la gravité opératoire : les statistiques de ces dernières années, d'accord avec les cas étudiés, établissent que les insuccès opératoires ne peuvent être imputables à l'hystérectomie ellemême.

L'extirpation de l'utérus faite avec celle des annexes ne saurait avoir d'influence fâcheuse sur la santé ultérieure des opérées.

Pour M. Gambier, la méthode de l'inversion — méthode de Vautrin et Jaboulay — exécutée jusqu'ici par le retournement fibro-vaginal après décortication sons-séreuse et hémostase, est une méthode qui a toute la valeur de l'excision totale, mais elle se réalise beaucoup plus simplement par le procédé de retournement massif, cellulo-fibro-vaginal, sans aucune décortication et sans hémostase. La notion même de retournement, comme manœuvre générale de chirurgie opératoire, exclut celle de décortication, sous peine de perdre tous ses avantages sur l'excision.

Le retournement massif, sans décortication et sans hémotase, par le procédé exposé, est mathématiquement réglé, et d'une telle simplicité qu'il peut se réaliser en deux minutes avec ou, au besoin, sans anesthésie.

Dans les très volumineuses hydrocèles, le retournement sans décortication peut être combiné avantageusement à l'excision partielle, et donne alors lieu à la technique spéciale que l'auteur a également décrite.

Les indications du retournement englobent à peu près toutes les hydrocèles, quels que soient leurs caractères anatomiques, hydrocèles mono ou biloculaires, à parois minces ou à parois dures, etc. ; le procédé du retournement massif restreint encore plus le nombre des contre-indications.

Les résultats déjà acquis du retournement montrent que cette méthode est aussi radicale que l'excision totale. Comparé au procédé du retournement avec décortication et hémostase, le retournement massif extemporané aans décortication et sans hémostase est égal, au point de vue curatif, supérieur au point de vue de ses suites immédiates, supérieur aussi au point de vue technique.

Ce double avantage constaté après plus de deux ans et après de sérieuses recherches, M. Gambier engage à le proposer comme le procédé de choix pour l'exécution de la méthode du retournement.

Il est démontré que les synovites à grains riziformes et fongueuses sont de nature nettement tuberculeuse, donc le traitement le plus efficace doit être appliqué dans toute sa vigueur. Aussi, pour M. Gantois, tous les différents modes de traitements auxquels on s'est livré trop longtemps n'étaient que palliatifs.

C'est à l'extirpation et d'une façon précoce que l'auteur croit utile de recourir, puisque, avec la méthode antiseptique, elle ne présente plus de danger, qu'elle ne laisse aucun trouble fonctionnel, qu'elle récidive très rarement quand l'intervention est bien faite.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1899-1900.

M. Rascol (Paul). *De la mort subite dans la pleurésie à épanchement moyen.* N° 387. (Imp. Fournier.)

M. Dupuy (Paul). *Du rôle de la vératrine dans les empoisonnements criminels.* N° 382. (Saint-Cyprien.)

M. Menvielle (Jean). *Étude sur le poison des flèches.* N° 383.

M. Bournaret (Ant.). *De l'action de la lumière sur les bactéries.* N° 385. (Imp. Marquis.)

M. Baïtcheff (Ivan). *Considérations sur diverses causes de déterminisme dans le crime.* N° 378. (Saint-Cyprien.)

La pleurésie, même avec des épanchements moyens peu abondants, peut se terminer par mort subite. M. Rascol en rapporte plusieurs exemples.

Pour lui, les causes de cette mort subite sont multiples : la thrombose ou l'embolie du cœur droit ou de l'artère pulmonaire, la myocardite scléreuse, la dégénérescence graisseuse, la syncope expliquée par acte réflexe, et, comme occasion, le mouvement, l'effort.

Aux divers facteurs signalés s'en ajoute un de premier ordre : l'état général.

La thérapeutique, au cours de la pleurésie comme de toute maladie infectieuse susceptible de se terminer par mort subite, devra donc s'inspirer des diverses tares organiques présentées par le sujet, et pour le pronostic, on devra également tenir un grand compte de l'état constitutionnel.

De tous les travaux consignés dans sa thèse et de ses expériences personnelles, M. Dupuy conclut que la vératrine est un poison violent. La dose moyenne produisant l'empoisonnement chez le chien, le chat, le lapin et le cobaye est d'environ 3 milligrammes par kilogramme d'animal.

La vératrine a été, jusqu'ici, très peu employée dans un but criminel. On peut en masquer facilement le goût et l'odeur par l'eau alcoolisée et sucrée.

Elle paraît résister longtemps à la putréfaction, ce qui permet de la retrouver dans les organes au bout d'un temps très long, six mois et même un an.

Les lésions anatomiques, les expériences physiologiques et le tableau clinique constituent un ensemble de symptômes qui, joint aux réactions chimiques, permettent de démontrer l'empoisonnement criminel par cette substance.

Dans l'état actuel de la science, aucune ptomaïne ne présente un ensemble de caractères chimiques, physiologiques et cliniques aussi nets ni aussi concordants.

Dans tous les temps et dans tous les pays, les peuples, avant la connaissance des armes à feu, ont employé des poisons sagittaires.

Ces poisons ont toujours été empruntés aux trois règnes de la nature. Les flèches du pays de Samo, qui ont fait le sujet principal de l'étude de M. Menvielle, sont empoisonnées avec une substance qui agit nettement sur la fibre cardiaque et tue en paralysant l'organe central de la circulation.

Les expériences physiologiques et chimiques lui permettent d'affirmer que l'on a affaire à un extrait aqueux de strophantus, contenant encore des poisons cadavériques. Le mode d'action du poison sur le cœur est en revanche encore mal interprété.

Certains auteurs prétendent que le poison agit directement sur la fibre cardiaque, les autres assurent qu'il atteint le cœur par l'intermédiaire du système nerveux.

Le traitement se réduit à la ligature du membre, à la désinfection de la plaie et à l'administration d'éther comme stimulant.

La mithridatisation pourra peut-être donner des résultats heureux.

M. Bournaret, après avoir rappelé, dans une rapide revue générale, l'action de la lumière sur diverses bactéries, en tire la conclusion qu'il importe de faciliter l'accès de la lumière dans les habitations de bacilles de la tuberculose, ne résistant pas à l'action des rayons lumineux, il y a là un moyen de préservation des plus utiles. Dans tous les cas où l'on ne pourrait employer un moyen de désinfection plus énergique, l'exposition au soleil des objets contaminés, étoffes et meubles, constituera une dernière ressource.

Des considérations qu'il développe dans sa thèse, M. Baïtcheff conclut, en demandant que, lorsqu'un prévenu, pendant sa détention, devient aliéné, l'article 64 du Code pénal puisse être étendu à la période prodromique de sa psychose et qu'on soit autorisé à le considérer comme irresponsable; qu'il soit tenu le plus grand compte, dans l'appréciation de la capacité d'imputation d'un délinquant, des 3 facteurs suivants: 1° les tares ancestrales; 2° l'éducation; 3° le milieu social.

Enfin, que, dans le cas où ces trois facteurs sont intervenus d'une façon certaine, la répression consiste, non dans l'incarcération à temps, mais plutôt dans un traitement spécial dans un établissement à ce destiné.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude du diplocoque intra-cellulaire de Weicheselbaum et Jäger et de la méningite cérébro-spinale épidémique chez les enfants, par A. Longo, de la Clinique pédiatrique du professeur Concetti, Rome (*Il Policlinico*, vol. VIII-IX, fasc. 1-2, p. 70-90, janvier 1901). — L'auteur s'est efforcé de résoudre les 3 questions suivantes: Le diplocoque intra-cellulaire est-il l'agent spécifique de la méningite cérébro-spinale épidémique? Le diplocoque constitue-t-il une espèce distincte ou seulement une variété de pneumocoque? S'agit-il d'un seul microbe ou de tout un groupe de diplocoques ayant entre eux de grandes affinités?

Il résulte des observations de Longo, que le diplocoque intracellulaire de Weichselbaum est l'agent spécifique de la méningite cérébro-spinale épidémique. Ce diplocoque est une bactérie ayant des caractères bien tranchés, et le nom de diplocoque intra-celllulaire de Weicheselbaum ne s'applique pas à tout un groupe de variétés voisines. — D'autre part, il n'existe aucun argument valable, pour faire du méningocoque un pneumocoque.

Dans un cas de méningite cérébro-spinale chez un enfant, il est assez intéressant d'établir que l'on a affaire à une forme méningoccique ou pneumococcique, la première forme étant d'un pronostic moins grave que la seconde.

MÉDECINE

Valeur diagnostique de l'albumosurie (Ueber die diagnostische Bedeutung der Ausscheidung des Bence-Joneschen Körpers durch den Harn), par Askanazy (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1900, vol. LXVIII, p. 34). — L'auteur publie l'observation d'un homme de 51 ans qui était entré avec les symptômes classiques de la leucémie lymphatique : adénopathies multiples, tuméfaction de la rate et des follicules de la langue, leucocytose à prédominance des lymphocytes. L'examen de l'urine a montré l'existence d'une albumosurie.

L'autopsie confirma le diagnostic et montra en même temps qu'il existait une hyperplasie lymphoïde de la moelle osseuse.

Cette observation présente un intérêt particulier dû à ce fait que jusqu'à présent l'albumosurie a toujours coexisté, comme on sait, avec la formation de tumeurs multiples dans la moelle osseuse, avec des myélomes multiples. L'auteur en conclut que, si l'albumosurie indique toujours une lésion de la moelle osseuse, cette lésion peut se présenter non seulement sous forme de myélomes multiples, mais aussi sous celle de dégénérescence lymphoïde.

Diminution de l'acidité urinaire après la pneumonie (Epikritische Aciditätsabnahme des Harnes bei croupöser Pneumonie), par F. Pick (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1900, vol. LXVIII, p. 13). — Il résulte des recherches que l'auteur rapporte dans son travail que, 36 à 48 heures après défervescence de la pneumonie, on observe presque d'une façon régulière une diminution de l'acidité de l'urine, qui parfois devient même alcaline. Cette diminution de l'acidité, qui persiste pendant 24 à 48 heures, est produite par une élimination abondante de sels de soude, attribuable à la résorption de l'exsudat fibrineux.

CHIRURGIE

Pyonéphrose dans un rein avec uretère double (Pyonephrose exstirpirt aus einer rechten Niere mit zwei Nierenbecken und zwei Ureteren), par Lennander (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, vol. LXII, p. 471). — L'observation que publie l'auteur a trait à une femme de 29 ans qui s'était aperçue 8 ans auparavant d'une tumeur dans l'hypocondre droit, laquelle tumeur fut diagnostiquée d'origine rénale, mais ne fut pas opérée. La tumeur avait augmenté de volume, lorsque, il y a trois ans, elle disparut presque complètement à la suite d'un effort ayant amené le passage d'une grande quantité de pus dans l'urine. La purulence diminua peu à peu.

La tumeur se reforma au bout de quelque temps, et lorsque la malade entra à l'hôpital, il fut facile de diagnostiquer une pyonéphrose droite occupant presque toute la moitié correspondante de l'abdomen. On fit la néphrostomie par voie abdominale et on constata à cette occasion que le liquide qui s'était écoulé était au commencement clair et transparent, et à la fin franchement purulent.

Pendant la convalescence la malade eut une attaque d'influenza et une colique appendiculaire. La fistule se ferma incomplètement, et deux mois plus tard la malade fut opérée de nouveau.

L'incision fut conduite de telle façon qu'on reséqua tout d'abord l'appendice malade. Puis, l'incision continua en haut, on arriva sur le rein dont les deux tiers supérieurs parurent intacts; le tiers inférieur était occupé par un sac rempli d'urine et de pus et présentant deux uretères, dont l'une s'ouvrait dans le sac, l'autre plus haut dans le bassinet appartenant au parenchyme rénal conservé. Ablation du sac avec son uretère et néphropexie du rein. La malade guérit.

L'appendice renfermait des calculs stercoraux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 5 Mars 1901.

Traitement de la lèpre par les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra.

M. Hallopeau lit un rapport sur un travail de M. Tourtoulis, relatif au traitement de la lèpre par l'injection sous-

cutanée d'huile de chaulmoogra, dont l'auteur a obtenu de bons résultatc et des améliorations persistantes.

M. Hallopeau fait remarquer que nous connaissons mal la composition de l'huile de chaulmoogra, qui nous arrive très souvent fasifiée, ce qui explique les résultats très variables et souvent nuls du traitement par l'huile de chaulmoogra dans nos hôpitaux.

Les injections sous-cutanées d'huile ne sont pas toujours très bien supportées par les malades; c'est pourquoi M. Hallopeau préfère donner l'huile en ingestion à la dose de 200 à 300 gouttes par jour.

Ce traitement est en usage à l'hôpital Saint-Louis et dans nombre de léproseries. Il donne souvent des résultats favorables: mais il faut se souvenir que la lèpre a tendance à s'améliorer spontanément, et que les améliorations observées peuvent être indépendantes du traitement.

M. Ducastel a appliqué dans plusieurs cas de lèpre le traitement par les injections d'huile de chaulmoogra. Il pense que le traitement agit peut-être dans la lèpre tuberculeuse; mais qu'il est à peu près inactif dans la lèpre nerveuse. En tout cas, ce traitement doit être un traitement d'exception réservé aux cas graves. Il est, en effet, douloureux et peut être dangereux; malgré les précautions qu'on prend, on n'est jamais sûr de ne pas déterminer d'embolie pulmonaire.

Traitement des gastrorrhagies par les lavages de l'estomac.

M. Linossier a obtenu de bons résultats des lavages de l'estomac pratiqués chez deux femmes atteintes de vomissements sanglants incoercibles.

Cet effet des lavages de l'estomac se comprend facilement. Car la réplétion de l'estomac par du sang excite l'organe mécaniquement et chimiquement; les mouvements péristaltiques s'exagèrent; la sécrétion du suc gastrique est augmentée. Ces deux conditions favorisent la production et la continuation de l'hémorrhagie et empêchent l'oblitération du vaisseau.

Lorsqu'au contraire le lavage a vidé l'estomac, les mouvements péristaltiques et la sécrétion dn suc gastrique s'arrêtent, et le vaisseau est dans la meilleure condititiion pour s'oblitérer.

M. Bondet a obtenu de bons résultats en traitant systématiquement l'ulcère simple de l'estomac par des lavages avec une solution faible de perchlorure de fer.

En somme, dans toutes les gastrorrhagies, le lavage de l'estomac constitue une méthode rationnelle et efficace.

Emploi du trinitrol dans les affections cardio-artérielles.

M. Huchard fait une communication sur l'emploi thérapeutique, dans tous les cas de vaso-constriction marquée avec hypertension (artério-sclérose, goutte, néphrite interstitielle, anévrismes, affections cardiaques avec vaso-constriction périphérique), d'une médication vaso-dilatrice. Le nitrite d'amyle et la trinitrine sont des types de cette médication. Mais leur action est passagère.

M. Huchard emploie depuis trois ans avec grand succès la tétranitrate d'érythrol ou trinitrol à la dose de six comprimés de 1 centigramme par jour; un toutes les quatre heures.

Dangers de la variolisation.

M. Hervieux sonmet à l'Académie un travail de M. Trolard sur les dangers de la variolisation, et passe en revue les diverses espèces de dangers auxquels exposent les inoculations varioliques.

Dangers pour les inoculés : éruptions, cécité, mort possible; dangers pour les populations : épidémies varioliques, aggravation de la mortalité générale, dépopulation, atteinte plus ou moins grave portée aux relations commerciales et à la prospérité de nos colonies.

M. Hervieux en conclut qu'il y a nécessité d'interdire, sous peine d'amende, les variolisations dans les possessions françaises.

M. Gautier trouve que la pénalité de l'amende est inefficace et trop peu sévère. Il demande qu'on isole d'office le sujet variolisé.

M. Hervieux fait remarquer que les amendes touchent vivement les habitants de nos colonies et que jusqu'à présent elles ont donné de bons résultats.

M. Chauvel pense que l'Académie ne peut demander une pénalité, cela sort de sa compétence.

Le président propose à l'Académie de demander aux pouvoirs publics l'interdiction de la variolisation.

Cette proposition est votée par l'Académie.

MÉDECINE PRATIQUE

L'acide sulfhydrique dans quelques infections,

Par M. le Dr Tardif, de Longué (Maine-et-Loire).

In vitro, il suffit de quantités parfois infinitésimales d'un antiseptique, d'une faute quelconque et parfois minime dans la mécanique d'une culture, pour entraver, ou sinon, pour transformer cette culture. Si dans l'organisme où tant de forces et d'éléments divers sont en contact, il n'en est plus tout à fait de même, il y a lieu cependant, raisonnant par analogie, de tenter la transformation ou l'atténuation, sinon la destruction des colonies microbiennes qui vivent et se multiplient dans l'organisme infecté.

C'est là, d'après le Dr de Lada Noskowski, l'auteur de la méthode, tout le principe de la sulfhydrothérapie. Les détails sur les variétés microbiennes, leur morphologie gardent ici toute leur importance. M. Noskowski généralise sa méthode de façon peut-être importune aux infections, quels que soient leur microbe et leurs toxines; c'est un tort grave à mon avis. Je crois que la sulfhydrothérapie ne doit donner de résultats vraiment appréciables, que dans certaines infections distinctes, et parmi elles, je compte : la dysenterie, les infections intestinales, chez les enfants; l'infection puerpérale et enfin et peut-être surtout la dothiénentérie.

Là s'est à peu près bornée mon expérimentation plutôt heureuse. C'en est le fruit que je veux livrer aujourd'hui. Qu'on objecte de la théorie, on ne pourra certes me faire plus d'objections que je ne m'en suis fait à moi-même, avant d'avoir employé cette méthode, que je n'ai tentée que sur la foi de statistiques, communiquées personnellement par l'auteur.

Voici des faits :

a) En 1899, une épidémie de dysenterie éclata dans ma clientèle. J'ai eu 11 cas. Quatre ont été traités par la méthode ancienne : ipéca, sulfate de soude, lavements au nitrate d'argent, etc. J'ai eu 2 morts, l'un par complication cérébrale, ce qui est signalé, l'autre par consomption après purulence de l'intestin que je n'ai pu entraver. Sept cas ont été traités par l'acide sulfhydrique, l'un grave avec artérite fémorale, gangrène du mollet et du talon, fièvre à 40°. Il a guéri par l'acide sulfhydrique en lavements et l'eau oxygénée, son opposé, en pansements. Les autres cas ont été plus simples et ont guéri en 10 jours au plus.

Toutefois, je dois à la vérité de dire que dans une épidémie récente, qui a de nouveau surgi, il y a quelques semaines, l'acide sulfhydrique ne m'a donné que des résultats plutôt médiocres. Mon expérimentation n'est pas terminée. La monographie de cette épidémie extrêmement intense, grave et meurtrière sera faite, et si je me suis trompé à l'égard de l'acide sulfhydrique dans la dysenterie, je le dirai et le proclamerai hautement.

b) Parmi les infections intestinales chez les enfants, j'ai fait un choix pour l'emploi de l'acide sulfhydrique. On arrive à des résultats splendides par les moyens ordinaires chez les enfants atteints de diarrhées alimentaire, infectieuse, panachée, de diarrhée jaune *a frigore* ou de dentition (qui existe vraiment),

même de diarrhée verte par polycholie ou purement infectieuse. J'ai employé la sulfhydrothérapie concurremment avec les moyens ordinaires et je n'ai pas vu de plus beaux succès. Je ne veux donc pas m'y arrêter.

En revanche, dans le choléra infantile qui, en 1898-1899, a fait à Longué de terribles incursions, j'ai obtenu avec l'acide sulfhydrique et les autres moyens combinés de traitement, des résultats très sensiblement supérieurs à ceux que j'obtenais auparavant. Malheureusement, ceci n'est qu'une appréciation personnelle. Je n'ai pas recueilli de statistique.

c) Dans la fièvre puerpérale, je l'ai employé deux fois dans 2 cas graves, l'un de rétention du cotylédon supplémentaire, l'autre à peu près analogue avec, en plus, gangrène et élimination d'un fibrome de 1 kilogramme, et j'ai obtenu 2 succès. L'acide sulfhydrique était employé concurremment avec les autres méthodes, mais ces deux cas étaient si graves, que je crois devoir attribuer à l'acide sulfhydrique une action sérieuse.

d) Enfin la fièvre typhoïde. La dothiénentérie sévissant à Longué de façon à peu près endémique pour des raisons qu'il est superflu de donner ici, j'ai observé, depuis 2 ans, 17 cas. J'ai eu 16 succès. On m'objectera la série heureuse. Mais 16 succès de suite, c'est tellement extraordinaire, que je ne puis faire autrement que de croire à la réelle efficacité de l'acide sulfhydrique en cette occurrence. Le minimum a été de 3 à 4 septenaires de traitement ; dans 2 cas le maximum a été de 2 mois.

J'ai tenté jadis l'emploi de la méthode de Brandt. A la campagne, c'est tellement difficile, que j'ai dû y renoncer et me résoudre à la médecine multiple de l'infection typhique. J'avais beaucoup d'insuccès, 4 sur 10 en moyenne. J'étais effrayé; pourquoi ai-je eu ensuite 16 succès? Je n'hésite pas à attribuer, quelles que soient les théories émises (et je suis certes loin de partager toutes les idées du Dr de Lada à ce sujet), ces bons résultats à l'emploi continu de l'acide sulfhydrique.

Dans plusieurs cas qui menaçaient d'être tout particulièrement graves, et où j'ai vu les températures monter à 40°, avec accidents nerveux, j'ai vu aussi peu de jours après un emploi suivi et bien toléré de l'acide sulfhydrique, cette température tomber à 39° et s'y maintenir parfois longtemps, mais sans accidents graves, jusqu'à la chute définitive.

Je dois à la vérité de dire que j'ai continué à employer en même temps une méthode thérapeutique à laquelle je me suis arrêté définitivement. En pareil cas, un léger purgatif salin ou neutre tous les 3 jours quand rien ne le contre-indique. Grande, minutieuse propreté du corps et de la bouche, boissons abondantes, toniques, à profusion sous toutes formes, même hypodermique et enfin un lavement d'acide sulfhydrique toutes les 2 heures.

Donner les observations complètes de ces typhiques, la courbe des températures après l'emploi de l'acide sulfhydrique, serait trop long en ce travail plutôt statistique. Je dirai seulement pour conclure :

1° Je n'ai jamais observé d'arrêt net dans aucune infection du fait de l'acide sulfhydrique, mais les complications si fréquentes de ces infections ont été nulles;

2° Quel que soit son mode d'action réelle, il paraît agir en entravant ou modifiant les cultures microbiennes, et en diminuant ainsi leur toxicité; en un mot, l'acide sulfhydrique réduirait la maladie à sa plus simple expression.

Il y a des contre-indications cardiaques dont il surexcite le muscle, chose grave chez les hypersystoliques; néphrétiques dont il augmente l'albumine. Il a des inconvénients sérieux; la rectite entre autres, rectite passagère c'est vrai, mais ennuyeuse toujours et qui, dans la dysenterie, ne permet pas toujours son emploi, mais à part cela, je crois qu'il peut en tous cas être employé seul, ce qui peut paraître téméraire aux timides, dont je suis encore, parce qu'en somme l'histoire clinique de l'acide sulfhydrique n'est pas entièrement faite, soit ce qui vaudra toujours mieux, concurremment avec d'autres méthodes, dont quelques-unes ont fait leurs preuves et qu'il aide puissamment plutôt que de les contre-indiquer.

Je n'ai jamais demandé à l'acide sulfhydrique de faire l'impossible, je suis même prêt à revenir sur mon opinion à son égard, si des faits ultérieurement et patiemment observés viennent infirmer les faits que j'ai constatés, mais jusque-là je continuerai à croire que, sans être une panacée universelle, l'acide sulfhydrique semble être d'une efficacité réelle et qu'il mérite une place sérieuse dans le traitement de certaines infections.

Procédé pratique pour augmenter la solubilité de l'acide borique,

Par Ed. Crouzel (1),

Ex-préparateur de la Faculté de Bordeaux,
pharmacien à la Réole (Gironde).

Chacun connaît la fréquence d'emploi de l'acide borique dans la pratique courante de l'antisepsie.

L'acide borique est devenu le plus populaire des antiseptiques, bien qu'il n'occupe qu'un rang modeste dans l'échelle des microbicides.

Sa toxicité relativement faible et son prix modique, son manque de causticité ont, sans doute, plus contribué à sa gloire que l'éminence de ses service rendus à la thérapeutique. Mais il est probable que l'histoire scientifique lui pardonnera plus tard son triomphe actuel en alléguant que, s'il n'a pas fait beaucoup de bien, du moins il n'a pas fait beaucoup de mal.

Puisqu'il a, dans le corps médical, un grand nombre de partisans sincères, le but de mes expériences a été d'en rendre l'emploi plus commode et surtout plus efficace.

En effet, l'acide borique exige, pour se dissoudre, 35 p. d'eau à 10°; 25 p. à 20° et 12 1/2 p. à 100°.

Je suis parti de ce principe général que, l'action antiseptique de ce produit devant être en raison directe de sa concentration, il serait avantageux, au point de vue thérapeutique, d'élever dans l'eau, à la température normale, son point de saturation.

J'ai résolu le problème de la façon la plus pratique et la plus satisfaisante par l'emploi de la craie préparée, et mon procédé permet d'obtenir à + 15° une solution permanente et stable d'acide borique à 10 p. 100.

Désormais, on pourra préparer de l'eau boriquée à plusieurs degrés de concentration. Tandis que jusqu'ici le mrximum était de 3,5 p. 100, on pourra arriver, à la même température, à une proportion bien supérieure, 10 p. 100.

Il est inutile d'insister sur la portée et les avantages de ce résultat.

Modus operandi. — Faire dissoudre, à chaud, 10 p. d'acide borique dans 100 p. d'eau ; ajouter 1 p. de craie préparée et filtrer immédiatement. Après refroidissement et repos de 24 heures, filtrer de nouveau pour éliminer la plus grande partie du borate de calcium qui s'est déposé sur les parois du flacon en cristaux affectant la forme de granulations arborescentes.

Par ce procédé, on pourra obtenir extemporanément et avec rapidité, au moyen de solutions saturées et titrées, des dilutions à divers degrés, de 0 à 15 p. 100 d'eau boriquée.

Le bicarbonate de soude, le borax, l'ammoniaque augmentent aussi la solubilité de l'acide borique dans l'eau, mais dans des proportions bien moindres.

La polyatomicité du bore, qui permet à cet élément de s'accumuler dans ses combinaisons, à la façon du silicium, et l'instabilité des borates permettent d'expliquer ce phénomène physico-chimique d'élévation du point de saturation de l'acide borique par l'action d'un borate à l'état naissant et dont on provoque la formation, à chaud, au sein de la solution d'acide borique dans l'eau.

N. B. — En 1887, un Allemand, M. Kolz, a fait connaître qu'il est possible, au moyen de la magnésie calcinée, d'augmenter la solubilité de l'acide borique. Mais il est facile de constater que les solutions boriquées ainsi obtenues ont un goût très désagréable, qui est un obstacle à leur emploi dans l'antisepsie et les soins de la bouche.

1. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1900, n° 48, p. 771.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A propos de la cure radicale des hernies,

Par le Dr E. Damas (de Valence).

La grande majorité des hernies observées dans l'âge adulte sont des hernies facilement réductibles, et c'est à elles que se rapportent les quelques réflexions que nous allons consacrer à une opération méritant d'être largement généralisée. C'est sur deux points seulement, la résection épiploïque volontaire ou forcée, l'élimination des fils après intervention, que nous voulons insister dans cette courte note.

L'acte opératoire paraît devoir être proportionné, là comme ailleurs et toujours dans son importance ou si l'on veut dans sa gravité, à la gravité même de la lésion. Or nombreux sont les cas de hernies bien maintenues par un bandage et qui ne donneront jamais lieu à aucun accident. Mais, l'infirmité de la hernie, même maintenue, est pénible, entraîne des précautions minutieuses, et l'on doit largement, je le répète, généraliser la cure radicale à condition qu'elle soit proportionnée dans son pronostic au peu de gravité des hernies que j'envisage. Or réséquer l'épiploon est peut-être utile pour la solidité de la guérison et on est même allé jusqu'à fixer le mésentère, ce qui paraîtra à tout le monde nettement hors de proportion avec la maladie, mais la simple résection épiploïque pratiquée volontairement est-elle permise, si l'on veut assurer au malade qu'il ne court d'autre danger que celui de l'anesthésie?

En conscience, je ne le crois pas, dussé-je paraître timoré. Outre des cas de mort bien connus, j'ai été péniblement impressionné par un cas de shok opératoire inquiétant, succédant chez un nerveux à une résection épiploïque rendue forcée au cours d'une cure radicale. Les quelques minutes d'angoisse que j'ai traversées, avant qu'une injection d'eau salée immédiatement faite m'ait rassuré, m'ont incité à rechercher, dans la position inclinée si précieuse en chirurgie abdominale, un moyen de *ne jamais* réséquer l'épiploon quand on ne le veut pas.

Certes l'idée n'est pas neuve, puisque Desfosses, dans un intéressant travail sur la position déclive que je lisais quelques mois plus tard dans la *Revue* de Pozzi, nous montre Scultet l'employant dans la kélotomie. Elle me paraît néanmoins utile à reprendre, et jusqu'à présent je me suis bien trouvé de l'emploi du Trendelenburg. Quelques jours après cette alerte, qui n'a pas troublé la marche normale de la guérison maintenue parfaite depuis, j'étais appelé auprès d'un vieillard de 80 ans qui portait depuis son enfance une hernie inguinale droite mal maintenue par un bandage insuffisant. D'habitude le vieillard réduisait lui-même sa hernie. Ce jour-là, il y travailla longtemps et n'y put réussir. Je trouvai une épiploïte déjà tuméfiée et fis d'inutiles tentatives de réduction. Le Trendelenburg improvisé par des matelas aidé de l'effilement de la hernie (Jaboulay) me permit en quelques secondes de rassurer cet homme, d'intelligence très vive et très cultivée, effrayée déjà par la perspective d'une opération. Quelque temps après, il fut repris la nuit, n'ayant pas son bandage, des mêmes accidents; il improvisa un Trendelenburg, s'y coucha, et réduisit facilement sa hernie.

Depuis, j'utilise couramment cette position dans les cures radicales. Je ne redoute certes pas la résection épiploïque que je pratique sans hésiter lorsque c'est nécessaire, mais je pense qu'un pédicule abdominal doit être évité dans la cure des hernies simples, les seules, je le répète, dont je m'occupe en ce moment. La tranquillité du chirurgien est tout autre après une intervention extra-abdominale qu'après une intervention intra-abdominale, quels que soient son habileté et ses succès antérieurs. C'est donc par une opération extra-abdominale que doit se résoudre pour nous, dans la grosse majorité des cas, une cure radicale de hernie.

Un second point mérite de nous arrêter : peut-on se déclarer satisfait lorsqu'un homme opéré de hernie élimine trois mois durant des fils profonds? Pour notre part, nous n'avons jamais eu à déplorer cet accident, en utilisant de la soie bouillie dans l'eau phéniquée forte avant l'intervention, et jamais les soies du commerce, si tentante que puisse être leur préparation. Toute asepsie que la main seule du chirurgien ne fait pas n'est qu'un rêve. Certes, dans un grand service d'hôpital, les accidents sont toujours possibles. Cela prouve uniquement qu'il faut morceler à l'excès la chirurgie hospitalière et diminuer le nombre des responsables. D'autre part, le catgut ne saurait remplacer la soie, et les sutures sans fils perdus ne me satisfont pas autant que des fils de soie maintenant le résultat obtenu. (Voir le dernier travail de Phelps.) On a voulu expliquer la suppuration des fils profonds par la théorie suivante : la striction des fils

profonds nécrose un peu les tissus suturés, un suintement se produit qui va chercher à la suture cutanée les germes de la peau. Or la peau est difficilement désinfectable, mais elle est désinfectable avec du soin et du temps, et toute cette ingénieuse théorie explique moins les choses qu'une simple faute d'asepsie.

J'aurais une hernie que je ne me ferais opérer qu'avec l'assurance de n'avoir point d'épiploon réséqué, et de n'avoir point d'élimination de fils. Je crois qu'on peut fermement donner la première assurance et presque aussi fermement la seconde, je dis presque, une faute insaisissable pouvant s'introduire dans la pratique du chirurgien le plus méticuleux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 Février 1901.

Note sur une fistule congénitale lacrymo-pharyngo-faciale ouverte au-dessus de la narine droite.

M. Lannelongue. — Il s'agit d'une petite fille de 2 ans, très bien portante d'ailleurs, qui présentait au-dessous de la narine droite un orifice arrondi, ayant plus du tiers des dimensions de l'orifice externe de la narine. Cet orifice était séparé de celui de la narine par un pont cutané et cartilagineux en continuité parfaite avec l'aile de la narine, c'est-à-dire que cette aile allait rejoindre le lobule médian du nez en bas en passant au-dessus de l'orifice anormal. Celui-ci donnait accès dans un trajet horizontal antéro-postérieur, légèrement oblique en dehors, parallèle au plancher des fosses nasales au-dessus duquel il était situé, et aboutissant au pharynx. Un stylet le parcourait aisément en passant au-dessous de la voûte palatine et allait buter contre la paroi postérieure du pharynx. En injectant du lait dans ce trajet, qui avait environ 6 à 7 millimètres de diamètre, on constatait que ce lait revenait par la bouche. Au contraire, du lait injecté dans la fosse nasale correspondante ne ressortait ni par le pharynx ni par le trajet anormal. Donc, le trajet était indépendant de la fosse nasale et celle-ci était bouchée en arrière. D'autre part, une injection de lait par le point lacrymal ressortait par le trajet anormal, qui donnait aussi passage à l'air, servant ainsi à la respiration. Toutefois, la vraie fosse nasale avait conservé, malgré son obstruction, sa sensibilité spéciale, ainsi qu'en témoignèrent plusieurs expériences faites avec des substances odorantes.

L'opération consista à détacher de la sous-cloison du nez l'aile de la narine droite qui venait s'y insérer et à porter cette dernière en dehors en la séparant de la muqueuse nasale en arrière, tandis qu'en avant l'incision passait sur la peau immédiatement au-dessus de l'orifice de la fistule. Le trajet fistuleux ayant été ensuite disséqué d'avant en arrière, sur une étendue d'un centimètre, fut reporté en arrière dans la fosse nasale où il fut suturé à la muqueuse nasale et au bord postérieur du pont de l'aile interne de la narine primitivement détachée de la paroi nasale. Cette aile fut alors rabattue et recousue à la sous-cloison. L'orifice fistuleux fut ainsi remonté et reporté en arrière dans la vraie fosse nasale. En quelques jours, la guérison était obtenue et l'on ne pouvait découvrir de traces de l'anomalie ancienne; le cours des larmes n'avait subi aucune atteinte et la respiration se faisait par la fosse nasale.

Cette fistule, congénitale, était due manifestement à une absence de coalescence entre les bourgeons faciaux, et comme elle était sur le prolongement du canal lacrymal, on peut en conclure que sa paroi supérieure provenait du bourgeon nasal externe, et sa paroi inférieure du bourgeon maxillaire supérieur.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 Février 1901.

Balle intra-cranienne; radiographie.

M. Péraire montre deux radiographies faites sur un malade qui portait une balle de revolver intra-cranienne et qui présentait des troubles cérébraux suffisamment graves pour nécessiter l'intervention.

Les radiographies firent bien voir le point où se trouvait exactement la balle. Celle-ci fut extraite par l'opération du trépan. Aussitôt après, tous les accidents présentés par le malade disparurent et les suites furent des plus simples. Le corps étranger avait pu rester 12 ans en place sans que le malade en souffrit; et c'est depuis 8 mois seulement qu'il s'en était plaint.

La balle était du calibre 7. Elle avait été déformée en passant à travers le crâne, et le tissu osseux s'était entièrement reformé sans laisser aucune trace de la lésion primitive.

Le malade est actuellement guéri.

Sur la technique de la préparation de l'hématoxyline.

M. G. Hauser propose d'additionner les solutions d'hématoxyline à l'alun d'une solution iodo-iodurée forte dans la proportion de 2 p. 100. Cette technique accélère la maturation, c'est-à-dire l'oxydation de l'hématoxyline, et permet de gagner du temps dans la préparation de la solution colorante.

Gros calcul biliaire.

MM. Albert Mouchet et **Paul Hallopeau** présentent un volumineux calcul biliaire extrait d'une vésicule dilatée en une grosse poche kystique qui occupait la fosse iliaque droite. Le siège de la tumeur, la sensibilité extrême de la paroi abdominale au point de Mac Burney, les phénomènes de parésie intestinale, et les vomissements, tous ces signes joints à l'indécision des anamnestiques avaient fait porter le diagnostic de collection péri-appendiculaire. En raison de la quantité de pus qui s'écoula de la vésicule, et des adhérences assez étendues qui l'unissaient à la face inférieure du foie, l'intervention qui parut rationnelle et qui fut pratiquée consista en une cholécystostomie.

Hernie inguino-interstitielle chez la femme, avec prolongement dans la grande lèvre.

M. P. Fredet montre le sac d'une hernie inguinale droite épiploïque, développée chez une femme. La hernie, étalée en presque totalité dans la paroi abdominale, entre le grand oblique et les muscles profonds de l'abdomen, présentait la symptomatologie de la hernie inguino-interstitielle de Goyrand, avec cette différence qu'il existait un diverticule dans la grande lèvre.

Ce fait vient à l'appui de la théorie qui considère les hernies de ce genre comme résultant d'une modalité de développement et non comme une espèce distincte. Il s'agirait de hernies qui, au cours de leur développement, trouveraient moins de résistance à décoller les muscles abdominaux et à s'étaler entre eux qu'à distendre la grande lèvre ou les bourses.

M. Auvray fait remarquer que le cas actuel diffère d'une observation analogue qu'il a antérieurement publiée, en ce qu'ici il y a un diverticule herniaire dans la grande lèvre, particularité qui faisait défaut dans le cas auquel il fait allusion : l'orifice externe du trajet inguinal était bien fermé, et même doublé d'un peloton de graisse.

Examen histologique de cancer massif colloïde de l'estomac.

M. Cornil a fait des coupes du cancer total de l'estomac présenté par M. Sauvage à la dernière séance. Les préparations montrent qu'il s'agit d'épithéliome cylindrique ayant subi la transformation colloïde.

La partie inférieure de l'œsophage, très épaissie, avait dû être envahie par le cancer de dehors en dedans, ainsi qu'il est

permis de s'en rendre compte par l'examen microscopique.

Il y avait, d'autre part, dans cette tumeur généralisée à tout l'estomac, des parties dures, calcifiées, mais non incrustées et pouvant être facilement enlevées avec une aiguille à dissocier.

Insuffisance aortique.

M. Gillot présente un cœur d'environ 1 130 grammes, provenant de l'autopsie d'un sujet du service de M. Macaigne. L'orifice aortique est insuffisant par suite de la dilatation de l'aorte, qui est athéromateuse jusqu'à la naissance du tronc cœliaque.

Les signes d'insuffisance aortique dataient de 5 ans. Le cœur était si volumineux que la pointe battait dans le 6e espace intercostal; la base remontait jusqu'au 1er espace.

Tumeur mixte du bras.

M. Desjardins présente une tumeur du vaste interne du bras, extirpée chez un homme de 42 ans. La structure de cette tumeur est complexe : une coque épaisse circonscrit une masse qui a par place l'aspect cartilagineux, et d'autre part une apparence molle, sarcomateuse.

L'examen histologique, pratiqué par M. Cornil, montre des éléments ostéo-fibro-cartilagineux : dans le tissu cellulaire, on trouve des capsules de cartilage, des vaisseaux, du tissu cartilagineux pur et du tissu ostéoïde.

Anévrysme de la sylvienne.

M. Laignel-Lavastine montre un anévrysme de l'artère sylvienne, trouvé à l'autopsie d'une femme de 73 ans, qui avait succombé à une hémorrhagie d'une des faces internes du cerveau, causée par la rupture de la petite poche anévrysmale.

Oblitération embolique de l'aorte.

M. Laignel-Lavastine apporte les pièces de l'autopsie d'une femme qui a succombé 3 mois après le début d'une gangrène sèche symétrique des deux jambes.

L'aorte est thrombosée depuis le niveau et un peu au-dessous des artères rénales jusque dans ses branches de bifurcation.

L'oblitération a été causée par un embolus parti du cœur : on trouve un rétrécissement mitral serré, et des caillots dans l'auricule de l'oreillette gauche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 Mars 1901.

Action de l'urine sur les globules rouges.

MM. Sabrazès et Fauquet (de Bordeaux). — Si on mélange à 1 centimètre cube d'urine 20 millimètres cubes de sang, les globules rouges se sédimentent; sans perdre leur hémoglobine ainsi que nous l'avons constaté sur des sujets normaux, des cancéreux cachectiques, des diabétiques, des cardiaques, des albuminuriques, des syphilitiques, des tuberculeux, tous soumis au régime ordinaire uniforme de l'hôpital. Par contre, l'urine d'albuminuriques se nourissant exclusivement de lait depuis plusieurs mois laquait instantanément les hématies (quelle que fût la provenance de ces dernières) : ces urines ne contenaient que 2 à 3 grammes de chlorures par litre; en augmentant leur teneur en urée (jusqu'à 30 grammes par litre) leur propriété de laquer les globules persistait pour disparaître si on élevait le taux des chlorures à 7 grammes par litre. L'urine d'un sujet normal, après 3 semaines de régime lacté absolu, dissolvait également les globules : elle contenait par litre 1 gr. 75 de chlorures, 0 gr. 86 de phosphates, 8 gr. 70 d'urée; elle congelait à — 0,51; en supprimant brusquement le régime lacté et en le remplaçant par le régime ordinaire l'urine a perdu, en 24 heures sa propriété de laquer les hématies; l'analyse donnait dès lors les résultats suivants pas litre : chlorure, 8 gr. 75, phosphates 0 gr. 85, urée 17 gr.; $\Delta = -1,14$. L'urine d'enfants nourris au sein laque de même dans un cas, par exemple, la teneur des chlorures était de 0 gr. 93 par litre; la valeur de Δ était de — 0,16 (nous l'avons mesurée à deux reprises avec le concours de M. Soulard); les urines et le lait de la nourrice ne laquaient ni ses globules sanguins ni ceux du nourrisson.

De cette note préliminaire nous conclurons que l'alimentation exclusive par le lait, prolongée pendant plusieurs semaines, confère à l'urine la propriété de laquer les globules rouges (on peut reconnaître ainsi si le régime lacté est rigoureusement observé); cette propriété est surtout en rapport avec l'hypochlorurie. Nous remercions M. le professeur Denigès qui nous a aidé de ses conseils dans l'interprétation de ces faits.

Complication rare de la fièvre typhoïde : deux cas de cystite hémorrhagique due au bacille d'Eberth.

M. H. Vincent. — La cystite est une complication rare de la fièvre typhoïde. Sur plus de 1 200 cas de cette dernière affection, je ne l'ai observée que deux fois. Elle est survenue au déclin de la maladie. Il s'agissait dans les deux cas de jeunes gens de 21 et 22 ans sans antécédents génito-urinaires, ayant fait une fièvre typhoïde de moyenne gravité (séro-réaction positive) avec une albuminurie légère et momentanée pendant la dernière semaine et qui, au moment de la défervescence, ont accusé tout à coup de la pesanteur du bas ventre, des envies incessantes et très douloureuses d'uriner, du ténesme; l'urine était trouble, hémorrhagique et les dernières portions renfermaient un dépôt blanchâtre mélangé de sang. Aucune douleur lombaire, aucun symptôme de néphrite, pas d'œdèmes. Les lavages vésicaux ont amené la guérison en 4 ou 5 jours.

L'examen microscopique de l'urine centrifugée et du dépôt a montré de très nombreux globules sanguins, des cellules de l'épithélium vésical, des leucocytes en amas volumineux, composés surtout de polynucléaires, de quelques grands mononucléaires; pas de cylindres. En outre, on constatait la présence, entre les cellules, de bâtonnets ne prenant pas le Gram, et affectant parfois la forme en navette. La culture a donné, dans les deux cas, en proportion très abondante, un bacille rigoureusement identique au bacille d'Eberth et agglutiné par le sérum de typhoïdique. On sait que le bacille typhique peut être parfois présent dans l'urine des dothiénentériques. Je l'ai trouvé 9 fois chez 46 malades. D'autre part, le même microbe peut se multiplier dans l'urine. La prolifération dans la cavité vésicale et la cystite consécutive peuvent donc s'expliquer aisément. Dans les deux cas que j'ai observés, cette complication s'est montrée assez bénigne.

De l'HCl libre dans le suc gastrique.

M. Léon Meunier donne un manuel opératoire pour le dosage de l'HCl libre en utilisant et combinant les réactifs de Toppfer et de Gunzbourg.

Dans une première manipulation, on recherche quantitativement l'HCl libre au moyen de déméthyl-amido-azo-benzol et de la solution D.N. de soude, selon le procédé de Toppfer.

Le résultat trouvé n'est qu'approximatif, de l'avis même de M. Robin qui emploie ce procédé et est toujours dépassé, d'après nos recherches, de 1 à 5 millim. cubes de soude.

Dans une deuxième manipulation, on ajoute à 5 nouveaux centimètres cubes de suc gastrique dans l'exemple précédent 2 cent. cubes 1, 2 cent. cubes 2, 2 cent. cubes 3, 2 cent cubes 4 et 2 cent. cubes 5 de soude DN en se reportant ainsi à 5 millim. cubes en arrière du premier résultat, et à chaque addition on prélève dans une capsule de porcelaine une goutte du mélange qu'on additionne d'une goutte du réactif de Grunzbourg. Les cinq capsules ainsi formées sont portées avec leur numéro d'ordre au bain-marie chauffé vers 60°.

La coloration d'une ou de plusieurs capsules permet d'en déduire la quantité de soude pour saturer l'HCl cherché.

Le résultat définitif est ainsi obtenu par un double contrôle calorimétrique; on évite les tâtonnements de la méthode de Mintz et les erreurs d'appréciation de la méthode de Toppfer.

Le résultat est donné avec une erreur maxima de 1/10 de

centimètre cube de soude, dans un temps qui ne dépasse pas le temps nécessaire pour une recherche qualificative de Gunzbourg.

Lésions de la moelle dans un cas de myélite expérimentale chez un chat.

MM. L. Marchand et **Cl. Vurpas.** — Dans le cas en question, l'examen a été fait par les diverses colorations employées actuellement pour l'étude du système nerveux. La mort de l'animal était survenue 4 jours après le début de l'infection. Les auteurs ont trouvé des lésions très accentuées des cellules des cornes antérieures caractérisées par des fissures en coups d'ongle et la disparition presque totale des éléments chromatophiles. Au pourtour de la moelle, on remarque quelques tubes nerveux dégénérés, altération due à la méningite. Ces lésions existaient sur toute la hauteur de la moelle. La méthode de Weigert pour la névroglie, employée avec succès, n'a montré aucune lésion du tissu de soutien.

En résumé, ce cas semble prouver que l'élément noble nerveux est plus sensible aux infections que le tissu névroglique.

Présence de deux trichocéphales dans l'appendice.

M. Girard. — Chez une petite fille opérée pour une péritonite d'origine génitale et vraisemblablement blennorrhagique, on a constaté à l'examen histologique de l'appendice la présence de deux trichocéphales. L'un d'eux était fixé dans l'épaisseur même de la muqueuse par son extrémité antérieure. L'appendice ne présentait aucune lésion histologique.

Des urines retardées dans les cirrhoses.

MM. Gilbert et **Lereboullet** signalent un phénomène qu'ils ont eu l'occasion d'observer au cours de diverses affections hépatiques et consistant en une inversion du rhythme normal de l'élimination urinaire. Normalement, les urines digestives sont abondantes; les urines du jeûne rares. Chez leurs malades (auxquels ils faisaient prendre deux repas par jour, à 8 heures d'intervalle en recueillant les urines toutes les 4 heures) le phénomène inverse se produisait, les urines digestives étant les urines les moins abondantes, celles du jeûne et notamment celles du matin au réveil remarquablement abondantes. Ce retard des urines a été observé par eux dans les cirrhoses veineuses surtout à la période préascitique, dans les cirrhoses biliaires, dans un cas de cirrhose pigmentaire, dans certains cas de foie cardiaque. Il s'explique par un retard dans l'absorption aqueuse de la muqueuse de l'intestin dû à la pléthore portale. Il s'agit donc d'un symptôme à ajouter à ceux qui traduisent le syndrome de l'hypertension portale. Ce symptôme (joint à la tuméfaction splénique, aux hémorrhagies gastro-intestinales, à l'ascite terminale, à la circulation supplémentaire relativement fréquente) permet de décrire un syndrome de l'hypertension portale, non seulement dans les cirrhoses veineuses mais aussi dans les cirrhoses biliaires.

De l'état des urines dans l'ictère acholurique.

MM. Gilbert et **Lereboullet** en pratiquant l'examen minutieux des urines de leurs malades atteints d'ictère acholurique n'ont pu révéler que très exceptionnellement la présence de pigments biliaires. Encore, dans ces cas, les procédés employés ordinairement en clinique ou la concentration des urines ne suffisaient-ils pas, les pigments n'étant décelables que par l'examen fractionné et la réaction de Salkowski, mais non par la réaction de Gmelin. Le terme d'ictère acholurique est donc justifié pour désigner ce type morbide remarquablement fréquent.

De l'inversion du rhythme colorant des urines dans l'ictère.

MM. Gilbert et **P. Lereboullet** ont observé, chez un certain nombre de malades atteints d'ictère à pigments biliaires vrais ou modifiés, une inversion du rhythme colorant normal de l'urine caractérisée par la teinte plus foncée des urines digestives, la teinte plus claire des urines du jeûne. Ils ont trouvé les causes de cette inversion dans le passage des pigments biliaires au moment de la période digestive. Ce passage est également prouvé par l'examen du sérum plus riche en pigments biliaires pendant la digestion. Cette inversion a une valeur séméiologique assez grande. Elle permet pour peu que les urines ne soient pas riches en pigments biliaires de les déceler par l'examen fractionné alors qu'ils ne sont pas perceptibles par l'examen global.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Mars 1901.

Rupture de la rate.

M. Hartmann analyse une observation de rupture de la rate communiquée par M. Auvray.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui, une nuit, avait fait une chute dans le fossé des fortifications. Quand on l'apporta à l'hôpital, il présentait les signes d'une hémorrhagie interne et fut immédiatement laparotomisé par M. Auvray, qui constata une rupture de la rate et fit une extirpation de l'organe. La guérison eut lieu sans incidents.

En ajoutant le fait qu'a communiqué M. Loison, cette observation porte à 4 le nombre des faits de lésions traumatiques, pour lesquelles l'ablation de la rate a eu lieu et a été suivie de guérison. M. Auvray remarque que cette extirpation ne s'est pas effectuée sans une certaine difficulté.

En présence d'une rupture de la rate, quelle est la conduite que l'on doit tenir ? Faut-il intervenir et quelle opération doit-on pratiquer ? Tels sont les deux points que l'on a à résoudre.

On doit tout d'abord savoir que certaines ruptures légères peuvent guérir spontanément. On en a cité un certain nombre d'exemples; toutefois, il faut être prévenu qu'un thrombus arrêtant l'hémorrhagie ne prévient pas toujours des accidents ultérieurs.

Quant aux ruptures graves, elles ont presque toujours une issue fatale. C'est donc avec elles que la question de l'intervention se pose.

M. Hartmann a réuni 38 observations d'interventions différentes pratiquées dans ces cas. On a fait le tamponnement ou la ligature des vaisseaux, ou la suture, ou la splénectomie. Or les premières de ces interventions sont, ou bien incertaines ou difficiles à terminer, certaines déchirures pouvant passer inaperçues. Ce sont des raisons qui doivent les faire abandonner. Tout au plus la suture peut-elle être conservée dans quelques cas de grosse rate pathologique. La véritable opération de choix c'est la splénectomie.

M. Lejars cite le cas d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait fait une chute sur le côté gauche du corps et restait alité pendant quelques jours. Il avait repris son travail, lorsqu'au bout de trois semaines, il fut apporté à l'hôpital avec des accidents péritonéaux graves. On percevait dans l'hypochondre gauche une volumineuse tumeur fluctuante et douloureuse. M. Lejars a fait une laparotomie latérale, qui l'a conduit sur une énorme collection enkystée de sang et de caillots. La poche vidée, il n'a aperçu aucun épanchement de sang; aussi s'est-il contenté, sans toucher à la rate qui avait dû être traumatisée, de faire un bon nettoyage, et un drainage qui a été suivi d'une guérison complète.

M. Terrier a observé un traumatisme assez rare de la rate chez une femme qui prenait des douches. A la suite de l'une d'elles, elle avait ressenti une très vive douleur et une tumeur s'était formée dans la région de la rate. M. Terrier a fait une incision et évacué un épanchement de sang, après quoi la guérison est survenue.

M. Moty cite le cas d'nn jeune soldat, dont la mort, due à une autre lésion, a permis de constater qu'une balle de revolver avait sectionné la rate à son tiers supérieur, sans provoquer d'hémorrhagie.

Traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie.

M. Tuffier, revenant sur la communication faite dans la séance précédente, fait tout d'abord remarquer que, dans ses recherches, il n'a trouvé que 13 cas plaidant en faveur de l'opération, car, dans ces cas, les lésions (gangrène, abcès) étaient telles que l'ablation seule de l'organe pouvait sauver les malades. Elle est encore justifiée, lorsqu'il y a rétention placentaire et lorsque les accidents sont compliqués de la présence d'un cancer ou d'un fibrome.

Quant au choix de l'opération il semble que l'on a de la tendance à adopter l'hystérectomie abdominale. Pour sa part, M. Tuffier n'en a fait qu'une, qui a été suivie de mort; pour les autres malades il a opéré par la voie vaginale. Il faut savoir que l'hystérectomie vaginale peut être difficile, l'utérus étant mal délimité, qu'on ne se rend pas compte des lésions des annexes et que les hémorrhagies sont parfois difficiles à arrêter.

Les différents relevés que M. Tuffier a faits, montrent que, sur 45 abdominales, il y a eu 28 guérisons et 17 morts, et, sur 18 vaginales, 10 guérisons et 8 morts.

M. Poirier fait remarquer que toutes ses malades atteintes d'infection puerpérale ont guéri à la suite de lavages intra-utérins et de curettage. Dans un cas, qui paraissait désespéré, il a refusé de faire l'hystérectomie et cependant la malade a fini par guérir.

Chez une autre femme, à la suite d'une fausse couche provoquée, les accidents persistaient malgré un curettage avec la curette de Récamier. La malade avait été amenée à la salle d'opération, et M. Poirier se proposait de l'hystérectomiser, lorsque, après avoir vu du pus sortir par le col utérin et avoir constaté qu'il y avait une perforation utérine, il a ouvert l'abdomen et trouvé, sous un paquet épiploïque, un énorme abcès en communication avec l'utérus qui présentait une rupture de 5 à 6 centimètres de largeur. Il a réséqué l'épiploon et largement drainé, et la guérison a été obtenue. Dans les cas d'infection puerpérale, il faut redouter le traumatisme que fait l'hystérectomie.

M. Quénu estime que la question de l'hystérectomie se pose, lorsque les autres moyens ont échoué, et l'opération, qui a pour but de tarir la source de l'infection, est séduisante. Il y a 2 ans, M. Quénu a fait une hystérectomie vaginale sans aucune difficulté. Les accidents se sont atténués pendant 10 jours, puis ont reparu et, 3 semaines après, des accidents d'éclampsie emportaient la malade. L'utérus enlevé avait été examiné et avait été trouvé peu malade. Des ensemencements étaient restés stériles. Aussi M. Quénu se demande s'il a rendu quelque service à sa malade en l'opérant. Il croit qu'il est nécessaire de bien préciser tout d'abord les conditions qui doivent autoriser à agir.

M. Chaput a fait deux hystérectomies qui ont été suivies de mort. Aussi s'est-il abstenu de recommencer sur une femme qui, l'année dernière, présentait une collection saillante dans les culs-de-sac. Une ponction avec drainage a suffi pour faire disparaître les accidents. Dans un autre cas, il a obtenu le même résultat avec un drainage abdomino-vaginal.

M. Walther montre : 1° une jeune femme laparotomisée après balle de revolver dans le ventre. La balle avait traversé le foie, frôlé l'épiploon et s'était logée dans la paroi de l'estomac sans le pénétrer, mais en perforant l'artère coronaire;

2° Un jeune homme laparotomisé à la suite la pénétration d'un tranchet dans l'abdomen. Ce tranchet avait lésé deux artères épiploïques et provoqué une hémorrhagie.

De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen.

M. Hartmann rappelle tout d'abord que, dans une discussion qui a eu lieu antérieurement sur ce sujet, il avait soutenu, en s'appuyant sur 10 cas, que la contracture générale était une indication formelle de la laparotomie.

Depuis cette époque, M. Hartmann et son interne Gosset avaient pris note de tous les cas qui se sont présentés à eux. Chez 10 malades qui présentaient de la contracture, 9 ont été opérés et, chez tous, on a trouvé une lésion d'un organe, foie, intestin, vessie, etc. Chez 17 autres malades chez lesquels il n'y avait pas de contracture, on n'est pas intervenu, et tous ces blessés ont guéri.

En ajoutant ces 27 cas aux 10 premiers déjà rapportés, M. Hartmann arrive au total de 37 cas, dont l'analyse confirme la justesse et l'absolutisme des premières conclusions. La contracture généralisée est l'indication formelle de la laparotomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Mars 1901.

Sur l'aérophagie et la dyspepsie flatulente.

M. Soupault a eu l'occasion d'observer tout récemment un aérophagique de cette catégorie dont l'histoire est très démonstrative.

Il s'agit d'un homme de 45 ans venu pour consulter pour de la dyspepsie flatulente. Il est atteint, depuis 10 ans, de dyspepsie asthénique. Le syndrome flatulent n'est survenu qu'il y a 3 ans. Celui-ci, que le malade peut à volonté arrêter ou provoquer, se montre soit à jeun, soit après les repas. Il est provoqué par une sensation de pesanteur ou de gêne épigastrique que le malade cherche à soulager en provoquant des gaz. Pour cela, il avale de l'air en faisant une série de déglutitions bruyantes, puis le rejette par une éructation prolongée. En observant la région épigastrique, on voit l'air pénétrer dans l'estomac qu'il insuffle graduellement. Après l'éructation, la région épigastrique s'affaisse. Cette manœuvre est renouvelée plus ou moins souvent selon les moments.

Tous les flatulents ne sont pas des grands aérophagiques. Beaucoup d'entre eux avalent de l'air en moindre quantité, et surtout le rejettent plus souvent. Les éructations sont d'autant plus prononcées qu'elles sont précédées par un nombre plus grand de mouvements de déglutition. Lorsque la quantité d'air avalé est faible, elle ne pénètre pas dans l'estomac et l'éructation est purement œsophagienne.

La pénétration de l'air se fait par le mécanisme de la déglutition.

A force de se répéter, l'aérophagie volontaire devient inconsciente. La moindre circonstance suffit à la provoquer. C'est ainsi que des influences morales, des fatigues physiques, la pression de différents points du corps suffisent à provoquer des crises de flatulence interminables, constituant ce que M. Mathieu appelle le rot à déclenchement.

Les troubles dyspeptiques accompagnent toujours l'aérophagie. M. Soupault pense qu'ils la provoquent, plutôt qu'ils n'en sont la conséquence. Les différents types cliniques de gastropathie peuvent être observés. Toutes les circonstances locales ou générales qui influent sur la dyspepsie influent sur l'aérophagie.

Les gaz éructés sont formés, en grande partie, par de l'air atmosphérique, mélangés en proportions variables, mais toujours en petite quantité, de gaz contenus dans l'estomac.

L'aérophagie ne demande pas un traitement spécial. Elle disparaît ou s'atténue parallèlement aux troubles dyspeptiques locaux et à l'état nerveux général. Cependant, sachant que l'aérophagie est un phénomène volontaire, on peut, en s'observant, arriver à se corriger de cette funeste habitude.

Otite et méningite cérébro-spinale.

MM. Vaquez et **Ribierre** rapportent l'observation d'une malade entrée dans leur service pour des accidents de méningite cérébro-spinale survenus au cours d'une otite ancienne, à évolution torpide, sans écoulement abondant, ni rétention purulente.

La maladie passa par une première phase d'une durée de 3 ou 4 jours qui fut marquée uniquement par une intense céphalalgie occipitale, de la fièvre et des phénomènes généraux, sans aucun signe de localisation cérébrale. Bientôt survinrent des symptômes dénotant l'envahissement des méninges rachidiennes (douleur lombaire avec irradiations, signe de Kernig, raideur du dos et de la nuque), et la maladie évolua dans l'espace d'une

huitaine de jours avec le tableau classique de la méningite cérébro-spinale.

Trois ponctions lombaires furent pratiquées et démontrèrent l'existence d'un liquide céphalo-rachidien d'abord trouble, puis franchement purulent. Dans ce liquide purulent, on put déceler un microcoque restant coloré par le Gram, se présentant parfois sous forme de diplocoque, en quelques points intra-cellulaires, et qui ne se montra pas pathogène pour la souris. Ce microcoque put être cultivé sur gélose sanglante. Il s'agit, en somme, vraisemblablement, d'un méningocoque.

La malade ayant succombé, on constata une méningite purulente de la base de l'encéphale, assez peu étendue du reste, et un abondant exsudat purulent au niveau des méninges rachidiennes. Le rocher semblait intact : il n'existait, en tout cas, aucune carie apparente, aucune effraction dans la cavité des méninges. Mais, après trépanation, l'os apparut transformé en une masse fongueuse sur une assez grande étendue.

L'infection des méninges semble s'être faite non pas directement, par ouverture d'un foyer septique, mais par propagation probablement lymphatique.

Cette observation montre qu'à côté de la méningite cérébrale plus ou moins localisée, complication depuis longtemps connue et décrite des otites, il faut faire une place aux infections diffuses du liquide céphalo-rachidien et des méninges cérébrales et spinales d'origine auriculaire. M. Lermoyez a du reste attiré récemment l'attention sur des faits analogues.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 27 Février 1901.

La fièvre typhoïde à Paris.

M. Régnier. — L'étude des statistiques de mortalité de 1883 à 1900 montre que depuis l'adduction des eaux de source, la fièvre typhoïde a diminué à Paris, puisque le chiffre des décès, qui était de 3 352 en 1883, est tombé à 250 en 1898.

Dans cet intervalle, il y a eu cependant plusieurs épidémies qu'on a mises sur le compte de l'emploi des eaux de rivière brutes. Depuis 1898, on n'emploie plus que les eaux de rivière filtrées. Or, en 1899, il y a eu encore une grave épidémie, et en 1900 il y en a eu deux, l'une de février à avril, l'autre du milieu de juin à la fin de septembre. Pendant cette dernière période seulement, on a utilisé les eaux de rivière filtrées, et la statistique montre qu'elles n'ont joué aucun rôle appréciable.

Par contre, on voit facilement, en étudiant la répartition des cas, que ceux-ci sont surtout dus à la Vanne et à l'Avre.

Les contaminations de ces sources ont diverses origines. Les unes viennent des eaux superficielles et se produisent par les drains, surtout après les grandes pluies; les autres sont causées par la pollution des nappes profondes par les bétoires et mardelles qui couvrent la surface du sol sus-jacent. Ces contaminations peuvent se faire à de grandes distances.

Il faut donc revenir sur l'idée jusqu'ici courante en hygiène publique que les eaux de sources, celles au moins qui proviennent des terrains crayeux, au lieu d'être difficilement contaminables, comme on l'avait affirmé, sont, au contraire, facilement contaminables, et qu'on ne doit les employer qu'après des études approfondies.

M. Brouardel fait remarquer qu'on a cru, en effet, pendant longtemps, que toute eau de source était pure et potable. Mais cela n'est vrai que lorsque aucune impureté ne peut venir contaminer cette eau à son origine ou sur son trajet. C'est pourquoi aujourd'hui on considère comme impropres à l'alimentation des eaux qui, autrefois, paraissaient parfaites.

En réalité, les eaux qui répondent à ces desiderata sont très rares, et beaucoup de grandes villes sont privées d'eau vraiment pure.

Ceci nous démontre qu'il faut désormais faire des enquêtes très complètes, très sérieuses, surtout au point de vue géologique, avant d'accepter une eau de source destinée à alimenter une grande ville.

M. Bechman ne croit pas qu'il y ait de source dont l'eau soit strictement pure.

Les enquêtes géologiques les plus complètes ne nous permettront pas de trouver des eaux absolument stériles dans les pays habités.

Il en est de même pour les eaux filtrées; on s'est aperçu peu à peu que les filtres les plus parfaits présentaient des imperfections; à Ostende, tout récemment, on a fait des essais pour stériliser l'eau au moyen du peroxyde de chlore.

Il est probable que l'on en reviendra peu à peu à cette conclusion : qu'il n'est pas possible d'obtenir une eau absolument parfaite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 1er Mars 1901.

Epithélioma de l'oreille.

M. Brindel présente l'oreille d'un malade déjà montré à la Société et qui a été opéré après l'échec complet de la pâte arsenicale. Il rappelle à ce propos le cas d'un malade atteint d'un épithélioma du nez traité également par un confrère au moyen de la pâte arsenicale et qu'on a opéré également à la clinique de la Faculté. La pâte n'a donc pas des propriétés aussi merveilleuses qu'on a bien voulu le dire, et le malade a beaucoup souffert.

M. Frèche dit qu'il ne faut pas trop se hâter de déclarer inefficace un traitement qui a déjà fait ses preuves. L'histoire de ce malade démontre que le bistouri a été le plus fort. Il fait remarquer que ceux qui paraissent le plus hostiles à ce traitement sont ceux qui ne l'ont point employé.

M. Fromaget. — Si la pâte n'a pas produit la nécrose habituelle des tissus, cela prouve qu'elle n'agit pas en aveugle, détruisant à la fois les tissus sains et les tissus malades comme la pâte de Canquoin.

Il y aurait lieu de voir, en se basant sur des examens anatomo-pathologiques, quelles sont les formes d'épithélioma les plus justiciables du traitement arsenical. Jusqu'à présent, toutes les variétés qu'il a traitées par cette méthode ont guéri.

M. Dubreuilh dit que l'épithélioma actuel était un épithélioma à cellules volumineuses et très diffuses. Il n'a jamais constaté d'insuccès de la pâte. C'est la première fois que celle-ci n'a pas amené la nécrose habituelle.

M. Carles. — Un médicament incorporé dans une poudre agit d'autant mieux que la poudre est plus fine. Une poudre impalpable permet, avec une dose moindre de corps actif, d'obtenir un effet égal à celui qu'on aurait avec une dose double d'une poudre à gros grains. La poudre de gomme, mélangée à la poudre de Hue, doit empêcher en se desséchant l'action de l'acide arsénieux sur les tissus. Pour obvier à cet inconvénient, il n'y aurait qu'à ajouter un peu de glycérine. Il serait bon aussi de colorer la poudre pour éviter des méprises.

M. Dubreuilh ne croit pas que, dans la pratique, la poudre de gomme puisse empêcher l'action de l'acide arsénieux. Celui-ci doit se dégager sous forme soluble pendant un temps assez long, si l'on en juge par l'épaisseur de l'eschare obtenue.

M. Fromaget dit que la poudre de gomme a l'avantage de produire une pâte plus compacte, qui forme une croûte dense, résistante et adhérente.

M. Frèche insiste sur deux causes qui peuvent gêner l'action de la pâte : 1° la présence de l'épiderme dans les néoplasies infiltrées et non ulcérées; 2° le suintement parfois très abondant des ulcérations qui se produit après l'application et qui enlève la pâte, ou bien qui produit entre elle et l'ulcération une couche séreuse qui empêche l'action directe du topique.

Cystite tuberculeuse.

M. Pousson présente un malade opéré par lui, il y a un an, pour une cystite tuberculeuse. Vu la faiblesse extrême du malade, l'opération fut pratiquée après anesthésie par injection sous-arachnoïdienne de cocaïne. Les suites opératoires furent

parfaites. Le malade, qui pesait 43 kil. 600, pèse actuellemeut 59 kilos. Il n'y a plus de douleur ni de sang à la mixtion, mais celle-ci cependant est très fréquente. Les urines sont encore légèrement leucocytiques.

M. Loumeau. — La cystite était-elle primitive ou secondaire? Combien de temps la plaie vésicale est-elle restée ouverte?

M. Pousson. — La cystite était primitive. Le drainage a été maintenu pendant 6 semaines.

M. Loumeau dit que, si la cystite eût été secondaire, le résultat n'eût pas été aussi heureux, malgré l'incontinence. Il rapproche de ce cas celui d'un malade chez lequel il a fait une fistulisation pour une cystite secondaire. Il ne laissera refermer la plaie que lorsque l'état général du malade et celui des organes voisins, prostate, etc., lui fourniront cette indication.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 22 Février 1901.

Appendice d'une longueur exagérée.

M. Mariau, au cours d'une autopsie, a rencontré un appendice remarquable par sa longueur, qui atteignait 19 centimètres. Cet appendice, absolument sain, était situé au milieu des anses intestinales, tout contre la paroi abdominale antérieure; sa longueur lui permettait de se mettre en contact avec la vésicule biliaire, avec l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, de sorte qu'un processus d'appendicite développé dans un tel organe aurait donné lieu à une symptomatologie très difficile à interpréter et à se rattacher à sa véritable cause.

Abcès du foie à migration anormale.

M. Mariau rapporte l'histoire d'un homme, n'ayant jamais présenté d'accidents de paludisme, ni de dysenterie, malgré un congé en Afrique, dans un régiment de zouaves, et qui, après une période de malaise vague, d'amaigrissement, de fièvre et de frissons vespéraux accompagnés d'une sensation de gène dans la région stomacale, mis, par un médecin, sur le compte de la tuberculose pulmonaire, vit apparaître une tuméfaction diffuse, à contours peu appréciables, douloureuse à la pression et spontanément, dans la région sus-ombilicale, à quatre travers de doigt, à gauche de la ligne médiane.

M. Mariau, qui observa le malade en ce moment, porta le diagnostic de suppuration profonde; éliminant l'hypothèse d'une pyélo-néphrite, à cause de l'absence de symptômes urinaires et d'un abcès de la rate, ceux-ci ne s'observant que très rarement chez de vieux paludéens, à grosse rate, il songea à la possibilité d'un abcès d'origine hépatique, et l'opération confirma cette manière de voir. En effet, l'incision de la tuméfaction donna issue à un liquide purulent de coloration spéciale, lie de vin.

M. Mariau fait remarquer les difficultés du diagnostic d'abcès du foie dans un cas pareil, et déclare qu'en présence du tableau symptomatique offert par le malade, on pouvait, malgré le siège anormal, songer à une collection purulente, d'origine hépatique, d'autant plus que chez le fœtus le foie est en contact avec la rate.

Sur les avantages de l'intervention systématique d'urgence dans les traumatismes de l'urèthre.

M. Carlier est convaincu de la nécessité d'intervenir d'urgence dans la plupart des traumatismes uréthraux. Les traités récents de chirurgie n'insistent pas assez sur ce point; il y a là une lacune que M. Carlier comble en se basant sur son expérience personnelle. Dans un cas récent, il a observé, à la suite d'une chute à califourchon, une rupture de l'urèthre avec uréthrorrhagie abondante, et une bien légère ecchymose du périnée dans laquelle le cathétérisme fut extrêmement facile. Malgré la facilité du sondage, M. Carlier ne mit pas de sonde à demeure, comme le conseillent les traités de chirurgie d'urgence : il intervint chirurgicalement, et après une uréthrotomie externe, qui lui montra une déchirure de l'urèthre sur une longueur de 2 centimètres, avec écrasement complet de la paroi inférieure, il pratiqua une uréthrorrhapie.

Ce cas montre combien est critiquable la division des traumatismes de l'urèthre en cas légers, où les auteurs conseillent d'attendre; en cas moyens, où la sonde à demeure est préconisée, et en cas graves,où il faut intervenir avec le bistouri.

M. Carlier cite, à l'appui de sa thèse, un autre cas dans lequel, malgré le peu de signes et la facilité du sondage, il constata, au cours de l'intervention, une déchirure totale de l'urèthre avec un écartement des deux bouts, de 3 centimètres. Il fit une suture de la rupture et évita ainsi au malade les ennuis consécutifs à la cicatrisation et au rétrécissement cicatriciel. Il conclut en déclarant que le chirurgien, après avoir reconnu l'existence d'une blessure de l'urèthre, doit pratiquer l'uréthrotomie externe, suivie immédiatement de l'uréthrorrhaphie. Il ne partage pas la conduite de Delorme qui, dans un premier temps, fait l'incision du périnée pour laisser uriner le malade, et qui, après avoir attendu le temps nécessaire au bourgeonnement, pratique, dans un second temps, la suture de l'urèthre.

M. Moty, qui a observé quelques malades de Delorme, déclare que, dans certains cas d'urèthres absolument intolérants, ne pouvant supporter la sonde à demeure, le chirurgien ne peut, après avoir ouvert l'urèthre, pratiquer la suture. Il en est de même quand la rupture se produit chez un sujet atteint d'uréthrite.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE LILLE

Séance du 13 Février 1901.

Quelques cas d'influenza à forme hépatique.

M. Desplats a récemment observé, dans sa clientèle, plusieurs cas d'influenza à complications particulières. Un de ses malades a présenté, le 4° jour de son attaque, une teinte subictérique des téguments et de la sclérotique, de la décoloration des matières fécales, qui disparurent le 9° jour. Un autre a offert les mêmes signes d'une façon plus marquée, avec des urines foncées, de teinte acajou, et une sensation de fatigue accentuée. Chez un enfant, M. Desplats observa aussi un léger ictère consécutivement à une attaque de grippe, et la mère lui raconta que plusieurs de ses autres enfants avaient présenté les mêmes phénomènes. Enfin, chez un homme de 60 ans, atteint de grippe infectieuse depuis 4 semaines, il constata de l'ictère, un état saburral et des douleurs hépatiques.

M. Faidherbe rappelle qu'il a vu, avec M. Desplats, un cas, à peu près semblable, dans lequel, consécutivement à une attaque d'influenza et de gastro-entérite, apparurent une teinte subictérique, de l'affaiblissement et des phénomènes gastro-hépatiques qui amenèrent la mort.

M. Delassus fait ressortir l'intérêt qui provient du nombre de malades à manifestations hépatiques, observées dans un temps relativement court, et se demande si cette localisation particulière n'est pas le résultat d'une diminution de la résistance de l'organe.

Corps étranger du sein.

M. Delassus a observé une tumeur du sein à accroissement rapide, sans ganglions, qu'on a diagnostiquée adénofibrome. Une palpation attentive lui permit de reconnaître, à l'intérieur du néoplasme, une sorte d'aiguille, et, en interrogeant la malade, il réussit à lui faire dire qu'elle s'était un jour piquée au sein, en s'habillant, et qu'elle avait remarqué une goutte de sang au point douloureux. Une opération très simple lui permit d'extraire une aiguille de couturière, de 4 centimètres de longueur, et de guérir ainsi la malade de son prétendu cancer.

M. Camelot a vu diagnostiquer gomme de la face antérieure de la cuisse, une tumeur déterminée par une aiguille que le malade s'était enfoncée en s'asseyant et qui avait traversé toute l'épaisseur de la cuisse.

M. Delassus, à propos de la migration des aiguilles, rapporte que l'on a signalé deux cas d'aiguilles trouvées dans la moelle épinière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 14 Février 1901.

Ostéomyélite avec paralysie radiale résultant de la section du nerf par un séquestre.

M. Nové-Josserand présente un garçon de 9 ans entré à la Charité, le 27 novembre 1897, pour une ostéomyélite aiguë. Cet enfant subit à ce moment des opérations multiples : trépanation, évidement et immobilisation de l'humérus et du tibia, ablation de l'astragale qui enrayèrent les phénomènes infectieux.

La convalescence fut longue et compliquée par des accidents multiples : élimination d'un gros séquestre comprenant toute la région juxta-épiphysaire supérieure de l'humérus, fracture pathologique du tibia, élimination de petits séquestres du foyer tibial.

Au mois de mai 1899, l'enfant revenait de faire un séjour l'hospice des convalescents de Longchêne, lorsqu'on s'aperçut qu'il présentait une paralysie radiale complète. D'après les renseignements qui furent donnés, celle-ci se serait produite, trois semaines auparavant, sans traumatisme ni accident quelconque. L'examen montra, au niveau de la face interne du bras, dans son tiers inférieur une tuméfaction légère, limitée, de l'étendue d'une pièce de 2 francs, de consistance assez molle et douloureuse à la pression.

Une intervention parut nécessaire. Le 10 juin, le nerf ayant été systématiquement recherché et découvert, on le trouva sectionné; le bout supérieur, renflé en névrome terminal, n'était séparé du bout inférieur que par un intervalle d'un demi-centimètre; il semblait même que quelques fibres conservées formaient un point entre les deux segments. Au-dessous se trouvait un lit de fongosités dans lequel était englobé un séquestre lamellaire dont le bord coupant correspondait bien à la section nerveuse.

Avivement du nerf qui fut suturé par deux points interstitiels au catgut fin.

Le 20 octobre 1899, on notait déjà quelques symptômes de restauration fonctionnelle : la main n'était plus en griffe, le malade relevait son poignet jusque sur le prolongement de l'avant-bras. Mais les mouvements des doigts étaient encore presque nuls.

Le 7 février 1901, l'enfant est revu, présentant depuis environ trois mois un retour complet de la fonction de son membre. On constate, en effet, que la main et les doigts peuvent exécuter tous les mouvements actifs d'extension avec leur amplitude normale.

M. Nové-Josserand rapproche de ce fait un autre cas de suture nerveuse pour une déchirure produite par une fracture de l'humérus.

Il s'agit d'une fillette de 7 ans qui, en tombant sur l'angle saillant d'un petit mur, se fit une fracture sus-condylienne de l'humérus. Le médecin appelé ne constata rien d'anormal; il appliqua un bandage silicaté qui fut laissé en place 15 jours, pendant lesquels l'enfant se plaignit constamment d'une douleur au niveau de la région dorsale du pouce. L'appareil enlevé, on trouva une paralysie radiale incomplète, le long supinateur étant resté indemne.

Opération le 23 juillet 1900, soit un mois et demi après l'accident. On trouve le nerf radial complètement sectionné par l'arête vive d'un fragment osseux, au-dessous de la naissance du rameau du long supinateur. Les deux extrémités sont renflées et distantes d'environ 1 centimètre. Après résection à la pince-gouge de la partie saillante de l'arête, le nerf est avivé et suturé par trois points interstitiels au catgut.

Le 11 octobre, on note que l'extension du poignet est devenu possible, mais les doigts restent encore immobiles. Cependant, le retour complet de la fonction ne se fait pas attendre et, à la fin d'octobre, c'est-à-dire au bout de 3 mois, la guérison est complète.

Dans ce second cas, la restauration fonctionnelle a été beaucoup plus rapide que dans le premier, puisqu'elle n'a demandé qu'environ 100 jours.

M. Durand a vu, dans un cas d'intervention sur une fracture de l'humérus, le radial entouré par une masse encore molle formée de tissu cellulaire et de sang épanché, et on avait la sensation que la rétraction cicatricielle de cet épanchement pouvait parfaitement léser le nerf.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 20 Février 1901.

Un cas d'adénome lingual.

M. Viannay présente un malade du service de M. Gangolphe, qui a été opéré pour la seconde fois, il y a 12 jours, d'un épithélioma de la langue. Cet homme, actuellement âgé de 66 ans, a fait un premier séjour, il y a trois ans, dans le service de M. Gangolphe.

Lorsque le malade entra, pour la première fois, à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1897, on constatait, sur le bord gauche de la langue, une tumeur arrondie, du volume d'une noix, ayant une coloration rosée, légèrement saillante sur le dos de la langue et s'étendant jusqu'à la ligne médiane.

Au palper, cette tumeur offrait une consistance dure. La pression en était peu douloureuse; par contre, les mouvements de la langue provoquaient des douleurs assez vives. Le malade accusait, en outre, une douleur gingivale continue à la place des dents anciennement arrachées. On sentait un ganglion dans la région sous-maxillaire gauche, et trois du côté droit.

L'état général était relativement bon; cependant le malade avait un peu maigri.

Cette tumeur fut enlevée par M. Gangolphe, ainsi que les ganglions suspects. Le malade guérit et retourna chez lui; il y a de cela 3 ans et demi. L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait, ou a été égaré.

Il y a trois mois, au niveau de la cicatrice linguale, le malade recommença à éprouver des douleurs, et vit se développer une nouvelle tumeur, en tous points semblable à la première.

Le 1er février 1901, il entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gangolphe.

On constate, sur le bord gauche de la langue diminué par la première intervention, une petite tumeur arrondie du volume d'un gros marron, lisse et de coloration rosée, sans la moindre ulcération. La consistance est ferme. On ne sent aucun ganglion dans les régions sous-maxillaires. Cette tumeur est le point de départ de douleurs assez vives, qui diminuent le sommeil et gênent la mastication.

En raison de l'aspect assez limité de la tumeur, en raison du temps considérable qu'elle a mis à récidiver, M. Gangolphe se contente encore cette fois de l'ablation pure et simple, sans faire l'amputation de la langue.

La tumeur enlevée apparaît, à la coupe, formée d'un tissu gris rosé, dont la coloration tranche avec celle du muscle lingual ambiant. Il n'y a pas continuité entre le tissu pathologique, qui paraît en quelque sorte encapsulé.

Lymphatiques de l'appendice vermiculaire.

MM. Tixier et **Viannay** font une communication sur les lymphatiques de l'appendice vermiculaire :

1° Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques de l'appendice sont inclus dans l'épaisseur du méso-appendice;

2° On trouve des ganglions, dans ce méso, chez un peu plus de la moitié des sujets : 54 p. 100.

Dans 22 p. 100, des cas, il n'y a qu'un seul ganglion; dans 32 p. 100 des cas, il en existe davantage, 2, 3, 4, jusqu'à 8;

3° Ces ganglions siègent, soit à la partie moyenne du méso, soit — beaucoup plus fréquemment — à sa base. Ils forment trois groupements distincts, qui peuvent exister ou se rencontrer isolément : un groupe iléo-appendiculaire, un groupe cæco-appendiculaire, un groupe méso-appendiculaire :

a) Le groupe iléo-appendiculaire siège dans l'angle gauche

de la base du méso-appendice, considéré comme un triangle à base supérieure, sous la fin de l'iléon, au point où le méso-appendice se continue avec la fin du mésentère;

b) Le groupe cæco-appendiculaire siège au niveau de l'insertion cæcale de l'appendice, dans l'angle aigu ou obtus, suivant les cas, que forme cet organe avec le bord interne du cæcum, ou, en d'autres termes, dans l'angle droit de la base de méso-appendice;

c) Le groupe méso-appendiculaire est formé de ganglions qui se disséminent, sans ordre apparent, dans le méso.

Ce groupe est le moins constant des trois; il paraît être un premier relai sur le trajet des lymphatiques appendiculaires;

4° Les deux premiers groupes — iléo-appendiculaire et cæco-appendiculaire, — de beaucoup les plus importants, reçoivent chacun une partie des lymphatiques de l'appendice, et dirigent ensuite la lymphe : en partie dans les ganglions de la face postéro-interne du cæcum, qui se continuent avec la chaîne méso-colique;

5° Il peut exister des anastomoses entre les réseaux lymphatiques du cæcum et ceux de son appendice;

6° En cas d'absence de ganglions dans le méso-appendice, les lymphatiques appendiculaires se jettent directement : les uns dans les derniers des ganglions mésentériques, en suivant l'artère appendiculaire; les autres, dans les ganglions du bord interne du cæcum, en suivant les anastomoses artérielles injectées par Lafforgue, qui unissent la circulation cæcale à la circulation appendiculaire.

Calcul salivaire sublingual.

M. Pouly présente un calcul salivaire expulsé spontanément par une malade.

Cette femme s'était aperçue, depuis une quinzaine d'années, de l'existence d'une tuméfaction du plancher de la bouche, à droite du frein de la langue. Cette saillie, dure à la palpation, indolente, avait peu à peu augmenté de volume, entraînant une gêne assez marquée de la déglutition et de l'articulation des mots; à aucun moment de son évolution elle n'a occasionné des douleurs.

C'est uniquement, en raison de la gêne mécanique qu'entraînait la tumeur, que la malade se décide à venir à la consultation de chirurgie, à l'hôpital de la Croix-Rousse.

En arrivant dans le service, elle expulse spontanément un calcul allongé, en forme d'amande. Sa couleur est gris jaunâtre, sa surface est grenue et d'aspect poreux. Il mesure 4 centimètres suivant son grand axe et 1 centim. 1/2 suivant sa largeur. Son poids est de 3 gr. 55. Après l'expulsion on aperçoit, sur le plancher buccal, une large ulcération qui a livré passage au calcul.

Un stylet, introduit par cette ouverture, s'enfonce de 6 centimètres environ et ne rencontre aucun autre calcul. La muqueuse buccale ne présente pas trace d'inflammation.

Cancer de l'œsophage propagé à l'estomac.

M. Pouly communique l'observation d'une femme de 63 ans entrée dans le service de M. Rollet avec tous les signes d'un cancer de l'œsophage.

Les symptômes que présentait la malade attiraient l'attention seulement du côté de l'œsophage. La malade ne souffrait pas du côté de l'estomac; l'exploration de cet organe était, d'ailleurs, rendue difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale. Pas de ganglions dans le creux sus-claviculaire.

M. Rollet propose une intervention (gastrostomie) à la malade qui la refuse et quitte le service. 8 jours après, la patiente, ne pouvant plus s'alimenter, revient demandant elle-même une opération.

Sous anesthésie, en palpant la région épigastrique, on remarque une tumeur assez volumineuse. Incision médiane sus-ombilicale; constatation d'un néoplasme ayant envahi le cardia, la petite courbure de l'estomac sur toute sa longueur et la plus grande partie des deux faces de l'organe. Le petit épiploon et une partie du foie sont, de même, envahis par le néoplasme. Gastrostomie juxta-pylorique constituant une bouche stomacale médiane et sus-ombilicale. Sonde à demeure. 5 jours après, mort subite, sans que rien à l'autopsie ait pu expliquer ce dénouement rapide. Il n'y avait, en effet, pas trace de péritonite.

L'examen histolologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma diffus de tout l'œsophage, ayant envahi secondairement et par continuité une grande partie de l'estomac, n'ayant laissé qu'une surface saine juxta-pylorique où a pu être pratiquée une gastrostomie. Une extension aussi considérable constitue un fait des plus rares.

M. Bouveret. — Il est rare de voir se développer des tumeurs stomacales consécutives à des tumeurs de l'œsophage, mais le fait existe. Ces tumeurs stomacales secondaires ont la même structure histologique que la tumeur primitive de l'œsophage et l'on peut voir souvent, entre la tumeur primitive et la tumeur secondaire, un assez grand espace sain qui s'oppose à ce que l'on puisse penser à une propagation de proche proche.

M. Josserand a fait récemment une autopsie du même genre. Il s'agissait d'une tumeur de la partie intérieure de l'œsophage. La sonde était arrêtée à 40 centimètres des arcades dentaires. A l'autopsie, on a trouvé de la péritonite cancéreuse généralisée, un néoplasme de l'œsophage avec dégénérescence colloïde avancée et une grosse tumeur du cardia. Les troubles dyspeptiques avaient ouvert la scène chez ce malade, la tumeur semblait donc avoir débuté par l'estomac.

Paralysie asthénique d'Erb.

M. Josserand a montré un malade dont le facies pleurard et hutchinsonien, annonçant des lésions bulbaires, est frappant. Il est âgé de 50 ans, et on ne trouve rien de particulier dans ses antécédents : pas de syphilis, pas de tuberculose, pas d'alcoolisme. Il a eu une pneumonie, il y a 3 ans, et c'est dans la convalescence de cette pneumonie qu'il a éprouvé les premiers symptômes de l'affection actuelle. Elle a débuté par de la paralysie de la langue et des troubles de l'articulation. Quelques semaines après survenaient des troubles de la mastication et de la déglutition. 2 ans se passent, lorsque apparaît de la diplopie et un peu de paralysie du facial supérieur, dernier phénomène apparu.

Voilà 3 ans 1/2 que son affection évolue et, aujourd'hui encore, il présente plutôt de la parésie que de la paralysie vraie. La parole est gênée, mais ce n'est qu'au bout de 5 à 6 mois qu'elle s'embrouille pour devenir impossible bientôt après. Il bouge la langue comme il veut, mais, dès qu'il a fait quelques mouvements, la langue reste immobile. Elle ne présente pas d'atrophie, à peine est-elle déviée un peu du côté gauche. Les lèvres restent entr'ouvertes, mais elles ne sont pas amincies, il les serre, les bouge, les remue, prononce très bien O, U, Ou, mais pas longtemps; très rapidement la fatigue survient et les mouvements deviennent impossibles. Il présente, également, de la parésie de la mastication avec lassitude précoce. Pas grand'-chose du côté du voile du palais et du pharynx; il s'étrangle facilement à la fin de ses repas, tousse et rejette des liquides et des aliments par le nez.

A la fin de la journée, il a de la peine à tenir soulevées ses paupières supérieures, elles ne se soulèvent bien qu'au début de la journée. Les yeux suivent facilement le doigt dans les premiers moments pour rester bientôt inertes. Le malade présente un peu de strabisme externe par parésie du moteur oculaire interne. Rien à l'accommodation, pas de parésie de l'iris, rien au fond de l'œil. Un peu de parésie du facial supérieur, le front se ride difficilement, et si l'on fait fermer les paupières, on peut les ouvrir sans effort. Les muscles de la nuque se lassent très facilement : au bout de 15 à 20 minutes la tête tombe spontanément et le malade doit la relever avec les mains, pour la remettre en position normale.

M. Josserand conclut qu'il s'agit là d'un cas de paralysie asthénique d'Erb.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 Février 1901.

Les échanges organiques dans le régime végétarien.

M. Albu relate les expériences qu'il a pu faire chez une femme déjà âgée, qui depuis 6 ans se nourrit exclusivement de substances végétales. Pendant les 5 jours que M. Albu l'a observée, le régime de cette femme s'est composé de 120 grammes de pain de Graham, de 400 grammes de pommes, de 400 grammes de prunes, de 200 grammes de raisin, de 64 grammes de noisettes (pesées sans coquille), de 76 grammes de dattes et de 100 grammes de salade avec du jus de citron; le poids du corps était de 37 kilog. 1/2; ces aliments produisaient 1 400 calories (37,3 par kilog. de poids du corps); ils renfermaient 34 gr. 13 d'albuminoïdes, 36 grammes de substances grasses et 225 gr. d'hydrate de carbone.

La diurèse a été fort ralentie, car la patiente n'ingérait à peu près aucun liquide; elle excrétait chaque jour, tant avec les fèces qu'avec les urines, 5 gr. 09 d'azote; comme les 34 gr. 13 de substances albuminoïdes qu'elle absorbait en contenaient 5 gr. 46, on peut dire que, durant l'expérience, cette femme s'est maintenue en équilibre au point de vue des substances azotées.

Ce fait prouve que la pauvreté des végétaux en albuminoïdes n'empêche pas la nutrition de s'accomplir normalement, et, de plus, que la substitution d'albumine végétale à l'albumine normale est sans inconvénients. Il faut retenir en outre que, tandis que Voit estime 18 gr. 88 d'azote nécessaires chaque jour à un homme adulte et travaillant — quantité qui s'abaisse à 15 ou 16 grammes pour une femme ne se livrant pas à des travaux pénibles, — la patiente se contentait de la dose minime de 5 gr. 46 d'azote *pro die*, et cela sans augmentation du taux des hydrocarbones.

En ce qui concerne l'utilité du régime végétarien dans l'état de santé, elle paraît fort contestable, et cela parce que l'albumine végétale est, en somme, peu assimilable : M. Albu retrouvait dans les fèces de sa patiente le tiers de l'azote absorbé (1 gr. 79 par jour sur 5 gr. 46); en outre, d'autres inconvénients de ce mode d'alimentation proviennent de la quantité considérable de mets à ingérer, et aussi de leur monotonie et de leur manque de saveur; enfin, il ne faut pas oublier la difficulté des approvisionnements, du moins en hiver.

Dans certains états morbides, au contraire, un régime purement végétarien peut rendre des services. En premier lieu, il convient de citer les névroses, et particulièrement la neurasthénie; M. Albu croit que l'alimentation végétale s'y montre efficace surtout par l'absence de tout élément irritant (alcool, thé, café, épices); il convient de faire intervenir, de plus, la richesse des végétaux en sels minéraux, lesquels exercent une influence spéciale sur les échanges organiques. Dans les névralgies des tabétiques, on a préconisé aussi l'emploi du régime végétarien, que M. Albu a vu réussir également dans quelques cas de sciatique. On peut expliquer cette action par deux hypothèses, soit que certaines névralgies témoignent d'une intoxication par des produits de désassimilation, intoxication qu'un changement de nourriture fait cesser, soit qu'elles dépendent plus simplement d'une constipation chronique qui disparaît par l'usage d'aliments végétaux. Dans les névroses de l'estomac et de l'intestin, M. Albu a aussi obtenu des succès; mais il faut qu'il s'agisse d'affections purement fonctionnelles, en l'absence de toute lésion anatomique; en tout cas, la cure végétarienne ne doit pas être prolongée plus de 4 à 8 semaines.

C'est sans doute par ses effets laxatifs que le même régime est parfois utile dans la colite muco-membraneuse, ainsi que dans les circonstances hépatiques et dans la lithiase biliaire.

Dans le traitement de l'obésité, l'alimentation végétale est à recommander, parce que, tout en apaisant la faim, elle contient peu d'albumine; mais elle n'est pas applicable à tous les obèses. Elle est favorable aux diabétiques si l'on choisit des légumes pauvres en amidon, et aussi aux goutteux, dont beaucoup doivent leur maladie à l'abus du régime carné. Elle est aussi applicable aux névroses cardiaques, particulièrement à la maladie de Basedow; dans les néphrites, elle a l'avantage de ménager l'épithélium rénal, si fragile, mais il est clair qu'elle ne saurait amener la guérison. Enfin, nombre d'affections cutanées, liées à des troubles des échanges organiques ou à des affections gastro-intestinales, sont heureusement influencées par elle. M. Albu cite notamment le prurit, la furonculose, l'urticaire, l'érythème exsudatif polymorphe, surtout chez les enfants, l'érythème noueux, diverses variétés d'eczéma chronique.

La cure végétarienne est contre-indiquée dans toutes les affections organiques du tube digestif, parmi lesquelles il faut compter l'atonie gastrique; il en va de même de la faiblesse cardiaque, et de tous les états d'affaiblissement; au reste, il ne faut pas oublier que certains individus, sans doute par suite d'une véritable dyscrasie, supportent mal le régime purement végétal.

Adénocarcinome du rein extirpé avec succès.

M. Schönstadt présente un enfant de 6 mois, auquel il a extirpé depuis 11 jours une volumineuse tumeur du rein gauche. Ce nourrisson, faible et incomplètement développé, avait 4 semaines quand sa mère remarqua une grosseur des dimensions d'une noix dans la moitié gauche de l'abdomen, grosseur qui s'accrut rapidement, si bien qu'elle atteignait le volume d'un poing d'adulte quand le petit malade fut amené à M. Schönstadt, au commencement de février. On constatait alors un néoplasme dur et élastique, facile à mobiliser, dont la zone de matité, de l'étendue de la paume de la main, était nettement distincte de celle de la rate. On pensa à un kyste du mésentère ou du pancréas.

L'incision de von Bergmann-Czerny fit reconnaître qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur solide du rein, dont l'énucléation fut très facile. L'examen histologique révéla que cette tumeur avait la structure de l'adénocarcinome; Birch-Hirschfeld et Engler estiment que cette variété de cancer du rein provient des restes du corps de Wolff : or il n'existait ici aucune trace de tissu surrénal ni de fibres musculaires lisses. Ce cas est le premier où une telle tumeur ait été extirpée avec succès.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 25 février 1901.

Les intoxications professionnelles par des substances réduisant l'hémoglobine.

M. Brat a constaté que les symptômes des intoxications qui ont pour effet de transformer l'hémoglobine en méthémoglobine consistent en vertige, en céphalées et en une véritable ébriété (ivresse anilinique); plus tard surviennent de la somnolence, de violents vomissements, du refroidissement des extrémités, des irrégularités et des arrêts de la respiration, sans que le nombre des pulsations soit diminué. En outre, dans l'intoxication par la nitrobenzine, on a noté l'opisthotonos. Enfin, l'ictère hémaphéique est un des symptômes les plus caractéristiques. Tous ces accidents sont fréquents dans les industries où l'on emploie l'aniline; les dangers de cette dernière substance paraissent plus grands qu'on ne le dit généralement.

En ce qui concerne le diagnostic précoce de ces intoxications, l'examen spectroscopique du sang obtenu par piqûre a une importance capitale, en montrant le spectre d'absorption de la méthémoglobine; de même l'apparition dans l'urine de substances déviant à gauche la lumière polarisée; dans deux cas, M. Brat a constaté aussi de la glycosurie.

Au point de vue du traitement, on doit avoir recours aux inhalations d'oxygène et à la respiration artificielle.

Chez des animaux intoxiqués artificiellement, et que le

séjour dans l'oxygène pur ne suffit pas à sauver, on peut avantageusement recourir à l'injection intra-veineuse de bi-carbonate de soude; mais pour que cette injection amène la guérison, ce qu'elle ne peut faire qu'en élevant l'alcalinité du sang, il faut qu'elle soit précédée d'une saignée; pourrait-elle rendre des services dans les cas graves d'intoxication chez l'homme?

Narcose par un mélange de chloroforme et d'oxygène.

M. Aronson déclare que, d'après ses expériences, le mélange de chloroforme et d'oxygène n'offre aucun avantage pour l'anesthésie. Si M. Wohlgemuth, dans une précédente séance a pu apporter de bons résultats obtenus par cette méthode, c'est uniquement parce qu'il a employé de l'oxygène sous pression; mais de l'air, également comprimé, eût présenté les mêmes avantages.

REUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 Février 1901.

Abcès sous-diaphragmatique.

M. Gruneisen a montré un malade qui, 12 ans auparavant, avait eu une hématémèse et qui, depuis cette époque, jouissait d'une santé excellente. En février 1900, il est pris de douleurs violentes dans l'abdomen qui devient tuméfié, et pendant quelques jours il eut des selles noires.

En mars, il entre à l'hôpital où l'on constate une tuméfaction de la région épigastrique qui est douloureuse à la pression. On fait la laparotomie, et sous le diaphragme on trouve une cavité remplie de gaz et de pus fétide, mais ne contenant pas de débris alimentaires. Drainage, et guérison sans complications.

Dans un autre cas opéré par M. Gruneisen en décembre 1900, il s'agit d'un homme pris brusquement de vomissements avec douleurs violentes de l'abdomen. Dans un service de médecine où il a été transporté, on a trouvé du météorisme abdominal, une résistance dans la région du côlon et une élévation de la température. Une ponction faite dans la région cæcale donna issue à du liquide séreux, et une autre ponction faite 8 jours plus tard permit de constater la transformation purulente du liquide. L'intervention montre l'existence d'un abcès sous-diaphragmatique qui fut ouvert par la voie transpleurale. La guérison a été retardée par le développement d'un empyème dont le malade guérit.

Traumatisme cranien.

M. Horneffer. — Un garçon de 17 ans, occupé dans une fabrique, reçoit un violent coup sur la tête et tombe sans connaissance. A l'examen, on trouve au niveau du pariétal droit une plaie contuse longue de 10 centimètres par où sort de la matière cérébrale et du liquide cérébro-spinal. On relève le fragment osseux enfoncé, et le prolapsus du cerveau, des dimensions d'une poire, se réduit peu à peu dans l'espace de 8 jours.

La perte de connaissance disparut très rapidement après qu'on eut relevé le fragment enfoncé. Mais il resta une hémiplégie gauche avec paralysie faciale et troubles de la parole. Au bout d'un mois, la paralysie du membre inférieur disparut, mais le membre supérieur reste contracturé, le facial est toujours parétique et les troubles de la parole persistent.

L'existence des troubles de la parole dans ce cas s'expliquent peut-être par le fait que le malade était gaucher pendant son enfance.

Rupture de l'artère axillaire dans une luxation de l'épaule.

M. Körte. — Il s'agit d'un homme de 49 ans qui se fit une luxation de l'épaule en se laissant glisser du haut d'une fenêtre. La réduction se fit sans difficulté, mais dans la soirée l'épaule augmenta considérablement de volume, si bien que le malade entra à l'hôpital. Le lendemain, on trouva l'épaule encore plus tuméfiée, et l'avant-bras ainsi que la main, livides; la sensibilité dans le bras avait diminué, mais les battements de la radiale étaient encore perceptibles. Comme la tumeur avait atteint les dimensions d'une tête d'adulte, et que la peau qui la recouvrait menaçait de se gangréner, on décida d'intervenir, d'autant que l'hémorrhagie constituait par elle-même un danger pour la vie.

Ayant fait pratiquer la compression de la sous-clavière par un aide, M. Körte fit une longue incision à travers le creux axillaire, et, l'ayant débarrassé des caillots, trouva la source de l'hémorrhagie; une déchirure de l'artère axillaire, par laquelle déchirure le sang se mettait à couler quand on cessait la compression de la sous-clavière.

Comme il était à craindre qu'en cas de ligature de l'artère, la circulation collatérale ne se rétablît mal dans les tissus comprimés, M. Körte fit simplement la suture de la déchirure. L'hémorrhagie s'arrêta, et la plaie fut tamponnée.

Quelques jours plus tard, un eczéma iodoformique se déclara au niveau de la plaie qui fut, en outre, envahie par un érysipèle. Trois semaines après, quand tout paraissait terminé, il survint une hémorrhagie secondaire, si bien qu'il a fallu pratiquer la ligature de l'axillaire.

Il survint alors ce qu'on avait craint dès le début; à savoir une gangrène partielle de l'avant-bras avec suppuration interminable et élimination d'un sequestre du cubitus. Mais tout n'était pas fini. A un moment donné, la suppuration envahit l'articulation de l'épaule qu'il a fallu réséquer.

Bien que les nerfs furent, au cours de l'opération, reconnus intacts, le malade ne peut, à l'heure actuelle, exécuter que des mouvements presque imperceptibles avec son biceps, les muscles ayant probablement subi des modifications par ischémie.

M. Horneffer a communiqué l'observation d'un ouvrier de 34 ans qui, saisi par la roue d'une machine, eut, à côté de contusions multiples, les deux clavicules ainsi que plusieurs côtes fracturées. La clavicule droite était cassée par son milieu, la clavicule gauche au niveau de son extrémité acromiale.

A l'examen, on constata, en outre, une tuméfaction des fosses sus et sous-claviculaire gauches et, du même côté, l'absence du pouls radial. La sensibilité dans le domaine du nerf cubital était diminuée, mais il n'y avait pas d'autres troubles de la sensibilité, ni de la mobilité.

La tuméfaction des fosses sus et sous-claviculaire, après avoir augmenté pendant quelque temps, finit par se résorber; il resta seulement une petite tumeur pulsatile. Le pouls radial revint, mais resta plus faible du côté gauche que du côté droit.

Il s'agissait probablement dans ce cas, non pas d'une rupture complète, mais d'une déchirure des tuniques internes de la sous-clavière.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 4 Janvier 1901.

Endothéliome de la plèvre et du foie.

M. Stiénon présente des pièces provenant d'une femme de 40 à 50 ans décédée dans le service de M. Rommelaere; elle mourut en quelques jours après avoir présenté des symptômes de pleurésie gauche. A l'autopsie, on trouva un épanchement citrin dans la plèvre gauche et, à la surface de celle-ci, de petites nodosités blanc jaunâtre légèrement surélevées; il existait un assez grand nombre de ces petites tumeurs, qui ne s'étendaient pas au parenchyme pulmonaire. Les autres organes étaient sains, sauf le foie, à la surface et dans le parenchyme duquel on trouvait de petits noyaux ombiliques.

Les préparations microscopiques des tumeurs de la plèvre montrent une série de petits canalicules constitués par des cellules à caractère épithélial. Les tumeurs du foie présentent la même disposition, mais les cellules limitant les petits boyaux

sont moins comprimées. Dans une des préparations, on voit que le centre du boyau est creux.

Il s'agit là d'un endothéliome primitif de la plèvre avec métastase dans le foie. M. Stiénon serait assez disposé à se ranger à l'avis de ceux qui dénomment cette tumeur rare « cancer endothélial » ou « cancer des séreuses ». On appelle cancer la tumeur maligne dérivant de l'épithéliome. Ici, la production étant originaire d'une séreuse, la question revient à décider si la séreuse est recouverte d'épithélium ou d'endothélium.

Quand Virchow a établi sa classification des tumeurs, il croyait que le cancer dérivait du tissu conjonctif. Lorsque, plus tard, Thiersch et Waldeyer eurent établi que le carcinome était toujours en rapport avec une surface épidermique ou épithéliale, on leur opposa l'endothéliome, qui se présente avec les caractères d'un carcinome, quoique développé aux dépens d'une séreuse. On en arriva cependant à cette conclusion qu'il fallait identifier cette tumeur avec les carcinomes épithéliaux, parce que la théorie de His, qui prétend que la plèvre, le péritoine et les enveloppes des centres nerveux sont recouverts d'endothélium, n'a jamais reçu de démonstration complète; il est au contraire probable que ces séreuses sont recouvertes de cellules d'origine épithéliale.

M. Gratia fait observer que si l'École française tend à identifier l'endothéliome avec les cancers, l'École allemande le regarde plutôt comme une forme de sarcome. L'aspect plexiforme de la tumeur lui fait aussi donner par les Français le nom d'épithéliome plexiforme. Le diagnostic de ce genre de tumeurs est toujours épineux, surtout si elles se développent dans des organes tels que les glandes salivaires ou lacrymales. Des tumeurs du même ordre se rencontrent aussi chez les animaux. Elles évoluent du reste comme des cancers, quoique la métastase soit plutôt celle des sarcomes (voie sanguine). Il est donc à supposer que certaines de ces tumeurs sont de vrais cancers, et d'autres des sarcomes.

M. Depage croit que la question sera élucidée par l'embryologie. Le tout est de savoir si les séreuses ont une membrane dérivant du mésoderme ou de l'ectoderme. M. Depage admet difficilement que les séreuses soient recouvertes d'épithélium. La plèvre est l'analogue des gaines tendineuses qui appartiennent certainement au mésoderme; il est peu admissible que les autres séreuses dérivent de l'ectoderme.

Tumeur du gland.

M. Ernest Rousseau présente, au nom de M. Depage, l'extrémité de la verge d'un homme de 29 ans qui fut amputé pour une ulcération phagédénique ayant déjà rongé une partie du gland. Le malade dont il s'agit avait fait un séjour de 7 ans au Congo et niait tout antécédent syphilitique. Il n'y avait, du reste, pas d'engorgement ganglionnaire. L'ulcération, bosselée, laissait suinter un liquide jaunâtre. Le traitement spécifique n'ayant donné aucun résultat, on fit l'amputation.

M. Stiénon, après avoir examiné les préparations microscopiques, émet l'avis qu'il s'agit d'un éléphantiasis de la verge. L'aspect de la coupe est absolument celui que présentaient les coupes de l'éléphantiasis du scrotum envoyé par M. Bellis. Il n'y a certainement pas de syphilis, car il n'y a pas de lésion artérielle comme dans la syphilis. Du reste, l'ulcère suintait, ce que ne peut faire l'érosion syphilitique, dont les artères sont en grande partie oblitérées. On voit ici du tissu fibreux parsemé d'espaces lymphatiques. Il existe également de l'hypertrophie de l'épithélium.

Pigmentation expérimentale par l'argent.

M. Geeraerd rappelle que, l'an dernier, en collaboration avec M. Vandervelde, il a présenté à la Société d'anatomie pathologique les viscères d'un tuberculeux qui avait été soigné longtemps par l'administration de nitrate d'argent. On constatait une pigmentation argentique accumulée surtout dans l'endothélium artériel et dans le tissu conjonctif de soutien des glandes.

M. Geeraerd a tenté de reproduire expérimentalement l'imprégnation argentique chez un lapin à qui, pendant 6 mois, il administra quotidiennement par la bouche 1 à 4 centigrammes de nitrate d'argent. L'animal, qui avait fort bien supporté l'expérience, ayant été sacrifié, on ne trouva aucun dépôt dans la peau. Le microscope ne révéla non plus aucun dépôt argentique dans aucun organe, sauf dans l'appendice iléo-cæcal, où l'on constate des masses de pigment noir localisées dans les glandes de la muqueuse et dans l'épithélium de revêtement de l'appendice.

M. Stiénon estime que cette expérience prouve que, chez l'animal en état de santé parfaite, tous les protoplasmes ont le pouvoir de refuser les sels d'argent. Il est probable qu'ici l'appendice était dans des conditions de résistance inférieures. D'autre part, certains malades deviennent argyriques très vite, tel le sujet dont M. Geeraerd a présenté l'observation l'année dernière, et qui était tuberculeux.

M. Gratia croit que l'expérience aurait été plus probante si elle avait été faite sur un chien plutôt que sur un lapin, dont l'estomac n'est jamais vide; c'est ce qui fait que les herbivores supportent des doses très considérables de médicaments.

Epithélioma de la muqueuse gingivale.

M. Henrard présente les viscères d'un verrier de 37 ans dont le début de l'affection, qui remonte à 8 mois, consistait en douleurs dans le maxillaire inférieur. L'avulsion des dents amena la formation de fistules purulentes dans la moitié droite de la mâchoire inférieure, qui fut enlevée par M. Gallet. La mort emporta le patient un mois après.

A l'autopsie, on trouva que la partie antérieure de la plèvre droite était adhérente à la quatrième côte par une tumeur constituée par un tissu blanchâtre renfermant de la substance caséeuse; la côte était fracturée. A la partie antérieure, le feuillet pariétal de la plèvre adhérait aussi à la septième côte par une tumeur semblable à la première; cette côte était également fracturée. La surface de la plèvre elle-même portait une série de petits noyaux. Le foie renfermait aussi quelques nodosités néoplasiques. Le rein gauche montrait un infarctus à base superficielle.

M. Vandervelde se demande si la tumeur primitive dépendait de l'émail ou du maxillaire. Il s'agit, en tous cas, d'un épithélioma à globes perlés.

Salpingite d'origine appendiculaire.

M. Lebesgue présente l'appendice et la trompe droite d'une femme de 25 ans qu'il opéra pour appendicite. L'appendice, qui était très long, était de l'épaisseur d'un gros crayon. Il contenait plusieurs coprolithes. Il était réuni à la trompe par de nombreuses adhérences et la trompe elle-même était transformée en une poche purulente du volume d'une petite orange. Le pus renfermait des coli-bacilles. L'autre trompe était saine. Il est à remarquer que tous les symptômes présentés par la femme étaient ceux de l'appendicite et qu'elle n'avait aucun passé gynécologique.

M. Lebesgue attire l'attention sur l'étiologie de la salpingite dans ce cas. L'infection aura gagné la trompe par des voies lymphatiques néoformées au sein des adhérences réunissant l'appendice à la trompe. Le fait a déjà été observé par d'autres chirurgiens.

M. Verneuil ne comprend pas bien la relation de cause à effet entre l'affection de l'appendice et celle de la trompe.

M. Stiénon croit que la théorie étiologique, invoquée par M. Lebesgue dans le cas actuel, peut être exacte, car il arrive fréquemment que le coli-bacille traverse la paroi de l'appendice et provoque de l'inflammation du territoire circonvoisin.

M. Gratia pense que l'unilatéralité des lésions plaide encore en faveur de la thèse défendue par M. Lebesgue. Il n'est même pas nécessaire, pour expliquer la lésion tubaire, d'invoquer la formation de vaisseaux lymphatiques. Il existe dans le petit bassin un courant de sérosité dirigé vers la trompe. Ce courant, qui emporte vers le pavillon de Falope l'ovule déhiscent, peut fort bien entraîner de la même façon les germes qui auraient traversé la paroi de l'appendice.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Dss conditions essentielles pour le succès de la méthode non sanglante dans la luxation congénitale de la hanche,

Par le Dr Hagopoff (de Constantinople).

Nous avons lu avec grand intérêt l'article très intéressant de MM. Brun et Ducroquet sur la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche, paru tout dernièrement dans la *Presse médicale* (1). Les auteurs, après avoir fait le récit succinct de dix observations d'enfants atteints de cette malformation, accompagnées d'une série de croquis représentant les radiogrammes pris sur chaque individu séparément, à chaque temps de traitement, à chaque changement d'appareil, ont cru pouvoir conclure que, dans tous ces cas, la réduction avait été réelle.

Bien qu'il nous soit permis, *à priori*, de concevoir que, à part ses illusions bien mises en relief par Sagnac (2), et plus récemment encore par Froelich (3) (de Nancy), la radiographie ne peut donner qu'un fait d'ensemble sans pouvoir nettement préciser tous les détails dans une région aussi profonde que la hanche, principalement en raison de l'état cartilagineux des épiphyses articulaires chez l'enfant, les dessins reproduits par ces auteurs sont, à notre avis, toujours loin de nous convaincre de la réalité de la réduction de la tête du fémur; car, à un examen attentif, on n'arrive qu'à constater tout au plus que celle-ci se trouve au niveau de la cavité cotyloïde, c'est-à-dire qu'il existe simplement une *correction*, d'après l'expression de Paci.

Il ne peut d'ailleurs en être autrement, et cela non pas parce que les procédés de réduction ou de contention sont insuffisants, mais parce que les surfaces articulaires ne sont pas dans des conditions telles qu'on puisse en obtenir la coaptation aussi parfaite que possible pour être en droit d'affirmer qu'il y a réellement une réduction *ad integrum*.

1. *Presse médicale*, 28 juillet 1900, Paris, n° 60, p. 45.
2. *Journal de Physique*, Paris, 1897.
3. Radiographie oblique, déformation du bassin. (*XIIIe Congrès intern. de médecine*, tenu à Paris, 1900).

En nous basant sur nos recherches personnelles, tant au point de vue du développement normal de la hanche et du bassin qu'au point de vue anatomo-pathologique de la luxation congénitale de la hanche, nous avons déjà antérieurement étudié dans divers articles (1), dans divers mémoires (2), auxquels nous renvoyons le lecteur, les lésions anatomiques qui rendent, pour ainsi dire, impossible toute réduction. Nous avions, en effet, montré que, à toute époque de la vie, même chez les tout petits enfants qui n'ont pas encore marché, il y a toujours, dans la difformité qui nous occupe, un certain degré de rétrécissement du cotyle, rétrécissement qui augmente avec l'âge; mais ce n'est point une règle absolue, témoin le cas d'une jeune fille de 20 ans, observée par Heusner (3) (de Barmen) qui fut très étonné d'avoir trouvé un acétabulum bien développé.

Malgré, néanmoins, que ce soit là un fait bien établi depuis longtemps déjà, nous n'avons pour cela nullement voulu y attacher une bien grande importance dans la question de réduction, puisque nous connaissons aujourd'hui aussi des cas où la tête fémorale, restant en grande partie au dehors en raison de l'exiguïté plus ou moins prononcée de la cavité cotyloïde correspondante, se trouvait pourtant fixée sans le moindre signe de luxation de façon à permettre la marche pendant toute la vie comme à l'état normal (Lannelongue) (4); puisque nous avons montré, bien avant la connaissance de ces faits, que, en matière de réduction et de contention, les lésions de l'épiphyse supérieure du fémur et celles du col en particulier, dont nous avions même fait la cause pathogénique, étaient encore de beaucoup plus importantes; puisque, en réalité, il suffit que la tête soit dirigée suivant la direction de l'acétabulum de façon à n'éprouver aucune gêne dans ses mouvements sur place, pour qu'elle reste contenue et maintenue; puisque, enfin, dans les périodes ontogénétiques, c'est la tête qui modèle sa cavité et c'est le col qui en détermine l'orientation.

Pour peu, en effet, qu'il survienne une modification dans le développement du col du fémur, et que celle-ci ne soit pas conforme aux conditions de station ou de marche, il n'y aura plus possibilité de parfaite contention de la tête dans son cotyle, d'où production de luxation. Or, dans la luxation congénitale de la hanche, le col fémoral, toujours plus ou moins court, offre ordinairement la disposition en *coxa vara*, et l'angle qu'il fait avec la diaphyse est modifié même chez les enfants qui n'ont pas encore marché.

1. *Gaz. des Hôp.*, 5 sept. 1896, n° 102 (Revue générale). — *Idem* : 30 sept. 1897, n° 112, Paris.
2. Mémoire sur la pathogénie et un nouveau procédé sanglant, etc. (*Bull. Acad. méd.* 1893, Paris, Concours du *prix Portal*); — Mémoire sur la pathogénie et quelques considérations thérapeutiques, etc. (*Bull. Soc. chirurg.*, Paris, 1898 (Rapporteur : M. Kirmisson); — Mémoire sur le développement de l'articulation de la hanche (*Soc. de Biol.*, 15 janvier 1898). — Mémoire sur le développement de la capsule fémorale et du ligament (*Soc. de Biol.* Séance du 8 janvier 1898).
3. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1885, Bd. XXX.
4. Compte rendu du *Congrès de Chir. de Bordeaux*, 1895, — In *Bull. Acad. des Sciences*, 9 mars 1896.

Et ces modifications du col sont tellement importantes qu'elles semblent aussi jouer le rôle principal dans la pathogénie d'une catégorie peu connue de luxations non congénitales, ainsi que cela ressort des obserxations de plusieurs cas de luxation à la suite de la flexion du col du fémur, rapportées par Heftmann devant le Congrès des chirurgiens allemands, tenu en 1896.

Il importe donc, avant d'entreprendre ou d'instituer une méthode de traitement, de tenir tout d'abord compte de toutes ces considérations qui sont en somme capitales, parce que, sans elles, on est souvent induit en des erreurs d'interprétation et qu'on retombe, tôt ou tard, dans l'illusion qu'ont donnée les tentatives de Humbert (1), de Pravaz (2), de Buckminster Brown (3), de Post (4), de Paci (5), et j'en passe, illusion qui a pu leur faire croire à de véritables guérisons, reconnues ellesmêmes malheureusement plus tard comme autant de déceptions!

Sans doute la prolongation du traitement et l'immobilisation sont deux facteurs très importants, mais elles ne suffisent pas à elles seules, parce qu'elles n'ont servi jusqu'à présent qu'à tromper l'œil; le cas de Buckminster Brown est, sous ce rapport, trop fameux pour qu'on ne l'oublie; ce chirurgien avait employé cette méthode, pour ainsi dire à outrance, sur une fillette de 4 ans; ce n'est qu'au bout de deux ans de traitement et d'un alitement d'un an et demi qu'il permit à sa petite malade de reprendre la vie de tout le monde avec d'infinies précautions; et pourtant cela n'a point empêché la récidive de se produire (Holsters-Meyer) (6).

Toutefois il y a un point très important qui se dégage de ces tentatives persévérantes et sur lequel tout le monde est d'accord aujourd'hui. C'est *l'instabilité* de la réduction ou plutôt de la correction, constatée au cours du traitement, et par suite la reproduction de la luxation, qui a découragé presque tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette question.

En vue de consolider cette instabilité de correction, les uns, encore plus confiants dans l'ancienne méthode de Pravaz qu'ils modernisent, y reviennent en conseillant l'extension continue dès l'âge le plus tendre (Volkmann (7), Mikulicz (8), Kirmisson) (9) durant au moins une année, et suivie plus tard par un appareil approprié maintenant la jambe en légère abduction (Roser) (10), espérant ainsi empêcher l'évolution de la luxation dans la fosse iliaque postérieure et de favoriser la formation d'une néarthrose assez solide près du cotyle, c'est-à-dire de créer, en quelque sorte, une *néarthrose à volonté*. D'autres cherchent les moyens pour le salut de la fixation définitive de la tête fémorale mise en état de correction, dans les phénomènes d'arthrite déjà signalés par Pravaz, dans les modifications qui résultent du processus inflammatoire (coxite) provoqué par la réduction (Brun et Ducroquet).

Création d'une néarthrose à volonté! Mais il ne faut pas croire qu'en abaissant la tête du fémur au voisinage du cotyle ou en un point quelconque favorable à la station et à la marche, que, en un mot, en condamnant le membre à une immobilisation prolongée, on pourra arriver sûrement à un bon résultat par la seule création d'une néarthrose solide; car celle-ci, si jamais elle se produit, s'use et se détruit à la longue sous l'influence des frottements continus de la tête au cours de la marche pour les raisons que nous avons déjà maintes fois indiquées.

La *néarthrose spontanée*, celle qui s'obtient tout naturellement, sans traitement préalable, et dans laquelle la tête du fémur se fixe à sa propre volonté, est certainement la plus solide et aussi la plus durable. Alors, pourquoi ne pas se contenter du travail de la nature, au lieu de condamner les petits malades à la torture de l'extension et à une inertie pénible pendant des années, lorsque les résultats ne sont pas plus encourageants ni pratiquement plus avantageux tant au point de vue du raccourcissement qu'au point de vue du fonctionnement du membre?

Ce n'est donc pas dans l'extension continue sans correction ou reposition primitive de la tête fémorale que nous pourrons trouver une méthode rationnelle et efficace. Ce n'est non plus sur les phénomènes inflammatoires péri ou intra-articulaires, que nous devons compter, parce que l'opération sanglante qui réunit, en somme, tous les avantages possibles (creusement de la cavité, processus inflammatoire, rétraction cicatricielle des liens de l'articulation, etc.) n'a pas donné, du moins jusqu'ici, les résultats attendus malgré, par-dessus le marché, l'immobilisation et le port d'appareil prolongés.

Puisqu'il ne s'agit ici que de la méthode non sanglante, pour qu'elle ait réellement une valeur, à part quelques conditions que nous déterminerons bientôt, il faut que, à ce grand moyen, *immobilisation prolongée du bassin vis-à-vis du membre malade*, vienne s'ajouter encore l'*abaissement de la tête du fémur au moins jusqu'au niveau de son cotyle;* il faut, en un mot, suivre la voie tracée d'abord par Paci (1) (de Pise) et systématisée ou plutôt vulgarisée plus tard par Lorenz (2) (de Vienne).

Mais si ce dernier a compris toute l'importance de cette méthode, il a eu le tort de la fonder sur des principes peu conformes à la réalité et que nous avons déjà étudiés longuement ailleurs (3). Sans vouloir y revenir, il importe toutefois de rappeler que nous avions contesté l'utilité de la marche au cours du traitement au point de vue du creusement de la cavité cotyloïde; car nous avions montré que, à l'état normal où les conditions de marche et de station sont incomparablement meilleures, la profondeur de l'acétabulum n'augmente presque pas à partir de l'âge de 2 jusqu'à 5 ans, et par conséquent comment, dès lors, pouvait-on croire à la prétention du chirurgien viennois et admettre que ce creusement, ce taraudage est possible dans sa méthode où la marche, en somme, n'est qu'apparente?

Nous avions également relevé la contradiction flagrante existant entre la recommandation formelle de cet auteur de placer, suivant l'exemple de Roser (4), le membre dans l'abduction forcée (5), seule position dans laquelle,

1. *Essai et observations sur la manière de réduire la luxation congénitale du fémur*, Paris, 1835.
2. *Bull. Acad. Roy. méd.*, t. III, 1838-1839. — Notes : *C. R. de l'Acad. des Sciences*, t. XXI, 1865.
3. *Boston med. and Surg. Journ.* 1885.
4. *Boston, med. and. Surg. Journ.*, 1883, t, CIX, n° 9.
5. *Arch di Orthop.*, an VII, n° 3. 1890.
6. *Annals of Surg.*, 1894, New-York.
7. *XXIII° Congrès de la Soc. all. de chir.*, 1894.
8. *XXIII° Congrès de la Soc. all. de chir.*, 1894; *Arch. f. klin. Chir. XLIX*, Heft., 2.
9. *Revue d'orthopédie*, 1895, n° 5; juillet 1900, Paris.
10. *XXIII° Congrès de la Soc. all. de chir.*, 1894.

1. *Loc. cit.* Encore : *Archiv. di Orthop.*, n° 16, 1891; *Idem.*, n° 6, 1892, et n° 1, 1893.
2. *Berliner klin. Wochenschr.*, 16, 23, 30 janvier et 6 février 1899; encore : *Centr. f. Chir.*, 17 août 1895, n° 33; *Mém. à la Soc. Imp. de Vienne*, février 1896.
3. *Gaz. des hôpit.*, 30 septembre 1897, Paris, n° 112.
4. *XIII° Congrès de la Soc. all. de chir.*, 1894.
5. Nota. — Pour mettre la tête du fémur en rapport avec son cotyle, Roser place le membre dans l'abduction forcée à laquelle il com-

d'après lui, la tête du fémur peut se maintenir *réduite*, et celle de ramener brusquement le membre, au bout de quelques mois de cure, de cette position primitive dans laquelle il se trouvait fixé, à la rectitude normale, en laissant le malade marcher librement après quelques mois de port d'appareil encore.

En effet, la luxation, dans ce cas, aurait mis peut-être un peu de temps pour se reproduire, mais elle se reproduira fatalement, puisque le pied devant, au cours de la marche libre, suivre nécessairement une direction inverse à celle de la tête du fémur, celle-ci, à défaut de consolidation qui ne peut se produire dans si peu de temps, s'écartera donc volontiers du plan médian et par suite de sa cavité au fur et à mesure que le pied se rapprochera de ce plan. C'est d'ailleurs en nous rendant bien compte de tous ces faits et pour mieux assurer les résultats de la méthode en question que nous avions voulu insister sur la nécessité de prolonger le plus possible la durée et les séances du traitement, en conseillant de diminuer progressivement l'abduction et la rotation à chaque changement d'appareil, de façon à ne pas perdre d'un coup le terrain gagné déjà avec tant de peine.

Nos prévisions et nos craintes semblent malheureusement aujourd'hui en partie réalisées, si l'on en croit les dernières statistiques données par les auteurs qui ont employé le procédé non sanglant de Lorenz. Ce praticien qui, en 1895 (1), annonçait un succès complet obtenu dans 170 cas traités par lui, reconnaît maintenant les déceptions auxquelles il a été lui-même exposé, et rapporte, devant le Congrès des chirurgiens allemands tenu en 1899, une statistique de 360 malades ayant subi son mode de traitement; sur ce nombre, il n'a constaté par la radiographie que 135 de ses premiers malades chez lesquels, à côté de 56 cas douteux, 79 résultats sont seulement reconnus satisfaisants; c'est-à-dire 73,7 p. 100. Cependant Hoffa (de Würtzburg), sur 104 malades traités par ce procédé, n'obtient que 22 résultats anatomiques, c'est-à-dire 21,2 p. 100; et Schede (de Bonn), sur 161 cas, 10 réductions seulement (?), c'est-à-dire à peine 6,3 p. 100. Enfin, d'après les statistiques rapportées par MM. Broca et Mouchet au dernier Congrès international de médecine tenu à Paris, la réduction véritable est exceptionnelle et l'on obtient, à peine dans la moitié des cas, un résultat fonctionnel bon.

Quoique ces statistiques qui, pour ne citer que celles-là, sont probablement encore à refaire, ne soient pas très brillantes, elles ne sont toutes non plus aussi décourageantes, ainsi que nous le font entrevoir les statistiques de Lorenz et celles de Broca. Ce fait trouve donc sa justification, jusqu'à un certain point, dans la persévérance louable de quelques chirurgiens encore et leur poursuite dans la recherche des perfectionnements pour cette méthode. Aussi est-ce, du moins, pour mieux assurer ces résultats que MM. Brun et Ducroquet (2) ont essayé d'y apporter quelques modifications que nous sommes heureux d'accueillir d'autant plus volontiers que nous les avions déjà nous-même proposées dans un des articles cités plus haut.

Comme nous, en effet, ces auteurs ont reconnu que la marche est inutile au cours du traitement au point de vue du creusement du cotyle et qu'elle peut même déterminer le déplacement de la tête; comme nous ils ont, avec juste raison, insisté sur la prolongation du traitement dans l'immobilisation et, pour rendre celle-ci plus parfaite, plus absolue, ils ont conseillé d'étendre l'appareil plâtré jusqu'à mi-jambe et un peu au-dessous, au lieu de l'arrêter au-dessus du genou ainsi que le recommande Lorenz en vue de permettre la marche; ils ont, en outre, insisté sur l'avantage d'imprimer, lorsque le plâtre est encore tendre, une forte pression sur la région rétro-trochantérienne, suivant l'exemple de Calot (de Berck), de façon à y créer, après dessèchement, une fossette qui, d'après M. Ducroquet, aurait suffi dans un cas à refaire la réduction. Cet auteur aurait même eu la bonne fortune d'obtenir dans le plâtre un cliché assez net pour affirmer une reposition.

Il y a toutefois lieu, à ce propos, de se demander si la récidive se fait par un mouvement de translation en arrière du trochanter ou par rotation du fémur. Il ne serait toujours pas inutile de faire remarquer que la saillie trochantérienne ne diminue pas sensiblement dans le passage d'une luxation postérieure à une transposition antérieure. Quoi qu'il en soit, il faudrait encore se fixer sur la question de savoir si la marche, nulle au point de vue du creusement du cotyle au cours de la cure, est réellement cause de récidive et si, par conséquent, l'on doit, de parti pris, condamner les malades à l'immobilisation absolue, telle que le recommandent MM. Brun et Ducroquet, ou bien si, au contraire, on peut impunément laisser les malades marcher suivant le procédé de Lorenz.

Et d'ailleurs, il y a un grand point du problème qui reste encore à établir et qui paraît avoir échappé à l'attention des auteurs; c'est celui de savoir à quel âge il est avantageux, *au point de vue du développement*, de commencer et quand il faut terminer tout traitement. Il nous semble que la question n'a pas encore été posée jusqu'ici, du moins sous cette forme.

Il est certes, très important de connaître à quelle époque l'accroissement est le plus rapide pour que nous puissions profiter du bon moment pour instituer la cure déjà si pénible afin de ne pas fatiguer, de ne pas condamner les malades inutilement à l'immobilisation continue à un âge où les surfaces articulaires et le bassin n'offrent presque aucun changement marqué, aucune activité. Car, il ne faut pas se faire d'illusions; il n'y a plus de raison pour se fier, nous venons de le voir, ni à la formation d'une néarthrose, ni au processus inflammatoire, ni enfin aux rétractions des tissus ou, si l'on veut, à l'ankylose fibreuse comme l'ont appelée quelques auteurs, pour croire ainsi à la fixation et au maintien de la tête du fémur. Aujourd'hui on doit se pénétrer de ce fait capital que cette fixation, ce maintien de la tête ne pourra, à la rigueur, se réaliser d'une façon durable, permanente, que grâce aux phénomènes du développement normal de la hanche.

Le chirurgien n'a qu'une mission à remplir, celle de ramener la tête au niveau du cotyle, tant mieux s'il a pu l'y réintégrer complètement, et de la maintenir dans dans cette position. Le rôle le plus important est certainement dévolu au travail de l'accroissement. Or supposons que le traitement a été commencé et terminé à une époque où le développement ne fait presque aucun progrès réel; il est tout naturel que le résultat sera à peu près nul. Qu'on ne se réjouisse donc dès lors pas si des semaines entières, de longs mois se sont écoulés depuis

bine la rotation interne; tandis que Lorenz donne la préférence à la rotation externe. Les deux manières de procéder peuvent, à notre avis, avoir leur raison d'être suivant les dispositions que présente le col du fémur et aussi suivant la variété de luxation à laquelle on a affaire. Toutefois faisons remarquer que la rotation interne est souvent douloureuse et n'est pas toujours une position stable.

1. *Loc. cit.*

2. *Loc. cit.* Encore ; Ducroquet, in *Bull. Acad. méd. Paris*, séance du 15 avril 1899; encore : *Médecine moderne*, 16 janvier 1901, n° 3.

que le traitement a été institué sans que la luxation se reproduise; parce que comment pouvait-il en être autrement, du moment que le membre n'avait pas encore eu le temps de récupérer complètement son fonctionnement à cause des raideurs et des atrophies musculaires dont il est le siège? Qu'on ne s'étonne pas si la luxation se reproduit quelque temps après le traitement, parce que, de deux choses l'une : ou bien l'immobilisation n'avait pas été assez prolongée et la tête n'était pas ramenée au niveau du cotyle, si elle n'a pas été de nouveau déplacée; ou bien le traitement avait été commencé trop tôt ou trop tard.

En effet, il résulte de nos recherches (1) que, à l'état normal du moins jusqu'à 10 ans, la période la plus active du développement n'a lieu en général qu'à partir de 4 ou plutôt 4 ans 1/2 jusqu'à 8 ans, époque à laquelle fort heureusement le chirurgien aura bien le temps pour agir; même s'il n'avait commencé le traitement qu'à 6 ans, limite extrême reconnue par les praticiens (2), il aurait encore deux ans devant lui pour le continuer et le résultat aurait été presque aussi satisfaisant, l'accroissement prenant, du moins par rapport à la hanche, une activité plus grande à cet intervalle.

Ainsi, la *cavité cotyloïde* met 4 ans pour gagner un 1/2 centimètre à son plus grand diamètre avant 6 ans, tandis qu'il lui faut, pour atteindre cette dimension, à peine un espace de 2 ans après cet âge. Il en est de même de la *tête* et du *col* du fémur; le col ne fait un réel progrès qu'à partir de 4 ans 1/2 jusqu'à 8 ans où sa longueur (en arrière) égale presque le double de ce qu'il était à 4 ans. La *capsule fémorale* suit presque la même marche de développement que les segments articulaires sur lesquels elle s'insère, parce que son accroissement est, pour ainsi dire, le résultat des distensions excentriques exercées sur elle, au cours de leur accroissement, par la tête et le col d'une part, par l'acétabulum de l'autre.

Le plan de l'ouverture de ce dernier fait, dès les premières périodes de la vie utérine, un certain angle qui diminue au fur et à mesure que l'on avance en âge, ce qui est la conséquence du développement plus marqué des parois postéro-supérieures du cotyle, ainsi que cela ressort de nos observations. En revanche, la calotte d'encroûtement cartilagineux empiète sur le col chirurgical surtout en haut et en arrière, et la limite du col anatomique s'en trouve, de la sorte, de plus en plus étendue. Ces faits prouvent donc que la tête s'appuie en grande partie sur les parois supérieures et postérieures qui lui servent, en quelque sorte, de *buttoir*.

Quant au bassin considéré au point de vue de son développement transversal, on peut dire que, d'une façon générale, le *petit bassin* s'accroît rapidement jusqu'à 6 ans; son accroissement se ralentit à partir de cet âge jusqu'à 7 ans et ne fait presque plus de progrès sensible jusqu'à 9 ans 1/2. Au *grand bassin*, le *diamètre transverse* (aussi bien du détroit inférieur que du détroit supérieur) augmente surtout chez les filles environ deux fois plus avant 6 ans que plus tard, et cela jusqu'à 8 ans 1/2. Le *diamètre bicrète* progresse régulièrement chez les garçons jusqu'à 9 ans 1/2, tandis que son accroissement se fait un peu plus rapidement avant 6 ans chez les filles. Le *diamètre bisépineux antérieur* se développe également d'une manière progressive jusqu'à 10 ans; toutefois chez les garçons cet accroissement semble s'effectuer un peu plus activement après 6 ans. Enfin, le *diamètre bisépineux postérieur* a une activité manifestement plus grande surtout chez les filles avant 6 ans, puisque son accroissement après cet âge ne se fait que progressivement et très lentement jusqu'à 12 ans.

D'après ces quelques données anatomiques, il résulte que, au lieu de se trop presser, il y a au contraire tout avantage de reculer aussi loin que possible l'époque du traitement. En tout cas, s'il ne faut pas le commencer au delà de 6 ans pour des raisons d'ordre purement opératoire, il n'y a non plus de nécessité, ni d'utilité de l'instituer avant 4 ans. A notre avis, l'âge le plus favorable pour le début du traitement à proprement parler est entre 4 ans et 1/2 et 6 ans. Bien entendu, lorsqu'on aura affaire à des malades qui se présenteront avant cet âge, le chirurgien aura, à titre d'introduction pour la cure, d'autres soins ou de conseils à leur prodiguer: extensions continues périodiques, massage, défense de courses longues, de sauts, etc.

Grâce à ces précautions, l'état des malades n'aura qu'à gagner s'il ne peut s'améliorer; l'ascension du fémur vis-à-vis du bassin cessera de se produire et par conséquent ni l'allongement de la capsule, ni le raccourcissement du membre ne feront plus de progrès du moins jusqu'à 5 ans, d'autant plus que, à ces époques, la tête se trouvant généralement au voisinage et même très souvent au-dessus du cotyle, ce raccourcissement mesure à peine 2 à 4 centimètres même chez les malades abandonnés à eux-mêmes.

Après qu'on termine le traitement proprement dit, dont la durée sera au moins d'un an, et dans lequel les séances de changement d'appareil seront multipliées pour les raisons que nous connaissons (5 séances au lieu de 3 comme le pratiquent MM. Brun et Ducroquet), il ne faut permettre la marche en toute liberté et de reprendre la vie ordinaire que très tard (après 2 ans et davantage chez les garçons), et encore avec d'infinies précautions (port d'un appareil mécanique approprié n'entravant pas la marche active, défense de saut, de courses longues, de montée et de descente sur les escaliers, etc.) (1). Car les modifications les plus importantes pour la consolidation de l'articulation surviennent surtout à cette période où les mouvements actifs favorisent le développement et dirigent nécessairement aussi le travail du modelage des segments articulaires encore tendres.

C'est ainsi que la tête s'enfonce davantage dans sa cavité, les parois et les rebords de celles-ci s'accentuant de plus en plus, notamment en haut et en arrière; le col s'accroît en longueur, son angle augmentant graduellement pour se rapprocher de l'obliquité de l'état normal, et la station pendant la marche acquiert, de la sorte, une stabilité plus grande. La capsule se rétracte non pas par suite du traumatisme occasionné par les tentatives de réduction, comme on le croit en général, mais bien naturellement, c'est-à-dire au cours de l'accroissement de l'épiphyse fémorale d'une part et du cotyle de l'autre, ces organes agissant sur la capsule non pas, du moins pour quelque temps, par distension comme à l'état normal, puisqu'elle se trouve déjà relâchée, mais en diminuant cette laxité qui finit, à la longue, par disparaître complètement.

1. *Bull. Soc. Anat.*, avril 1897, Paris.
2. *Nota.* Pour Lorenz, cette limite serait à 7 ans.

1. *Nota.* — Il est certainement fort difficile pour les malades de suivre chez eux une pareille cure dans toute sa rigueur. Aussi y aurait-il peut-être lieu de créer un établissement spécial où l'on pût les soigner méthodiquement, car les inconvénients d'un hôpital commun, pour un si long séjour, ne sont plus aujourd'hui à démontrer.

Les phénomènes qui se passent du côté du bassin se prononcent d'une façon plus active avant 6 ans, contrairement à ce qui se passe du côté de la hanche. Ils viennent favoriser encore cet état de stabilité de l'articulation qui est en voie de consolidation, par le déjettement pelvien en dehors qui, plus accentué chez les filles, se fait en grande partie aux dépens du segment postérieur du pelvis. Chez les garçons ce déjettement semble néanmoins perdre son bénéfice, dans une certaine mesure, en raison de l'accroissement un peu plus actif du segment antérieur de cet organe, ce qui commande, chez eux, une durée de traitement plus prolongée et des soins post-opératoires plus sévères.

Toutefois ce n'est qu'à partir de 10, parfois 11, voire même 12 ans que le développement pelvien acquiert sa plus grande activité, principalement chez les filles. Aussi, lorsqu'on peut se rapporter à toutes ces considérations anatomiques ainsi qu'à l'opinion de Schrœder (1) adoptée par Fehling (2), d'après laquelle la prédilection de la luxation congénitale de la hanche dans le sexe féminin s'expliquerait par la direction verticale de l'os iliaque chez les filles dans les premières périodes de la vie fœtale, fait qui est vrai et que, à la rigueur, nous considérerons comme une des causes prédisposantes, doit-on logiquement conclure que, si le sexe féminin est celui qui fournit le plus de cas de luxation congénitale de la hanche, c'est probablement encore lui que doit donner les meilleurs résultats.

En résumé, sans croire à la possibilité de réduction de la tête du fémur dans son cotyle, qui, pour nous, est l'exception, nous devons reconnaître qu'il sera toujours possible de ramener la tête au niveau de celui-ci, au moins jusqu'à 6 ans, et de l'y maintenir à l'état de correction ou de reposition, ce qui dépend du mode de confection de l'appareil immobilisateur. Nous pensons que, si l'on doit se rapporter aux données anatomiques, les résultats seront d'autant meilleurs et durables que le traitement aura été moins précoce; en tout cas, pas plus tôt que 4 ans ni plus tard que 6 ans. Car la fixation de la tête doit sa stabilité aux modifications survenues au cours de la cure instituée pendant les périodes les plus actives du développement, de même que surtout aux soins consécutifs continués avec persistance encore longtemps et particulièrement chez les garçons. Quant à la question de savoir si la marche au cours du traitement, illusoire au point de vue du creusement de l'acétabulum, est aussi nuisible au point de vue du maintien de la tête du fémur, et s'il faut, de parti pris, condamner les malades à l'immobilisation absolue, c'est là un point qui demande à être définitivement établi.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Formes sévères de l'aérophagie nerveuse,

Par L. Bouveret (3).

Sous le nom d'aérophagie hystérique, j'ai décrit en 1891 (4) une singulière névrose du pharynx. Des mouvements de déglutition incessants, convulsifs, entraînent de l'air dans l'œsophage et l'estomac. Le malade avale de l'air; il est aérophage. De temps en temps, le gaz dégluti est expulsé par une bruyante éructation; aussi est-il bien probable que l'aérophagie nerveuse fut longtemps méconnue et qualifiée d'éructation nerveuse.

Le cas que j'ai décrit en 1891 était un cas typique, où le spasme du pharynx était énergique et procédait par accès de longue durée. Il s'agissait d'une sorte d'hystérie paroxystique chez une femme qui présentait des stigmates permanents d'hystérie. Il est d'autres formes de l'aérophagie dans lesquelles le spasme est moins intense, moins fréquent, moins paroxystique; il est facilement méconnu; l'émission des gaz par la bouche est souvent attribuée à la dyspepsie flatulente. Ces formes atténuées ne sont pas rares chez les neurasthéniques, les émotifs; on peut même les rencontrer chez de simples dyspeptiques sans symptômes de neurasthénie. D'ailleurs, l'aérophagie nerveuse est maintenant mieux connue, et, tout récemment, deux intéressants mémoires ont paru sur cette affection, l'un de MM. Lyonnet et Vincens (1), l'autre de MM. A. Mathieu et R. Follet (2).

Dans cette note, je voudrais simplement signaler certaines formes moins connues, remarquables par les troubles graves, au moins en apparence, que la déglutition immodérée de l'air peut entraîner dans le fonctionnement de l'estomac, du cœur et du poumon.

Voici deux cas, choisis parmi plusieurs autres analogues, dans lesquels l'aérophagie provoque un vomissement alimentaire fréquent, abondant, de nature à troubler sérieusement la nutrition. C'est même le vomissement qui domine, qui attire toute l'attention du clinicien, et l'on verra qu'il y a bien quelques difficultés à reconnaître l'exacte pathogénie de ce vomissement.

Une femme de 50 ans fait une chute de 2 mètres; elle ne tombe pas tout de suite, elle reste quelques instants suspendue par les mains, en proie à une très vive frayeur. Elle ne se fait, en tombant, que quelques légères contusions, mais elle est prise aussitôt de troubles nerveux qui l'obligent à cesser son travail. Il est facile de reconnaître les symptômes de l'hystéro-neurasthénie traumatique : asthénie motrice profonde, extrême émotivité, insomnie, cauchemars, hémi anesthésie. En outre, la malade vomit souvent, très peu de temps après le repas; la fréquence et l'abondance de ce vomissement ont entraîné un très notable amaigrissement. Pendant plusieurs semaines, j'ai cru qu'il s'agissait là d'un vomissement nerveux ordinaire, comparable à celui qu'on observe souvent chez les jeunes filles nerveuses, à la suite de quelque forte émotion morale. Le traitement ne réussissait guère; seule, l'alimentation avec la sonde œsophagienne paraissait utile; la malade conservait un peu mieux les aliments qui pénétraient ainsi dans son estomac. — J'avais remarqué qu'elle avait parfois de fortes éructations. Un jour, je reste longtemps à l'observer après son repas, et je finis par constater que l'éructation et le vomissement sont précédés de mouvements spasmodiques du pharynx presque silencieux, mais assez actifs cependant pour entraîner une grande quantité d'air dans l'estomac. Du reste, il était facile de constater la distension gazeuse de la cavité gastrique. Elle était parfois assez prononcée pour provoquer une véritable douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche. — Après cette constatation, j'ai cherché à combattre l'aérophagie dont procédait le vomissement. Il fallut en venir à l'écartement forcé des mâchoires, à l'aide d'un gros bouchon maintenu entre

1. *Traité d'Obstétrique*, 1874.
2. *Arch. f. Gynaekol.*, Bd. X, S, 46.
3. *Lyon médical*, 10 mars 1901, p. 339.
4. *Revue de médecine*, février 1891.

1. *Lyon médical*, 10 février 1901.
2. *Bulletin médical*, 3 mars 1901.

les dents pendant plusieurs heures après le repas. Les vomissements ont diminué, et la perte de poids a été en partie réparée. Mais la guérison n'est pas complète. J'ai revu la malade récemment, 2 ans après le début des accidents nerveux; elle est toujours hémi-anesthésique; elle vomit de temps en temps; elle a pu cependant reprendre ses occupations.

Un jeune homme de 24 ans, un peu nerveux, mais non hystérique ni neurasthénique, maigrissait d'une façon inquiétante. Il vomissait souvent, et, comme il était pris parfois d'une petite quinte de toux, on croyait qu'il devenait tuberculeux. L'auscultation était cependant tout à fait négative; mais l'amaigrissement et la perte des forces étaient, en effet, très prononcés, et le malade se voyait sur le point d'être obligé de cesser ses occupations. Il n'y avait pas de signes d'une affection sérieuse de l'estomac; la période digestive n'était point douloureuse, bien qu'il y eût un très léger degré d'hyperchlorhydrie. D'ailleurs, le vomissement survenait très peu de temps après le repas, et une hyperchlorhydrie légère, non douloureuse, ne provoque pas une pareille évacuation de l'estomac. J'essayai vainement de divers traitements; le patient continuait à vomir et à maigrir. Il fut convenu avec le médecin de la famille que nous examinerions le malade peu de temps après le repas. Dès le début de cet examen, je suis frappé de la tension anormale de l'épigastre; l'estomac est distendu par des gaz, et cette distension paraît même augmenter sous nos yeux. Le pharynx exécutait de fréquents mouvements de déglutition; ces mouvements étaient presque silencieux; aussi, n'avaient-ils pas été remarqués, et le malade lui-même n'y prêtait aucune attention. Il n'était pas douteux que le vomissement ne fût provoqué par la distension gazeuse rapide de l'estomac après chaque repas. Il fallait donc pour le faire cesser traiter l'aérophagie. Fort heureusement, le patient aida beaucoup au succès du traitement, en s'appliquant avec une attention très soutenue à réprimer les mouvements intempestifs de déglutition. Les vomissements cessèrent et la perte de poids fut réparée. J'ai revu plusieurs fois ce jeune homme; il est guéri.

Dans une autre des formes sévères de l'aréophagie nerveuse, il s'agit de troubles de la respiration et de la circulation. A un degré léger, ces troubles sont communs et d'ailleurs bien connus; tout le monde sait que la distension de l'estomac, provoquée par un repas trop copieux ou quelque fermentation anormale, peut causer un certain degré d'oppression ou un accès de palpitations. Mais il est rare que le trouble d'origine gastrique s'aggrave jusqu'à la crise d'angor vaso-motrice.

J'ai vu cette crise produite par l'aérophagie nerveuse. Parmi plusieurs cas de ce genre, voici l'un des plus remarquables. Une femme de 45 ans, nerveuse, ayant eu quelques attaques d'hystérie dans sa jeunesse, se plaignait d'être souvent réveillée au début de son sommeil par une suffocation et une très vive angoisse. Elle en était fort effrayée, et, à plusieurs reprises, elle avait appelé son médecin pendant la nuit. Il lui semblait qu'elle allait mourir. Je tiens du confrère cette remarque: au moment de l'accès, le visage est pâle, les extrémités sont refroidies, et les battements du cœur accélérés. L'auscultation du cœur et du poumon était tout à fait négative, et les antécédents nerveux n'étaient pas douteux; aussi, les accidents étaient-ils avec raison attribués à l'hystérie. Mais ils avaient résisté à tout traitement, et la malade était de plus en plus alarmée. — Pendant qu'elle me racontait son histoire, je surpris de fréquents mouvements de déglutition, et bientôt ce fut un véritable accès d'aérophagie. En même temps, la patiente se plaignait d'une sensation pénible, d'intensité croissante, d'angoisse et de constriction thoracique. L'estomac était, en effet, très distendu, et les battements du cœur étaient bien plus fréquents qu'ils ne le sont ordinairement après le repas. La soudaineté et l'excès de la distension stomacale tenaient sans doute à l'insuffisance de l'éructation. J'avais sous les yeux comme une esquisse de l'accès nocturne. Il s'agissait d'angor vaso-motrice chez une femme très nerveuse, jadis hystérique, et l'accès nocturne était dû sans aucun doute à la distension de l'estomac que provoquait la répétition immodérée des mouvements de déglutition après le repas du soir, et même pendant les premières heures du sommeil. Je m'efforçai de faire à la patiente une suggestion favorable, en lui montrant combien la cause de son mal était facile à supprimer. Ce traitement moral fut complété par une hydrothérapie modérée. Les accès nocturnes sont devenus beaucoup plus rares et moins alarmants.

L'aérophagie nerveuse n'est pas une pure curiosité clinique. Je viens de montrer le rôle décisif qu'elle peut jouer dans la pathogénie d'accidents nerveux pénibles, même graves, le vomissement et l'accès d'angor vasomotrice. Il est utile désormais, chez un malade atteint de l'un ou de l'autre de ces accidents nerveux, de rechercher si l'aérophagie n'est pas en cause. Une interprétation exacte conduit à un traitement efficace et vraiment très simple.

Il est à remarquer que l'accès d'aérophagie survient le plus souvent, ou tout au moins est plus prononcé, après les repas; à l'excitation physiologique succède facilement l'excitation pathologique du centre nerveux de la déglutition. Aussi, je recommande au malade de surveiller son pharynx avec une attention très soutenue pendant toute la durée du repas. Il doit s'efforcer d'espacer le plus possible les mouvements de déglutition, de les ralentir, de les discipliner, de les soumettre à l'empire de sa volonté. Après le repas, il s'applique à résister au désir d'avaler; il est aidé dans cette résistance par le calme, le repos, même le décubitus horizontal. Si l'effort volontaire est insuffisant, il place un corps étranger entre les dents, par exemple un gros bouchon: l'écartement des mâchoires arrête les mouvements pathologiques de déglutition. On peut aussi, dans les cas rebelles, avoir recours à la médication bromurée. Souvent il y a lieu de joindre au traitement spécial de l'aérophagie le traitement général de l'hystérie ou de la neurasthénie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Lancelin (Émile). *Des ossifications de la dure-mère; leurs rapports avec la grossesse.* N° 89. (Steinheil.)

M. Castellon (H.). *De l'embryotomie sur l'enfant vivant dans ses rapports avec quelques opérations conservatrices (Etude critique).* N° 104. (J. Rousset.)

M. Saint-Martin (Gustave). *Contribution à l'étude de la dystocie par excès de volume de la poitrine et des épaules du fœtus dans l'accouchement par le sommet.* N° 35. (L. Boyer.)

M. Bucaille (Paul). *De l'importance des injections intra-uté-*

rines de sublimé au millième dans la prophylaxie des septicémies puerpérales. N° 68. (Boyer.)

M. Houselot (Gaston). *De la thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée.* N° 75. (Carré et Naud.)

M. Ducournau (Fernand). *Des moyens de combattre la dépopulation par la diminution de la mortalité infantile et principalement en favorisant l'allaitement maternel.* (Jules Rousset.)

M. Perrossier (Paul). *La procidence et le procubitus du cordon ombilical à la Clinique Baudelocque du 10 mai 1893 au 1er janvier 1900.* N° 79. (Jules Rousset.)

M. Gaube (J.-J.). *Essai de statique minérale du placenta et du fœtus humain.* N° 55. (Maloine.)

Les ossifications de la dure-mère reconnaissent, d'après M. Lancelin, 3 mécanismes principaux : 1° la pachy-méningite hémorrhagique interne ; 2° la pachy-méningite externe ou scléro-méningite ; 3° l'ossification interstitielle, se développant au sein même de la dure-mère. D'après Rokitansky, Ducrest et Moreau, il y aurait une relation évidente entre la puerpéralité et les ostéophytes craniens. Ils sont plus fréquents chez les primipares que chez les multipares, et se développent de préférence du 7e au 9e mois de la grossesse, jamais avant le 5e mois. On peut les diviser en 3 degrés : d'abord, plaques petites, disséminées sous forme d'îlots sur la surface interne du crâne ; en second lieu, plaques plus étendues de 2 centimètres environ, adhérant aux os ; enfin véritable calotte osseuse surnuméraire, doublant la dure-mère. On ignore comment la grossesse peut exciter les propriétés ostéogéniques de la dure-mère.

Commentant le fameux axiome de Pinard « l'embryotomie sur l'enfant vivant à venir, » M. Castellon déclare que les parents n'ont pas le droit de mort sur leurs enfants. D'ailleurs, les statistiques démontrent que les opérations conservatrices (symphyséotomie ou opération césarienne) ont une mortalité maternelle inférieure à celle des opérations mutilatrices ; le médecin n'a par conséquent aucune raison de sacrifier un enfant *in utero*.

Lorsqu'au cours d'un accouchement par le sommet, le fœtus succombe, on peut quelquefois voir, après le dégagement de la tête, l'expulsion du tronc arrêtée par l'excès de volume de la poitrine et des épaules. On a conseillé diverses manœuvres dont les plus employées sont celles de Jacquemier (dégagement des bras suivi de tractions), appliquées par Ribemont après la basiotripsie, la cléidotomie (section d'une ou des deux clavicules), la sus-acromiotomie (section large et profonde de la peau et des muscles qui surmontent le moignon de l'épaule). A tous ces procédés, M. Saint-Martin préfère le suivant : il pratique d'abord la décollation à l'aide d'un embryotome, et, atteignant facilement les épaules, il peut alors abaisser facilement les bras hors du vagin ; quelques tractions exercées sur ces bras terminent rapidement l'accouchement. Cette méthode l'emporterait sur toutes les autres à cause de la simplicité et de la facilité avec laquelle on termine l'extraction après la séparation de la tête et du tronc.

Les femmes qui ont manqué de soins antiseptiques avant l'accouchement, ou chez lesquelles l'œuf s'est ouvert prématurément, offrent plus de prise que les autres aux accidents septiques. Aussi convient-il de faire, chez elles, aussitôt après la délivrance, une injection intra-utérine de sublimé au millième. Avec cette dose relativement forte, M. Bucaille n'a jamais observé de symptômes d'intoxication, même chez les albuminuriques, à condition de se servir de sublimé dissous dans l'alcool, la glycérine et l'eau distillée. Cependant, dans les cas de plaies vulvo-vaginales très-étendues, de rétention placentaire, d'hémorrhagie séreuse, il vaut mieux ne pas avoir recours à ces injections.

L'action des médicaments soi-disant galactogènes, dit M. Houselot, est presque toujours illusoire ; seuls les moyens mécaniques sont véritablement actifs ; la succion, le trayage, l'entraînement à allaiter sont les meilleurs galactogogues.

Pour amener un résultat contraire, c'est-à-dire la suppression de la sécrétion lactée, ce sont encore les moyens mécaniques qui sont seuls efficaces (compression des seins et interruption du nourrissage).

Quelques médicaments peuvent passer dans le lait et par conséquent intoxiquer le nourrisson : l'alcool, l'opium, l'atropine, la jusquiame, la cocaïne, l'arsenic, le chloral, l'iode, le mercure et leurs composés. On devra donc éviter de les prescrire aux nourrices. La digitale, l'ergot de seigle, l'antipyrine, le salicylate de soude, passent également dans le lait, mais s'éliminent en si petite quantité qu'ils peuvent être prescrits sans inconvénient. La quinine peut être employée à condition que la nourrice la prenne aux repas, car la glande mammaire ne l'élimine abondamment que si le médicament est pris à jeun. La cocaïne et le camphre restreignent la sécrétion du lait, le fer paraît l'augmenter.

On a cherché à utiliser le passage des médicaments dans le lait des nourrices pour le traitement de certaines affections des nourrissons. Mais ordinairement l'altération du lait, l'impossibilité d'un dosage rigoureux ne permettent pas de l'employer. Exception faite cependant pour la syphilis, dans laquelle cette méthode de traitement peut trouver son application ; à condition que la sécrétion du lait et ses qualités nutritives n'en soient pas troublées. Il vaut mieux en général recourir au traitement hydrargyrique direct dès que l'enfant se trouve en état de le supporter.

M. Ducournau établit que le meilleur moyen d'enrayer la dépopulation consiste à favoriser l'allaitement maternel. De plus, en distribuant du lait stérilisé aux mères qui ne peuvent nourrir elles-mêmes, en vulgarisant les notions d'hygiène infantile, en multipliant les refuges pour les femmes nouvellement accouchées et les crèches, on arriverait au relèvement de la France par la diminution de la mortalité infantile.

M. Perrossier a rencontré une fois la procidence du cordon sur 159 accouchements. Bien des causes peuvent produire cette procidence ; elles proviennent toutes d'un défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail. Parmi les principales, il faut noter, du côté du canal utéro-pelvien, l'insertion vicieuse du placenta (1 fois sur 5), les rétrécissements du bassin (1 fois sur 4,5) et le fibrome de l'utérus ; du côté de l'utérus, la grande multiparité, les malformations ; du côté de l'œuf, l'hydramnios, la longueur du cordon ; enfin on la rencontre fréquemment dans les cas de fœtus trop gros ou trop petit, et dans les présentations vicieuses (en particulier siège et épaule).

La procidence résulte de la rupture brusque des membranes ou de tentatives opératoires au cours du travail.

On peut soupçonner la procidence, d'après les modifications du cœur fœtal et d'après l'écoulement du méconium. La constatation par le toucher ou la vue permet seule de l'affirmer. Sans gravité pour la mère, la procidence est un accident très sérieux pour le fœtus : il succombe (1 fois sur 2,7) soit par défaut d'hématose due à la compression du cordon, soit par broncho-pneumonie causée par les inspirations prématurées dans l'utérus et l'introduction de germes septiques dans les voies aériennes.

Il faut tenter de prévenir la procidence, en pratiquant la version par manœuvres externes dans tous les cas de présentations vicieuses, et en rompant la poche des eaux avec précaution de façon à éviter l'issue brusque du liquide amniotique. Le traitement par excellence est la rétropulsion manuelle. Si elle est impossible, il faut extraire l'enfant le plus rapidement possible.

A côté de la procidence il faut signaler le procubitus, qui est la chute d'une anse du cordon sur les côtés de la présentation. Il reconnaît les mêmes causes que la procidence. Les signes de procubitus sont aussi les mêmes que ceux de la procidence, mais le diagnostic en est beaucoup plus difficile, et le plus souvent il n'est fait qu'au moment du dégagement de la tête. La mortalité fœtale est très élevée (1 sur 3,3). Le traitement consiste aussi dans la rétropulsion et la terminaison artificielle rapide de l'accouchement.

M. Gaube, ayant dosé minutieusement les éléments qui entrent dans la composition du placenta et du fœtus, établit que

l'embryon humain se développe dans un milieu alcalin; la soude, la chaux, la potasse et le fer sont les aliments minéraux de choix pour l'embryon depuis sa formation jusqu'au quatrième mois de son existence.

Il prend 100 grammes environ de matière minérale au milieu cultural depuis son origine jusqu'à la naissance; on doit donc surveiller la minéralisation de la femme qui doit devenir mère; c'est-à-dire ajouter les aliments minéraux indispensables au développement du fœtus. En améliorant le milieu cultural humain, il serait facile d'augmenter la vitalité de la femme et de l'enfant.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Monmayou (Louis). *De la symphyséotomie à Bordeaux.* (Delmas.)

M. Alain (Joseph). *Du fœticide thérapeutique.* (Delmas.)

De l'ensemble des statistiques rapportées par M. Monmayou, il ressort que la symphyséotomie aseptique et raisonnée, suivie de l'agrandissement provoqué du bassin, donne partout, tant en France qu'à l'étranger, d'excellents résultats. Ces résultats pour la mère et pour l'enfant seront d'autant meilleurs que nulle infection d'ordre génital n'existe chez la première, et qu'aucune opération de force n'a été tentée chez le fœtus. Les séries heureuses semblent également en relation avec le manuel opératoire auquel reste fidèle le même opérateur. La symphyséotomie à Bordeaux, grâce au respect des indications et à la technique opératoire suivie par les accoucheurs bordelais, a donné des résultats nullement inférieurs, sinon supérieurs, à ceux publiés dans les autres statistiques.

M. Alain étudiant le fœticide thérapeutique conclut en disant que le fœticide est un acte par lequel on provoque la mort du fœtus à une époque quelconque de la gestation.

Aucune loi civile ni religieuse ne défend le fœticide thérapeutique, c'est-à-dire pratiqué dans le but de sauver la mère; ces lois sembleraient plutôt le prescrire.

On ne doit y recourir cependant qu'au cas de nécessité absolue, alors que le médecin est convaincu que l'intérêt de la mère en dépend.

Il est à désirer que cette opération disparaisse au plus tôt de la pratique obstétricale. Mais il serait imprudent de l'interdire, même au cas de viciations pelviennes, dans certaines circonstances dont l'accoucheur est seul juge.

L'accoucheur devra, autant que possible, réunir une consultation avant de prendre une telle décision.

Il ne devra, en aucun cas, passer outre au refus de la femme de laisser pratiquer sur elle une opération chirurgicale.

Thèse de la Faculté de Nancy.

Année 1900-1901.

M. Gille (Georges). *De l'auto-infection* post partum *due à des lésions utérines et péri-utérines antérieures à la grossesse.* (Imprimerie Nancéienne.)

Un certain nombre de microbes, entre autres le streptocoque, le staphylocoque et le gonocoque, peuvent persister pendant longtemps à l'état latent dans d'anciennes lésions des organes génitaux. Certaines conditions, en particulier le traumatisme obstétrical, peuvent réveiller la virulence de ces microbes; malgré l'antisepsie la plus parfaite de la voie muqueuse, la voie sanguine et la voie lymphatique restent ouvertes à l'infection, ce qui permet d'expliquer l'infection *post partum* généralisée ou localisée. Prévoyant la possibilité de ces accidents infectieux, l'accoucheur devra, pendant la grossesse, faire en sorte d'obtenir une guérison radicale des lésions de l'appareil génital, et au moment de l'accouchement, prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter le réveil *post partum* du microbisme latent.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Réveil préagonique de l'esprit dans la démence (Risveglio preagonico della psiche nella demenza), par Riccardo Alberici (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, An XXII, n° 15, p. 155, 3 février 1901). — Observation d'une vieille pensionnaire de l'asile, affectée de démence apathique consécutive à des attaques répétées de mélancolie. Au moment de la mort de cette femme, son esprit engourdi sembla se réveiller; le réveil psychique fut, il est vrai, partiel et incomplet, portant presque exclusivement sur la sphère des sentiments, mais une intensité telle que l'activité cérébrale n'était pas douteuse. Ainsi ce cerveau, où la conscience des affections paraissait depuis longtemps perdue sans retour, a pu employer les dernières lueurs d'une vie qui s'éteignait pour son réveil physiologique; il y a eu à ce moment une irrigation suffisante des centres, une stimulation assez intense des éléments, pour que l'évocation des images et des émotions qui paraissaient effacées soit devenue possible.

Altérations structurales du cortex à la suite des résections du sympathique cervical; étude histologique, par Nello Biagi (*Travaux de Neurologie chirurgicale*, 1900, 4e trimestre, p. 314). — Après la résection unilatérale du sympathique cervical chez le chien, on observe des altérations cellulaires dans toute l'écorce des deux hémisphères, cette altération du système nerveux, très étendue mais réparable et transitoire, doit être considérée comme l'expression d'un schock postopératoire dont il est difficile de définir complètement le mode d'action, puisque les troubles vasculaires constatés au début ne sont pas assez graves pour l'expliquer en totalité, et puisqu'il ne s'agit pas là du syndrome histologique habituel, avec leucocytose et augmentation du tissu connectif, mais d'une altération purement moléculaire, élective pour l'élément nerveux, diffusée à tous les districts de l'encéphale, susceptible de s'arrêter et de disparaître lorsqu'elle n'a pas été dès le début suffisamment intense pour suspendre la vie de l'animal.

Recherches sur l'anatomie chirurgicale du ganglion de Gasser, par Rocco Caminiti (*Travaux de Neurologie chirurgicale*, 1900, 4e trimestre, p. 323-352; 9 figures). — Dans le but d'être utile aux chirurgiens qui peuvent avoir à tenter des interventions sur le ganglion de Gasser, l'auteur a entrepris une étude anatomique portant sur la *structure*, la *constitution* et les *rapports* de ce ganglion; ce travail consciencieux est basé sur des préparations anatomiques et des coupes microscopiques qui ont permis de préciser tous les détails de la région.

Extirpation d'une tumeur du centre de Broca, guérison, par le professeur Carle et B. Pescarolo (*Riforma medica*, an XVII, n° 17, p. 196, 22 janvier 1901). — Observation d'un homme de 38 ans, robuste, chez qui les phénomènes morbides s'étaient montrés dans l'ordre suivant: convulsions, aphasie motrice et altération psychique, paralysie de l'hypoglosse droit, parésie du facial inférieur droit, à peine une ébauche de parésie des membres du côté droit; à cela il faut ajouter la douleur frontale, dans les premiers temps plus accentuée à gauche, et la névrite optique.

Le diagnostic de tumeur cérébrale s'imposait avec la localisation au pied de la troisième frontale, puisque l'aphasie motrice avait été le premier symptôme d'une lésion en foyer, que depuis le début de la maladie elle se répétait par accès, et qu'à la fin elle constituait, avec la paralysie de l'hypoglosse droit, le signe cardinal.

Opération; tumeur de la grosseur d'un œuf dans F3. — A

la suite de l'opération il faut noter l'apparition d'une hémiplégie droite avec hémi-anesthésie; l'hémiplégie s'améliora rapidement, l'anesthésie disparut complètement, lorsque se réduisit la hernie cérébrale qui persista quelques jours après l'opération; hémiplégie et hémi-anesthésie dépendaient donc de troubles de circulation; le fait est à retenir, car il montre que le tissu cérébral hernié n'est pas pour cela perdu, comme quelques-uns le croient. Il est à remarquer aussi que, dès après l'opération, la papillite était améliorée.

Quant à l'aphasie, elle était déjà diminuée lorsque le malade fut relevé de la table d'opération; elle continua à s'améliorer dans la suite.

Sur les névroses des extrémités, par le professeur Cardarelli (de Naples) (*Rivista critica di clinica medica*, n° 50, 15 décembre 1900). — Présentation de 3 cas de dermatose familiale; il n'y a pas lieu de discuter s'il s'agit de kératose, d'ichtyose ou de psoriasis; tout l'intérêt réside dans la symétrie de la lésion répartie sur les mains et les pieds des sujets, et qui est telle, qu'il n'est pas une tache du côté droit du corps qui n'ait son pendant du côté gauche, puis dans le caractère héréditaire et familial des lésions cutanées.

Un cas d'échinocoque du cerveau, par Dario Gallichi (de Pise), (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, an XXII, n° 15, p. 158, 3 février 1901. — Femme de 53 ans, chez qui la vue a diminué de telle façon que l'amaurose est à peu près complète; il existe des céphalées, de la lenteur de la parole, de l'incertude de la démarche; pas de paralysies, mouvements des yeux normaux, pas de troubles de la sensibilité, réflexes normaux. Atrophie papillaire aux deux yeux.

Il s'agissait d'une lésion cérébrale; mais il manquait les symptômes principaux de la tumeur; la lenteur de la parole que l'on peut rencontrer chez les individus atteints de tumeur cérébrale, ne suffisait pas à faire porter ce diagnostic. D'autre part, les oscillations constatées des symptômes, ce qui restait de la vision étant sujet à de notables variations, constituaient des améliorations et des aggravations qui ne se rencontrent guère dans la tumeur cérébrale, et surtout, dans l'ensemble, une amélioration incompatible avec ce diagnostic.

Une méningite chronique circonscrite semblait plus probable. Quant au siège de la lésion, comme il existait cliniquement l'atrophie de la papille sans symptômes d'altérations des autres nerfs craniens, on ne pouvait songer qu'à un exsudat englobant le chiasma des nerfs optiques.

A l'*autopsie*, on trouva à la base du crâne une masse circonscrite un peu aplatie comprimant le chiasma et touchant la protubérance et le bulbe. C'était un kyste à échinocoques, avec sa membrane à structure particulière, mais sans les crochets caractéristiques.

La marche des symptômes qui pouvait s'expliquer par une méningite chronique s'expliquait mieux encore par le kyste à échinocoque, qui, se réduisant de volume après la mort du parasite, avait, par cette réduction, entraîné l'atténuation sensible du trouble de la vision.

CHIRURGIE

Rétention rénale en cas de rétrécissements ou de valvules de l'uretère (Conservative Operationen für renale Retention in Folge von Stricturen oder Klappenbildung ans Uretes), par Fenger (de Chicago) (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, vol. LXII, p. 524). — L'auteur, après avoir décrit les interventions conservatrices en cas de rétention rénale par rétrécissement ou valvules de l'uretère, communique 7 cas personnels qu'il résume comme suit :

1er cas. Valvules; opération transpelvienne. Guérison depuis 6 ans;

2e cas. Rétrécissement de la partie supérieure de l'uretère; opération extra-pelvienne. Guérison depuis 6 ans;

3e cas. Valvule dans la partie inférieure de l'uretère; opération extrapelvienne; néphrotomie; section de la valvule et de la cloison. Pas de récidive depuis 3 ans;

4e cas. Excision d'une valvule d'après le procédé plastique personnel de l'auteur. Guérison depuis 3 ans;

5e cas. Ablation d'un calcul de la partie supérieure de l'uretère. Un autre chirurgien fait, une année plus tard, une urétéroplastie. Six mois plus tard obstruction de l'uretère au niveau de l'ancienne opération. Urétéroplastie d'après le procédé de l'auteur. Guérison depuis un an;

Dans les 2 cas suivants, il y a eu récidive :

6e cas. Valvule sans sténose; opération intrapelvienne. Récidive par occlusion de l'orifice supérieur de l'uretère. Néphrectomie une année après;

7e cas. L'opération conservatrice incomplète a obligé d'intervenir plus tard par la néphrectomie.

Extirpation des vésicules séminales et des canaux déférents par la voie abdominale (Ueber ein neues Verfahren zur Exstirpation der Samenblasen und der Vasa deferentia nebst Bericht über zwei Fälle), par H. Young (de Baltimore) (*Arch. f. klin. chir.*, 1900, vol. LXII, p. 456). — L'auteur communique dans ce travail deux observations de tuberculose génitale dans lesquelles l'extirpation des vésicules séminales a été faite par la voie abdominale.

Dans un de ces cas qui a trait à un homme de 62 ans qui présentait une tuberculose des testicules et des vésicules séminales, l'opération a été conduite de la façon suivante : Laparotomie médiane par une incision commençant à un pouce audessus de l'ombilic, et section transversale du muscle droit au-dessus de l'ombilic; ouverture de la vessie et cathétérisme des deux uretères; après décollement du péritoine, isolement et excision des vésicules séminales et des canaux déférents ainsi que du sommet de la prostate. Puis excision des deux testicules avec ce qui restait des canaux déférents, et excision d'une ulcération tuberculeuse de la vessie. Suture de la plaie vésicale, en laissant une place pour le drainage de la vessie : suture de la paroi abdominale avec drainage; sonde à demeure dans la vessie.

Trois jours après l'opération, le malade allait encore bien. La suite de l'observation n'est pas indiquée.

Le second cas se rapporte à un homme de 42 ans qui avait déjà subi la castration unilatérale et qui est entré à l'hôpital pour des douleurs localisées aux vésicules séminales et à la base de la vessie.

Chez ce malade, l'auteur fit la cystotomie sus-pubienne et, ayant constaté une infiltration tuberculeuse de la paroi postérieure de la vessie, il décolla le péritoine, isola la vessie du rectum, excisa les vésicules et les canaux déférents, réséqua toute la paroi postérieure de la vessie, sutura ensuite celle-ci, mit un drain au-dessus du pubis et une sonde à demeure dans la vessie. Le malade guérit après une convalescence pénible.

La désinfection des mains et des gants en chirurgie (Bacteriologisches zur Händedesinfection unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe), par Dettmer (*Arch. f. Klin. chir.*, 1900, vol. LXII, p. 384). — Il résulte des recherches faites par l'auteur que la désinfection parfaite des mains étant impossible à obtenir, il est avantageux de se servir de gants stérilisés en caoutchouc. Ceux-ci s'infectent au bout de quelque temps, au cours de l'opération; mais il suffit de les tremper de temps en temps, pour une minute, dans l'eau stérilisée pour les débarrasser des bactéries qui se sont posées sur leur face extérieure.

L'emploi des gants et leur lavage dans l'eau stérilisée au cours de l'opération permet donc de se mettre à l'abri des infections opératoires.

Ostéomyélite des os longs (Klinische Beobachtungen über Osteomyelitis der langen Rohrenknochen, besonders in Bezug auf die Epiphysenknorpelfuge und die begleitenden Gelenkaffectionen), par Reiss (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, vol. LXII, p. 495). — L'étude des observations rapportées dans ce travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° En cas de destruction partielle du cartilage épiphysaire, une *restitutio ad integrum*, avec accroissement normal ultérieur, est possible;

2° Dans la majorité des cas de destruction partielle du carti-

lage épiphysaire, lors même qu'à l'œil nu une partie en paraisse conservée, il est remplacé par un cal osseux;

3° En cas de siège diaphysaire de l'ostéomyélite ayant amené un décollement de l'épiphyse, on n'observa jamais de régénération du cartilage épiphysaire, mais une soudure de l'épiphyse à la diaphyse au moyen des masses osseuses.

4° Si l'ostéomyélite occupe l'épiphyse, le décollement n'exerce aucune influence sur l'accroissement. Mais si le processus envahit la diaphyse et détruit partiellement ou en totalité les couches du cartilage épiphysaire voisin, il a pour résultat des troubles de l'accroissement de l'os.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Mars 1901.

Note helminthologique sur l'appendicite.

M. Metchnikoff ayant examiné les selles d'une jeune fille de 19 ans, atteinte d'appendicite à répétition (6 crises en 10 mois), y découvrit des œufs d'ascarides et de trichocéphales en grand nombre. Le traitement vermifuge, appliqué à plusieurs reprises, permit d'éviter le traitement chirurgical, et empêcha définitivement la récidive de l'appendicite; depuis cette époque, 4 ans 1/2 se sont écoulés; la malade s'est mariée et a eu une grossesse qui a évolué sans réveiller l'appendicite.

M. Lemoine a observé deux cas semblables. Dans le premier on trouva dans les selles d'un enfant, atteint d'appendicite, des œufs d'ascarides et de trichocéphales. A la suite d'administration de santonine, l'enfant rendit des ascarides et guérit complètement. Le second cas, chez un jeune homme de 23 ans, est analogue.

Voilà donc trois cas d'appendicite bien caractérisés cliniquement où le diagnostic microscopique dicta la conduite à tenir et évita aux malades l'intervention chirurgicale.

Dans un cas rapporté par Mme Arboré-Rally, la guérison d'une crise aiguë d'appendicite eut lieu après l'expulsion spontanée d'un ascaride.

Ces observations ne sont pas isolées.

Il y a 60 ans, Becquerel a rapporté l'autopsie d'un enfant dont le péritoine contenait des ascarides et dont l'appendice perforé présentait aussi deux ascarides. D'autres auteurs, Natale, Brun, ont, après lui, publié des cas analogues. Or Guinard, dans une opération d'appendicite, a trouvé un trichocéphale vivant. Tout récemment, M. Metchnikoff a eu l'occasion d'examiner un appendice enlevé au cours d'une opération, dans lequel on trouvait trois trichocéphales, dont un ayant pénétré dans l'épaisseur de la muqueuse.

Les ascarides peuvent produire des érosions de la muqueuse, les trichocéphales peuvent l'ulcérer et la pénétrer.

Il faut donc aujourd'hui compter avec eux dans la pathogénie de l'appendicite comme des autres maladies infectieuses; et il serait utile d'examiner systématiquement les déjections au point de vue bactériologique, comme on examine l'expectoration. C'est ce que l'on n'a pas assez fait jusqu'ici.

Nothnagel a soigné un jeune homme dont l'appendice avait été enlevé 2 ans auparavant; les douleurs avaient reparu, la région cæcale était douloureuse; en présence des antécédents nerveux héréditaires du malade, on diagnostiqua une pseudo-appendicite hystérique. Peut-être s'agissait-il d'une appendicite due aux nématodes?

Golouboff (de Moscou) a relaté une épidémie d'appendicite, et fait remarquer l'analogie avec l'angine; malheureusement on n'a pas examiné les selles où l'on aurait peut-être trouvé la cause de la maladie.

Les nématodes sont véhiculés par l'eau impure, les légumes, etc.

La guérison de quelques cas d'appendicite par les vermifuges prouve nettement le rôle des nématodes dans cette maladie.

M. Metchnikoff conclut :

1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, il faut pratiquer l'examen des matières fécales;

2° Dans tout cas d'appendicite, administrer des vermifuges;

3° Chez les sujets atteints d'appendicite, proscrire l'alimentation par les légumes crus, les salades, les fraises, l'eau non bouillie ou non filtrée;

4° Examiner de temps en temps les selles des enfants et leur administrer de temps en temps des vermifuges.

Hématémèse infectieuse au cours d'une péritonite aiguë.

M. Cornil. — J'ai observé une femme atteinte de péritonite aiguë, non appendiculaire, qui présenta plusieurs hématémèses avant sa mort.

A l'autopsie, nous avons trouvé une péritonite aiguë fibrino-purulente; la cause de l'infection n'a pu être reconnue. L'examen bactériologique a montré l'existence de pneumocoques et de streptocoques très virulents. Le mode de pénétration de ces parasites nous a échappé complètement, peut-être faut-il admettre une angine méconnue. Sur la muqueuse gastrique et intestinale nous n'avons rien trouvé de bien net, sauf une exulcération légère de l'estomac. C'est donc une observation à ajouter aux observations d'hématémèses infectieuses qui ont déjà été publiées.

MEDECINE PRATIQUE

De la toux émétisante chez les tuberculeux et de son traitement,

D'après M. le Dr Derdscheid (1).

On entend par toux émétisante une toux dont les accès quinteux provoquent des nausées ou des vomissements.

Ce phénomène s'observe fréquemment dans le cours de la tuberculose pulmonaire; il se produit soit le matin à jeun au moment du lever, soit après les repas; dans ce dernier cas, il peut apparaître immédiatement après l'ingestion des aliments, ou après un certain temps variant de quelques minutes à une heure.

L'interprétation la plus rationnelle de la toux émétisante paraît être celle qui est liée à deux causes différentes, susceptibles de produire chacune séparément le phénomène; ce sont : la compression du pneumogastrique et en second lieu l'hyperesthésie du pharynx.

1° La compression du pneumogastrique peut se faire par les ganglions trachéo-bronchiques engorgés au niveau du hile du poumon; cette adénopathie ne produirait, d'après Marfan, que très rarement la compression du nerf; en effet, les cas que l'on a pu relever à l'autopsie sont relativement très peu nombreux. Quénu, qui a analysé histologiquement les pneumogastriques comprimés, n'y a pu trouver une altération d'éléments nerveux quelconques.

La compression du nerf par des masses ganglionnaires tuberculisées semble donc être exceptionnelle.

2° D'après Berthier, le trait d'union entre la toux et le vomissement réside dans une hyperesthésie de l'arrière-gorge. En effet, les malades ressentent souvent un chatouillement dans le pharynx; celui-ci est, à l'inspection, fortement infecté, on y voit parfois des granulations et un simple examen provoque généralement des contractions nauséeuses violentes; cette irritation locale s'explique par le passage répété de crachats bacillifères. Ceux-ci, amenés par une quinte de toux, excitent le réflexe nauséeux de l'arrière-gorge hyperesthésiée et provoquent les vomissements.

Cette explication du phénomène de la toux émétisante paraît être la plus plausible et la plus conforme aux faits.

1. *La Policlinique de Bruxelles*, 1er janvier 1901.

La toux émétisante des tuberculeux doit être traitée immédiatement et énergiquement.

De nombreuses médications ont été tentées avec plus ou moins de résultats.

Peter prescrit un petit vésicatoire au niveau du creux de l'estomac ou encore quelques gouttes de laudanum avant chaque repas. Woillez conseille le badigeonnage de l'arrière-gorge avec une solution de bromure de potassium. Guéneau de Mussy ordonnait un emplâtre au diachylon, thériaque et extrait de belladone à appliquer au creux de l'estomac.

Lascarret et Ory badigeonnent la gorge avec une solution de cocaïne à 1/20 après les repas. Bondet (de Lyon) recommande les bromures avant les repas. Berthier emploie avec succès les badigeonnages de l'arrière-gorge ou les pulvérisations à la cocaïne. Mathieu préconise l'administration de l'eau chloroformée ou bromoformée en solution.

Daremberg prescrit l'eau chloroformée, parfois l'acide chlorhydrique après les repas; il a fait cesser plusieurs fois les vomissements alimentaires en condamnant le malade pendant une quinzaine de jours au régime lacté exclusif; il conseille également le laudanum ou les gouttes anglaises avant les repas.

Gallois et Bonnel ont fait des essais avec l'eau oxygénée et ils ont pu constater les bons effets de cette médication.

Bref les moyens thérapeutiques sont nombreux et variés; mais cet arsenal peut être simplifié et limité à quelques formules, qui ont toujours donné d'excellents résultats. Cette expérimentation faite dans le service de M. le Dr Godart-Danhieux a porté sur plus de 100 malades. Ceux-ci ont été soumis à l'une des trois médications suivantes que je crois les meilleures :

1° L'emploi des badigeonnages du pharynx;
2° L'eau oxygénée;
3° L'eau chloroformée.

Les badigeonnages de l'arrière gorge se font avec une solution de cocaïne à 1 p. 50 en moyenne, comme le recommande Berthier; au bout de quelques jours, l'hyperesthésie pharyngée disparaît et les vomissements cessent.

C'est un moyen d'intervention très actif; malheureusement le goût amer, désagréable de la solution cocaïnée, est un grand inconvénient à son emploi.

Cette action favorable des badigeonnages de l'arrière-gorge plaide en faveur de la théorie qui attribue le caractère émétisant de la toux à une hyperesthésie pharyngée.

L'eau oxygénée recommandée par Gallois et Bonnel a une action très réelle et très efficace dans la forme de vomissements qui nous occupe, et son emploi mérite d'être plus connu et plus répandu. On ordonne au malade de boire à ses repas du vin coupé avec de l'eau contenant, par litre, une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 10 volumes. En quelques jours les vomissements cessent et l'appétit augmente.

Cette médication est très recommandable; elle a le grand avantage d'agir à très petite dose, d'être très facilement supportée, et de ménager l'estomac du tuberculeux en ne lui faisant pas supporter de matières médicamenteuses capables d'altérer ses fonctions digestives; un inconvénient c'est que chez les malades avancés, son action est moins certaine; il n'en reste pas moins applicable dans bon nombre de cas.

L'eau chloroformée en potion est également très recommandable; son action est constante et elle a le grand avantage de pouvoir s'appliquer à presque tous les cas y compris les vomissements liés à une véritable dyspepsie ou accompagnés de gastralgie. La formule suivante est toujours très bien supportée :

Eau chloroformée.		40 gr.
Sirop diacode	ââ	30 gr.
Eau de fleurs d'oranger	ââ	30 gr.
Eau distillée.		100 gr.

à prendre par cuillerée à soupe, une de suite après chaque repas.

Le mode d'action de l'eau oxygénée n'est pas bien connu; pour Bardet, cette action tient peut-être à la mousse produite par l'eau oxygénée en contact avec du mucus ou des matières albuminoïdes; il y a coagulation de la mucine et action directe de la mousse sur la paroi de l'estomac. Quoi qu'il en soit de cette théorie peu satisfaisante, l'efficacité de ce moyen n'en est pas moins réelle. Quant à l'eau chloroformée, on peut admettre qu'elle agisse de deux façons; d'abord en calmant les zones tussigènes de la muqueuse de l'arrière-gorge, du voile du palais, etc., lors de la déglutition; en second lieu, elle agit sur les parois de l'estomac en modérant et prévenant les contractions spasmodiques de l'organe sollicité par le réflexe nauséeux pharyngé.

De la ferropyrine comme hémostatique,

D'après M. le Dr Toff (1).

La ferropyrine est une composition chimique d'antipyrine et de perchlorure de fer, qui se présente sous la forme d'une poudre jaune orange, très fine, soluble dans 5 parties d'eau froide. C'est un hémostatique et un astringent très puissant, ayant sur le perchlorure de fer l'avantage de n'être pas caustique, de sorte qu'on peut l'employer pure sur la peau, ou même sur les muqueuses, sans observer la moindre irritation. L'auteur l'a employée, toujours avec succès, pour combattre les hémorrhagies nasales, parenchymateuses ou provenant de diverses lésions accidentelles. Mais le plus souvent il a employé ce médicament dans les cas gynécologiques et obstétricaux. Dans 19 cas de menstruation profuse, le traitement avec la ferropyrine a toujours donné un effet complet; dans 18 cas d'hémorrhagies après avortement, l'hémostase réussit 15 fois, tandis que, parmi 20 cas d'hémorrhagies endométritiques, le traitement n'échoua qu'une seule fois. Pour les hémorrhagies puerpérales les résultats ont aussi été des plus concluants, de sorte que l'auteur proclame la ferropyrine comme un hémostatique et astringent de premier ordre.

Pour les cas gynécologiques et obstétricaux, le médicament fut appliqué en injections intra-utérines à l'aide de la seringue de Braun, en solution de 15-20 p. 100.

On peut aussi donner la ferropyrine à l'intérieur, surtout dans les cas de chlorose et d'anémie accompagnée de céphalalgie et de névralgies diverses, combinant ainsi les propriétés antinévralgiques de l'antipyrine avec celles hématopoiétiques du fer.

Suivant les formules :

Ferropyrine	8 gr.
Sirop écorces d'orange amères. . . .	20 gr.
Eau distillée	130 gr.

La moitié en une fois contre les hématémèses.

Ou :

Ferropyrine.	0 gr. 60
HCl dilué.	V gouttes
Pepsine.	5 gr.
Eau distillée.	200 gr.

Une cuillerée après le repas, dans la dyspepsie chlorotique.

Traitement de l'empoisonnement par la strychnine par les inhalations d'oxygène,

D'après M. C. Osterwald (2).

Les recherches de V. Leube et Rosenthal confirmées dans la suite par différents auteurs ont démontré l'influence évidente de la respiration artificielle chez les animaux empoisonnés par la strychnine. Pendant qu'on la pratique, les convulsions cessent ou diminuent beaucoup pour reparaître si l'on suspend trop tôt les manœuvres de respiration. On a proposé de ce phénomène deux interprétations, les uns admettant que la respiration artificielle a pour effet d'activer les échanges gazeux et de favoriser les combustions organiques, les autres attribuant la disparition des convulsions à une action réflexe sur le pneumogastrique.

C'est cette question que M. Osterwald a cherché à résoudre en remplaçant la respiration artificielle par des inhalations

1. *Wiener kl. Woch.*, 1900, n° 30.
2. *Arch. f. exp. Path. u. Pharmac.*, XLIV.

d'oxygène, ce qui a pour effet de faciliter la solution du problème en supprimant aussi l'influence mécanique de la respiration.

Dans une série d'expériences préparatoires, M. Osterwald a établi qu'il n'existe pas d'accoutumance pour la strychnine. Si l'on fait à un animal une série d'injections de strychnine en ayant soin d'espacer suffisamment les séances, on peut se convaincre que la même dose toxique suffit toujours pour produire un effet identique. La quantité de nitrate de strychnine nécessaire pour provoquer des convulsions chez le cobaye est de 34 à 35 cent-millièmes pour 100 grammes de poids. M. Osterwald a vu que si, de deux cobayes ayant reçu cette dose en injection sous-cutanée, l'un est placé dans une cloche d'oxygène, l'autre restant à l'air libre, le premier présente tout au plus au bout d'un certain temps une légère augmentation de l'excitabilité réflexe, alors que le second est atteint de convulsions tétaniques typiques.

Intervertissant les rôles dans une seconde expérience, M. Osterwald laisse à l'air libre après injection de la même dose de strychnine, le cobaye qui, la première fois, avait respiré l'oxygène. Cet animal présente bientôt tous les symptômes de l'intoxication. Le second, au contraire, placé dans l'oxygène reste indemne de tout accident.

La démonstration est encore plus nette après injection de la dose mortelle, 6 à 7 dix-millièmes pour 100 grammes. Dans ce cas, le cobaye maintenu dans l'oxygène a pendant quelque temps de la raideur dans les extrémités postérieures, mais il se rétablit rapidement, tandis que le témoin succombe après une série d'accès tétaniques violents. L'oxygène ne se montre impuissant qu'après administration d'une dose de poison assez forte pour provoquer de la paralysie en même temps que des convulsions. Dans ce cas, les animaux meurent de paralysie bulbaire.

Pour se convaincre que les résultats observés étaient bien dus aux inhalations d'oxygène, l'auteur a étudié l'effet d'une atmosphère pauvre en oxygène. Il a placé des cobayes sous une cloche dans laquelle une partie de ce gaz avait été préalablement absorbée. Il a vu que dans ces conditions une dose de strychnine inférieure à la dose convulsivante minima suffit pour provoquer l'apparition de convulsions violentes.

Ces résultats expérimentaux offrent un grand intérêt pratique. Il est certain que leur netteté justifie amplement l'introduction de ce moyen si simple dans la thérapeutique.

VARIÉTÉS

Que faut-il entendre par les mots « police sanitaire » ?

La loi du 27 décembre 1900, dite loi d'amnistie, a donné lieu à maintes controverses, parmi lesquelles certaines sont relatives à son application aux délits et contraventions en matière de police sanitaire. On sait que dans l'article premier, § 6, de ladite loi se trouvent les deux mots « police sanitaire » intercalés entre la petite voirie et la police de roulage.

Mais que faut-il entendre par les mots « police sanitaire » ?

Il existe une loi du 21 juillet 1881 « sur la police sanitaire des animaux » qui, dans ses articles 31 et 32, prononce des peines variant de 2 à 6 mois et de 6 mois à 3 ans de prison contre ceux qui mettent en vente des animaux atteints de maladies contagieuses ou de la viande provenant d'animaux morts d'une de ces maladies. La loi d'amnistie s'applique-t-elle aux auteurs de ces délits ? Les tribunaux et la Cour de Paris admettent sans difficulté l'affirmative, et cependant la loi du 27 décembre 1900 n'a pas dit qu'il s'agissait spécialement de la police sanitaire des animaux. La Cour de cassation, dans son audience du 3 février, a adopté cette solution. Mais il est bon de faire remarquer que les mêmes tribunaux refusent le bénéfice de ladite loi à ceux qui sont poursuivis en vertu de la loi du 27 mars 1851 qui, dans son article premier, punit la vente ou la mise en vente des denrées alimentaires falsifiées ou corrompues (viande, dans l'espèce).

Il y a une autre loi « relative à la police sanitaire », du 3 mars 1822, qui a pour objet les mesures préventives destinées à empêcher l'importation des maladies dites pestilentielles qui pourraient venir de l'étranger, et ce texte, véritable loi de salut public, édicte, dans son article 7, des peines qui varient de l'emprisonnement à la peine de mort. C'est assurément la disposition législative qui rentre le mieux dans les termes de l'article premier, § 6, de la loi du 27 décembre 1900, et c'est aussi celle qui s'éloigne le plus de l'esprit général de l'amnistie. La loi de 1822 est d'une application peu fréquente, mais si la question d'amnistie se posait en cette matière, les tribunaux auraient une occasion rare de mettre d'accord l'esprit et la lettre.

Enfin, la police sanitaire ne comprend-elle pas aussi la législation des logements insalubres ? Telle est la question qui a été soumise à la 9e Chambre du tribunal correctionnel de la Seine à l'occasion d'une contravention à la loi du 13 avril 1850 « relative à l'assainissement des logements insalubres ». Le tribunal a déclaré l'action publique éteinte par l'effet de la loi d'amnistie. Il paraît assez naturel d'admettre que l'assainissement fait partie de la police sanitaire ; les recueils de jurisprudence ont toujours classé la police sanitaire sous la rubrique générale : salubrité publique ; peut-être même est-il plus logique d'étendre le bénéfice de l'amnistie aux contrevenants à la loi de 1850, qui encourent de simples amendes, que de l'appliquer aux auteurs des faits graves réprimés par la loi du 21 juillet 1881. Mais il y a le texte ; la loi de 1850 n'est pas une loi « sur la police sanitaire » ; aussi le procureur de la République a-t-il fait appel du jugement rendu par la 9e Chambre le 8 janvier 1901.

Dans son audience du 25 février dernier, la Cour de Paris a infirmé ce jugement par un arrêt ainsi conçu :

« Considérant que les premiers juges ont décidé qu'aux termes de l'article premier, § 6, de la loi du 27 décembre 1900, la contravention aux prescriptions de la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres faisant l'objet de la poursuite se trouvait amnistiée, et que, par suite, l'action publique était éteinte ;

« Mais considérant que, si l'article précité dispose que tous les délits et contraventions à la police sanitaire sont amnistiés, il est manifeste que le législateur a entendu restreindre le bénéfice de l'amnistie aux délits et contraventions prévus par la loi du 21 juillet 1881 sur la police sanitaire des animaux ; qu'il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter à la discussion de l'amendement qui a introduit dans la loi les mots « police sanitaire ».

« Considérant en effet que, dès les premiers mots de son discours, l'auteur de l'amendement déclare que la disposition qu'il propose à la Chambre « présente beaucoup d'intérêt pour « un grand nombre de cultivateurs qui sont sous le coup de « condamnations relatives à des contraventions et délits de « police sanitaire » et, comme un de ses collègues lui reproche de vouloir favoriser le développement de la fièvre aphteuse, il justifie sa proposition en objectant la sévérité de la législation spéciale sur la police sanitaire des animaux ; que le rapporteur de la loi, qui repoussait l'amendement, s'exprimait lui-même en ces termes : « Au moment de la discussion du budget de « l'agriculture, nos collègues qui applaudissent reprochaient « au gouvernement de n'avoir pas pris assez de précautions « pour éviter la propagation des maladies. Maintenant on vient « demander l'amnistie pour les fautes qui ont été commises « contre la santé publique » ; que c'est immédiatement à la suite de cette déclaration que l'amendement a été adopté ; que les discussions ultérieures, soit à la Chambre des députés, soit au Sénat, n'ont point modifié le caractère de la disposition votée après cet échange d'observations ; qu'il est donc impossible d'attribuer aux mots « police sanitaire » l'extension que leur a donnée le tribunal ;

« Par ces motifs, infirme le jugement dont appel et dit que l'action publique n'est pas éteinte par la loi d'amnistie du 27 décembre 1900. » (*Sem. méd.*).

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Des hémorrhagies dans l'ictère acholurique simple

(Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux* le 15 mars 1901),

Par MM. A. Gilbert et P. Lereboullet.

Nous avons, le 2 novembre dernier, attiré l'attention de la Société (1) sur un type morbide remarquablement fréquent, l'*ictère acholurique simple*, et nous insistions déjà sur la multiplicité des conséquences qu'il peut entraîner à sa suite. Nous montrions que celles-ci étaient souvent à tort prises pour le phénomène principal, d'où l'insuccès des moyens thérapeutiques employés.

Depuis cette première étude, nous avons eu l'occasion de suivre de nombreux cas d'ictère acholurique simple, si bien que celui-ci nous apparaît maintenant comme *la maladie la plus importante du foie* ou au moins la plus fréquente. Nous avons pu préciser un certain nombre de points de son histoire et nous espérons pouvoir peu à peu exposer les résultats de cette enquête.

Une des conséquences les plus fréquentes de l'ictère acholurique simple est la facilité avec laquelle surviennent chez les sujets qui en sont atteints les *hémorrhagies* les plus diverses. Déjà nous avons signalé l'existence de ces hémorrhagies, et montré que dans certains cas elles pouvaient dominer la scène clinique. Mais depuis plusieurs mois, nous les avons rencontrées avec une telle fréquence que le cadre de notre description première s'est notablement élargi, et que nous croyons utile d'en reprendre l'étude d'ensemble. Nous avons d'ailleurs publié quelques-unes des observations qui servent de base à cette étude dans la thèse faite tout récemment sur notre conseil par M. Vareillaud (1). Aussi nous contenterons-nous de signaler ici les points principaux qui se dégagent de nos recherches.

Ce qui nous a tout d'abord frappés dans les faits que nous avons observés, c'est la fréquence avec laquelle nos malades étaient sujets aux hémorrhagies dites autrefois essentielles, et dont la cause est en effet bien souvent obscure. Telles sont les *épistaxis de croissance*, telles certaines ménorrhagies s'accompagnant d'anémie et dites à tort *chloroses ménorrhagiques*, tels certains purpuras, etc. Or, d'une part, nous avons fréquemment retrouvé dans les antécédents de nos malades des hémorrhagies de cette nature; d'autre part, nombre de sujets qui avaient d'abord été considérés par nous ou par d'autres comme atteints d'hémorrhagies essentielles, étaient en réalité, comme nous l'a montré leur examen suivi, atteints d'ictère acholurique. Donc (et c'est là un premier point qui nous paraît important à mettre en lumière, car une conséquence thérapeutique directe en découle), il convient, chez des sujets atteints d'hémorrhagies dites essentielles (2), avant d'admettre ce diagnostic, de rechercher l'ictère acholurique.

Nous avons donc rencontré les hémorrhagies dans l'ictère acholurique comme un symptôme des plus fréquents. Mais si, parfois, elles paraissaient se produire en dehors de toute cause occasionnelle, le plus souvent on retrouvait cet élément, soit en tant que cause physiologique, soit en tant que traumatisme accidentel.

C'est ainsi qu'une des hémorrhagies les plus fréquemment observées est constituée par les *épistaxis*, mais que celles-ci s'observent surtout à la période de croissance, ne se reproduisant ultérieurement que de temps à autre, quoique parfois nous les ayons vues se produire avec une abondance inquiétante. Les hémorrhagies utérines sont fréquentes elles aussi, mais elles affectent plus souvent le type de ménorrhagies abondantes que de métrorrhagies (3).

A côté de ces cas où des causes physiologiques interviennent, nous en avons observé d'autres où des circonstances occasionnelles provoquaient ces hémorrhagies. Tels ceux de nos malades chez lesquels un coryza était le point de départ d'épistaxis parfois intenses, tels ceux chez lesquels l'épistaxis survenait après un minime traumatisme de la région nasale, ou encore ceux dont les

1. Gilbert et Lereboullet, Des ictères acholuriques simples (*Société médicale des hôpitaux*, 2 novembre 1900).

1. A. Vareillaud, De l'ictère acholurique hémorrhagique et des hémorrhagies au cours de l'ictère acholurique (*Thèse* de Paris, mars 1901).

2. Il y a longtemps d'ailleurs que l'on a voulu incriminer le foie dans certaines de ces hémorrhagies dites essentielles, et Verneuil notamment admettait cette influence dans ses travaux sur les épistaxis juvéniles et héréditaires (Académie de médecine, 1887 et 1894) ; mais, en l'absence de tout moyen précis, et notamment de l'examen du sérum, on en était réduit à des hypothèses sans fondement certain.

3. Indépendamment des malades que ces ménorrhagies affaiblissent et qui présentent les signes attribués à la chlorose ménorrhagique, la plupart des femmes atteintes d'ictère acholurique que nous avons observées avaient leurs règles plus abondantes que normalement.

soins de bouche provoquaient facilement le *saignement des gencives*.

Bien que ces hémorrhagies relativement bénignes soient les plus fréquentes, ce ne sont pas les seules que nous ayons observées. Nous avons suivi une jeune fille, qui, atteinte d'ictère acholurique familial assez accusé, fut prise sous nos yeux à diverses reprises d'*hémorrhagies intestinales* de sang rouge, abondantes, qu'aucune autre cause nettement démontrée n'expliquait (elle ne présentait notamment pas de signes rationnels d'ulcère du duodénum); elle guérit d'ailleurs facilement sous l'influence d'un traitement dirigé contre l'ictère acholurique, et lorsqu'elle sortit de l'hôpital, son sérum était redevenu clair, et les hémorrhagies avaient complètement cessé.

Une autre de nos malades, sujette d'ailleurs aux épistaxis et aux ménorrhagies, nous a affirmé nettement avoir eu, à diverses reprises, des *hémoptysies* et des *hématémèses* assez caractérisées.

Nous avons suivi une femme de 45 ans, atteinte d'ictère acholurique avec coliques hépatiques et dyspepsie, qui a eu, il y a 2 ans, des *hémorrhagies rétiniennes* accompagnées simultanément de *purpura* du dos des mains.

De même enfin, certains antécédents héréditaires recueillis chez nos malades nous font penser que peut-être il y a chez ceux-ci une plus grande tendance à l'*hémorrhagie cérébrale*.

Ces exemples suffisent en tout cas à démontrer qu'il y a dans l'ictère acholurique une véritable *prédisposition aux hémorrhagies*, et que celles-ci peuvent affecter, comme siège et comme intensité, les types les plus variés.

Au point de vue de l'évolution et des modifications apportées au type clinique par les hémorrhagies, nos cas se divisent en deux catégories. Tantôt, les hémorrhagies ne constituent qu'un symptôme accessoire, secondaire, au cours de l'ictère acholurique, alors que les troubles dyspeptiques, les troubles neurasthéniques, l'urticaire, les douleurs articulaires, etc., occupent le premier plan. Tantôt, au contraire, les hémorrhagies par leur fréquence et leur abondance dominent le tableau clinique et commandent le pronostic. C'est à ces cas que nous proposons de réserver le nom d'*ictère acholurique hémorrhagipare*. Ce sont ceux, en effet, où l'on peut le plus facilement croire à tort à une hémorrhagie essentielle. Suivant les cas d'ailleurs, ou bien comme chez une malade dont nous parlons plus haut, les diverses hémorrhagies s'associent, ou bien une hémorrhagie prédomine. On pourrait à ce point de vue décrire un type spécial d'*ictère acholurique hémorrhagipare avec épistaxis*.

C'est ainsi que nous avons observé un jeune homme, ayant eu de 13 à 16 ans des épistaxis de croissance fort abondantes, resté depuis sujet aux épistaxis (il a actuellement 20 ans), et anémié au point que, à cause de la teinte pâle du visage, le diagnostic de chlorose fut porté, chez lui, à diverses reprises. Il était en réalité, comme l'examen du sérum l'a montré des plus nettement, atteint d'ictère acholurique hémorrhagipare avec épistaxis.

Un autre type est réalisé par *l'ictère acholurique hémorrhagipare avec ménorrhagies* qui répond à certains des cas décrits sous le nom de *chlorose ménorrhagique*. Nous en avons observé plusieurs faits dont le plus net est celui de cette jeune fille de 22 ans dont nous avons dit un mot lors de notre première communication et dont les ménorrhagies très abondantes cédèrent à un traitement dirigé contre l'ictère acholurique. La guérison s'est maintenue depuis lors.

L'on conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'insister, que multiples peuvent être les aspects cliniques de cet ictère acholurique hémorrhagipare, suivant la prédominance de telle ou telle hémorrhagie.

Ce rapide aperçu clinique montre donc qu'il convient non seulement en présence d'un cas reconnu d'ictère acholurique de s'enquérir des hémorrhagies qu'a pu présenter le sujet, mais surtout en présence d'hémorrhagies dont on saisit mal l'origine, de rechercher l'ictère acholurique comme en étant la source possible. Nous ne doutons pas que, pour peu qu'on en fasse la recherche, on ne trouve cet état morbide à l'origine de nombre d'hémorrhagies. Pour le reconnaître, il convient, comme nous y avons déjà insisté, de pratiquer avec méthode l'examen du sérum, de préférence dans la période digestive. Il est même certains états, que nous avons dénommés *cholémie anictérique*, et que nous étudierons prochainement, où l'imprégnation jaunâtre des téguments fait défaut; ici encore pourtant l'état de cholémie chronique légère peut entraîner à sa suite les mêmes accidents que l'ictère acholurique, et notamment les hémorrhagies.

Par l'examen du sérum, par la recherche des antécédents personnels et héréditaires, des divers symptômes, on arrive d'ailleurs, en général facilement, au diagnostic. Celui-ci a une importance réelle, car c'est de lui que découle la thérapeutique efficace, basée sur la notion pathogénique que fournit l'ictère acholurique pour expliquer les hémorrhagies.

Sans entrer dans la discussion de la *pathogénie* des hémorrhagies dans les maladies du foie en général, discussion qui nécessiterait de plus longs développements, nous devons en effet dire quelques mots de l'appoint que peuvent apporter à cette question pathogénique les faits d'ictère acholurique hémorrhagipare.

Il est difficile d'invoquer ici une gêne mécanique telle que celle qui explique bon nombre des hémorrhagies observées au cours des cirrhoses veineuses et pour une part sans doute celles des cirrhoses biliaires. Celles-ci, comme nous l'avons tout récemment montré, paraissent en effet s'accompagner d'hypertension portale légère (1). Ici on ne peut, sauf dans quelques cas exceptionnels, incriminer aucune gêne analogue. On ne peut non plus parler d'insuffisance hépatique, car la plupart de nos sujets avaient un chimisme hépatique normal.

Mais tous étaient, c'est la caractéristique fondamentale de l'ictère acholurique, en état de *cholémie chronique légère*. C'était là même, dans les quelques examens hématologiques que nous avons faits, le seul point qui parût différencier leur sang d'un sang normal. Il semble donc naturel de penser que la cholémie n'est pas étrangère à la génèse de ces hémorrhagies, qu'elle y a une part directe.

Cela est d'autant plus vraisemblable que, lorsque nous avons pu suivre nos malades atteints d'ictère acholurique hémorrhagique, nous avons vu que les hémorrhagies rétrocédaient parallèlement à la cholémie, le sérum redevenant plus clair et pouvant même reprendre son aspect normal.

La cholémie paraît donc nettement en cause. Il n'y a d'ailleurs ici rien de spécial à l'ictère acholurique, semble-t-il, si ce n'est que la démonstration du rôle de la cholémie y est plus facile. Dans les autres affections du foie s'accompagnant d'hémorrhagies, si diverses causes

1. Nous avons décrit sous le nom d'*opsiurie* un symptôme consistant en un retard de l'élimination aqueuse des urines, mis en évidence par l'examen fractionné des urines et dû, selon nous, au retard de l'absorption au niveau de l'intestin. Il traduit l'hypertension portale à son début (*Société de Biologie*, 9 mars 1901).

peuvent intervenir, et avant tout la cause mécanique résultant de l'hypertension portale, avec varices œsophagiennes et gastro-intestinales, *il y a néanmoins toujours cholémie*, que le sérum contienne des pigments biliaires vrais ou seulement des pigments biliaires modifiés. Et il est bien rare que dans les états qui s'accompagnent de cholémie chronique, et notamment les ictères chroniques, on ne trouve pas des hémorrhagies plus ou moins graves, montrant, en dehors de toute insuffisance hépatique et avec une gêne portale modérée, l'influence de la cholémie sur leur production.

Si la cholémie intervient donc, il reste encore à déterminer comment elle agit, sur la paroi vasculaire pour la rendre plus friable, sur le sang pour le rendre moins coagulable, etc. L'étude des hémorrhagies dans l'ictère acholurique ne peut servir à elle seule à élucider cette question. Mais elle a montré l'influence de la cholémie dans la production de ces hémorrhagies. Il convient d'ailleurs d'ajouter que, comme nous l'avons dit au point de vue clinique, souvent il faut un traumatisme occasionnel, une cause physiologique (croissance, menstruation), pour amener la production des hémorrhagies. Il faut donc, pour expliquer la pathogénie de ces hémorrhagies, faire appel à deux causes : *la présence de la bile dans le sang et une cause occasionnelle, physiologique ou accidentelle, favorisant la rupture vasculaire et l'hémorrhagie.*

Si ces hémorrhagies ne sont souvent pas graves, elles peuvent néanmoins par leur ténacité, ou par la légère anémie qu'elles entraînent, nécessiter un traitement. Et nous avons vu que dans quelques cas leur abondance même pouvait être inquiétante. C'est pourquoi la notion du rôle de la cholémie dans leur production est importante.

Du fait d'un traitement dirigé contre l'ictère acholurique et dont nous avons déjà fixé les principaux éléments, on voit en effet dans la règle les hémorrhagies s'amender ou disparaître.

Nous ne saurions trop insister à ce point de vue sur l'importance du régime lacté et du régime lacto-végétarien qui nous ont donné souvent dans des cas d'ictère acholurique des résultats remarquables, l'imprégnation jaunâtre des téguments, les symptômes consécutifs tels que les hémorrhagies, et la quantité de pigments biliaires du sérum diminuant parallèlement, au point que parfois le sérum reprend son aspect normal. C'est d'ailleurs un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Nous croyons en tout cas pouvoir conclure que, du fait de la cholémie chronique légère qui le caractérise, l'ictère acholurique entraîne à sa suite assez fréquemment des hémorrhagies qui peuvent lui imprimer une allure clinique spéciale (ictère acholurique hémorrhagipare), et que ces hémorrhagies sont justiciables d'un traitement dirigé moins contre elles que contre la cholémie qui les favorise.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 4 et 11 Mars 1901.

Maltosurie chez certains diabétiques.

MM. Lépine et Boulud (de Lyon) observent en ce moment à l'Hôtel-Dieu une femme d'une quarantaine d'années atteinte de diabète grave. Certains jours, le chiffre du sucre (compté comme glycose) donné par le polarimètre est beaucoup plus élevé que le chiffre indiqué par la liqueur de Fehling; or, après que l'urine a été portée à l'ébullition en présence de l'acide chlorhydrique, on observe une forte diminution du chiffre polarimétrique et une augmentation très sensible du chiffre donné par la liqueur cupro-potassique. C'est précisément ce que doit produire l'hydrolysation de la maltose : ce dernier sucre étant environ trois fois plus dextrogyre que la glycose, lorsqu'il est transformé en glycose par l'hydrolysation, on a nécessairement une forte diminution de la déviation polarimétrique, et comme, d'autre part, il réduit la liqueur de Fehling moins que ne fait la glycose, il faut qu'après l'hydrolysation le chiffre de la réduction augmente. Il est essentiel d'opérer sur des urines déféquées.

Chez un chien à qui on a enlevé complètement le pancréas, il y a 5 semaines, et que nous maintenons en vie grâce à une alimention carnée très copieuse, MM. Lépine et Boulud ont observé certains jours, exactement comme chez la malade en question, que le chiffre du sucre indiqué par le polarimètre est beaucoup plus élevé que celui qui est accusé par la liqueur de Fehling, et qu'après hydrolysation les chiffres sont de sens inverse. C'est surtout quand l'animal mange un peu de soupe (outre son kilogramme de viande) que le phénomène est bien accusé.

MM. Lépine et Boulud ont encore constaté ce phénomène chez une douzaine de chiens privés de pancréas, mais qu'ils n'ont pu conserver que peu de temps en vie. Ils ne l'avaient pas trouvé chez plusieurs chiens après l'ingestion de phloridzine.

Le double dosage dont il vient d'être question permet, au moyen d'une formule connue, de doser la maltose en présence de la glycose.

De l'action du chloroforme sur le pouvoir réducteur du sang.

MM. Lambert et Garnier. — On sait depuis longtemps que l'urine des sujets soumis à la chloroformisation possède des propriétés réductrices, mais il a été impossible d'élucider jusqu'ici le mécanisme de ce phénomène que l'on a tour à tour essayé d'expliquer par la présence, dans l'urine en question, de glycose, de chloroforme en nature ou d'une substance réductrice dérivée du chloroforme.

Or, si l'on place une quantité égale de sang défibriné de bœuf ou de cheval dans deux récipients identiques, mais dont l'un est traversé par un courant de vapeurs chloroformiques, tandis que dans l'autre il ne passe que de l'air, le sang contenu dans le premier vase présente, au bout d'une heure, un pouvoir réducteur notablement plus grand que le sang témoin. Comme le procédé de dosage employé par MM. Lambert et Garnier élimine le chloroforme qui aurait pu se dissoudre dans le sang, force est d'admettre qu'il se produit aux dépens du chloroforme un composé doué de propriétés réductrices (acide formique, acide trichlorométhylglycuronique), ou bien que le chloroforme met en liberté un sucre réducteur provenant de la dissociation d'une molécule protéique.

Valeur de l'oxygène dans le traitement de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

M. N. Gréhant. — Certains auteurs ont soutenu que les animaux placés dans une atmosphère d'oxygène comprimé résistent à des proportions d'oxyde de carbone mortelles en toute autre circonstance. Je viens de faire quelques expériences destinées à vérifier et à préciser cette donnée.

J'ai pu m'assurer ainsi qu'un chien qui respire de l'air contenant 1 p. 100 d'oxyde de carbone meurt en 20 minutes, au lieu qu'un mélange d'oxygène et d'oxyde de carbone dans les mêmes proportions, peut être respiré parfois pendant plus de 3 heures sans causer la mort.

En outre, j'ai dosé l'oxyde de carbone dans le sang d'animaux intoxiqués dans un séjour de 13 à 15 minutes dans de l'air renfermant 1 p. 100 de ce gaz, et placés ensuite soit dans l'oxygène à 90 p. 100, soit dans l'air pur; le sang artériel des animaux de la première série ne contient plus, au bout d'une heure, pour 100 centigrammes, que 1,1 d'oxyde de carbone

contre 18,8 d'oxygène, alors que ces chiffres sont respectivement, chez les animaux ayant séjourné 3 heures (soit un temps triple) dans l'air atmosphérique, 4,5 pour l'oxyde de carbone et 16,6 seulement pour l'oxygène.

Ces expériences démontrent bien l'utilité, chez les sujets intoxiqués par l'oxyde de carbone, des inhalations d'oxygène, ce gaz hâtant d'une façon notable l'élimination et la disparition du toxique.

Propriétés coagulantes du mucus.

MM. Charrin et **Moussu** ont établi récemment les propriétés coagulantes du mucus des voies respiratoires de grands mammifères. Des nouvelles recherches viennent de leur montrer qu'on ne peut pas accroître, comme on le fait pour les produits microbiens, la résistance des animaux à l'action du mucus; en effet, par l'injection répétée de doses minimes, il se forme, sans accidents bien apparents, des caillots plus ou moins volumineux que l'autopsie décèle ensuite, surtout dans le cœur droit. C'est là une cause jusqu'ici méconnue de thromboses et d'embolies.

Quant à l'origine de la mucine, elle paraît double, à la fois épithéliale et bactérienne, car cette substance existe dans certaines cultures déjà vieilles, notamment dans celles du bacille pyocyanique, et on la trouve également dans la muqueuse intestinale aseptique d'enfants morts avant d'avoir respiré ni teté.

Production expérimentale et nature des granulations chromatophiles des leucocytes.

M. H. Stassano adresse une note de laquelle il ressort que l'on peut faire apparaître, dans la sérosité péritonéale du cobaye, des leucocytes renfermant les divers types de granulations chromatophiles décrites par Ehrlich, en injectant dans le péritoine du sang laqué de pigeon, ou une solution d'acide citrique, ou encore du venin de serpent, etc. Il semble donc que ces granulations résultent simplement, soit d'affinités, soit de réactions chimiques provoquées dans les globules blancs par les substances si diverses que ces éléments peuvent fixer en circulant à travers les tissus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 Mars 1901.

Les associations parasitaires.

M. Guiart est d'avis que les trichocéphales et les ascaris ne jouent pas un rôle particulier dans l'étiologie de l'appendicite. Ce sont dans nos régions les parasites les plus fréquents de l'intestin et ils agissent simplement en inoculant sous la muqueuse les bactéries pathogènes contenues dans les matières fécales et auxquelles l'épithélium oppose normalement une barrière infranchissable. Ils peuvent jouer un rôle dans l'appendicite, mais au même titre que dans la fièvre typhoïde ou la dysenterie, avec cette différence toutefois que ce sont des agents inoculateurs beaucoup plus actifs pour ces dernières affections, leur présence dans l'appendice constituant une véritable rareté patholohique.

Névrites expérimentales par injection de sérum d'urémique au niveau du nerf sciatique de cobaye.

M. Dopter. — Du sérum d'urémique recueilli aseptiquement a été porté directement au contact d'un nerf sciatique de cobaye, suivant le procédé déjà employé par MM. Pitres et Vaillard, avec d'autres substances. Une injection de sérum normal a été pratiquée dans la cuisse du côté opposé; jamais elle n'a provoqué la moindre lésion nerveuse. Quatre cobayes ont été mis en expérience; chez tous, la sciatique a présenté des altérations très caractérisées de dégénérescence wallérienne, d'autant plus accusées que les cobayes étaient sacrifiés plus tardivement, ou qu'ils avaient reçu un nombre plus grand d'injections.

Les paralysies urémiques de type cérébral peuvent trouver leur explication dans les altérations des cellules nerveuses cérébrales ou médullaires. Quant aux paralysies périphériques, (paralysie faciale, paralysie récurrentielle), leur véritable nature était restée hypothétique en raison de l'absence d'autopsie.

Les névrites expérimentales relatées plus haut semblent éclairer la pathogénie de ce dernier groupe de paralysies. Les conditions dans lesquelles elles ont été obtenues réalisent en partie celles de la clinique humaine où le nerf est constamment en contact avec des poisons en circulation dans les capillaires qui irriguent les éléments.

Transformation des scolex en kyste echinococcique.

M. F. Dévé. — Dans des expériences antérieures nous avons obtenu la production de kystes échinococciques par l'inoculation au lapin d'un mélange de vésicules proligères et de scolex. Il restait à préciser la part qui revenait à l'un et l'autre germe dans la formation des kystes. Or nous avons pu inoculer des scolex à l'exclusion des vésicules proligères, et nous avons obtenu des kystes. Ces kystes, examinés sur des coupes en série, présentaient en un point très limité un amas de crochets, situé dans la couche granuleuse à la face interne de la cuticule feuilletée; ces crochets étaient au nombre de 30 à 40 (nombre normal des crochets que possèdent les scolex). D'autre part, nous avons pu, dans un cas au 41e jour après l'inoculation, observer plusieurs scolex à des phases différentes de leur métamorphose kystique. Ce mode de transformation répond du reste absolument à la description donnée autrefois par Naunyn.

Ces faits démontrent donc qu'un scolex peut, quoi qu'on en ait dit, se transformer en un kyste échinococcique. Par contre nous n'avons, jusqu'ici du moins, jamais observé la transformation kystique des vésicules proligères admise par un certain nombre d'auteurs.

Influence des variations de l'alimentation sur l'excrétion de l'acide urique, de l'acide phosphorique et des chlorures.

M. E. Maurel à la suite de ses expériences dont il donne détail, arrive aux conclusions suivantes :

1° Une alimentation azotée insuffisante diminue considérablement la quantité d'acide urique excrétée;

2° Il en est de même d'une alimentation pauvre en phosphates et en chlorures relativement aux phosphates et aux chlorures urinaires;

3° Pour ces deux matières salines, l'excrétion serait en rapport surtout avec l'absorption.

Action bactéricide du bleu de méthylène sur le gonocoque.

M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux). — Nos expériences ont porté sur des colonies microbiennes abondantes obtenues par ensemencement de pus blennorrhagique sur milieu de Bezançon et de Griffon et repiquage sur milieu de Marmorek. A un tube de bouillon Marmorek, nous ajoutons 10 gouttes de la solution de bleu de méthylène concentré (4 grammes 57 p. 100) : 18 heures après, l'examen microscopique montre que la disposition en grains de café n'existe plus. Un repiquage sur gélose au sang reste négatif. Dans un autre tube contenant 1 centimètre cube de solution de bleu de méthylène concentrée, nous ajoutons 5 gouttes de culture de gonocoque sur bouillon de Marmorek : 24 heures après, nous ne pouvons plus reconnaître de microbes à l'examen microscopique ; le réensemencement ne donne rien.

Lésions du système nerveux central dans l'inanition.

MM. Marchand et **Cl. Vurpas.** — Voici les résultats qui ressortent de l'examen minutieux du système nerveux central des animaux soumis à une diète absolue. Les cellules motrices de la moelle se présentent sous trois aspects qui cor-

respondent à des différences de degrés dans l'intensité des lésions. Le premier type consiste dans une diminution des chromophiles qui prennent mal la coloration. Le second type est marqué par une diminution du volume de la cellule, des contours moins nets et crénelés, une coloration diffuse intense du protoplasma, des prolongements protoplasmiques moins nombreux et plus épais, de l'excentricité du noyau. Dans le troisième type, la cellule est ratatinée, et présente ses vacuoles; les granulations ont complètemant disparu, les prolongements ont encore diminué de nombre et d'étendue. Le noyau est atrophié ou a disparu. Dans tous les cas, les prolongements cellulaires sont moins étendus, moins nombreux, moins ramifiés, moins délicats que normalement. Les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang, mais il n'y a pas de diapédèse. La névroglie est normale. Le cervelet n'est pas touché. Le cortex a présenté des lésions analogues à celles de la moelle, quoique moins prononcées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 Mars 1901.

Fracture par coup de feu de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Picqué a montré, il y a quelques mois, un malade chez lequel MM. Studer et Radouan avaient pratiqué avec succès complet la résection diaphysaire de l'humérus pour un coup de feu. Le malade était parfaitement guéri, exécutant les travaux les plus pénibles. Mais dans un autre cas analogue, traité par la conservation, il y a eu pseudarthrose qu'il a fallu réséquer et cela avec un résultat peu satisfaisant.

La résection diaphysaire donne donc, dans certains cas, d'excellents résultats. Mais quels sont ces cas, c'est-à-dire quelles sont les indications de cette opération ? M. Picqué croit qu'il faut la limiter aux fractures du membre supérieur où l'objection du raccourcissement n'a pas sa raison d'être et, en outre, qu'il ne faut la pratiquer que dans les services hospitaliers où l'on dispose de l'outillage, des aides, de l'asepsie nécessaires. Dans les circonstances ordinaires de la pratique, cette opération donne en général des résultats déplorables.

M. Nélaton ne croit pas qu'on puisse poser une règle de conduite générale à appliquer aux cas de fractures des diaphyses par coups de feu. Lorsque le foyer de fracture n'est pas infecté, que les fragments ne sont pas très nombreux, il faut se garder d'intervenir et ne pas faire une résection qui est inutile dans ce cas-là et qui peut conduire à une pseudarthrose. L'intervention sera réservée au cas où le foyer est infecté, où l'os est réduit en nombreuses esquilles.

M. Lejars, qui est de l'avis de M. Nélaton, a pratiqué deux fois la résection diaphysaire de l'humérus pour des écrasements du bras, et n'en a obtenu que des résultats parfaitement mauvais ; dans l'un de ces cas, il fut obligé, finalement, de pratiquer l'amputation du bras. M. Lejars n'est donc pas très partisan de ces résections primitives et croit que, dans bien des cas, on obtiendra de bien meilleurs résultats par l'expectation simple avec nettoyage du foyer, ablation des esquilles, pansements aseptiques, etc.

Traitement du cancer du rectum.

M. Chaput communique une nouvelle statistique de 10 cas avec encore 8 guérisons et 2 morts.

Les résultats éloignés dans les 8 cas de guérison sont les suivants : 1 récidive est survenue au bout de 9 mois et le malade est mort au bout de 13 mois, 2 récidives sont survenues à un an de distance, 1 malade a eu une survie de 2 mois, 1 autre de 4 mois, 2 sont guéris depuis 2 ans sans récidive, enfin 2 malades n'ont plus donné de leurs nouvelles.

Les résultats seraient encore meilleurs si les médecins s'habituaient à diagnostiquer le cancer du rectum au début et à envoyer leurs malades plus tôt au chirurgien.

Sur 10 cas, M. Chaput n'a fait l'anus iliaque que 6 fois ; il ne le considère, en effet, comme indispensable que dans les cas de cancer très haut situé, avec sténose accentuée de l'intestin. Il lui préfère d'ailleurs l'anus sacré, qui ne prédispose pas à l'atrésie et au prolapsus, qui est plus facile à nettoyer et à garnir, pour lequel, enfin, les malades éprouvent beaucoup moins de répugnance.

Quant au manuel opératoire de l'extirpation du rectum cancéreux, voici celui qu'emploie M. Chaput. Le nettoyage et la désinfection du rectum sont faits à l'aide de tampons imbibés d'eau oxygénée, puis de tampons secs à la gaze iodoformée. L'incision par laquelle on aborde le néoplasme est une incision en fourche, qui, allant d'abord de l'anus au coccyx, se bifurque en ce point pour contourner les bords du sacrum. Elle a l'avantage de permettre de décoller les bords latéraux du sacrum et de procurer ainsi une voie d'accès large ; elle permet également de placer l'anus sacré plus haut. Quand le cancer est très haut situé, on peut compléter l'opération par la laparotomie (voie sacro-abdominale).

L'opération par la voie sacrée donne très peu de sang : 1 fois seulement sur 20, M. Chaput a été obligé de faire des ligatures ; il est donc inutile de recourir à la ligature préventive des artères iliaques internes, préconisée par M. Quénu dans la voie périnéale. Par contre, il est nécessaire de fermer le péritoine ; la suture en est d'ailleurs facile ; dans le seul cas où M. Chaput ne l'a pas faite, son malade est mort. M. Chaput insiste aussi sur l'importance qu'il y a à ne pas fermer la plaie opératoire, mais à la tamponner avec de la gaze iodoformée stérilisée.

M. Chaput termine en disant que le procédé abdomino-périnéal de M. Quénu doit être un procédé d'exception, car il nécessite des manœuvres longues et graves que les malades ne peuvent pas tous supporter ; il doit être réservé pour les cas de cancers remontant très haut et ayant envahi la fosse iliaque. Pour tous les autres cas, la voie sacrée suffit ; on la complétera au besoin par la laparotomie.

Appendicite.

M. Picqué présente un appendice qu'il a enlevé tout au début, dans les premières heures d'une crise d'appendicite, en se guidant uniquement sur les vomissements qui étaient incessants, et sur les douleurs qui étaient bien localisées ; le pouls et la température ne présentaient rien d'anormal. A l'ouverture du ventre il a pu constater que les anses intestinales étaient déjà congestionnées et qu'il existait un léger épanchement intrapéritonéal. Quant à l'appendice, très augmenté de volume et hyperémié, il contenait du pus. Le malade a parfaitement guéri.

Sur l'hystérectomie dans la fièvre puerpérale.

M. Ricard. — Dans la discussion à laquelle a donné lieu la communication de M. Picqué sur ce sujet, le point le plus important à envisager est celui des indications opératoires. Or, aucun des orateurs qui ont parlé jusqu'ici n'a pu nous fixer d'indication précise.

La régression incomplète de l'utérus, dans laquelle M. Rochard a voulu voir un bon signe, n'a qu'une valeur toute relative, car on peut la rencontrer en dehors de toute infection.

Trouvons-nous une indication dans la température des malades ? En parcourant les registres d'observations des principales maternités de Paris, on voit que, sur 851 malades infectées gravement dans les suites de couche, c'est-à-dire ayant eu de 39° à 40° et au delà, il y en a 90 p. 100 qui guérissent grâce aux soins ordinaires, écouvillonnages, curettages, injections intra-utérines, etc. Ce n'est donc pas par l'examen de la température que nous pouvons faire le point de départ entre les malades qui doivent guérir à l'aide de moyens usuels et celles qui, destinées à mourir, doivent être opérées.

Serait-ce dans l'examen du pouls que le chirurgien trouvera l'indication cherchée ? Malheureusement non. Chez ces infectées, le pouls suit la température, il devient rapide, filant et mou au fur et à mesure que le thermomètre monte, et sur ces 40 feuilles que je vous présente, on voit la courbe du pouls monter parallèlement avec celle de la température et très fréquemment dépasser 120 pulsations par minute. — Ce n'est guère qu'à la période agonique qu'il y a de dissociation de la température et du pouls.

La mort survient avec une brusque rapidité qui ne laisse pas à l'indication opératoire le temps de se poser, si tant est que quelqu'un de nous doit tenter de pratiquer l'hystérectomie dans de semblables conditions.

Trouvera-t-on dans l'état général l'indication désirée ? Je suis obligé de répondre par la négative ; et d'ailleurs, rien n'est plus vague que l'appréciation de l'état général. Pour ma part, je ne saurais baser une indication opératoire sur ce fait qu'une femme a les traits tirés, le facies plombé et les yeux plus ou moins excavés. J'ai vu à la maternité de Saint-Antoine deux malades dont l'aspect général indiquait une infection si grave que je les considérais comme perdues. Or ces malades ont guéri sans intervention, et je suis persuadé qu'elles seraient mortes si on les avait opérées.

Trouve-t-on cette indication opératoire dans l'examen du sang des infectées? Pas davantage. Chez ces malades, le streptocoque n'apparaît dans le sang que très rarement et presque toujours à la période agonique. M. Tuffier se borne d'ailleurs à citer, à cet égard, l'opinion d'un auteur étranger, mais il reconnaît lui-même que l'examen hématologique ne saurait encore fournir l'indication recherchée et que c'est à la clinique seule qu'il faut s'adresser.

C'est dire, après ce que nous avons établi plus haut, que nous ne possédons encore aucune indication véritable de l'hystérectomie appliquée au traitement des infections puerpérales. Aussi faut-il en conclure que, dans l'état actuel de la science, l'hystérectomie ne peut encore être proposée comme traitement de l'infection puerpérale.

M. Reynier. — Il est un point capital qu'il importe de mettre en lumière dans cette discussion sur le traitement de l'infection puerpérale, c'est que cette infection n'est pas univoque, qu'elle affecte, au contraire, des formes très différentes les unes des autres et qui réclament un traitement tout à fait différent. — Il y a la forme gonococcique, la plus bénigne de toutes, reconnaissable à un état général peu grave, à un écoulement utérin purulent abondant, à des ulcérations vaginales de bel aspect ; cette forme d'infection cède à de simples lavages intra-utérins. — Il y a l'infection à saprophytes, avec état général parfois très mauvais, écoulement utérin sanieux, plaies vulvaires d'apparence diphtérique ; cette forme d'infection, due le plus souvent à une rétention placentaire, est éminemment justiciable du curettage. — Il y a, enfin, l'infection streptococcique, avec état général toujours très grave, grands frissons, température élevée, sécrétions utérines rares, plaies vulvaires sèches, d'aspect grillé. Celle-ci résiste ordinairement à nos moyens usuels de traitement ; quant à l'intervention chirurgicale elle me paraît être, dans ces cas, plus nuisible qu'utile, et j'ai vu plusieurs malades succomber rapidement après une simple laparotomie. Je crois donc qu'en pareille circonstance il faut se contenter du traitement médical, qui a surtout pour but de relever l'état général des malades (injections de sérum, caféine, etc.).

M. Segond s'associe à la façon de penser de M. Ricard. Il ajoute que, depuis 10 ans, il n'a pas rencontré à la Clinique Baudelocque une seule intervention chirurgicale qui ne soit pratiquée par moi ou dont je n'aie tout au moins connaissance; un cas d'infection puerpérale qui n'ait paru justiciable d'une opération aussi radicale que l'est l'hystérectomie.

Ligature de la carotide primitive pour anévrysme artérioso-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux.

M. Reclus a présenté un homme chez lequel il a pratiqué, il y a 14 jours, la ligature de la carotide primitive pour un anévrysme artérioso-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux, consécutif à une chute sur la tête. Le malade présentait de l'exophthalmie, des pulsations très nettes de l'orbite, un bruit de souffle avec redoublement systolique, de la diplopie, enfin des bourdonnements intolérables. Depuis que la ligature de l'artère carotide primitive a été pratiquée, les bourdonnements ont disparu ainsi que l'exophthalmie, mais la diplopie persiste ; quant aux battements et au bruit de souffle ils sont encore perçus de façon intermittente. L'acuité visuelle est remontée de 2/10 à 5/10. A l'ophthalmoscope on constate que la diffusion sanguine est beaucoup moins considérable, bien qu'il existe encore une dilatation veineuse manifeste. M. Reclus espère que les choses finiront par s'arranger et qu'il ne sera peut-être pas nécessaire de pratiquer la ligature de la carotide primitive du côté opposé.

Kyste hydatique du bassin.

M. Picqué présente un kyste hydatique du bassin qu'il a extirpé par la laparotomie chez une femme qui présentait en outre un kyste hydatique, plus petit, de la paroi postérieure de l'utérus ; ce dernier kyste fut traité par le capitonnage. Guérison.

M. Lejars a observé un kyste hydatique de ce genre chez une jeune fille ; comme ce kyste faisait une forte saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, c'est par cette voie qu'il évacua. Il fit ensuite le capitonnage, mais les jours suivants, des signes de suppuration l'obligèrent à supprimer quelques fils et à recourir au drainage. La guérison se fit également très bien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Mars 1901.

Etude histologique du liquide céphalo-rachidien au cours du zona thoracique.

MM. Brissaud et Sicard. — L'étude histologique du liquide céphalo-rachidien de 2 malades atteints de zona thoracique, à disposition métamérique, nous a révélé la présence d'éléments lymphocytiques nombreux. Dans l'un des cas, à côté des cellules lymphocytiques, il existait, en très grande abondance, des cellules plus grandes, mononucléaires, prenant plus ou moins bien les réactifs colorants, pouvant se réunir en chaînettes deux par deux, plus rarement soudées entre elles.

Ces faits sont intéressants à signaler : en permettant d'interroger directement la méninge, ils pourront aider au diagnostic pathogénique du zona d'origine périphérique d'avec le zona d'origine centrale. Ils montrent encore que les éléments figurés peuvent apparaître dans le liquide céphalo-rachidien au cours de maladies bénignes, comme le zona, dans lesquelles la méninge n'est que peu touchée. Enfin, des ponctions lombaires ultérieures pourront nous permettre d'étudier, dans cette maladie rapidement curable, si ces éléments figurés disparaissent du liquide céphalo-rachidien, et quand et comment ils disparaissent.

M. Widal. — Les recherches intéressantes de MM. Brissaud et Sicard montrent, une fois de plus, l'importance de l'exploration cytologique du liquide céphalo-rachidien au cours des maladies nerveuses. Dans les processus méningés chroniques, qu'il s'agisse de paralysie générale, de tabes ou de méningo-myélite, on trouve parfois, en même temps que des lymphocytes, de gros éléments uninucléés; il est difficile, dans ces cas, de dire qu'il s'agit de gros mononucléaires ou de cellules endothéliales. Il nous a, en tous cas, semblé avec M. Ravaut que ces gros éléments s'observaient peut-être plus fréquemment chez les paralytiques généraux que chez les autres malades que nous venons de citer.

MM. Ch. Achard et M. Lœper ont fait la ponction lombaire dans 2 cas de zona occupant la région lombo-crurale. Le liquide céphalo-rachidien, ensemencé, a donné, dans les 2 cas, des cultures d'un microbe offrant les caractères de certaines variétés de coli-bacille, avec cette particularité que le lait ensemencé ne se coagulait pas à la température de l'étuve, mais se coagulait par l'ébullition.

Ces résultats microbiologiques viennent à l'appui de l'opinion qui attribue une origine infectieuse au zona dit idiopathique ou fièvre zoster. Ils confirment aussi la théorie qui rattache l'éruption cutanée, dans un grand nombre de cas, à une altération spinale ou méningée, susceptible d'affecter soit les racines, soit les centres nerveux eux-mêmes.

Enfin, la question se pose de savoir si la fièvre zoster ne pourrait être produite par divers microbes, de même que la méningite cérébro-spinale peut être engendrée par des infections différentes.

Ostéo-arthropathie et cirrhose hypertrophique biliaire.

MM. E. Parmentier et **Castaigne** communiquent une observation d'ostéo-arthropathie au cours d'une cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique, chez un homme de 23 ans, ne présentant aucun signe d'infantilisme, ni alcoolique, ni syphilitique, ni paludéen.

La maladie a passé par trois phases successives :

La première a été caractérisée par des troubles gastro-intestinaux (anorexie, douleurs, constipation alternant avec la diarrhée) et par des épistaxis répétées ; cette phase remonte à l'âge de 17 ans.

La deuxième phase a été caractérisée par l'augmentation de volume du foie, dont le début est difficile à préciser, et par l'ictère apparu à l'âge de 20 ans.

Dans la troisième phase, phase actuelle, évoluent parallèlement la cirrhose hypertrophique biliaire et les accidents ostéo-articulaires localisés au niveau des cous-de-pied, des genoux, des poignets. Les mains présentaient également des doigts hippocratiques.

Au moment des poussées articulaires, il y avait épanchement synovial. Le liquide, retiré par ponction, contenait les pigments et les acides biliaires et quelques rares cellules endothéliales, sans leucocytes.

Les manifestations ostéo-articulaires ont un rapport de cause à effet avec la cirrhose hypertrophique biliaire, comme l'ont démontré les premiers, en 1895, MM. Gilbert et Fournier, chez les enfants atteints de cette maladie. La fréquence relative de ces accidents et leur apparition après le début de la maladie biliaire ne laissent pas de doute à cet égard.

Le mécanisme de ces manifestations est assez obscur. On ne peut admettre un trouble de l'hématose d'origine cardio-vasculaire ou pleuro-pulmonaire, ni une origine pneumonique quelconque, puisque le malade n'a jamais présenté aucun signe d'affection thoracique. L'hypothèse d'une gêne mécanique du poumon par le foie hypertrophié ne peut être discutée.

Par un raisonnement analogue à celui que fait M. Marie pour expliquer l'origine pneumique, mais toxi-infectieuse, de l'ostéo-arthropathie qu'il a décrite, ne peut-on supposer que l'infection atténuée et chronique de l'appareil biliaire favorise la production de substances nocives résorbables et ayant une action élective sur certaines parties des os et des articulations? D'autre part, l'altération humorale due à la présence dans le sang de la bile, des pigments et des acides biliaires, n'exerce-t-elle pas une influence également nuisible sur les extrémités?

Tabes à type bulbaire inférieur.

MM. Labbé et **Sainton** présentent un tabétique, âgé de 47 ans, ancien syphilitique, chez lequel l'affection s'est manifestée par des crises viscérales multiples : laryngées, gastriques — celles-ci accompagnées de mélæna — angoisse précordiale, sialorrhée, dont la combinaison est intéressante parce qu'elle permet de localiser les lésions à la partie inférieure du bulbe. Elle indique une altération des noyaux des nerfs pneumogastriques, glosso-pharyngiens et trijumeaux.

MM. Labbé et Sainton font remarquer que M. Debove revient de plus en plus sur son opinion ancienne qu'il existe des crises gastriques essentielles. Les faits qu'il a observés depuis sa communication de 1889 à la Société médicale des hôpitaux lui font penser que la plupart de ces cas ne sont que manifestations d'un tabes qui évoluera plus tard.

M. Marie observe que le mélæna n'est pas très rare chez les tabétiques.

M. Brissaud dit qu'il y a des crises d'angoisse laryngée simple, entièrement indépendante du tabes.

M. Rendu signale des crises gastriques qu'on voit parfois très longtemps avant le début de la paralysie générale, et dont il est à peu près impossible de soupçonner la signification. Elles se rapprochent et augmentent d'intensité, s'accompagnant parfois de vomissements extraordinairement abondants, bilieux d'abord, puis aqueux. Dans un cas, suivi de très près par M. Rendu, ces vomissements firent l'objet, de la part des médecins les plus compétents, de diagnostics tout à fait différents ; puis, un beau jour, 3 ans après le début de ces vomissements, une paralysie générale type survint brusquement, qui emporta le malade au bout de 2 ans.

M. Joffroy rappelle, à ce propos, les paralysies générales pseudo-tabétiques qui, pendant longtemps, 7, 8, 10 ans, ressemblent à du tabes et prennent tout à coup leurs caractères propres de paralysie générale. On remarque que les symptômes tabétiques, notamment l'incoordination de la marche, s'amendent dès que les symptômes cérébraux font leur apparition.

M. Ballet dit que les crises gastriques avec hématémèses ne sont pas excessivement rares chez les tabétiques. Dans ces cas, l'hématémèse représente la modalité particulière de la crise et revient toujours avec elle. C'est, du reste, un fait d'observation, que les crises gastriques des tabétiques se ressemblent presque toujours chez le même malade.

Syringomyélie avec thorax en bateau.

M. Sainton présente une malade âgée de 56 ans, syringomyélique depuis l'âge de 23 ans, et qui offre un bel échantillon de thorax en bateau, déformation décrite, comme on sait, par M. Marie. On constate, en outre, l'aspect de la main succulente (Marie) avec cette particularité curieuse que ce même aspect succulent s'observe aux jambes. Enfin, il y a une dermo-anesthésie généralisée.

M. Sainton insiste sur ce fait qu'il s'agit, dans les thorax en bateau, d'une déformation osseuse, d'un trouble trophique. C'est ce que démontrent 2 autopsies, l'une publiée par Pécharmant, l'autre inédite.

Un cas de fièvre typhoïde chez un Esquimau avec séro-réaction positive.

M. Cochez (Alger). — La réaction de Widal nous a permis de reconnaître chez un malade une fièvre typhoïde qui, sans cette réaction, eût été impossible à diagnostiquer. L'autopsie a confirmé le diagnostic. C'est, de plus, la première fois, croyons-nous, qu'une telle observation est faite chez un Esquimau.

Nos examens prouvent que le sang des individus de cette race se comporte comme le nôtre, vis-à-vis du bacille d'Eberth, au cours de la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 12 Mars 1901.

Dystrophie orchidienne.

M. Variot a montré un garçon de 12 ans atteint de cryptorchidie abdominale et qui présente un ensemble de lésions qu'on peut englober sous la dénomination de dystrophie orchidienne. Il offre notamment une adipose surtout accentuée au niveau du pubis et des hanches, une verge très réduite, une ébauche des bourses. Son état psychique est très particulier : l'enfant est craintif et d'une timidité extrême, et n'a jamais pu apprendre à lire et à écrire. Il présente enfin du strabisme et de l'incontinence de l'urine.

S'appuyant sur l'atrophie des testicules en cas d'ectopie abdominale, M. Variot soutient que tous les troubles que présente cet enfant sont sous la dépendance de l'abolition de la sécrétion interne de ces glandes. Aussi M. Variot se propose-t-il de soumettre cet enfant à l'opothérapie testiculaire.

Traitement de l'appendicite.

M. Kirmisson attire l'attention sur un point particulier du traitement de l'appendicite chez les enfants.

Un fait que M. Kirmisson signale tout d'abord, c'est que l'appendicite s'observe bien plus souvent à l'hôpital Trousseau qu'à l'hospice des Enfants-Assistés. La raison de cette différence réside peut-être dans le régime des enfants assistés.

Pour ce qui est du traitement de l'appendicite aiguë, M. Kirmisson n'est pas partisan de l'intervention à chaud. Il met le

malade à la diète et donne de l'opium, puis aussitôt que la fièvre est tombée et que l'état s'améliore, il a recours aux évacuants sous forme de lavements qu'il fait donner tous les jours. Il évite ainsi l'encombrement intestinal qui, d'après lui, est la cause de tous les accidents infectieux et de la plupart des complications qu'on observe au cours de l'appendicite. Depuis qu'il a adopté cette façon de faire, les malades guérissent vite et sans présenter de complications.

M. Le Gendre insiste sur ce point qu'au début de l'appendicite la diète doit être absolue, c'est-à-dire hydrique et exclusivement hydrique. Pour soutenir les forces du malade, on peut avoir recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel.

M. Villemin, qui a observé trois cas d'hématémèse au cours de l'appendicite, ne donne pas d'opium, mais met simplement le malade à la diète hydrique.

Épidémie intra-hospitalière de diphthérie.

M. Guénon et **Mathé** relatent une épidémie de diphthérie qui a éclaté à la Salpêtrière dans le service de M. Voisin parmi les enfants idiots et imbéciles. Du jour au lendemain, il y a eu 12 cas très graves. Tous les enfants, au nombre de 145, furent inoculés préventivement avec du sérum de Roux, et l'épidémie fut coupée net. Il y eut encore 4 cas tous d'une bénignité remarquable.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 Mars 1901.

L'examen histologique du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale.

MM. Brissaud et **Monod** présentent un malade chez lequel le diagnostic hésitant de la paralysie générale progressive a pu être confirmé par la constatation de nombreux lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Joffroy rappelle que la constatation de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien plaide en faveur de l'existence d'un processus méningitique, sans en indiquer la nature : il peut s'agir aussi bien de la méningo-encéphalite interstitielle diffuse que de la méningite cérébro-spinale chronique, etc.

M. Babinski a trouvé cette lymphocytose dans la paralysie générale, le tabes, l'hémiplégie organique, conformément aux constatations antérieures de MM. Vidal, Monod et Sicard.

L'injection intra-rachidienne de cocaïne dans le traitement de quelques affections douloureuses.

M. Achard a pratiqué plusieurs fois l'injection intra-rachidienne de cocaïne.

Trois malades atteints de sciatique rebelle ont été soulagés par ce moyen; la douleur névralgique était atténuée, non pas seulement pendant la durée de l'analgésie cutanée, mais encore deux ou trois jours après l'injection.

Deux malades atteints de crises gastriques tabétiques ont également bénéficié de ce traitement.

Dans un cas de zona crural, la douleur, qui était très vive, a été calmée, sans que l'éruption ait été modifiée dans son évolution.

Un malade atteint de colique de plomb n'a obtenu qu'un soulagement insignifiant.

La dose qu'il convient d'injecter ne doit pas dépasser un centigramme. Au delà on risque de provoquer des phénomènes toxiques.

Ce moyen a, sur l'injection sous-cutanée de morphine, l'avantage de ne pouvoir être appliqué que par le médecin, en sorte que les dangers de la cocaïnomanie ne sont pas à redouter.

Trois cas de généralisation cancéreuse sur le système nerveux périphérique.

M. Oberthür rapporte trois cas avec autopsie, dont deux avec examen histologique de généralisation cancéreuse aux nerfs périphériques.

Dans les premiers cas, il s'agit d'une paralysie radiculaire du plexus brachial avec myosis et rétrécissement de la fente palpébrale du côté droit, consécutive à une généralisation d'un cancer de l'utérus. Les troncs nerveux sont comprimés et en partie dégénérés, le tissu nerveux lui-même n'est pas envahi par les productions épithéliales, la moelle ne présente que des altérations minimes.

Le second cas a trait à une femme présentant tous les signes d'une tuberculose pulmonaire avancée, accompagnée d'une polynévrite très douloureuse avec paraplégie totale. A l'autopsie : cancer primitif du poumon gauche et carcinose généralisée à tous les organes, principalement aux muscles des membres, sous forme de nodules de très petites dimensions; atrophie musculaire; destruction des branches terminales des nerfs intra-musculaires et intra-dermiques.

Le troisième cas est un cancer de l'estomac avec généralisation aux poumons et embolie cancéreuse dans la région du rocher qui crée une paralysie faciale périphérique par compression du nerf dans l'aqueduc de Fallope.

L'auteur insiste sur l'importance du cancer du poumon pour créer ces généralisations cancéreuses périphériques, et sur ce fait qu'à côté des névrites toxiques par cachexie cancéreuse, il y a lieu de penser aux localisations neuro musculaires du cancer.

Acromégalie avec autopsie.

M. Ferrand présente les pièces d'une acromégalique morte à Bicêtre dans le service de M. P. Marie. La malade était devenue acromégalique à la suite d'une chute. Elle est morte diabétique et albuminurique.

A l'autopsie, on a trouvé une tumeur kystique du corps pituitaire poussant un prolongement qui englobait le ganglion de Gasser. Histologiquement, la tumeur a les caractères d'un adénome. Le thymus manquait. Les amygdales sont volumineuses et le corps thyroïde est hypertrophié.

Un cas de syndrome athéto-choréique.

M. Londe présente une malade atteinte de mouvements athétosiques bilatéraux, avec démarche spastique, raideur, parole explosive, parésie à gauche avec atrophie des éminences thénar et hypothénar. L'intelligence est conservée. L'auteur croit que ce cas constitue un exemple du syndrome athéto-choréique tel que MM. Brissaud et Hallion l'ont observé.

M. Marie pense qu'il s'agit là d'un cas classique d'athétose double qui s'allie très souvent avec l'intégrité absolue de l'intelligence.

M. Déjerine cite, à ce propos, l'observation d'un homme de lettres fort distingué atteint d'athétose double.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 Mars 1901.

Action de l'érysipèle sur le lupus.

M. Hallopeau vient d'observer la cicatrisation rapide de nombreuses ulcérations lupiques du visage et des membres sous l'influence d'un érysipèle limité à la face; l'auteur a fait, avec M. Roger, des essais de traitement de lupus par injections de toxines streptococciques. Les effets sont beaucoup plus favorables que ceux qu'on observe à la suite de l'érysipèle. Il pourrait y avoir là, cependant, le germe d'une méthode importante de traitement des tuberculoses viscérales, si l'on parvenait à obtenir, au moyen des cultures streptococciques, un sérum inoffensif, mais suffisamment actif.

M. Gaucher croit qu'il ne s'agit pas là d'une action propre à l'érysipèle. Toutes les infections peuvent produire des effets analogues, et M. Gaucher a observé, par exemple, l'amélioration d'un lupus par une variole intercurrente.

M. Barthélemy fait remarquer que non seulement l'é-

rysipèle ne guérit jamais le lupus d'une façon durable, mais qu'il peut encore être fort grave et causer la mort, comme il en a vu un exemple.

M. Veyrières se rappelle avoir vu, il y a quelques années, une épidémie d'érysipèle à l'hôpital Saint-Louis. Sur 7 lupiques, aucun ne fut guéri, mais l'un d'eux succomba.

M. Besnier estime que, dans une maladie à marche lente et récidivante comme le lupus, il faudrait suivre les malades pendant fort longtemps avant de pouvoir parler de guérison. Pour sa part, il déclare de la façon la plus formelle, qu'il n'a pas observé un seul cas réel de guérison durable. Par contre, il a vu, chez les lupiques, l'érysipèle prendre parfois une excessive gravité, et donner lieu à des complications telles que l'endocardite.

M. Hallopeau. — L'amélioration produite par l'érysipèle sur le lupus peut être considérable et durable. Voici une femme dont le lupus a été guéri à la suite d'un érysipèle; ce n'est qu'au bout de 12 années qu'il s'est fait une récidive.

M. Besnier considère que c'est évidemment là un cas très heureux, mais des rémissions de longue durée peuvent s'observer, en somme, à la suite de tous les traitements. Il ne voit donc pas que l'érysipèle ait une efficacité spéciale sur le lupus, et en raison des accidents qu'il peut entraîner, il croit que non seulement il ne faut pas exposer intentionnellement les lupiques à la contagion, comme cela a été proposé, mais que l'on doit, au contraire, s'efforcer de les en prémunir.

Urologie de la pelade.

MM. L. Jacquet et Portes. — L'un de nous a précédemment indiqué, comme caractères principaux de l'urologie des peladiques, la polyurie, l'hyperchlorurie, l'hypophosphaturie et l'hyposulfaturie. Nous avons étendu ces recherches à 59 cas de pelade de toutes variétés.

Nous pouvons aujourd'hui confirmer ces premiers résultats, en y ajoutant une distinction basée sur la division en grandes et moyennes pelades, pelades au début et pelades en repousse. On en peut induire que, d'une manière générale, et sauf exceptions qui s'expliqueraient peut-être par la connaissance du coefficient urologique de chaque malade, le maximum de défaillance de la trichopoïèse semble correspondre au maximum de la viciation nutritive.

On en peut conclure aussi à la grande importance de l'hyperchlorurie, dont nous avons éclairé le mécanisme en découvrant, par l'analyse chimique du sang, l'hypochlorémie manifeste qui l'accompagne. Il semble donc assuré que les peladiques souffrent d'une véritable déchloruration, et ce fait, joint à la notion de l'action tonique des injections chlorurées et des hypotonies locales et générales dans la pelade, permet de prévoir l'action très bienfaisante des injections de chlorure de sodium dans cette dermatose, donnée confirmée, d'ailleurs, par l'expérience.

Nous ne pensons pas, néanmoins, qu'il s'agisse là de troubles hémo-urologiques spécifiques ou même spéciaux, ni qu'on puisse parler, à ce sujet, de « formule urologique » propre. Il est plus probable que chez un très grand nombre de sujets, il y a ainsi création d'un « humus dystrophique » commun à un très grand nombre de troubles morbides.

En outre, nous avons pu suivre en série les modifications urologiques évolutives de 2 cas en particulier; et de même que la défaillance maxima de l'énergie pilaire semble correspondre, dans l'ensemble, au maximum de viciation urologique, de même la rectification individuelle et progressive du taux des excreta et de leurs rapports semble favoriser la renaissance de la trichopoïèse.

Au total, nous sommes de plus en plus éloignés de la doctrine parasitaire et portés à voir dans la pelade un trouble trophique local greffé sur un trouble trophique général, et simple épisode en surface de cette dystrophie profonde.

M. Sabouraud a commencé de son côté l'étude urologique de la calvitie; les analyses qu'il a fait faire jusqu'à présent et qui ont été pratiquées par M. Gautrelet donnent des résultats analogues à celles de M. Jacquet; en général, cependant, l'hyperchlorurie est moindre et l'acidité urinaire beaucoup plus accentuée.

M. Gastou a entrepris également une série de recherches sur l'urologie des dermatoses dans le service du professeur Fournier. Voici les résultats qui semblent en découler :

Dans les dermatoses aiguës il y a augmentation de la densité et des phosphates, sauf pour les dermites médicamenteuses d'origine interne dans lesquelles cette formule est renversée.

Dans les dermatoses chroniques, avec phénomènes nerveux ou cachectiques, la densité, l'urée et les phosphates sont diminués, les chlorures augmentés.

Dans les dermatoses bulleuses, les résultats sont extrêmement variables; en général, il y a diminution globale de tous les éléments.

Dans la syphilis, tous les éléments de l'urine sont augmentés, sauf s'il existe des manifestations nerveuses, auquel cas les phosphates seuls sont augmentés, tout le reste étant, au contraire, en diminution.

Ulcère gabonnais.

M. Gaucher a présenté, en 1898, sous le nom d'ulcère gabonnais, l'observation d'une lésion qui était en réalité analogue au clou de Biskra. Le véritable ulcère gabonnais est identique à l'ulcère annamite et à tous les ulcères des pays chauds. On le désigne, en Afrique, sous le nom de craw-craw.

M. Gaucher vient d'en observer un cas chez un homme de Grand-Bassam. Les lésions étaient caractérisées, chez lui, par des ulcérations siégeant aux jambes, ayant une forme arrondie, des bords surélevés, taillés à pic, mais non décollés. Le fond de l'ulcère est rouge vif, mais sans suppuration. Ces ulcères laissent, après guérison, des cicatrices fortement pigmentées, mais décolorées au centre. Le seul traitement efficace consiste dans l'application permanente d'eau bouillie. Les antiseptiques et les pommades ont toujours pour effet d'augmenter les lésions. Un point qu'il importe de mettre en relief, c'est l'extrême ressemblance des ulcérations et des cicatrices de l'ulcère gabonnais avec celles de la syphilis.

M. Hudelo confirme, au point de vue du traitement, ce que vient de dire M. Gaucher. L'an dernier, ayant à soigner un bouton d'alep, M. Hudelo a essayé divers pansements antiseptiques sans autre résultat que des poussées de lymphangite. Il a alors eu recours aux compresses d'eau bouillie qui, en 15 jours, ont amené la cicatrisation.

M. Moty. — M. Gaucher a parlé de craw-craw à propos de son malade. Le craw-craw est une lésion qui est due à la filaire du sang; c'est donc une maladie tout à fait différente de l'ulcère des pays chauds. Ces ulcères peuvent suppurer ou ne pas suppurer, suivant qu'il y a ou non des infections surajoutées. En général, les malades qui contractent des ulcères dans les pays chauds guérissent à leur retour pendant la traversée. Nous ne voyons donc, en France, que des cas graves, compliqués de troubles trophiques; c'est alors qu'on doit se borner aux pansements à l'eau bouillie, mais dans les pays tropicaux et pour les ulcères récents, les antiseptiques réussissent très bien. La pigmentation des cicatrices n'est pas caractéristique d'une lésion spéciale. Dans les pays chauds, toutes les lésions des jambes, ulcères, clous, pustules bénignes, donnent lieu à des taches noires.

Traitement du lupus par le permanganate de potasse.

M. Hallopeau a essayé le procédé préconisé par Butte et qui consiste à appliquer, pendant 1/4 d'heure chaque jour, sur la place lupique, soit une compresse imbibée d'une solution au 1/50 de permanganate de potasse, soit le permanganate en poudre.

L'auteur montre 4 malades chez lesquels ce traitement a donné des résultats très favorables; il semble agir surtout sur les formes ulcéreuses; dans le lupus non exedens, l'efficacité est beaucoup moindre.

M. Darier fait remarquer qu'il s'agit, en somme, d'une cicatrisation superficielle due à l'action antiseptique du pansement. Les lupus ulcéreux sont épidermisés par ce moyen, mais ils ne sont ni guéris, ni même améliorés.

Leucoplasie linguale dans la syphilis conceptionnelle.

MM. Gaucher et **Barbe** ont montré une femme de 27 ans qui a accouché, il y a 4 ans, d'un enfant vigoureux, mais présentant quelques traces d'hérédo-syphilis. Cette femme n'a jamais eu d'accidents d'aucune sorte, sauf peut-être un peu de tuméfaction des ganglions inguinaux après son accouchement. Il y a un an, ont apparu sur sa langue plusieurs plaques blanches striées ou fissurées. Malgré l'absence de tout accident spécifique, on institua le traitement par les pilules de sublimé, et en même temps, on faisait localement des attouchements à l'acide chromique. Au bout de 3 mois, n'ayant aucun résultat, on remplaça les piqûres par des injections de benzoate de mercure. Sous l'influence de ce traitement nouveau, ou par l'effet de l'imprégnation mercurielle produite par les pilules, les plaques leucoplasiques commencèrent à rétrocéder 8 jours après la première injection, et aujourd'hui la guérison est tellement complète, qui ne reste plus trace de la maladie.

Il y a peu de temps, MM. Gaucher et Barbe ont vu le mari de cette dame; il est atteint, lui aussi, de leucoplasie linguale; il a contracté la syphilis en 1892 et s'est marié 4 ans après. L'enfant présente quelques signes d'hérédo-syphilis : nez écrasé, voûte ogivale, etc. On est donc en droit de conclure que la mère a été atteinte de leucoplasie para-syphilitique par syphilis conceptionnnelle précoce.

Eruptions médicamenteuses.

M. Gaucher a observé un cas d'érythème à petites papules avec prurit chez un malade qui prenait du bromoforme à l'intérieur.

M. Barthélemy a observé une éruption bulleuse à la suite d'administration du bromidia.

Traitement du molluscum par la teinture d'iode.

M. Balzer. — Chez un malade atteint de très nombreux molluscum du cuir chevelu et qui se refusait au traitement par la curette, on a eu recours à la teinture d'iode introduite dans chaque petite tumeur au moyen d'une allumette taillée en pointe fine. Le succès a été complet; au bout de quelques jours les molluscums s'énucléaient avec la plus grande facilité.

M. Barthélemy. — Dans le traitement du molluscum il faut tenir compte de la localisation. A Saint-Lazare, où on voit un grand nombre de molluscum de la vulve et des cuisses, la teinture d'iode n'a jamais donné de bons résultats,

Lèpre.

M. Hallopeau montre neuf malades atteints de lèpre et qui ont presque tous des poussées sous forme de taches érythémateuses, de nodules indurés, de tubercules, de pustules, de bulles ou de traînées lymphangitiques.

Epithélioma du gland.

M. Du Castel montre un homme atteint depuis 4 ans d'un épithéliome du gland; la lésion est superficielle, envahissante, bordée par un petit bourrelet épithélial. Il se fait parfois de petites ulcérations qui se cicatrisent ou bien des petites saillies d'épiderme corné.

M. Darler. — Il s'agit d'une épithéliome papillaire corné. C'est une forme commune surtout à la langue et au gland; elle peut être nue ou recouverte de productions cornées. On sait que le gland est un siège d'élection des cornes épidermiques.

Pelade et syphilis.

M. Renault présente un malade atteint de pelade du cuir chevelu en plaques multiples. Ce malade est syphilitique et l'alopécie a débuté vers la fin de la première année de sa syphilis. Les cheveux ne sont pas grêles ni massués. L'examen des urines a révélé un peu d'hypophosphaturie, mais pas d'hyperchloruries Le traitement spécifique n'a eu aucune action sur les plaques alopéciques. Il s'agit, en somme, d'une pelade vraie aggravée par la syphilis.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 25 Février 1901.

Craniectomie pour accidents épileptiques.

M. Raffin a montré les pièces anatomiques provenant d'un malade auquel il a fait la craniectomie, il y a quelque temps, pour accidents épileptiques consécutifs à un traumatisme ancien.

Agé de 37 ans, ce malade ne présentait pas d'antécédents héréditaires ou personnels, sauf une orchite suppurée pour laquelle on lui fit, en 1896, une castration unilatérale.

A l'âge de 6 ou 7 ans il reçut, dans la région frontale gauche, un coup de pied de cheval. Il y eut fracture de l'os frontal et élimination d'une esquille osseuse. Il lui en restait une assez large cicatrice déprimée, avec perte de substance osseuse, au niveau de laquelle on sentait les battements du cerveau.

En 1898, 30 ans par conséquent après le traumatisme, il commença à présenter quelques symptômes cérébraux : céphalalgie légère, absences, etc. En novembre 1900, il eut probablement une impulsion. Il fut, en effet, enfermé quelques jours dans une maison de santé, à la suite d'accidents dont il ne se souvient pas, survenus au cours d'un voyage.

La craniectomie fut pratiquée le 21 janvier 1901. Au niveau de la perte de substance ancienne existaient des adhérences assez considérables, qui se déchirèrent au moment où on soulevait le lambeau osseux. Par la déchirure il s'écoula une assez grande quantité de liquide clair. A ce point existait une cavité creusée dans la substance cérébrale, comme si, en ce point, avait existé un kyste du cerveau.

Le soir, un peu d'hémiplégie droite, état somnolent. Ces symptômes persistent, le pansement fut enlevé le 4e jour. On trouva un hématome. Les caillots furent évacués et la plaie drainée. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas. Mais, à partir de ce jour, le pansement fut constamment trouvé mouillé. La mort survint le 20e jour dans le marasme, sans symptômes cérébraux.

A l'autopsie, pas de trace de méningite. Pas d'adhérence des méninges. Vaste perte de substance du lobe frontal communiquant avec le ventricule. Le liquide qui s'écoulait et mouillait sans cesse le pansement était du liquide céphalo-rachidien.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 28 Janvier 1901.

Broncho-pneumonie grave. Abcès de fixation. Guérison.

M. Duvergey. — Il s'agit d'un homme âgé de 35 ans, qui entrait dans le service de M. Arnozan avec un ensemble de symptômes graves qui ont cédé à un abcès de fixation que nous avons provoqué.

Il présentait au moment de son entrée du délire; son facies était jaunâtre, très altéré; le poumon droit était atteint de bronchite généralisée; quant au poumon gauche, il présentait un gros foyer de broncho-pneumonie avec souffle, bruit de tempête. Cet état remontait à 5 jours à la suite d'un refroidissement. Le nombre des respirations était de 40 à la minute. Le cœur, mou, défaillant, était difficilement perceptible; le pouls, irrégulier, petit, battait à 120 à la minute; le plus petit mouvement du malade lui imprimait une accélération notable. La peau avait une teinte jaunâtre et les conjonctives présentaient une teinte jaune accentuée. Enfin, les urines étaient rares et chargées d'albumine. Les moyens médicaux usités dans de pareilles circonstances furent mis en usage : mais 2 jours après, devant l'aggravation des symptômes précédents, on injecte 2 centimètres cubes de térébenthine dans le tissu cellulaire de la fesse gauche. La température était alors de 39°,4. L'injection fut peu douloureuse.

Le lendemain matin, la région était déjà un peu douloureuse; elle s'empâtait, s'œdématiait. L'état général s'améliorait en même temps; les signes stéthoscopiques étaient moins accentués. L'état du malade s'améliora très rapidement; le poumon atteint revenait à l'état normal, le délire disparaissait; le pouls se raffermissait; l'ictère s'effaçait; les urines, devenues abondantes, ne renfermaient plus d'albumine; la température s'abaissait rapidement et, le 5 janvier, le malade entrait en pleine convalescence.

Pendant ce temps, l'abcès suppurait abondamment; le pus, concret le premier jour, était ensuite plus fluide, contenait d'énormes lambeaux sphacélés de tissu cellulaire; une contre-ouverture fut pratiquée. Il est à remarquer pourtant que cette vaste collection purulente a guéri presque subitement. En tout cas, le 8 janvier, les incisions étaient cicatrisées : tout était revenu à l'état normal.

Les crachats visqueux, rouillés, sanguinolents, contenaient des pneumocoques en abondance et des streptocoques. Le pus de l'abcès de fixation a été ensemencé; il a été trouvé à plusieurs reprises absolument stérile. L'examen microscopique a décelé une quantité énorme de leucocytes.

Cette observation est intéressante à raison du résultat encourageant donné par l'abcès de fixation, dont l'emploi devrait être plus fréquent, car il semble pouvoir rendre de réels services.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 Février 1901.

De la valeur diététique et thérapeutique du régime végétarien.

M. Rosenheim, revenant sur la communication que M. Albu a faite dans la dernière séance, tient à déclarer que le régime végétarien exclusif lui semble nuisible, d'abord parce qu'il renferme une quantité d'albumine insuffisante et ensuite parce qu'il diminue la résistance aux infections; d'ailleurs, les sujets qui l'observent strictement ne peuvent pas fournir une somme de travail aussi considérable que lorsqu'ils prennent une alimentation normale. D'une façon générale, M. Rosenheim y a complètement renoncé dans ces dernières années, et a recours au régime lacto-végétarien (lait, beurre, légumes secs, pâtes alimentaires, etc.), qui présente les mêmes avantages sans avoir les inconvénients qu'il vient de signaler. Il y ajoute souvent des jaunes d'œufs, aliment peu azoté et très riche en substances grasses. Il emploie avantageusement ce régime dans l'ulcère de l'estomac, notamment chez les patients qui manifestent du dégoût pour la viande. Il est contre-indiqué dans les catarrhes chroniques de l'intestin grêle; par contre, il donne les meilleurs résultats dans toutes les affections du gros intestin, depuis la simple entérocolite muco-membraneuse jusqu'aux plus graves ésions dysentériques. Contre la constipation, M. Rosenheim croit inutile de recourir à l'alimentation exclusivement végétale, l'usage de fruits absorbés avec leurs noyaux et leur peau se montrant efficace. Le régime lacto-végétarien, par sa richesse en graisse, se montre aussi très utile chez les neurasthéniques.

M. Grawitz ne pense pas qu'on puisse généraliser les conclusions tirées par M. Albu du cas qu'il a étudié. Etant donné le poids très faible de sa patiente, surtout déduction faite du tissu adipeux, il n'est pas étonnant que le régime extrêmement pauvre en albumine auquel elle se soumet suffise à assurer chez elle l'équilibre au point de vue de l'azote. M. Grawitz croit néanmoins que l'alimentation purement végétale peut rendre des services dans les affections nerveuses, en diminuant les processus de fermentation dans le tube digestif.

M. Senator donne, comme M. Rosenheim, la préférence à l'alimentation lacto-végétarienne qui fournit d'excellents effets, notamment dans l'entérocolite muco-membraneuse, dans les insomnies névropathiques et dans certaines maladies de la peau (psoriasis, furonculose).

M. Schönstadt ne pense pas qu'on puisse comparer le régime lacto-végétarien à l'alimentation strictement végétale, puisqu'il comporte l'absorption d'albumine animale. En ce qui concerne le végétarisme pur, il détermine une diminution notable des forces, ce qui s'explique parce que 50 p. 100 à peine des albuminoïdes végétaux sont parfois assimilés; pour maintenir l'équilibre de la nutrition, il faudrait absorber des quantités énormes d'aliments, 1 740 grammes environ de pain, par exemple, alors qu'on ne peut guère en manger plus de 800 grammes par jour; aussi le régime végétarien constitue-t-il un véritable jeûne progressif. Du reste, il n'est pas exempt d'inconvénients; en 1854 éclata à la prison de Wartenbourg, dont les détenus ne recevaient à peu près que des aliments végétaux, une épidémie de scorbut à laquelle 256 prisonniers sur 1 850 succombèrent en un temps très court, et qui disparut dès qu'on revint au régime mixte; ces mêmes prisonniers, employés à des travaux de culture, montraient une résistance au travail très inférieure à celle des paysans voisins qui, alimentation mise à part, se trouvaient dans des conditions d'existence sensiblement analogues. D'ailleurs il n'est pas exact, comme le prétendent les apôtres du végétarisme, qu'il existe des populations exclusivement végétariennes.

M. Fürbringer fait remarquer que, d'après quelques exemples empruntés au sport cycliste, il semble bien que l'alimentation végétale soit compatible avec un travail musculaire considérable; mais encore peut-on se demander si l'effort effectué par les individus auxquels il fait allusion n'eût pas été plus grand avec un régime normal. Parmi les patients auxquels M. Fürbringer prescrit le végétarisme, il en a vu de nombreux y renoncer après une courte période de bons effets, attribuables sans doute à la suggestion; cependant ce mode d'alimentation, quand il a pu être continué, lui a donné des succès dans les neurasthénies sexuelles, ainsi que chez les obèses, pour lesquels il présente une cure d'amaigrissement assez facile à supporter, et chez les sujets soumis à l'abstinence des boissons alcooliques. En ce qui concerne les néphrites, la goutte, etc., le régime lacto-végétal est seul indiqué.

M. A. Meyer conclut des expériences qu'il a faites sur lui et sur deux autres personnes, au cours d'une période de 14 jours pendant laquelle leur alimentation fut strictement végétale, que ce régime élève légèrement le taux de l'acidité gastrique.

M. Ewald ne nie pas que certains individus puissent supporter le végétarisme exclusif; mais il faut pour cela un tube digestif spécial.

M. Hauchecorne s'attache à démontrer, par des exemples empruntés à tous les groupes zoologiques, que les animaux carnivores sont supérieurs aux herbivores tant au point de vue de la force physique que de l'intelligence.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 Mars 1901.

Résection totale de l'estomac.

M. F. Krause relate l'observation d'une femme de 42 ans, atteinte d'un cancer pylorique non adhérant mais remontant, sur la grande et sur la petite courbure, presque jusqu'au cardia. Devant l'étendue des lésions, qui rendait impossible la gastrostomie, l'orateur se décida à réséquer tout l'estomac et à suturer le cardia au duodénum. La guérison fut parfaite.

De ce fait, M. Krause tire la conclusion que le cancer gastrique doit être extirpé toutes les fois que l'opération est possible, c'est-à-dire tant qu'il n'existe pas d'adhérences aux organes voisins ni de généralisation ganglionnaire et que l'état du patient lui permet de supporter une telle intervention.

Dans certains cas, l'orateur a fait l'opération en deux temps : quelques semaines après, une gastrostomie ayant permis au ma-

lade de reprendre ses forces, il a pratiqué une gastrectomie totale ou une extirpation du pylore.

L'emploi thérapeutique de l'oxygène.

M. A. Baginsky rend compte des résultats obtenus dans son service par les inhalations d'oxygène. Au total, de 215 enfants ainsi traités, 195 ont succombé; la proportion des survies est donc assez faible. Ce moyen lui a cependant donné des succès dans 3 cas d'empoisonnement par l'oxide de carbone; par contre, quand il s'agissait de paralysie diphthérique du cœur ou de croup descendant, de broncho-pneumonie, d'œdème pulmonaire aigu, d'infection cardiaque, d'urémie, etc., les guérisons furent rares. Toutefois, les inhalations produisent une euphorie momentanée, facilitent la respiration et améliorent le pouls; aussi leur emploi est-il recommandable.

M. Michaelis déclare que, chez les sujets atteints de tuberculose miliaire ou de phthisie avancée, l'oxygène détermine un soulagement que ne saurait donner aucun autre remède. L'orateur a eu un succès éclatant chez une emphysémateuse cyanosée et en proie à de violents accès de suffocation, qui, après 50 ou 60 inhalations, put être considérée comme guérie. Dans un cas d'intoxication morphinique grave, il est aussi parvenu, par ce moyen, à prolonger la vie pendant 24 heures.

Pour rendre durables les effets de l'oxygène, il suffit d'envoyer les patients à la montagne. En ce qui concerne l'air comprimé, il ne saurait remplacer les inhalations d'oxygène, car il est impossible, par exemple, de faire pénétrer dans un poumon emphysémateux plus d'air qu'il n'en contient, alors que le moindre apport d'oxygène produit des effets bienfaisants.

M. von Leyden estime injustifié le discrédit dans lequel l'emploi de l'oxygène est tombé en Allemagne. Comparable en cela aux médicaments les plus vantés, ce n'est que bien rarement que ce gaz est directement curatif, mais dans nombre de cas il concourt à la guérison, en mettant le patient à même de résister au mal.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'exercice de la médecine par les magnétiseurs.

M. le Dr Gripat, président du Syndicat médical d'Angers, veut bien nous adresser l'arrêt suivant qui fixe la jurisprudence dans une affaire du plus haut intérêt pour le Corps médical. La *Gazette hebdomadaire* (p. 71) a déjà fait connaître les diverses phases de ce procès.

On se rappelle que le sieur Mouroux avait été acquitté par le tribunal correctionnel et par la cour d'Angers. Sur appel, la Cour de cassation avait cassé l'arrêt de la Cour d'Angers et renvoyé l'affaire devant la Cour de Rennes. Conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, celle-ci a bien défini l'exercice illégal de la médecine et déclaré que, quelle que soit la nature d'un procédé thérapeutique, il faut, pour avoir le droit de l'appliquer, posséder l'un des diplômes spécifiés par la loi du 30 novembre 1892. Cet arrêt est définitif et ne peut être susceptible d'appel.

A Rennes, dit M. le Dr Gripat, nous avions l'appui moral du Syndicat départemental et de l'Association médicale. M. le Dr Deschamps, qui est à la fois le président de ces deux groupements professionnels, et les membres de ses deux bureaux, nous assistaient à l'audience, ainsi que leur avocat-conseil, un Angevin, Me Chauveau, professeur de droit criminel à l'Université de Rennes, qui avait rédigé un excellent rapport sur la genèse de la loi de 1892.

La terminaison de cette affaire démontre ce que nous pouvons obtenir quand nous savons nous unir pour la défense de nos intérêts professionnels, et fait ainsi ressortir l'importance de nos groupements, associations ou syndicats.

Arrêt de la Cour de Rennes du 6 Mars 1901.

Procureur général d'Angers et Dr Gripat contre Mouroux.

La Cour...

Reçoit l'appel de la partie civile et celui du ministère public, joint lesdits appels vu la connexité et statuant sur le tout;

Considérant qu'il résulte de la procédure, des débats et des aveux du prévenu Mouroux qu'il a, dans l'arrondissement d'Angers, au cours des années 1895 et 1896, c'est-à-dire depuis moins de 3 ans avant le commencement des poursuites, reçu chez lui ou visité chez eux un très grand nombre de malades, et que, sans leur prescrire aucun médicament, il a pratiqué sur leurs personnes, par-dessus leurs vêtements, des passes magnétiques, en leur faisant espérer la guérison ou le soulagement de leurs maux; qu'en agissant ainsi et en répétant pendant des semaines et quelquefois des mois sur le même malade ses passes magnétiques, il avait nécessairement pour but, à moins d'être un vulgaire charlatan ou un véritable escroc, d'atténuer ou de guérir les maladies dont ils souffraient;

Considérant que le XIIIe Congrès international de médecine légale a déclaré que le magnétisme est un véritable agent thérapeutique; qu'il suit de là qu'en l'employant comme il vient d'être dit, l'inculpé Mouroux, dépourvu de tout titre l'autorisant à exercer la médecine, s'est livré au traitement des maladies;

Considérant que la Cour n'a pas à rechercher quelle peut être la valeur du moyen curatif employé; qu'elle doit se borner à constater qu'il en a été fait habituellement usage, que cet usage constitue un traitement et que l'inculpé n'est pas muni d'un titre lui permettant d'exercer la médecine;

Que, ces constatations une fois faites, l'existence du délit est certaine;

Considérant qu'on objecte vainement, en ce qui concerne le traitement par le magnétisme, que le rapporteur de la loi de 1892 a déclaré que jamais l'intention de la Commission n'avait été de frapper les magnétiseurs et que, par suite, les articles puuissant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles et, sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments; qu'il est, en effet, impossible de substituer au texte très clair, très précis et très formel d'une loi, une déclaration faite au cours de la discussion par le rapporteur, alors surtout qu'on chercherait en vain à concilier cette déclaration avec le texte adopté et promulgué et qu'il faut nécessairement choisir entre les deux;

Par ces motifs:

La Cour déclare Mouroux coupable d'avoir, à Angers, au cours des années 1895 et 1896, c'est-à-dire moins de 3 ans avant la poursuite dont il est l'objet, commis le délit d'exercice illégal de la médecine, prévu et repris par les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 dont il est donné lecture et qui sont ainsu conçus :

. . . .

Le condamne de ce chef à deux cents francs d'amende et à un franc de dommages-intérêts envers la partie civile (1) condamnée aux dépens sauf son recours contre Mouroux;

Dit le ministère des avoués nécessaire en la cause.

Tous les médecins féliciteront le Président du Syndicat médical d'Angers, de sa persévérante insistance et du succès qu'il a obtenu.

1. Pour bien établir qu'elle plaidait une question de principe, la partie civile s'était contentée de réclamer 1 franc de dommages-intérêts.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Un cas de luxation palmaire de l'index (1),

Par le Dr Alexis de Hints,

Opérateur à Maros-Vasarhely (Hongrie).

Le cas suivant est remarquable, non seulement à cause de sa rareté, mais aussi à cause des circonstances singulières qui l'ont produit.

La femme F. W..., âgée de 21 ans, épouse d'un cafetier, de Gyula-Fehérvar est, selon son assertion, de naturel colérique; elle est quelquefois affectée de tics au visage, sa bouche s'étire de côté, elle sent parfois des engourdissements dans les mains et dans les pieds; du reste elle n'a jamais été malade.

Le 27 octobre 1899, ladite femme souleva de ses deux mains, par les anses, une cafetière de métal du poids de 10 kilogrammes et 20 grammes et la porta à une distance de 4 à 5 pas; quand elle voulut poser l'appareil, elle sentit tout à coup une violente douleur convulsive à l'index gauche, qui, comme elle le prétend, n'était pas en contact avec l'anse du vase qu'elle tenait seulement avec les autres doigts, l'index écarté. La douleur ne cessa pas et l'empêcha de dormir pendant la nuit.

Deux jours après, le 29 octobre, elle se présentait à l'hôpital royal comme malade externe. Son état était le suivant : la femme d'une stature médiocre, un peu pâle, comme elle le disait du reste en bonne santé, se plaignait de violentes douleurs dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'indicateur et tenait le doigt un peu courbé. Ladite articulation était dans la direction antéro-postérieure d'un diamètre sensiblement plus grand que l'articulation correspondante de l'autre main, et en plaçant la tête des métacarpiens des index exactement l'un à côté de l'autre, on pouvait constater que l'index de la main gauche était un peu plus court que celui de la main droite. On pouvait clairement sentir au toucher du côté dorsal la tête du second métacarpien, qui avait glissé sur la première phalange, et du côté de la paume, l'extrémité proximale de la première phalange qui s'était placée sur l'extrémité inférieure du métacarpien.

La femme ne pouvait pas mouvoir activement l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt, et protestait d'ailleurs contre tout mouvement communiqué, qui n'était que très difficilement exécutable à cause des grandes douleurs. De légers mouvements actifs et communiqués étaient possibles dans les articulations interphalangiennes. Outre ces changements, excepté les symptômes précités accusant quelque hystérie, on ne pouvait constater chez cette femme d'autres signes pathologiques.

D'après les symptômes trouvés sur l'index, je constatai *une luxation palmaire* du doigt.

Je remis le doigt luxé de la manière suivante :

Je pris le métacarpien de l'index avec la main gauche, le doigt luxé avec la droite et j'exerçai une forte distraction sur l'articulation luxée, pendant que du pouce de la main droite je repoussais fortement en arrière du côté palmaire la base de la première phalange.

Soudain je sentis un craquement bien perceptible, après lequel la déviation de l'articulation disparut, et la mobilité du doigt de la malade reparut jusqu'à un certain point. Je fixai le doigt étendu sur une éclisse et la malade annonça bientôt la diminution de ses douleurs, et quand après un séjour d'une huitaine à l'hôpital j'éloignai le bandage, la fonction du doigt était rétablie, quoique la femme ressentît à la pression de l'articulation encore quelque douleur, et que le doigt fût encore un peu faible. Depuis j'observai la femme, jusqu'à ces derniers temps, mais un pareil accident ne se produisit plus chez elle, comme il ne s'en était pas produit auparavant.

La luxation palmaire des doigts est généralement rare. Sans compter les luxations du pouce, en 1896, M. Hoffa n'en avait trouvé que neuf cas dans la littérature. Quatre de ces cas se rapportaient exclusivement à la luxation de l'indicateur, la luxation simultanée de l'index et des trois autres doigts — excepté le pouce — se présentait une seule fois; deux cas se rapportaient au médius seulement, un à l'annulaire et à l'auriculaire ensemble, et enfin un seul à la luxation isolée de l'auriculaire.

Ainsi relativement à la luxation palmaire de l'index, y compris sa luxation simultanée avec celle des autres doigts, on ne connaît que cinq cas dans la littérature; mon cas serait le sixième; en comptant tous les cas de luxation palmaire des doigts, — excepté celle du pouce, lequel appartient quant à ses relations anatomiques et à ses luxations à des points de vue différents de ceux des autres doigts, — notre cas est le dixième.

La luxation palmaire des doigts est le plus souvent causée par une grande violence (par une machine, une chute de cheval, etc.), et je n'ai trouvé que deux cas, dans lesquels une véritable force externe ne joue pas un rôle; dans ces deux cas, c'est l'index qui a été luxé.

1. D'après une communication faite à la 10e Assemblée générale de la Société médicale et pharmacienne de la ville de Maros-Vasarhely et du Comitat de Maros-Torda (Hongrie) en 1900.

C'est Malgaigne qui a observé l'un de ces cas : « Un cordonnier tenait un soulier de la main gauche entre les genoux, et polissait la semelle de la main droite, lorsqu'en voulant retourner son soulier, sans avoir reçu de choc, il ressentit un craquement; l'indicateur était luxé en avant. Le doigt était très légèrement fléchi; la tête du métacarpien faisait saillie d'environ 6 à 8 millimètres en arrière; tous les mouvements étaient douloureux, surtout celui de flexion. J'essayai d'abord de fléchir le doigt en repoussant la phalange en arrière; puis d'écarter les deux os par une traction directe. Finalement je tirai sur le doigt avec la main gauche en soutenant la phalange à la face palmaire, tandis que du pouce droit je pressais avec vigueur sur la tête du métacarpien. On entendit un léger craquement; la réduction était opérée. ». Selon Malgaigne, il s'agissait dans ce cas d'une luxation incomplète.

M. Waldau, mentionnant qu'à sa connaissance on n'avait pas observé de luxation palmaire de quelque doigt, qui ne fût causée par une grande force externe (il paraît que le cas susmentionné décrit par Malgaigne avait échappé à son attention), publie le cas suivant : Une femme puisait de la farine d'un sac avec une grande cuillère de bois. Quand elle eut posé la cuillère, elle aperçut sur-le-champ, qu'à l'exception de l'indicateur, elle pouvait étendre les doigts, tandis que l'index restait courbé. Waldau trouva la première phalange de l'index pliée et entièrement raide. Celui-ci n'était capable d'aucun mouvement, soit actif, soit passif. Le doigt était un peu raccourci. La tête du métacarpien était légèrement proéminente sur le revers de la main, et la première phalange, sur la paume.

Pour le réduire, Waldau exerça une forte traction sur le doigt, il pressa fortement l'extrémité proximale de la première phalange et enfin lui imprima une flexion. Il sentit pendant cette manœuvre un craquement, comme si un tendon ou un ligament s'était rompu, et le doigt était remis.

Avant de discuter, à l'occasion de mon cas, comment ces trois cas se sont produits, je veux mentionner que, outre les luxations des doigts par un trauma externe, on trouve dans la littérature quelques cas de luxations des doigts et des phalanges, où il ne saurait être question de force externe.

Il y a quelques individus qui sont capables de se luxer volontairement les doigts. Stromeyer parle d'un garçon de 12 ans qui pouvait se démettre et se remettre l'index et le médius droits à volonté.

Quoique Stromeyer ne le dise pas, il est vraisemblable que la cause doit en être cherchée dans une action musculaire. D'autres, et ils sont nombreux, se luxent volontairement le pouce en arrière et se le remettent, — se font le plus souvent une subluxation. Quelques-uns, par exemple Paul, le chirurgien bien connu, comme il écrit de lui-même, pouvait se luxer les deux pouces ; j'ai vu moi-même des personnes qui pouvaient se faire une subluxation d'un ou des deux pouces. Brindley a observé un individu, qui pouvait à son gré se luxer quelques articulations des doigts. Warren, le fameux athlète américain, était aussi capable, selon Macleod, de se subluxer volontairement les articulations des phalanges et se les remettre.

Outre ces cas, il y en a d'autres, dans lesquels la luxation du doigt ou de quelque phalange n'a pas été produite à la vérité volontairement, mais pareillement sans action de force externe. Par exemple, Cooper décrit un cas de luxation en dehors, du petit doigt, causée par la crampe : un violent accès de crampe avait assailli le bras gauche d'une personne atteinte d'hémiplégie; pendant cet accès le muscle abducteur luxa le petit doigt. Druitt électrisait le bras d'une femme déjà âgée qui souffrait de douleurs rhumatismales. Une fois il employa un courant plus fort qu'à l'ordinaire, quand la femme se plaignit de violentes douleurs à l'auriculaire, et à l'examen, la dislocation de la deuxième phalange devant la première fut constatée.

Les exemples précédents démontrent victorieusement que la luxation des doigts et des phalanges peut être quelquefois causée par une force qui se produit dans l'organisme, c'est-à-dire par contraction musculaire.

Comme la luxation de l'index dans les cas de Malgaigne, de Waldau et enfin aussi dans le mien, est arrivée dans des circonstances, où il ne saurait être question d'une influence traumatique, car les dites personnes au moment de la luxation n'avaient pas souffert d'insulte extérieure propre à la causer, seulement elles avaient fait un certain travail, même un léger travail, la question se pose d'elle-même, si la luxation ne provenait pas aussi dans lesdits cas d'une contraction musculaire ? une telle crampe locale peut survenir dans l'hystérie, — comme mon cas pourrait en quelque sorte le faire soupçonner, — mais aussi indépendamment de cette maladie, comme par exemple dans les deux autres. Selon mon opinion, nous ne sommes capables d'expliquer l'origine de ces luxations, qu'en acceptant une telle cause.

Si nous observons la distribution anatomique des muscles qui meuvent la première phalange de l'indicateur, nous pouvons nous faire le tableau suivant du mécanisme d'une telle luxation :

Du côté dorsal de chaque doigt — excepté le pouce — se termine un tendon du muscle extenseur commun des doigts qui peut étendre la première phalange, et par l'extension de l'aponévrose dorsale, à laquelle se fixent les tendons, ce muscle peut tendre entièrement le doigt, et même par une plus forte contraction peut produire une hyperextension surtout de la première phalange et en même temps de toutes les articulations du doigt. L'index possède en outre un muscle extenseur propre, dont le tendon, s'insérant dans le tendon correspondant de l'extenseur commun, a une action analogue à celle de celui-ci. A l'aponévrose dorsale de l'index s'attache, outre les muscles précités du côté cubital (interne) le premier muscle interosseux palmaire, du côté radial (externe) le premier interosseux dorsal, et au même endroit avec ce dernier muscle s'attache aussi le premier lombrical, qui renforce l'action du premier interosseux dorsal. Les muscles précédemment cités, par leur réunion avec les deux bords de l'aponévrose dorsale, déterminent aussi l'extension du doigt entier, mais ils fléchissent en même temps la première phalange, car ils passent au-dessus du côté palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Maintenant, si le tendon de l'extenseur propre de l'indicateur et le tendon du muscle extenseur commun qui va à la première phalange de l'index fixent le doigt dans une position tendue, et qu'en même temps le premier interosseux dorsal, le lombrical et le premier interosseux palmaire se contractent fortement, on peut imaginer que dans des circonstances du reste favorables — qui seront traitées plus bas — la première phalange du doigt, dont la flexion est empêchée « dans ce concours des muscles », glisse de manière que, suivant la traction exercée par les deux interosseux et celle du lombrical, la surface articulaire de l'extrémité supérieure de la pha-

lange est tirée *entièrement* vers la paume, puis simultanément dans la direction centripète. On peut aussi se figurer un mouvement dorso-palmaire, et cela d'autant plus facilement que la direction de la traction des muscles courts susnommés ne suit pas exclusivement l'axe longitudinal des métacarpiens, comme celle des longs, c'est-à-dire du muscle extenseur commun des doigts, et de l'extenseur propre de l'indicateur, — mais en même temps ces muscles courts partent aussi du côté palmaire vers le côté dorsal; car, comme nous l'avons déjà dit, ils se dirigent en *arrière*, en courant *sur le côté palmaire* de l'articulation métacarpo-phalangienne et se terminent dans l'aponévrose dorsale.

Il n'est pas douteux que, parmi ces muscles courts, le premier interosseux dorsal ait la plus grande influence sur la première phalange de l'indicateur et cela non seulement, parce qu'il est le plus fort, mais aussi parce que, quand la main prend quelque chose, en opposant le métacarpien du pouce aux métacarpiens des autres doigts — à la paume — qui restent à leur place, l'origine de toutes les fibres du premier muscle interosseux dorsal, qui viennent du premier métacarpien, s'incline tellement relativement à sa terminaison dans une direction palmaire, que la direction de traction de cette partie de muscle peut couper — comme je m'en suis aussi convaincu par des examens anatomiques — même à angle droit l'axe longitudinal de la première phalange de l'index, à la base de ce dernier os. Par là ce muscle vient dans la position la plus favorable possible pour déployer sa force dans la direction palmaire sur la première phalange de l'indicateur, et ainsi ce muscle doit être considéré comme principal facteur de la luxation de l'index qui nous occupe. Il ne semble pas tout à fait impossible que ce muscle puisse luxer, peut-être aussi même immédiatement le doigt, quand la première phalange est entièrement courbée. Le premier muscle interosseux palmaire est de beaucoup plus faible, le premier lombrical l'est même trop; à cause de leurs relations anatomiques, ces muscles ne peuvent pas venir dans une situation aussi favorable, quant à leur effet sur ladite phalange, que la partie mentionnée du premier muscle interosseux dorsal; à cause de cela leur influence dislocante doit être, quoique analogue, nécessairement moins forte.

C'est d'une manière analogue qu'a dû se produire le cas de Streubel, où l'humérus a été luxé sous la cavité glénoïde par suite d'une forte contraction musculaire. Dans le dernier cas, selon Streubel, le muscle deltoïde à son point d'insertion a fixé l'humérus, pendant que l'individu voulait tirer de haut en bas un objet lourd, attaché par une corde à une grue; dans le même temps le grand pectoral et le grand dorsal ont luxé par leur forte contraction la tête de l'humérus.

Puisque, comme je l'ai précédemment développé, on ne peut pas, vu les circonstances au milieu desquelles ils se sont produits, attribuer à une action dynamique extérieure l'origine des cas en question de luxation de l'indicateur, ni dans le cas de Malgaigne, ni dans celui de M. Waldau, ni dans le mien, nous ne pouvons pas les considérer comme provenant de violence externe, et ainsi il ne reste plus qu'à en chercher la cause dans une force interne, dans la contraction des muscles. L'hypothèse, que ce facteur peut être propre à causer des luxations des doigts, est appuyée par les exemples précités, dans lesquels il ne saurait même être question de l'influence d'une force externe. Je ferai remarquer que, selon Nannotti, — qui a fait à l'occasion de deux cas des expériences sur des cadavres pour étudier l'origine des luxations palmaires des doigts. — les interosseux et les lombricaux participent (chez les vivants) au déplacement de la première phalange dans une direction centripète, même dans des cas où une force externe a joué un rôle indubitablement propre à produire une luxation.

En imitant les contractions susmentionnées des muscles qui nous ont servi à expliquer les luxations en question sur des cadavres, sur des préparations de muscles et d'articulations; c'est-à-dire en tirant le tendon de l'extenseur commun des doigts qui va à l'indicateur, et celui de l'extenseur de l'indicateur propre, et en tendant simultanément le premier muscle interosseux dorsal, le palmaire, et le premier lombrical, je n'ai pas réussi à produire une telle luxation. Comme on pouvait s'y attendre, la luxation ne s'est produite qu'après que j'eus coupé les ligaments articulaires.

Eu égard à cette circonstance et aussi à ce que Nannotti, — dans ses expériences sur des cadavres, — selon mon opinion à cause de la grande force relative de l'appareil ligamenteux de l'articulation métacarpo-phalangienne, — ne réussit à produire des luxations palmaires des doigts qu'en employant une grande force qui déchira les ligaments et quelquefois brisa même les phalanges, et, comme nous ne pouvons pas attribuer aux petits muscles en question une pareille force, il est probable, — comme quelques auteurs l'ont exprimé, surtout relativement aux personnes capables de produire des luxations volontaires, — que ces luxations-là aussi, qui sont causées par action musculaire, ne peuvent se produire chez des vivants que dans des cas où les surfaces articulaires diffèrent dans le sens de l'ordinaire, qui est plus favorable à la luxation, je suppose qu'elles sont plus petites, ou, ce qui est encore plus vraisemblable, que les surfaces articulaires étant normales, les capsules sont plus lâches, plus larges qu'à l'ordinaire, et les ligaments auxiliaires sont plus faibles (peut-être une luxation peut-elle se produire aussi sans la rupture des ligaments, si les capsules ligamenteuses sont relativement ou absolument larges) et que les surfaces articulaires et les ligaments étant normaux, de telles luxations ne peuvent pas se produire dans les articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes. .

Il va sans dire que, dans le cas donné, il est impossible de démontrer chez les vivants les relations éventuellement changées et leur nature; ni Malgaigne, ni Waldau ne mentionnent de symptômes qui puissent démontrer d'une manière absolue et directe dans les rapports de formation du doigt les variations soupçonnées et indiquées plus haut, et moi-même, dans mon cas, je n'en ai pas trouvé.

Je désire encore faire remarquer que, comme nous l'avons vu, la manière de réduction diffère en quelque sorte dans le cas de Malgaigne, comme dans celui de Waldau, et comme, enfin, dans le mien.

Selon Nannotti tout procédé peut conduire au but; d'après lui, la méthode modifiée de Lombard semble être la meilleure pour réduire les luxations palmaires des doigts, c'est-à-dire : 1° Fixation du métacarpien avec la main gauche, le pouce placé du côté palmaire; 2° flexion dorsale du doigt de manière à former un angle droit; 3° élévation du doigt, pour que la base glisse sur la tête en arrière; 4° traction continue en fléchissant lentement le doigt.

Le procédé que j'ai employé conduit, dans mon cas, facilement et rapidement au but, et ainsi je n'ai pas dû recourir à une autre méthode.

BIBLIOGRAPHIE

A. Cooper. *A treatise on dislocations and fractures of the joints.* London, 1842.
Stromeyer. *Handbuch der chirurgie.* Freiburg in Breisgau, 1844.
Streubel. Einige Fälle von Luxation im Scapulohumeralgelenk (*Deutsche Klinik*, Berlin, 1852, s. 126).
Malgaigne. *Traité des fractures et des luxations,* vol. II, Paris, 1865.
Paul. *Die Chirurgischen Krankheiten des Bewegungsapparates.* Lahr, 1861.
Macleod. The case of Charles H. Warren (*The Glasgow Medical Journal*, 1882, s. 343).
Nannotti. Osservazione cliniche e sperimentali intorno alla lussazioni metacarpo-falangiche anteriori (*Sperimentale*, 1887, fasc. 10), rapporté dans le *Centralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1888, s. 457.
Waldau. Volare Luxation des rechten Zeigefingers. Sonder-Abdruck aus dem (*Centralblatt für Chirurgie*, 1895).
Hoffa. *Lehrbuch der Fracturen u. Luxationen z. Auflage.* Würzburg, 1896.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la méthode de Bier.

(Analgésie chirurgicale par injection intrarachidienne de cocaïne.)

Rapport à l'*Académie des Sciences*,

Par M. P. Reclus.

L'analgésie chirurgicale par les injections de cocaïne dans le canal rachidien a été le sujet de très nombreux travaux, et la plupart des Sociétés savantes ont donné leur avis motivé sur cette méthode; aussi voudrais-je, à propos d'une communication que M. Tuffier vous a faite, convier l'Académie à formuler le sien, d'autant que de la masse des documents on pourra dégager, sans doute, d'utiles conclusions.

Ce mode d'anesthésie n'est pas né tout d'un coup, et son histoire a franchi trois étapes: dans une première, en 1891, Quincke imagine la ponction lombaire afin de décomprimer les centres nerveux par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien; dans une deuxième, on propose d'injecter par cette voie des substances médicamenteuses pour impressionner directement les éléments médullaires, et Sicard en France, précédé d'ailleurs par Corning, de New-York, a recours à la cocaïne; enfin, dans la troisième, Bier, de Kiel, a le premier, en avril 1898, l'idée d'utiliser, pour les interventions chirurgicales, l'analgésie que cette cocaïne provoque dans le segment inférieur du corps et peut, grâce à elle, pratiquer six grandes opérations sur les os de la jambe et de la cuisse. Il a donc à la fois imaginé et réalisé la méthode qu'on a nommé la méthode de Bier; ce n'est que juste, et nous devons nous y résigner en France, si nous voulons ne pas encourir les ironies méritées des journaux d'outre-Rhin. Bier est bientôt imité par Seldowitch et Zeidler, puis par notre compatriote Tuffier qui, de la fin de 1899 au commencement de 1901, pratique près de 300 injections lombaires et, par ses notes à la presse, vulgarisa vraiment la question.

La technique des injections lombaires est à peu près celle que Quincke nous a transmise, et nous ne trouvons que de minimes différences de détail dans la monographie de Tuffier et l'excellent rapport de Racoviceano, au dernier Congrès international de médecine.

L'opérateur se sera muni, d'abord, d'une seringue bien stérilisable, celle de Malassez, par exemple, d'une aiguille de platine iridié à bec court, et d'une longueur de 7 à 8 centimètres, bien obturée par un fil de métal. Quant à la cocaïne, elle sera en solution à 2 p. 100, dit Tuffier; nous préférons 1 p. 100, car à ce titre l'alcaloïde a un pouvoir analgésique suffisant, et nous avons prouvé depuis longtemps que les accidents toxiques dépendent beaucoup plus du titre de la solution que de la dose elle-même. Celle-ci sera, d'ailleurs, chez l'adulte, de 1 centigramme 1/2 à 2 et 3 centigrammes et ne les atteindra que dans des cas très exceptionnels. Enfin la solution sera stérilisée; M. Tuffier, dans un article récent, nous dit que ce problème l'a beaucoup préoccupé; ce problème était résolu dans notre service depuis la fin de 1897, et mon interne en pharmacie, M. Hérissey, me fournit depuis cette époque des solutions de cocaïne en tubes scellés et portés à l'autoclave à 115 et 120 degrés. Plus de mille opérations m'ont prouvé que le pouvoir analgésique de ces solutions n'a été nullement altéré par la chaleur.

Les médecins ponctionnent souvent leurs malades dans la position dite « en chien de fusil »; les chirurgiens, avec MM. Tuffier et Racoviceano, préfèrent asseoir les leurs et leur faire faire « gros dos ». Dans ces deux attitudes, l'espace compris entre les deux vertèbres, bâille, pour ainsi dire, et se prête mieux à la pénétration de l'aiguille. On repère — et c'est le temps le plus délicat — le point où l'on enfoncera cette aiguille. Sur la région lombaire, savonnée à la brosse et frottée à l'éther et à l'alcool, on réunit par une ligne les deux crêtes iliaques, droite et gauche, et cette ligne transversale passe sur l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire; c'est immédiatement au-dessus que l'on plante l'aiguille, soit directement entre les deux apophyses épineuses, soit à un centimètre à droite ou à gauche de l'apophyse, mais en dirigeant alors l'aiguille un peu en haut et en dedans. La pointe traverse la paroi, les masses musculaires et parfois heurte la lame vertébrale; il faut alors retirer en partie l'aiguille, à moitié du chemin déjà parcouru, et la porter un peu plus haut ou un peu plus bas. Les plus habiles s'y trompent et les opérateurs peuvent s'y reprendre à deux, trois et même cinq ou six fois avant d'arriver sur la lame élastique résistante; lorsque celle-ci est perforée, l'aiguille est comme libre dans une cavité; on retire le mandrin et le liquide céphalo-rachidien perle en gouttes plus ou moins rapides.

Mais, quelquefois, le liquide ne sort pas; il faut alors se garder d'une grosse faute que j'ai commise au moins deux fois, que d'autres ont aussi commise et que ne signalent pas les auteurs; aucune goutte ne sourd par la canule; est-on vraiment dans l'espace sous-arachnoïdien? On pousse encore et la pointe ne tarde pas à atteindre la paroi antérieure dans laquelle elle s'engage en blessant peut-être une des veines du riche plexus veineux qui s'y trouve. Il faudra retirer l'aiguille et recommencer la ponction. Lorsque les gouttelettes transparentes viennent témoigner qu'on est bien dans l'espace, on ajuste la seringue chargée d'un ou deux centimètres cubes suivant que la solution est à 2 ou à 1 p. 100, et l'on pousse lentement le piston jusqu'à ce que l'alcaloïde ait passé du corps de la seringue dans le canal rachidien; on retire alors l'aiguille et l'on obture la piqûre de la peau par une légère couche de collodion.

Le résultat normal de cette injection sous-arachnoïdienne est l'analgésie des membres inférieurs et de la région sous-ombilicale, sous-diaphragmatique, dit

M. Tuffier. C'est vrai quelquefois, mais assez rarement, si j'en crois mes observations et celles de la plupart des expérimentateurs. Cette analgésie commence tantôt par les pieds, tantôt par les organes génitaux externes, comme je l'ai vu après Racovicéano, tantôt à la fois par les uns et par les autres, et en un temps qui, d'ordinaire, varie de cinq à dix minutes, elle est assez complète pour permettre, sur le segment inférieur du corps, les interventions les plus délicates et les plus étendues; tissus sains et tissus enflammés, peau, aponévroses, muscles, os, nerfs eux-mêmes, on peut tout couper, tout tordre, tout brûler, tout dilacérer, sans que le patient éprouve la moindre douleur et puisse accuser autre chose qu'une simple sensation de contact. Vraiment, dans ces cas heureux, l'analgésie par injection intra-arachnoïdienne est absolument parfaite; elle nous livre le patient aussi tranquille, aussi passif que dans les meilleures narcoses au chloroforme et à l'éther. Or, comme cette analgésie peut durer 1 heure ou 1 heure 1/2, elle nous permet d'affronter les interventions les plus longues et les plus difficiles.

Il nous reste à évaluer le prix auquel s'achètent ces cas heureux, et la liste est longue des accidents qui accompagnent ou qui suivent les injections lombaires de cocaïne. Mais disons tout d'abord que l'analgésie peut manquer ou être insuffisante et cela pour deux raisons : en premier lieu, et plus souvent qu'on ne le dit, on « rate » l'injection; l'aiguille ne pénètre pas dans le canal, ou elle traverse, ou il ne s'écoule pas de liquide, ou c'est du sang qui perle de la canule; bref, on a échoué et, en définitive, on recourt au chloroforme ou à l'éther; malgré les leçons de notre interne, M. Kindirdhy, très habile dans la manœuvre, j'ai, deux fois, à mes débuts, essuyé cet affront. En deuxième lieu, il faut enregistrer les cas où, malgré une injection correcte, l'analgésie est nulle ou incomplète ou de trop courte durée pour permettre l'acte opératoire : on charge, en général, les relevés des 2 ou 3 p. 100 de ces cas; ma brève statistique me donnerait un chiffre plus élevé et je signalerai ici une observation où l'analgésie ne survint qu'au bout de 1 heure 1/2, lorsque le patient avait été déjà reporté dans son lit et le chirurgien quittait l'hôpital.

Enfin, on glane, çà et là, dans les recueils, des faits où l'anesthésie a disparu par degrés au bout de 11, de 25, de 29, de 30 minutes, laps de temps très court pour que l'intervention fût terminée. J'ai observé ce matin même un cas où, dans une cure radicale de hernie, à la 11e minute après le début de l'opération, la piqûre de la peau était devenue douloureuse au niveau du champ opératoire.

Reconnaisssons, toutefois, que ces ponctions blanches ou rouges, ces analgésies retardées, insuffisantes ou déficientes sont rares; mais ce qui ne l'est pas, ce qui est vraiment la règle, c'est l'apparition d'un ou de plusieurs des accidents qui accompagnent ou qui suivent l'injection intra-rachidienne. Je laisserai de côté les fourmillements, les pesanteurs, les engourdissements des membres, les tremblements parfois gênants pour l'opérateur; et ce matin même ils étaient tels un moment que j'ai dû relever mon bistouri. Les nausées et les vomissements sont plus pénibles non seulement à cause de leur fréquence — ils se montrent dans plus du tiers ou même dans la moitié des cas, — mais surtout parce que, dans certaines interventions sur le ventre, laparotomie, anus artificiel, cure radicale de hernie, ils poussent au dehors la masse intestinale. On objecte qu'ils sont passagers; oui, mais ils peuvent aussi persister 2, 3, 4, 6 jours même, comme dans une observation personnelle. La parésie du sphincter anal, notée dans tous les mémoires, se traduit par des émissions de gaz et de matières fécales qui souillent parfois le champ opératoire; dans un de nos cas, l'incontinence a duré 7 jours; la paraplégie n'est pas exceptionnelle, et une malade, à qui nous avions pratiqué la dilatatéon pour une fissure, sortit guérie le 3e jour, mais pour rentrer le soir même dans le service de M. Rendu, où elle resta près d'une semaine pour une impotence des membres inférieurs. La céphalalgie est l'accident le plus fréquent et se rencontre dans près de la moitié des cas; elle est insupportable; et si, le plus souvent, elle disparaît le 2e jour, elle peut aussi persister 3 ou 4. Enfin, après l'opération, la température s'élève parfois jusqu'à 39 et 40°, pour redescendre à la normale au bout de 24 heures.

Jusqu'ici rien d'irréparable et, sauf pour la céphalée qui parfois est vraiment violente, nous passerions volontiers condamnation sur tous ces accidents si les injections lombaires ne menaçaient pas la vie des opérés. La question est là tout entière et si la méthode de Bier veut, pour certaines interventions, se substituer aux autres anesthésiques, chloroforme, éther, cocaïne localisée, elle doit faire d'abord la preuve qu'elle est moins dangereuse que ces substances, ou, en tous cas, que sa table de mortalité n'est pas plus chargée. Eh bien! Messieurs, cette preuve est loin d'être faite; et nous pouvons affirmer que l'analgésie chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne est déjà grevée d'un lourd passif. Je laisserai de côté ces syncopes redoutables qui vieillissent le chirurgien et où les flagellations, les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle finissent par arracher le patient à la mort; les recueils scientifiques en relatent un grand nombre; mais nous ne voulons parler ici que des morts et il en existe d'irrécusables; voici celles que nous avons recueillies en quelques jours de lecture rapide; sans doute, d'autres nous ont échappé, sans compter, bien entendu, les cas que leurs auteurs, confus, timides ou paresseux, n'ont pas encore publiés.

Je sais bien que l'on peut discuter sur quelques-uns d'entre eux. Le professeur Julliard qui, après quatre tentatives peu encourageantes, a renoncé à la méthode de Bier, nous a communiqué l'observation d'un homme de 45 ans atteint d'un hydrocèle et d'une hernie inguinale; on lui injecte, sous l'arachnoïde, 1 centigramme 1/2 de cocaïne; en 10 minutes l'analgésie est complète et l'on pratique l'opération; au bout de 2 heures, céphalée violente, raideur de la nuque, tremblement généralisé, température à 39°, pouls à 116; l'opéré tombe dans le coma et meurt le 2e jour; on trouve, à l'autopsie, un anévrysme rompu de la sylvienne. C'est bien : mais je puis me demander si l'énergique vaso-constriction provoquée par la cocaïne n'est pas pour beaucoup dans la rupture prématurée de l'anévrysme. — Dans le cas de M. Tuffier, un homme de 52 ans est opéré pour une éventration après injection lombaire; 2 heures après il est pris d'asphyxie, et meurt malgré la respiration artificielle et la trachéotomie; à l'autopsie on constate des lésions mitrales et un œdème aigu du poumon. C'est bien : mais ici, et plus encore que dans le premier cas, je me demande si l'injection de cocaïne n'est pour rien dans le développement soudain de l'œdème et dans cette mort presque subite.

Voici, d'ailleurs, des cas où il serait bien difficile d'équivoquer sur la culpabilité de la ponction lombaire; chez un homme de 30 ans, Heumberg fait une injection sous-arachnoïdienne; bientôt des accidents comateux

éclatent; au bout de 15 jours l'opéré meurt, et l'autopsie révèle une hémorrhagie de la queue de cheval.

Dans un quatrième cas, celui de Dumont, un tuberculeux de 18 ans, avec fièvre et état général mauvais, reçoit, dans la région lombaire, une injection de 1 centigramme 1/2 de cocaïne; 2 heures après, la température monte à 40 pour redescendre bientôt à 35; à la fin du 2e jour la mort survint sans que l'autopsie puisse permettre d'incriminer autre chose que l'action de l'alcaloïde. Goïlav (de Bucharest) publie un cinquième cas; il injecte, chez un malade, 1 centigramme 1/2 de cocaïne et ampute une jambe; 2 heures après l'opération, la température monte à 38°, puis à 40°, le pouls est à 125; la langue est sèche, et, au bout de 20 heures, l'opéré était mort. Jonesco a eu aussi une mort dans des conditions analogues, ce qui porte à six le nombre des décès. Les journaux américains parlent à plusieurs reprises d'un septième cas dû à Keen, et où la cocaïne doit être incriminée sans conteste; mais nous n'avons pas pu nous procurer cette observation, pas plus, d'ailleurs, qu'une ou deux autres auxquelles font allusion certains journaux américains.

Ainsi donc, voilà six, peut-être sept, peut-être huit cas de mort sur moins de 2 000 injections sous-arachnoïdiennes. C'est une proportion énorme : énorme d'une façon absolue, énorme aussi d'une façon relative, si l'on songe que les relevés classiques nous donnent une mort sur 2 300 chloroformisations, une sur 7 000 éthérisations, et pas de mort sur 7 000 cocaïnisations localisées, d'après ma statistique personnelle qui, à cette heure, atteint ce chiffre considérable. Aussi sommes-nous surpris de ne point trouver trace de ces catastrophes dans la monographie de M. Tuffier, récente cependant, et publiée à la fin de janvier 1901. M. Tuffier semble tenir les injections lombaires pour innocentes de tout méfait. En présence d'un tel optimisme, il est nécessaire de crier gare, et, tout en désirant qu'on continue à observer et à expérimenter, nous dirons, avec Bier, l'inventeur de la méthode : à l'heure présente, avec une technique obscure et incertaine encore, les injections lombaires nous donnent une sécurité moindre que nos anesthésiques ordinaires. Aussi, jusqu'à preuves nouvelles, l'éther, le chloroforme et les injections localisées de cocaïne ne sauraient être, sans injustice et sans danger, dépossédés, même partiellement, de leur domaine actuel.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Quillard. *De l'appendicite chez la femme.* N° 208. (Jules Rousset.)

M. Pila. *Étude critique de la castration chez la femme.* N° 229. (Jules Rousset.)

M. Sens. *Étude critique de 89 observations de récidive de grossesse ectopique.* N° 202. (G. Steinheil.)

M. Sicard. *Sur quelques points de technique de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale, ses résultats.* N° 237. (G. Steinheil.)

M. Guibé. *De la calcification des fibro-myomes utérins.* N° 236. (G. Steinheil.)

M. Hamon. *Des rétrécissements de l'urèthre chez la femme.* N° 210. (Michalon.)

M. Trombert. *Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urèthre.* N° 194. (Michalon.)

M. Lavergne. *Essai sur les sarcomes du maxillaire supérieur.* N° 209. (G. Steinheil.)

M. Veau. *Étude de l'épithélioma branchial du cou; branchiome malin de la région cervicale.* N° 204. (G. Steinheil.)

M. Petit. *Contribution à l'étude des kystes thyro-hyroïdiens et médians.* N° 191. (L. Boyer.)

M. Carlo. *Sur la fréquence des embolies pulmonaires aux différentes époques de l'évolution des thromboses veineuses (d'origine traumatique.)* N° 228. (Baillière et fils.)

M. Roquetannière. *Pronostic et traitement de la vomique dans les pleurésies purulentes à pneumocoques.* N° 184. (L. Boyer.)

M. Leclerc. *Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales.* N° 203. (Baillière et fils.)

M. Jacomet. *Cholécystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle.* N° 211. (G. Steinheil.)

M. Petit (L.-Alfred). *De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère.* N° 67. (G. Steinheil.)

M. Michaut. *Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant.* N° 238. (G. Steinheil.)

M. Rastouil. *Appendicite chronique.* N° 223. (Imp. de la Faculté de médecine.)

D'après M. Quillard, l'appendicite est moins fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin; environ 22 p. 100 des cas seulement.

L'appendicite peut survenir chez la femme pendant tout le cours de la puerpéralité, rarement cependant pendant les suites de couches.

L'appendicite et les affections de l'utérus et des annexes peuvent exister en même temps. Le plus souvent, ce sont les maladies utéro-annexielles qui débutent et deviennent la cause de l'appendicite, cependant le fait contraire peut exister, quoique plus rarement. Dans certains cas, ces deux lésions n'ont aucune relation; c'est une coexistence accidentelle.

Pour M. Pila, les résultats éloignés de la castration chez la femme ne sont pas toujours un succès thérapeutique. L'ovariotomie traîne à sa suite une foule de maux locaux et généraux de l'appareil vasculaire, digestif et nerveux. Elle amène la vieillesse prématurée.

En dehors des cas indiscutables et d'urgence, on doit autant que possible se contenter d'un traitement conservateur et ne recourir à l'extirpation qu'en dernier lieu.

A cause des abus auxquels elle peut donner lieu et de la dépopulation dont elle est un des facteurs importants, elle acquiert une gravité exceptionnelle.

Dans l'intérêt de la famille et du pays, une nouvelle législation est nécessaire pour en empêcher les abus.

D'après M. Sens, la récidive de la grossesse ectopique est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

La récidive se fait généralement dans la trompe opposée.

Il existe au moins une observation de récidive dans la trompe antérieurement gravide.

Il n'y a pas d'exemple authentique de trois grossesses extra-utérines chez la même femme. Mais cette éventualité est possible.

La récidive tend à évoluer suivant le même type que la première grossesse par erreur de lieu.

La menace de récidive ne peut être considérée, lors d'une première opération pour grossesse ectopique, comme une indication à l'extirpation préventive des annexes du côté opposé lorsqu'elles paraissent normales.

M. Sicard pense que par sa bénignité l'hystérectomie abdominale sus-vaginale est l'opération de choix dans le traitement des fibromes utérins autres que ceux qui relèvent de l'énucléation.

Pour la même raison, elle mérite d'être une opération complémentaire de l'extirpation bilatérale des annexes.

Indépendamment de la conservation de la portion vaginale

du col, qui est son essence même, elle doit sa bénignité à la péritonisation des surfaces cruentées et à l'exécution rigoureuse de l'hémostase.

La conservation de la portion vaginale du col facilite l'opération;

Abrège sa durée par suppression de l'hémostase de la branche vaginale;

Fait disparaître les chances d'infection par ouverture du vagin.

La péritonisation des surfaces cruentées est préparée par la taille préventive soit de deux lambeaux péritonéaux, soit le plus souvent d'un seul lambeau antérieur.

Les fibromes calcifiés qu'étudie M. Guibé dans un très bon travail ne sont pas très rares aux autopsies des vieillards, mais au point de vue clinique ce sont des raretés.

La calcification se rencontre surtout dans les fibromes sous-séreux et interstitiels; elle est très rare dans les fibromes sous-muqueux et dans les polypes.

Dans leur constitution chimique entrent surtout du phosphate de chaux et, en moindre quantité, du carbonate et du sulfate de chaux; très rarement du phosphate ammoniaco-magnésien.

La calcification commence ordinairement par le centre du fibrome, mais assez souvent néanmoins à la périphérie, d'où constitution d'une véritable coque calcaire. Suivant le degré de calcification, l'aspect du fibrome varie depuis la simple infiltration jusqu'aux tumeurs ossiformes.

Quant à la cause même de la calcification des fibromes il faut la chercher dans des troubles circulatoires d'origine et de nature mal connues.

Le dépôt de sels calcaires peut se faire soit sur les fibres musculaires, soit dans le tissu conjonctif.

Les symptômes des fibromes calcifiés ne diffèrent pas notablement de ceux des fibromes vulgaires : mais ils s'en distinguent par quelques particularités.

Très fréquemment la tumeur reste latente et parfois ne trahit sa présence que par son seul volume. Cependant les douleurs sont assez fréquentes.

Les phénomènes dus à la compression sont particulièrement fréquents; la compression peut porter sur les nerfs, les vaisseaux, plus souvent le rectum, mais avant tout sur la vessie. Les signes de compression vésicale varient depuis la simple dysurie jusqu'à la perforation de la vessie.

Enfin très souvent les fibromes calcifiés donnent lieu à des écoulements utérins, métrorrhagies, surtout leucorrhée : parfois des fragments de la tumeur calcifiée ou la tumeur tout entière peuvent être expulsés par le vagin.

Le rétrécissement de l'urèthre chez la femme, pour M. Hamon, est congénital ou acquis. Les causes du rétrécissement acquis sont par ordre de fréquence : l'uréthrite blennorrhagique, les traumatismes surtout obstétricaux et les ulcérations vénériennes.

La symptomatologie se résume dans la difficulté de la miction.

Le diagnostic se fait par le cathétérisme avec l'explorateur à boule et, accessoirement, on peut parfois utiliser l'endoscopie uréthrale.

Les méthodes de traitement sont : 1° la dilatation progressive, en général, suffisante; 2° l'uréthrotomie interne faite avec l'instrument tranchant ou l'électrolyseur; 3° l'uréthrotomie externe; 4° les interventions plus compliquées que réclament, dans quelques cas, les lésions vaginales concomitantes.

D'après M. Trombert, le cathétérisme rétrograde est applicable dans les ruptures de l'urèthre.

Cette opération doit être employée dans les ruptures de la région périnéo-bulbaire, quand on ne retrouve pas le bout postérieur par l'uréthrotomie externe.

Elle doit être employée toujours et d'emblée dans les ruptures de la portion membraneuse.

Elle est simple et facile. La mortalité, de son fait, est nulle jusqu'à ce jour.

Elle doit se faire en employant comme premier temps la cystotomie sus-pubienne.

M. Lavergne, dans son étude sur les sarcomes du maxillaire supérieur dit que le sarcome encéphaloïde s'observe habituellement au delà de la trentième année. C'est, au contraire, chez les jeunes que se voit le sarcome myéloïde, qui, lui, est rare au-dessus de la trentaine.

Le traumatisme, sans avoir une action bien nette, semble cependant, dans un certain nombre d'observations, jouer un rôle pathogénique. Les symptômes principaux, à la période de début, sont ceux d'une périostite alvéolo-dentaire, de sinusite, ou de polypes nasaux. Il est alors impossible d'affirmer le diagnostic.

A la période d'état, la distinction sera en général facile à faire avec les maladies qui peuvent prêter à confusion et dont les principales sont :

Les odontomes, les kystes dentaires, l'ostéite hypertrophiante, les ostéomes, les chondromes, les gommes osseuses syphilitiques et tuberculeuses, les cancers.

A la période d'état, la confusion n'est possible qu'avec le cancer, ce qui n'a aucune importance puisque la situation du malade est la même dans les deux cas.

Le pronostic est rapidement fatal quand il s'agit de sarcomes encéphaloïdes, quelle que soit la précocité de l'intervention.

Le cancer branchial, qu'étudie M. Veau, est la tumeur développée aux dépens des restes embryonnaires inclus lors de la régression des arcs branchiaux.

Ces tumeurs s'observent presque exclusivement dans le sexe masculin. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez l'adulte et le vieillard.

Elles peuvent êtres primitives ou secondaires. Dans ce cas l'affection est le résultat de la transformation maligne d'un kyste dermoïde ou mucoïde, d'une fistule congénitale, d'une tumeur mixte primitive.

Le cancer brachial a tous les symptômes d'un épithélioma secondaire des ganglions du cou.

Il est très rare que l'extirpation chirurgicale soit assez complète pour mettre à l'abri d'une récidive.

Ces tumeurs au début sont encapsulées; bientôt elles adhèrent à tous les organes avoisinants. Il est curieux de voir qu'elles adhèrent presque toujours à la veine jugulaire interne, souvent au sterno-mastoïdien, quelquefois à la carotide, très tardivement à la peau et jamais au plancher buccal.

La généralisation est tout à fait exceptionnelle.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont remarquables par leur polymorphisme.

Il semble que ce soient des tumeurs mixtes au sens absolu du mot.

L'origine branchiale de ces tumeurs se trouve démontrée par exclusion. Elle rend compte de toutes les particularités de ces tumeurs. Elle en explique la complexité histologique, car le cancer branchial peut être produit par tous les éléments de l'arc branchial. Ce sont des branchiomes de la région cervicale.

M. Petit admet deux grandes variétés de kystes thyro-hyoïdiens: les dermoïdes et les mucoïdes.

Les dermoïdes reconnaissent pour cause l'enclavement tégumentaire du 3e et du 4e arc branchial sous le second.

Les kystes mucoïdes sont des tumeurs développées dans les débris embryonnaires de l'ébauche médiane du corps thyroïde.

A titre de curiosité il existe dans la région thyro-hyoïdienne des hygromas de la bourse; l'auteur en rapporte un exemple d'ailleurs douteux.

Il peut exister aussi des kystes hydatiques, des kystes séreux congénitaux.

Les kystes thyro-hyoïdiens sont remarquables par leur adhérence très fréquente au bord postérieur de l'os hyoïde.

D'après M. Carlo, il se produit, à la suite des traumatismes, et par altération directe de la paroi des veines, des thromboses à extension progressive qui se prolongent souvent dans les troncs veineux jusqu'à une grande distance du point traumatisé.

Ces thromboses peuvent donner lieu à des embolies pulmonaires.

La période d'élection pour l'embolie post-traumatique est la

4e semaine; mais on l'a souvent observée beaucoup plus tardivement, jusqu'à la 10e semaine.

L'embolie tardive, du 35e au 70e jour, est remarquablement fréquente dans les fractures du fémur.

Les thromboses consécutives à l'état puerpéral et à certaines affections de l'appareil génital chez la femme sont également emboligènes. Le plus grand nombre d'embolies appartient à la 2e et à la 3e semaine, spécialement à la 3e. Après le 30e jour, l'embolie est extrêmement rare.

Pour M. Roquetannière, la vomique, terminaison fréquente de la pleurésie purulente à pneumocoques, particulièrement de la pleurésie interlobaire, est un mode de guérison spontanée de cette affection.

Dans certains cas, il arrive que la vomique, après avoir procuré au malade un soulagement immédiat et amené une guérison franche en apparence, n'a pas été radicalement curative, les accidents se reproduisant au bout d'un temps plus ou moins long, après que la guérison avait été considérée comme certaine.

Il ne faut accorder à la vomique qu'une confiance relative, et ne proclamer ses effets curatifs qu'après un silence pleural d'au moins plusieurs mois.

Pour M. Leclerc, la hernie diaphragmatique congénitale, affection rare, peut siéger en un point quelconque du diaphragme; elle se produit assez souvent dans la partie postérieure gauche de ce muscle,

Elle est tout entière sous la dépendance d'une malformation existant à la naissance.

Elle n'est compatible avec l'existence que dans un nombre de cas assez limité.

Son diagnostic peut être aisément fait : il suffit, le plus ordinairement, d'y songer.

Son traitement chez le nouveau-né ne comporte aucune indication; il est, chez l'adulte, celui de tous les étranglements herniaires.

D'après M. Jacomet, la cholécystotomie idéale est une opération d'exception qui ne doit être pratiquée que lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

a) Vésicule à peu près saine;

b) Absence d'infection des voies biliaires;

c) Perméabilité des canaux cystique et cholédoque.

Si le fond de la vésicule est seul altéré, on peut le réséquer et refermer ensuite la vésicule, combinant ainsi la cholécystotomie idéale avec la cholécystectomie partielle.

Si les canaux cholédoque et cystique sont oblitérés par des calculs et si on peut les rendre perméables par une cysticotomie ou une cholédocotomie, on pourra ensuite refermer la vésicule, combinant ainsi la cholédocotomie et la cholécystendyse.

Les indications principales de cette opération sont :

a) La lithiase vésiculaire pure sans infection;

b) Les plaies accidentelles de la vésicule;

c) Les plaies opératoires faites pour pratiquer le cathétérisme ou l'ablation de calculs profonds;

d) Les tumeurs bénignes de la vésicule.

D'après M. L.-A. Petit, le mécanisme de l'obstruction duodénale au niveau de la racine du mésentère est variable :

a) L'intestin peut être refoulé d'arrière en avant et venir s'écraser, pour ainsi dire, sur la corde mésentérique;

b) Si la branche antérieure du compas — racine du mésentère, — par suite de la traction qu'exerce sur elle l'intestin grêle vide de gaz et prolabé, se rapproche de la branche postérieure — aorte appuyée sur la colonne vertébrale, — elle comprimera le duodénum au point de produire des phénomènes d'occlusion intestinale;

c) Si les faisceaux musculaires de Treitz sont insuffisants ou absents, la quatrième portion du duodénum, insuffisamment soutenue, pourra se couder à son origine, au niveau de la racine du mésentère;

d) La quatrième portion — partie ascendante — du duodénum peut ne pas exister (recherches personnelles). L'angle duodénal est alors situé immédiatement après le passage de l'artère mésentérique supérieure sur le duodénum. Les faisceaux musculaires de Treitz le soutenant mollement, cet angle pourra se déplacer et se couder au niveau de la racine mésentérique.

Chacun de ces mécanismes peut, isolément, produire de l'occlusion duodénale.

Cette occlusion évolue d'une façon subaiguë dans la grande majorité des cas (6 cas sur 7).

Le seul traitement est la laparotomie. L'incision médiane, commençant à deux centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, ira jusqu'à l'ombilic. Une fois la lésion reconnue et l'obstacle levé, on fera, selon les cas :

Soit une fixation du jéjunum prolabé au méso-côlon transverse;

Soit une anastomose.

L'anastomose peut être la gastro-entéro-anastomose ou l'entéro-anastomose du duodénum avec le jéjunum.

Lorsque la fixation du jéjunum ne suffit pas, c'est l'anastomose de la troisième portion du duodénum avec le jéjunum que l'auteur préconise d'une façon absolue, à moins de conditions tout à fait exceptionnelles.

M. C. Michaut a pu relever 33 cas d'infection péritonéale, pneumococcique chez des enfants de 2 à 15 ans.

La pneumococcie péritonéale se rencontre dans le sexe féminin avec une fréquence telle (27 filles, 6 garçons), que ce sexe constitue un élément de diagnostic important. Elle présente son maximum de fréquence de 2 à 5 ans (15 cas), est encore très fréquente de 5 à 10 ans (12 cas), et devient beaucoup plus rare de 10 à 15 ans (6 cas).

Au point de vue anatomique, tantôt les lésions sont bien circonscrites, limitées à une partie de la séreuse : l'intestin est exclu du foyer suppuré, c'est la modalité enkystée; tantôt les lésions sont réparties sur toute l'étendue du péritoine, l'intestin baigne dans le liquide septique : c'est la modalité généralisée, considérée comme exceptionnelle chez l'enfant et avec laquelle il faut désormais compter puisque sur 33 observations. 22 concernent des formes enkystées et 11 des formes généralisées.

L'infection du péritoine est : soit primitive, sans foyer pneumococcique préalable en un autre point de l'organisme, Cette localisation primitive du pneumocoque est la plus fréquente (27 obs.); — soit secondaire, survenant au cours ou à la suite d'une autre localisation pneumococcique; le foyer primitif est le plus souvent le poumon (5 obs.), plus rarement la gorge (1 obs.).

Ce qui domine toute l'histoire clinique de la péritonite à pneumocoques, c'est l'enkystement ou non de l'infection. Sa forme enkystée est un type clinique bien spécial, qui permet de diagnostiquer presque à coup sûr l'agent pathogène; mais sa forme généralisée n'a rien qui la distingue cliniquement des péritonites déterminées par les autres agents infectieux.

Son traitement est la laparotomie, faite en temps opportun, c'est-à-dire dès qu'on a constaté l'existence d'une collection péritonéale, et suivie de drainage.

M. Rastouil, élève de M. Walther, étudie l'état chronique appendiculaire jusqu'ici confondu trop souvent avec l'appendicite à répétition, et que M. Walther a particulièrement bien mis en relief.

La symptomatologie de cette affection est essentiellement caractérisée par des phénomènes douloureux et des troubles gastro-intestinaux qui, suivant leur groupement ou suivant la prédominance de quelques-uns d'entre eux, sont susceptibles de faire porter les diagnostics les plus différents et les plus erronés.

C'est donc une symptomatologie qu'il importe de bien connaître et de savoir rechercher à l'occasion.

Le diagnostic d'appendicite chronique une fois posé, il faudrait théoriquement opérer le malade le plus tôt possible.

Dans la pratique, parce que cette forme d'appendicite a peu de tendance à la perforation, on fera bien, suivant le conseil de Walther, de soumettre d'abord le malade à un régime sévère qui laissera se reposer tous les organes qui peuvent être malades et qui permettra aux lésions appendiculaires de bien se mettre en relief.

Si malgré le traitement, les phénomènes douloureux persis-

tent, si les troubles digestifs ne disparaissent pas et que le diagnostic d'appendicite chronique reste nettement posé, il ne faut pas hésiter à proposer l'intervention.

Thèses de la Faculté de Lyon

Année 1899-1900.

M. Gallavardin (Louis). *De la dégénérescence graisseuse du myocarde considérée comme surcharge graisseuse de la fibre cardiaque.* N° 155.

M. Lhote (Henri). *Étiologie de l'épilepsie dite essentielle. (Rôle de l'hérédité en général et de l'hérédité tuberculeuse en particulier.)* N° 172. (Imp. Rey.)

Mlle Sachnine (Ilia). *Étude sur l'influence de la durée du travail quotidien sur la santé générale de l'adulte.* N° 145. (Imp. Mougin-Rusaud, Waltener.)

L'important travail de M. Gallavardin montre que la lésion connue sous le nom de dégénérescence graisseuse du myocarde se rencontre assez fréquemment, puisqu'il a pu en réunir 40 cas personnels.

Cette lésion se présente sous deux formes anatomiques différentes :

a) Dans la première de ces deux formes, les altérations graisseuses des fibres cardiaques sont réparties non diffusément mais sous forme d'îlots, à prédominance sous-endocardique.

Ces îlots, par leur groupement sous l'endocarde et leur apparence blanchâtre, forment un dessin caractéristique, le « tacheté sous-endocardique ». Ce signe permet d'après l'auteur de diagnostiquer avec certitude cette forme de dégénérescence graisseuse du myocarde, sur la table d'amphithéâtre.

Par les injections colorées du myocarde, on se rend compte que la disposition générale de ces îlots est commandée par le mode de distribution vasculaire et que, dans la plupart des cas au moins, ils semblent siéger au niveau des points du myocarde les plus difficilement irrigués.

Les cellules qui les constituent sont des fibres myocardiques régulièrement infiltrées par de fines granulations graisseuses et n'offrant pas les caractères d'une « nécrobiose » ou d'une « dégénérescence » cellulaire.

b) Dans la seconde forme, les altérations graisseuses sont réparties d'une façon diffuse. Le diagnostic ne peut être posé que par l'examen microscopique.

Ces deux modalités anatomiques d'une même lésion paraissent avoir une même signification générale.

La dégénérescence graisseuse du myocarde s'observe assez rarement au cours des infections aiguës. Elle survient fréquemment, au contraire, au cours des affections cardiaques ou pulmonaires chroniques s'accompagnant de troubles anoxhémiques et au cours des cachexies et des anémies, en somme, surtout, au cours des maladies suscitant un trouble profond de la nutrition (anémie ou anoxhémie).

L'expression symptomatique de cette lésion paraît assez restreinte. Elle semble influer peu sur la marche des affections dans lesquelles elle survient; M. Gallavardin admet cependant la possibilité de certaines morts subites et de scènes de défaillance cardiaque chez les obèses.

Etant donné les caractères microscopiques des lésions et de leur mode de distribution, les circonstances étiologiques au cours desquelles elles se développent, leur latence symptomatique, M. Gallavardin attribue à cette lésion, avec M. le professeur Tripier, une signification analogue à celle du foie gras.

Cette lésion est donc ainsi pour lui non une « myocardite » ou une « dégénérescence graisseuse », mais une « surcharge graisseuse » des fibres myocardiques. Il propose donc de changer le terme de dégénérescence graisseuse du myocarde contre celui de « myocarde gras » ou de « surcharge graisseuse des fibres cardiaques ».

Des recherches poursuivies méthodiquement, M. Lhote conclut que parmi les causes prédisposantes de l'épilepsie dite essentielle, on note : *a*) une prédisposition héréditaire sous la dépendance d'une hérédité névropathique, toxique, infectieuse, liée aux maladies de la nutrition;

b) Une prédisposition acquise : à la conception, pendant la grossesse et l'accouchement, après la naissance.

Parmi les causes préparantes ou déterminantes, on note : des causes générales, infectieuses, toxiques, autotoxiques, psychiques ou physiologiques;

Des causes locales : réflexes ou circulatoires.

Des 160 observations personnelles qu'a pu réunir M. Lhote il résulte que, parmi les causes déterminantes, les maladies infectieuses des malades, les émotions arrivent en première ligne, avec une proportion de 24,10 p. 100; viennent ensuite les causes inconnues, avec 17,41 p. 100; les causes dites réflexes, avec 4 cas seulement. Enfin, dans les antécédents personnels des épileptiques, on constate des maladies nerveuses dans une proportion de 13 p. 100, et une polymortalité des frères et sœurs avec un pourcentage de 11,09 p. 100.

Il résulte encore que, parmi les causes prédisposantes, l'hérédité tuberculeuse occupe le premier rang avec une proportion de 55,62 p. 100; viennent ensuite l'hérédité névropathique avec 54,36 p. 100 de cas, et l'hérédité alcoolique avec une proportion de 46,25 p. 100.

Cette statistique montre donc nettement le rôle considérable de la tuberculose parmi les facteurs héréditaires de l'épilepsie.

Mlle Sachnine admet que la fatigue à la suite d'un travail physique prolongé est un phénomène d'auto-intoxication dû aux substances engendrées par le travail lui-même et qu'il est infiniment probable que, dans le travail intellectuel, les phénomènes de fatigue sont également dus aux produits de régression lancés dans le torrent circulatoire.

Dans la fatigue physique due aux travaux manuels trop prolongés, il y a non seulement des phénomènes de la fatigue périphérique, localisés dans les muscles et les terminaisons nerveuses, mais encore dans les centres nerveux. Un travail mental après les travaux physiques, ou inversement, des exercices physiques après un long travail intellectuet, ne peuvent servir de repos; l'organisme humain demande alors un temps déterminé de repos absolu.

Les travaux physiques mettent fortement en jeu l'appareil circulatoire; ils élèvent la pression sanguine, augmentent considérablement le nombre de battements cardiaques. Si les efforts musculaires sont excessifs ou prolongés, ils peuvent à la longue provoquer des modifications fonctionnelles et organiques dans le cœur, ainsi que dans les vaisseaux. L'hypertrophie et la dilatation du cœur, les phénomènes d'artério-sclérose généralisée en sont les manifestations les plus fréquentes.

La morbidité et la mortaltté sont beaucoup plus élevées dans les classes laborieuses. La mortalité moyenne dans la classe ouvrière, comparée à celle des autres classes de la société, est élevée surtout à partir de 35 à 40 ans, c'est-à-dire à l'âge où les fatigues du métier l'emportent sur l'endurance et la résistance de l'individu, quelle qu'ait été au début la puissance physique de ce dernier.

Le développement corporel des ouvriers de fabriques est en retard par rapport à celui des autres classes de la société.

Mlle Sachnine conclut de ses études qu'il paraît physiologique de consacrer deux heures de repos à chaque repas principal de la journée, et de ne pas prolonger chaque période de travail au-dessus de quatre heures.

Les statistiques des accidents démontrent aussi que, dans la cinquième heure du travail, l'organisme atteint insensiblement un tel degré d'épuisement que l'attention faiblit considérablement.

L'influence nuisible d'une longue journée de travail se répercute non seulement d'une façon immédiate sur ceux qui travaillent, mais aussi sur leur descendance, et menace la vitalité et le développement de toute la race. Le travail excessif et les longues journées sont une des causes favorisant puissamment l'alcoolisme.

Aussi l'auteur conclut-elle à la limitation de la journée de travail à une durée maximum de huit heures, dans toutes les branches de l'activfté humaine, et particulièrement dans toutes les industries, où aux conditions ordinaires du travail s'ajoutent des circonstances aggravantes, comme le jeune âge, le sexe féminin, les risques professionnels, les poussières irritantes.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Un cas de lipomatose symétrique par métaplasie graisseuse du muscle, par les Drs De Buck et L. De Moor (*La Belgique médicale*, 29 nov. 1900). — Il s'agit d'un ouvrier agricole, âgé de 30 ans. L'affection qu'il porte a commencé à se manifester en 1884, donc à l'âge de 14 ans, par augmentation progressive de volume du flanc droit et des régions lombaires. En 1886, on lui extrait du flanc droit une tumeur, dont il ne peut dire la nature. Depuis lors, les deux régions lombaires ont subi une extension de volume progressive, s'étendant symétriquement des deux côtés de la colonne depuis la crête iliaque jusqu'à la région scapulaire. Il s'est produit de plus une tumeur à la région coccygienne, proéminant surtout à droite du raphé, mais dépassant légèrement à gauche. A la fin de 1899 s'est montrée une hernie inguinale droite, qui, opérée, se montra constituée exclusivement de lobules graisseux.

Jamais cet homme n'a éprouvé de ces tumeurs de sérieux malaises. Il a continué sans relâche ses travaux des champs. Tout au plus, éprouvait-il, après un long labeur, une certaine tension dans la partie inférieure du dos.

Les antécédents personnels et héréditaires sont sans signification.

Les tumeurs lombaires et coccygiennes donnent à la palpation l'impression du lipome. Les premiers semblent plus résistantes quand le patient contracte les muscles. On croit donc à un siège profond, mais on décide néanmoins de tenter l'extirpation. Cette tentative resta infructueuse, car on put se convaincre que la tumeur lipomateuse faisait corps avec les masses musculaires des lombes. Les auteurs se contentèrent donc d'extirper une partie de la tumeur pour la soumettre à un examen microscopique.

A l'examen microscopique, on constate la persistance de la structure musculaire. Les fibres sont nettement groupées par faisceaux, mais tandis que les uns ont conservé une apparence musculaire relativement normale, d'autres ont pris un aspect plus jaunâtre, d'autres enfin ont la couleur blanc-jaunâtre de la graisse.

On a donc déjà macroscopiquement l'impression qu'il ne s'agit pas d'une prolifération graisseuse interstitielle, mais d'une véritable transformation progressive du muscle lui-même en tissu graisseux.

Cette transformation est démontrée par l'examen microscopique détaillé, rapporté par les auteurs.

CHIRURGIE

Des kystes hydatiques du ligament large, par A. Boursier (*Rev. mens. gynéc., obst. et pédiat. de Bordeaux*, 1909, n° 12). — En analysant avec soin les quelques faits réunis, l'auteur pense que cette affection se traduit par des signes fonctionnels et des signes physiques qui rappellent à la fois les kystes hydatiques du bassin et les kystes simples inclus dans le ligament large, Les troubles fonctionnels consistent en douleurs et en phénomènes de compression.

Les douleurs signalées dans les cas de Schatz, de Pinard, de Walther, de Boursier sont de formes variables. Elles peuvent consister en simples sensations de pesanteur et de tiraillements partant de la région pelvienne. Le plus souvent il y a de véritables douleurs abdominales d'une intensité variable, pouvant s'irradier dans les flancs, dans les lombes, dans l'ombilic ou dans les cuisses. Ces douleurs peuvent se montrer par crises parfois très intenses pouvant durer de deux à six jours et se terminant par des pertes blanches très visqueuses (Walther); d'autres fois, les crises de douleurs se rapprochent, deviennent continues et arrivent à troubler le sommeil (cas personnel). Il n'est pas étonnant d'observer avec les kystes hydatiques du ligament large des troubles de compression.

C'est ainsi que dans le cas de Schatz, on signale de la pollakiurie avec des mictions douloureuses et difficiles; de la rétention d'urine et de la dysurie.

Les crises d'urticaire ont été observées chez la malade de Walther.

Les caractères physiques des kystes hydatiques du ligament large sont à peu près ceux de tous les kystes inclus dans ces ligaments : tumeur à surface lisse, arrondie ou ovoïde, siégeant dans un des côtés du bassin, mobile, mais d'une mobilité variable et, d'habitude, assez nettement séparée de l'utérus auquel elle ne transmet pas ses mouvements et qu'elle refoule en général en arrière et du côté opposé. La consistance est très inégale; le plus souvent rénitente, elle peut être franchement fluctuante et parfois aussi tellement tendue qu'elle devient résistante et dure au point d'être prise pour une tumeur solide (Pousson).

La tumeur est ordinairement plus ou moins complètement incluse dans le ligament large. Enfin, elle peut être quelquefois sensible au toucher, mais dans aucun cas, ainsi que cela arrive dans les kystes hydatiques du bassin, on n'a constaté de frémissement hydatique. Aussi, dans la plupart des cas, le diagnostic exact n'a pu être porté, et la nature hydatique du kyste n'est ordinairement découverte qu'au cours de l'opération. Cependant Schatz, dans l'observation qui lui appartient, avait diagnostiqué un kyste hydatique, uniquement parce qu'il avait vu un cas analogue à la clinique de Leipzig.

Le traitement de choix de ces kystes est l'extirpation par la voie abdominale.

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de polynévrite urémique, par J. Crocq (*Journal de neurologie*, 20 novembre 1900). — Observation d'un malade qui, deux mois après l'éclosion d'un œdème extrême dû à une néphrite probablement ancienne, est atteint d'une paralysie des deux mains avec douleurs violentes dans les extrémités, intégrité de la sensibilité et absence de contractions fibrillaires. Les symptômes rénaux s'améliorent progressivement et la paralysie rétrocède. Actuellement la motilité des mains a considérablement augmenté, il persiste des douleurs vagues et une atrophie musculaire très manifeste avec réaction partielle de dégénérescence dans les parties les moins atteintes. Les réflexes sont abolis dans les parties malades, la sensibilité est normale.

En présence de ce processus pathologique, on ne peut penser qu'à deux affections liées très intimement, au point de vue clinique, comme au point de vue anatomique : la poliomyélite chronique et la polynévrite chronique. Mais la première, due à la lésion du corps cellulaire du neurone, ne donne pas lieu aux douleurs observées chez ce malade, elle s'accompagne généralement de contractions fibrillaires qui n'ont jamais existé dans ce cas, et surtout elle n'est pas susceptible d'une amélioration aussi notable et aussi rapide. Donc polynévrite.

Mais ce qui fait l'intérêt de ce cas, ce n'est pas tant son évolution clinique que son étiologie. Ici la polynévrite a succédé indiscutablement à une intoxication urémique datant au moins de 2 mois. On pourrait objecter que le malade a travaillé le cuivre pendant 2 ans et que les polynévrites cupriques sont bien connues. Cependant le patient n'a ressenti aucun trouble pendant tout le temps qu'il a manié le cuivre, et ce n'est qu'après avoir cessé depuis plusieurs mois son travail, alors qu'il était sous l'influence d'une intoxication urémique des plus graves, que s'est développée la polynévrite. — Le malade n'était pas alcoolique. — En somme, ici, la névrite ne peut relever que d'une cause : de l'urémie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 19 Mars 1901.

Les conditions et le diagnostic du terrain de la tuberculose.

M. Robin. — Les recherches que je poursuis depuis plusieurs années avec M. Binet, et qui portent sur 392 malades,

nous ont révélé un fait dont l'importance nous paraît très grande au point de vue du diagnostic et du traitement de la tuberculose, et qui bouleverse complètement les idées courantes, tant médicales que populaires, au sujet de cette maladie.

En effet, tout le monde admet qu'un phthisique respire moins qu'un homme sain, et que ses actes respiratoires et son hématose s'abaissent d'autant plus que l'étendue de poumon envahie est plus grande; aussi s'est-on acharné à relever chez les poitrinaires tous les phénomènes d'oxydation.

Or nous avons constaté que les échanges respiratoires sont beaucoup plus élevés chez les tuberculeux que chez les individus sains, et cela assez constamment : sur une série de 162 phthisiques, 8 p. 100 seulement faisaient exception à cette règle. Ces échanges affectent le type suivant :

a) La ventilation pulmonaire croît de 110 p. 100 chez la femme et de 80,5 p. 100 chez l'homme;

b) L'acide carbonique exhalé par kilogramme de poids et par minute augmente de 86 p. 100 chez la femme et de 64 p. 100 chez l'homme;

c) L'oxygène total consommé par kilogramme-minute s'élève de 100,5 p. 100 chez la femme et de 70 p. 100 chez l'homme;

d) L'oxygène absorbé par les tissus croît de 162,8 p. 100 chez la femme et de 94,8 p. 100 chez l'homme.

Cette suractivité des échanges respiratoires existe aussi dans les formes aiguës de la maladie. Elle se manifeste à toutes les phases de la tuberculose chronique, aussi bien au début qu'aux périodes avancées, et persiste jusqu'aux derniers jours de la vie. Elle subit des oscillations qui affectent un certain rapport avec les progrès ou l'amélioration de l'affection.

Les sujets atteints de mal de Pott, de tuberculose osseuse, de tuberculose du testicule, de pleurésie ou d'adénite tuberculeuses, présentent la même suractivité des échanges, qui fait défaut, par contre, dans la péritonite, la méningite tuberculeuses et le lupus.

Des diverses maladies que l'on peut confondre avec la tuberculose pulmonaire, il en est quelques-unes où les échanges respiratoires sont exagérés, mais diffèrent toujours par quelque trait de ce qu'ils sont dans la phthisie.

Donc, si l'on hésite sur le diagnostic de tuberculose pulmonaire, l'examen des échanges respiratoires résoudra la difficulté. Et comme les caractères de ce chimisme sont significatifs dès le début de la tuberculose, on aura ainsi le moyen de porter le diagnostic précoce de cette affection.

L'exagération des échanges respiratoires n'est pas un acte de défense de l'organisme; ce n'est pas non plus une manifestation de l'attaque bacillaire, puisqu'elle existe avant l'invasion des microbes chez les trois quarts environ des descendants de tuberculeux. Au contraire, dans les états antagonistes de la phthisie, comme l'arthritisme, les échanges respiratoires restent au-dessous de la normale. Cette exagération des échanges respiratoires constitue donc l'une des conditions du terrain de la tuberculose, l'autre condition étant la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une note ultérieure. Cette potion nous ramène à la conception hippocratique : « La phthisie est une consomption. » C'est la consomption produite par les échanges respiratoires et la déminéralisation, qui prépare le terrain à l'invasion bacillaire.

La prophylaxie de la tuberculose n'est pas tout entière dans les mesures privées et publiques prises contre l'agent de la contagion. Si l'on peut reconnaître à l'avance les sujets qui sont prédisposés, il ne suffit pas d'écarter le bacille de leur route, il faut les soumettre aussitôt à une hygiène et à une thérapeutique capables de modifier le trouble fonctionnel et nutritif qui est la condition nécessaire du développement du bacille.

Sur un nouveau xiphopage vivant du sexe masculin.

M. Chapot-Prevost (de Rio-de-Janeiro) relate un nouveau cas de xiphopagie : il s'agit de deux Chinois, les frères Lion-Seng-Sen et Lion-Tang-Sen, qui sont soudés ensemble par un pont allant de l'appendice xiphoïde à la cicatrice ombilicale.

Ces enfants sont nés à Nankong le 2 janvier 1887. L'accouchement eut lieu à terme et sans difficulté, bien que la mère fut primipare. Le premier enfant vint par la tête, le second par les pieds.

Il n'y avait qu'un cordon ombilical et qu'un placenta. La mère avait 20 ans lors de son mariage, le père 18; tous deux étaient en bonne santé.

Les enfants furent nourris au sein par leur mère, pendant 2 ans 1/2. Ils commencèrent à parler à 1 an 1/2 et à marcher à 3 ans seulement. Comme taille, l'un mesure 1 m. 352, l'autre 1 m. 313. Ils pesaient chacun 30 kilogrammes l'an passé. Leur intelligence est normale et toutes les fonctions s'exécutent d'une façon indépendante. Le cœur est situé à gauche chez tous deux.

Il y a 4 ans, ils ont eu l'un et l'autre la variole à un jour de distance.

Le pont qui les réunit ne mesure en longueur que 4 centimètres au niveau de son bord supérieur, et 9 centimètres au niveau du bord inférieur; l'écartement des deux sujets est donc bien plus considérable que chez Maria-Rosalina.

Le diamètre vertical du pont est de 77 millimètres, le diamètre transversal de 34 millimètres; sa circonférence, de 20 centimètres dans l'expiration, atteint 21 centimètres dans l'inspiration.

Au-dessous du pont d'union, et sur la ligne médiane, il existe une cicatrice ombilicale unique, ce qui permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'uu monomphalien, comme c'est, du reste, la règle chez les xiphopages.

Le pont lui-même est constitué par la peau, par une lame cartilagineuse réunissant les extrémités inférieures des deux sternums et, enfin, par les culs-de-sac péritonéaux.

M. Barette (de Caen) lit une note sur un cas d'appendicite gangréneuse hypertoxique compliquée d'ictère grave mortel.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ileus par l'atropine,

D'après M. le Dr Dietrich.

En raison de la gravité particulière de l'ileus, il n'est pas sans intérêt de faire connaître les résultats favorables obtenus dans certains cas par l'emploi de l'atropine en injections sous-cutanées.

Ce traitement simple serait sans grand danger et M. le Dr Dietrich aurait pu l'employer à différentes reprises avec un plein succès.

Il rapporte (1) une observation intéressante à cet égard :

Un malade de 25 ans fut pris subitement en pleine santé de douleurs violentes dans le ventre. La veille encore il avait eu deux selles; mais depuis ni gaz ni selles.

Les douleurs sont localisées dans la région iliaque gauche, où la pression est douloureuse. Le malade fut soumis à la diète et à l'opium. Quelques heures après, l'état s'était aggravé. Il avait vomi le peu qu'il prit. Ni selles, ni gaz. Langue saburrale. Douleurs dans la fosse iliaque plus vives. Température 38°. M. Dietrich fit alors une injection sous-cutanée d'un milligramme d'atropine dans la région iliaque gauche et application de cataplasmes de fécule.

Le soir le malade qui ne présentait aucun signe d'intoxication par l'atropine ne paraissait pas amélioré. Il avait encore vomi. Les douleurs étaient toujours fortes. Deuxième injection d'un milligramme 1/2 d'atropine. 10 minutes après, sécheresse dans la gorge, élévation du pouls. 1/2 heure après les douleurs abdominales étaient très augmentées et ne furent calmées que par l'application d'un cataplasme.

Le lendemain, le malade, qui avait un peu dormi, souffrait

1. *Münchener med. Woch.*, 1901, p. 302, n° 8.

moins vivement ; à part cela, aucune modification. Lavement d'eau de savon de 3 litres.

Deux heures plus tard, second lavement suivi d'une légère évacuation de matières molles. Pouls 100, légèrement dicrote.

Dans la journée les lavements sont donnés sans aucune amélioration.

Les douleurs ont fortement augmenté. Une troisième injection de 3 milligrammes d'atropine dans la région iliaque gauche est pratiquée. Aucun symptôme d'intoxication. Le lendemain les douleurs avaient diminué et à plusieurs reprises le malade avait rendu des gaz. Le météorisme a diminué et dès le matin une selle eut lieu spontanément. A partir de ce moment l'amélioration fut progressive et, 8 jours après, le malade était tout à fait guéri.

Ce cas est intéressant car alors que l'opium au début et les lavements restèrent sans résultat, l'atropine réussit. Théoriquement l'action de l'atropine qui, on le sait, agit de préférence sur les fibres lisses et sur les extrémités nerveuses des différents organes en les paralysant, a eu sur les fibres lisses de l'intestin une action favorable.

Un cas semblable a été rapporté dans le n° 5 du *Münchener med. Woch.*, par le Dr Stark (de Sulzberg). Ici une seule injection d'atropine de 5 milligrammes fut pratiquée et alors que tous les autres traitements avaient échoué; 2 heures après l'injection la malade rendit des gaz et des liquides.

Traitement de l'eczéma,

D'après M. le Dr Kromayer (1).

Dans le traitement de l'eczéma, on peut distinguer trois indications :

1° *Mise au repos de la peau* en la protégeant contre les atteintes tant d'origine externe qu'interne, au moyen de poudres, pommades, etc. Cette indication existe dans tous les eczémas aigus avec phénomènes inflammatoires aigus, sans altération chronique des tissus (infiltration conjonctive, hypertrophie de la couche de Malpighi).

Tous les eczémas aigus guérissent d'eux-mêmes par ce traitement ;

2° *Suppression des altérations chroniques des tissus.* Dans l'eczéma chronique (eczéma parasitaire, séborrhéique, psoriasiforme), par la simple mise au repos de la peau, les lésions inflammatoires chroniques de la peau (infiltration conjonctive, hypertrophie du réseau de Malpighi) ne disparaissent que lentement ou même pas. Il faut, pour les combattre, avoir recours aux substances réductrices, soufre, savon vert, pyrogallin, chrysorabine, etc.

Si tous les eczémas étaient ou aigus ou chroniques, le traitement de l'eczéma ne serait pas plus difficile que celui de toute autre maladie. Mais la plupart des eczémas sont un mélange de lésions inflammatoires aiguës et chroniques — et la difficulté du traitement vient qu'il y a entre les deux indications présentées par chaque variété d'eczéma une sorte d'antagonisme. L'eczéma aigu demande le repos; l'eczéma chronique, la réduction ;

3° C'est dans ces eczémas, les plus fréquents, qu'apparaît la troisième indication : *Cautérisation des points où siège l'inflammation aiguë* (vésicules, suintement). Hébra recommandait dans l'eczéma rénitent la solution potassique. C'est dans le même sens qu'agit le savon vert. Ces deux moyens ont sur le nitrate d'argent et autres caustiques l'avantage qu'ils peuvent cautériser des vésicules encore non ouvertes sous une couche épidermique normale ou épaissie.

Néanmoins la cautérisation est peu répandue et cela pour deux raisons :

1° Il n'est pas facile de dire exactement le moment précis où il faut l'employer et l'énergie nécessaire. Ceci varie avec chaque eczéma ;

2° Appliquée mal à propos, la cautérisation peut aggraver l'eczéma.

1. *Münchener med. Woch.*, n° 6, 1901.

Le médecin praticien a besoin d'un caustique qui ne puisse être nuisible, alors même que l'indication n'est pas rigoureuse. Le lenigallol remplit ces indications.

Le lenigallol est le triacétate de l'acide pyrogallique. C'est une poudre blanche, cristallisée, et contrairement à l'acide pyrogallique insoluble dans l'eau. Au contact de la peau enflammée, il se décompose en acide pyrogallique et agit par lui.

Depuis 3 ans, M. Kromayer a employé le lenigallol dans plus de 600 cas. Aucun médicament ne lui a donné d'aussi bons résultats.

Les avantages du lenigallol sont :

1° Son insolubilité et la faculté de rester au contact de la peau normale sans se décomposer. Par suite il n'irrite pas la peau. On peut toucher la peau avec une pâte de lenigallol à 50 p. 100 sans provoquer aucune irritation de la peau. C'est là un gros avantage, car tous les médicaments réducteurs ordinairement employés irritent la peau saine et peuvent l'enflammer ;

2° En présence d'une peau avec lésions inflammatoires chroniques, le lenigallol se décompose lentement, si bien qu'il agit par le pyrogallol sans avoir l'action irritante de ce médicament ;

3° Partout où la couche épithéliale est perdue, au niveau des vésicules, des pustules, du ramollissement épidémique des croûtes, le pyrogallol se dégage énergiquement du lenigallol et sur tous ces points se produit une cautérisation limitée et efficace.

Enfin le lenigallol est absolument sans aucun danger.

Pour toutes ces raisons, M. Kromayer a donné la préférence à ce médicament. Il l'emploie avec les formules suivantes :

1°	Lenigallol.	20 gr.
	Pâte de zinc.	80 gr.
	M. P. Pour faire une pâte homogène.	

La pâte de zinc peut être formulée :

Oxyde de zinc	ââ 1 partie.
Amidon	
Vaseline jaune	2 parties.

2°	Lenigallol.	10 gr.
	Huile de cade	5 gr.
	Pâte de zinc.	85 gr.
3°	Lenigallol.	10 gr.
	Onguent Wilkinson.	90 gr.

L'onguent de Wilkinson a pour formule :

Huile de cade.	10 gr.
Soufre précipité	20 gr.
Savon vert	5 gr.
Pâte de zinc.	65 gr.

De l'ichtoforme,

D'après M. le Dr Goldmann.

M. le Dr Goldmann étudie, dans le *Centralbl. f. die Gesam-Thérapie* (1), la valeur thérapeutique de l'ichtoforme.

L'ichtoforme est une combinaison d'ichthyol et de formol déhyde.

C'est une poudre brunâtre, insoluble dans l'eau, très soluble dans l'éther et le chloroforme et s'émulsionnant avec la glycérine. Elle empêche le développement du coli-bacille, du bacille typhique et du staphylococcus pyogène aureus. En usage interne, c'est un antibactérien, antifermentiscible et un désodorisant utile dans différentes affections du tractus digestif. Il est sans action sur le rein et sur le système, et diminue notablement la quantité d'indican dans les urines.

1. Fasc. 9, 1900, p. 513.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique de l'hôpital Beaujon.

Sur un cas de tabes bulbaire,

Par M. le professeur Debove (1).

Le malade qui va faire l'objet de notre entretien est atteint d'ataxie locomotrice : c'est une maladie bien connue à l'heure actuelle, et nous ne sommes plus au temps où l'on montrait les tabétiques comme une sorte de curiosité. Aussi n'ai-je point l'intention de vous faire le tableau de cette affection. Mais notre malade présente des troubles gastriques d'allure particulière et d'autres phénomènes dépendant vraisemblablement d'une lésion bulbaire qui font que son histoire diffère notablement de celles d'autres malades du même genre.

Avant d'entrer dans la description des symptômes anormaux qu'il éprouve, il me faut justifier devant vous le diagnostic de tabes. Tout d'abord, si vous faites marcher le malade, vous verrez qu'il talonne un peu, il a une certaine difficulté à descendre les escaliers; il n'a point, il est vrai, le signe de Romberg, mais il se plaint de douleurs violentes, très intenses qu'il compare à des éclairs, et vous savez combien ce genre de douleurs est fréquent chez les ataxiques. Tous emploient la même comparaison pour caractériser leurs douleurs : on peut dire qu'il n'y a point de terme plus juste en médecine que celui de douleurs fulgurantes. Les réflexes rotuliens sont abolis : le sujet a eu autrefois de la diplopie : sa vue a baissé. Si vous regardez ses pupilles, vous verrez qu'elles sont dilatées, il est facile de constater le signe d'Argyll-Robertson, c'est-à-dire que la réaction pupillaire, absente pour le réflexe lumineux, persiste pour l'accommodation.

Le diagnostic de tabes est donc évident; il est confirmé par ce que nous savons des antécédents et de l'ordre chronologique dans lequel se sont montrées les manifestations morbides.

G... est âgé de 47 ans; il ne nous donne aucun renseignement intéressant sur la santé de ses parents. A l'âge de 22 ans, il contracta la syphilis; on lui conseilla un traitement mercuriel et ioduré. Il suivit mal cet avis et se contenta pendant quelques années de prendre environ 15 grammes d'iodure de potassium à chaque printemps. Comme les sujets qui ont des syphilis, d'évolution bénigne, le malade ne s'est pas traité. Je sais bien qu'aucun accident ne l'a incité à le faire. On a dit à diverses reprises que les syphilis bénignes au début donnaient lieu ultérieurement à des accidents viscéraux graves. C'est peut être parce que le peu de gravité des symptômes ne pousse pas le malade à se soigner et l'endort dans une douce sécurité. Car on ne saurait nier le rapport qui existe entre l'infection syphilitique et le tabes; on peut différer d'avis sur la constance de ce rapport, mais non point sur son existence. Notre malade n'est point seulement un ancien syphilitique, c'est encore un ancien paludéen. A 24 ans, il a contracté en Algérie la fièvre palustre et, depuis, il a eu à plusieurs reprises, en France, des accès de fièvre paludéenne, qui ont cessé depuis 5 ou 6 ans. Je ne crois point que cette maladie ait joué un rôle dans le développement des accidents actuels; il ne persiste d'ailleurs pas la moindre tuméfaction de la rate.

A quel âge sont survenues les premières manifestations du tabes et quelles ont-elles été? Elles ont apparu à 41 ans; si vous admettez que la syphilis ait joué un rôle étiologique, remarquez la longue période de 19 années qui s'est écoulée entre le chancre initial et l'apparition des premiers symptômes tabétiques; c'est un point intéressant de l'histoire de ce malade.

Les premiers accidents tabétiques observés ont peut-être bien embarrassé les médecins qui les ont constatés : ils se sont, en effet, manifestés sous une forme peu commune, sous forme d'ictus laryngés. A l'âge de 41 ans le malade a eu deux crises d'étouffements survenues dans la journée en pleine santé. Il sentait un chatouillement dans la gorge, était pris de toux sèche, puis au bout de cinq minutes d'une sensation d'étouffement, il perdait connaissance et tombait; deux secondes après, il se relevait et ne se sentait pas malade. Ces crises survenaient brusquement, au milieu de son travail, sans qu'elles aient été provoquées par aucune cause apparente; elles ont beaucoup effrayé le malade, à qui il semblait qu'il allait mourir. Depuis, les crises n'ont jamais été aussi intenses; elles se sont atténuées et sont caracté-

1. Leçon recueillie par M. Sainton, chef de clinique, adjoint du service. Le malade qui a fait l'objet de cette leçon a été présenté à la Société médicale des Hôpitaux le 15 mars 1901, par MM. Labbé et Sainton, chef de clinique.

risées par une irritation de la gorge, une toux sèche, une sensation d'étouffement, accompagnée de cyanose, mais il n'y a plus de perte de connaissance. Ces ictus, car il s'agit d'ictus laryngés, surviennent surtout la nuit. Il faut savoir les distinguer des crises d'épilepsie à aura laryngée. S'ils leur ressemblent par l'aura, par la perte de connaissance, ils en diffèrent dans le cas particulier par l'absence de convulsions; il n'en est pas toujours ainsi, les convulsions épileptiformes ne sont point rares au cours de l'ictus laryngé des tabétiques.

En somme, chez notre malade l'ataxie a débuté par des phénomènes bulbaires. Ils persistent encore actuellement, car des symptômes laryngés rappelant ceux qui viennent d'être décrits accompagnent des crises de vomissements qui semblent reconnaître aussi une origine bulbaire.

C'est pour la première fois, le 14 juillet 1896, à 8 heures du matin que survint une crise gastrique, cet homme fut pris subitement, sans douleur, de vomissements très abondants et rejeta environ 3 litres de liquide, il ressentit après une grande sensation de fatigue. Avant d'aller plus loin, permettez-moi d'insister sur les particularités de cette première crise; les vomissements furent subits, abondants; il est vrai qu'ils furent indolents, et cette indolence est en contradiction avec ce que vous croyez peut-être savoir des crises, mais on a décrit, à côté des formes douloureuses de ces paroxysmes, des formes indolentes. Chez notre malade, indolentes d'abord elles sont devenues douloureuses. La présence ou l'absence de la douleur ne suffit donc point pour établir une différence essentielle entre les deux variétés de crises.

Cette première crise de vomissements fut suivie 3 mois plus tard (à un jour près) d'une autre se reproduisant exactement dans les mêmes conditions. Pendant 2 ans et demi, des vomissements sont survenus tous les 3 mois, ils étaient toujours indolores et cessaient brusquement. Dans l'intervalle des crises la digestion était bonne. Cependant de temps à autre, le malade avait des pituites matutinales qui doivent être mises sur le compte de ses habitudes alcooliques. Déjà pendant son séjour en Algérie, il avait bu un peu d'absinthe; mais en France, faisant le courtage des vins, il s'était livré à un alcoolisme professionnel, qu'il prétend obligatoire. Ces troubles gastriques, légers, n'ont jamais été confondus par lui avec ses crises tabétiques; il sait fort bien différencier les premiers des secondes. Je dois attirer votre attention, avant de continuer, sur la périodicité singulière de ces crises trimestrielles, leur début subit, leur disparition brusque, le bon état des voies digestives. Depuis 2 ans, ces crises se sont modifiées; elles sont, dans l'intervalle, devenues plus fréquentes, ont réapparu tous les mois; elles demeuraient plus longues, duraient 2 ou 3 jours, s'accompagnaient de douleurs dans le dos et dans les reins, d'intensité croissante.

L'année dernière survint une période d'accalmie qui dura les mois de juin, juillet, août; mais en septembre, les crises se sont rapprochées, sont devenues quotidiennes et se sont présentées avec les caractères que nous constatons aujourd'hui. Elles surviennent habituellement vers 4 heures de l'après-midi. C'est donc une périodicité quotidienne substituée à une périodicité trimestrielle. Chaque crise est précédée d'un chatouillement dans la gorge, de toux, de temps en temps l'inspiration est sifflante et rappelle celle de la coqueluche. Ces phénomènes laryngés sont suivis d'une douleur violente dans le flanc gauche, elle remonte au cœur et irradie dans l'épaule et le bras gauche. Cette douleur présente des caractères bien spéciaux, sur lesquels il importe d'insister; c'est une douleur d'angine de poitrine, due vraisemblablement à une excitation du pneumogastrique, et vous savez que larynx, cœur, estomac, reçoivent leur innervation de ce tronc nerveux. Il n'est point rare qu'en même temps se montre un peu de hoquet. A ce moment le malade éprouve un violent frisson dans tout le corps, il compare la sensation éprouvée, à celle qu'il aurait si on l'enveloppait dans un drap mouillé. Après ces prodromes apparaissent les vomissements bilieux, colorés en jaune ou en vert, jamais sanglants. Le volume des matières rejetées varie de 1/2 litre à 1 litre 1/2 : leur expulsion est accompagnée de douleurs violentes dans les deux bras et dans les jambes. Celles-ci se calment sous l'influence d'une injection de morphine; la sédation survient rapidement. Jamais on n'injecte plus de 2 centigrammes au malade et jamais il ne réclame de morphine en dehors de ces crises. Il n'est donc point morphinomane.

Nous avons recherché quelle était l'acidité du suc gastrique après repas d'épreuve; les résultats donnés ont été les suivants : acidité totale 0,41 p. 100, chlore total 2,28, chlore fixé 1,88, chlorhydrie 0,40; acide chlorhydrique libre 0. Il y a donc hypo-acidité notable et les crises du malade ne peuvent être mises sur le compte de l'hyperchlorhydrie.

L'analyse de cas semblables nous a montré que chez les ataxiques avec crises gastriques l'examen du contenu stomacal ne donnait point des résultats constants; on peut observer l'hyperchlorhydrie et l'anachlorhydrie. L'étude du suc gastrique n'a donc pas un très grand intérêt. « Chacun vomit avec sa muqueuse. » Les ataxiques hyperchlorhydriques ont les vomissements avec hyperchlorhydrie. Les hypochlorhydriques ont des vomissements peu riches en acide chlorhydrique. Le fait n'a rien d'étonnant en soi, car dans la crise gastrique ataxique les vomissements ne sont point dues à un trouble sécrétoire, ce sont des phénomènes d'origine bulbaire. L'observation de notre malade est suffisamment démonstrative à cet égard. Tous les symptômes qu'il a présentés peuvent être rapportés à une lésion du bulbe. L'ictus laryngé n'est que la traduction d'une hyper-excitabilité du bulbe; les vomissements dont nous venons de parler sont précédés de frissons, si vous vous rappelez que le centre thermique est situé dans le bulbe, qu'il est voisin du centre vaso-moteur, vous ne serez point étonnés de leur apparition dans une maladie bulbaire; les douleurs d'angine de poitrine accompagnant la crise sont encore le fait d'une irritation du pneumo-gastrique; vous connaissez bien l'influence du bulbe sur le cœur et sur la tension artérielle. Enfin, tout récemment le sujet a eu une hémorrhagie intestinale, que je ne puis rattacher à une autre cause que le tabes et que l'on doit rapprocher des ecchymoses sous-cutanées que l'on rencontre après les douleurs fulgurantes chez les ataxiques. C'est encore là un symptôme vaso-moteur d'origine bulbaire.

Notre malade présente un dernier phénomène bulbaire qui n'est point très fréquent dans le tabes, ce sont des crises de sialorrhée. Elles sont indépendantes des crises gastriques et surviennent depuis deux ans. Subitement sans phénomènes prémonitoires, la bouche du malade s'emplit de salive, il crache fréquemment et cela pendant deux heures. La sialorrhée revient irrégulièrement tantôt tous les jours, tantôt tous les 2 ou 3 jours.

Vous voyez donc que chez ce malade on peut porter le diagnostic de tabes, avec crises laryngées, gastriques, angineuses, salivaires, reconnaissant sans doute pour origine une lésion bulbaire. C'est ce qui fait son intérêt.

Le diagnostic des crises gastriques est ordinairement facile, elles diffèrent sensiblement des crises des hyperchlorhydriques, de la colique hépatique, de la colique néphrétique, de l'étranglement interne, etc. : l'erreur ne peut subsister longtemps.

Le seul diagnostic différentiel serait celui de la crise gastrique essentielle. Mais il m'est survenu à ce sujet de grands doutes. J'ai publié en 1889 une observation de crises gastriques essentielles, et je la faisais suivre des réflexions suivantes : « Tous les médecins qui ont pu voir ce malade au moment de ses accès ont été frappés, comme moi, de leur ressemblance avec ceux de l'ataxie locomotrice. Ils présentent les caractères habituels des crises de cette maladie, c'est-à-dire l'atrocité de la douleur, les vomissements incoercibles, et, dans l'intervalle, la presque intégrité des fonctions de l'estomac.

« Et cependant notre malade n'est pas ataxique et il n'a pas un seul des phénomènes de l'ataxie, jamais il n'a eu de douleurs fulgurantes, les réflexes tendineux sont intacts. »

Aujourd'hui je serais tenté d'admettre que mon malade était tabétique ; il n'a été observé que pendant 4 ans, les autres phénomènes du tabes pouvaient apparaître chez lui beaucoup plus tard, et n'auraient-ils jamais paru, qu'on ne serait point autorisé à nier leur origine tabétique. N'est-il pas rationnel d'admettre qu'il existe des formes frustes d'ataxie se traduisant exclusivement par des crises gastriques? Aussi ne vous ferai-je point le diagnostic différentiel entre les crises gastriques tabétiques et les crises essentielles, considérant ces dernières comme la seule manifestation d'un tabes fruste.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 Mars 1901.

Contribution à l'étude psycho-physiologique des actes vitaux en l'absence totale du cerveau chez un enfant.

MM. N. Vaschide et C. Vurpas. — Nous avons eu l'occasion de faire quelques observations sur un anencéphale venu au monde 10 mois après la conception et ayant vécu 39 heures.

Comme le montra ultérieurement l'autopsie, le cervelet et les hémisphères manquaient totalement ; l'encéphale se réduisait au bulbe et à la protubérance, mais cette dernière était dépourvue de fibres arciformes ; les pédoncules cérébelleux faisaient également défaut.

Les principaux phénomènes qu'il nous fut donné de constater chez ce monstre consistaient en abaissement de la température (28° dans le rectum), en respiration du type de Cheyne-Stokes ; en tachycardie (138 pulsations à la minute), en cyanose des téguments, en manifestations spasmodiques (contracture des membres, exagération des réflexes tendineux, réaction idiomusculaire). La sensibilité générale était conservée, comme en témoignent des mouvements de retrait quand on pinçait ou chatouillait les téguments ; par contre, les sons, la lumière, les saveurs et les odeurs ne semblaient pas perçues.

Vingt heures après la naissance, cet enfant eut des attaques d'épilepsie jacksonienne qui, débutant par le bras gauche, se généralisaient bientôt et se terminaient par une émission d'urine. La mort survint au milieu de troubles dyspnéiques et de phénomènes de suffocation.

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 1er Mars 1901.

Typhlite chronique atrophique.

M. Letulle présente une pièce de typhlite ancienne provenant de l'autopsie d'une femme morte de pneumonie. Le cæcum, très atrophié, offre au niveau de sa muqueuse une série d'ulcérations, surtout au niveau de la portion initiale du côlon ascendant et de l'ouverture de l'appendice dans la cavité cæcale. Le reste de l'appendice est sain. La valve supérieure de la valvule iléo-cæcale s'est rétractée à tel point qu'il n'en reste pour ainsi dire plus trace.

Sur les coupes, la muqueuse, très amincie, ne porte plus de glandes.

Corps étranger de la vaginale.

M. Milian, pour faire suite à une communication antérieure de M. Cruchaudeau, relative aux corps étrangers de la tunique vaginale, montre une préparation où l'on voit, au niveau de l'hydatide de Morgagni, un corps étranger formé ici très nettement par l'épaississement de la portion de vaginale qui tapisse l'hydatide.

Tumeur de l'estomac.

M. Cunéo apporte une volumineuse tumeur de l'estomac, qu'au cours d'une laparotomie on dut laisser en place.

La paroi postérieure de l'organe porte une tumeur saillante cérébriforme, non ulcérée, qui, d'autre part, écarte en quelque sorte les deux feuillets du grand épiploon pour se loger dans leur intervalle.

Les ganglions périgastriques sont atteints, mais il n'y a pas de noyaux secondaires dans les viscères.

Au microscope, il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes plutôt que d'un lymphadénome gastrique.

Achondroplasie.

M. F. Regnault a fait radiographier un fœtus du musée Dupuytren, qui portait l'étiquette d'achondroplasie. Comme les rides de la peau étaient, dans le cas actuel, verticales, au lieu d'être transversales comme c'est la règle chez les achondroplasiques, il y avait intérêt à préciser ici le diagnostic. Or la radioscopie a montré que c'est bien un cas d'achondroplasie.

Tumeur angio-lipomateuse sacro-coccygienne.

M. Morestin présente une très volumineuse tumeur de la région sacro-coccygienne, dont l'ablation a été suivie de mort rapide de la malade. Cette tumeur congénitale, longtemps de petit volume, avait pris à la suite de deux grossesses des proportions considérables. Mollasse, recouverte d'une peau pigmentée, elle offrait une grande vascularité, surtout lymphatique, et une structure d'angio-lipome. Elle s'insérait sur le sacrum, qui présentait au niveau du pédicule un léger degré de spina bifida.

Lipomes de la région lombaire.

M. Morestin montre la reproduction d'un cas de lipomes profonds échelonnés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane dans la région lombaire. Logées entre les muscle sacro-lombaire et grand dorsal, ces petites tumeurs venaient faire saillie sous la peau à la faveur des trous de passage des filets nerveux de la région.

Tumeur du sein.

M. Civatte apporte une tumeur du sein offrant l'aspect d'une éponge chargée de sang. L'examen microscopique montre qu'il ne s'agit pas d'une variété commune de sarcome, mais il

devra être plus approfondi pour permettre de classer histologiquement cette tumeur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 Mars 1901.

Sur les lésions des centres nerveux, consécutives à l'élongation des nerfs périphériques et craniens.

M. G. Marinesco. — La connaissance précise des modifications des centres nerveux après l'élongation présente un double intérêt au point de vue de l'histologie pure et au point de vue des applications chirurgicales. En pratiquant l'élongation progressive et prolongée pendant quelques secondes des nerfs hypoglosse et sciatique chez le chien, nous avons constaté au niveau du point d'application de la traction des nerfs en question et dans leurs centres d'origine des lésions variables avec l'intensité de la traction et la durée de celle-ci. Si l'élongation est faite dans une certaine limite (2 1/2 — 4 kilogrammètres pour l'hypoglosse) les lésions ne sont pas graves et par conséquent sont capables de réparation. On trouve dans ces conditions, au point où la traction a été effectuée, des lésions dégénératives des nerfs qui relèvent de la dégénérescence traumatique. Ces lésions ont leur maximum au niveau de l'élongation et disparaissent assez vite au-dessus, tandis qu'elles sont évidentes au-dessous ; elles siègent surtout à la périphérie du nerf. La myéline est fragmentée et réduite en grosses boules, ou bien elle présente la dégénérescence granuleuse, le cylindraxe est plus ou moins altéré et les noyaux de la gaine de Schwann multipliés. Si la compression exercée au niveau de l'élongation est plus forte, on remarque alors que la dégénérescence ne se borne pas seulement aux couches superficielles du nerf, mais qu'elle intéresse aussi les couches plus profondes.

Les modifications que subissent les cellules nerveuses sont en rapport avec le degré et la durée de l'élongation. Lorsqu'il s'agit d'une traction légère, c'est à peine si l'on voit dans les cellules une tuméfaction du corps cellulaire accompagnée d'une dissolution peu prononcée de la substance chromatique. L'aspect change si l'élongation a donné naissance au niveau où elle a été exercée à la dégénérescence traumatique. On peut dire d'une manière générale que plus cette dégénérescence est intense, plus les lésions du centre nerveux correspondant sont caractéristiques. Dans les cas où la dégénérescence du nerf hypoglosse est limitée à la périphérie, les cellules du noyau de ce nerf présentent des phénomènes de réaction à distance analogues à ceux que détermine la section d'un nerf avec la différence cependant que, dans le cas qui nous occupe, les altérations intéressent plus particulièrement les cellules situées à la périphérie du noyau. Les cellules centrales sont aussi altérées, mais la dissolution de la substance chromatique est moins accusée et le noyau est à peu près central. En d'autres mots, les premières présentent la chromatolyse périnucléaire avec émigration du noyau, les secondes sont le siège d'une dissolution chromatique.

Sur la rétention des chlorures dans les tissus au cours de certains états morbides.

MM. Ch. Achard et **M. Lœper.** — Les chlorures, qui jouent un rôle très important dans les échanges organiques, grâce à la facilité avec laquelle ils traversent les parois osmotiques, s'éliminent par l'urine en quantité particulièrement faible au cours de certains états pathologiques. On pourrait se demander si l'alimentation restreinte des malades n'intervient pas dans cette diminution des chlorures urinaires. Mais il est facile de supprimer cette cause d'erreur et d'annuler les différences résultant de l'alimentation, en faisant ingérer une quantité notable de chlorure de sodium, 10 grammes en 24 heures, et en recherchant ce qui s'en élimine.

En comparant ainsi la quantité de chlorures éliminés en 24 heures avant et après cette ingestion, nous avons constaté que, dans un très grand nombre de maladies, l'élimination était presque insignifiante et n'atteignait pas le tiers des chlorures ingérés, au lieu qu'à l'état normal les 2 tiers ou la moitié passent dans les urines en 24 heures. Nous avons examiné, en effet, 27 pneumonies, 18 cardiopathies, 6 néphrites chroniques, 3 fièvres typhoïdes, 3 rhumatismes aigus, 2 ictères, 2 tuberculoses à marche rapide, 1 tuberculose chronique, 1 cancer gastrique. Or l'élimination n'a dépassé 3 grammes que dans 4 pneumonies, 3 cardiopathies, 2 néphrites, 1 rhumatisme, et les 2 cas de tuberculose chronique et de cancer.

Ce défaut d'élimination n'est pas dû à un défaut d'absorption, car le sang prélevé au cours des 24 heures pendant lesquelles avait lieu l'ingestion renfermait ordinairement plus de chlorures qu'auparavant. Sur 16 cas où ce dosage comparatif a été fait, il en est seulement 5 dans lesquels les chlorures du sang sont restés au même taux ou même ont légèrement diminué après l'ingestion ; encore convient-il de remarquer que, dans 2 de ces cas précisément, l'élimination urinaire était relativement bonne et dépassait 3 grammes. D'ailleurs, les recherches de Moraczewski dans la pneumonie nous ont appris que la proportion de chlorures ingérés qui passe dans les matières fécales était très faible. Enfin, l'on sait que dans les maladies aiguës suivies d'une crise urinaire, il se produit à ce moment une véritable décharge de chlorures, prouvant avec évidence que ces corps s'étaient accumulés dans l'organisme et ne s'étaient pas non plus éliminés par d'autres sécrétions (sueur par exemple).

Mais si les chlorures sont ainsi retenus dans l'économie, cela ne veut pas dire qu'ils restent dans le sang. En réalité, ils passent dans les tissus.

C'est ce que démontre en premier lieu l'étude des sérosités pathologiques. Toujours, dans les liquides examinés (3 œdèmes, 4 pleurésies, 2 ascites), nous avons vu le taux des chlorures s'accroître après l'ingestion. Dans 3 de ces cas (2 œdèmes, une ascite), nous avons étudié comparativement le sang, et toujours l'élévation des chlorures a été supérieure dans les sérosités.

En second lieu, dans les tissus recueillis à l'autopsie, la proportion des chlorures était plus forte dans les cas où l'élimination était défectueuse que lorsqu'elle se faisait bien. Ainsi, chez deux sujets éliminant bien les chlorures, le tissu musculaire donne 1 gr. 62 et 2 gr. 80 de chlorures pour 1 000 ; chez les malades atteints d'asystolie et d'urémie, nous avons obtenu 3 gr. 13, 3 gr. 83, 4 gr. 10 et 5 gr. 95. Le cerveau a donné 1 gr. 10 chez un tuberculeux sans rétention de chlorures, et 4 gr. 35 chez un ménique ayant de la rétention.

Cette rétention paraît s'étendre aussi à d'autres substances. C'est ce que semble indiquer l'étude des crises urinaires, car fréquemment le taux de l'urée remonte à ce moment dans l'urine, de même que celui des chlorures. L'étude de l'élimination du bleu de méthylène ingéré quotidiennement à la même dose nous a montré aussi qu'il pouvait se produire une accumulation du bleu dans l'organisme, puis une décharge au moment où l'amélioration survient.

Il n'est pas sans intérêt d'opposer la rétention des chlorures dans les tissus à l'insuffisance glycolytique qui se rencontre communément dans certaines maladies. En pareil cas, les tissus qui retiennent les chlorures laissent échapper le sucre. Cela montre que les actes nutritifs sont profondément troublés. Car une substance qui joue surtout un rôle physique, comme les chlorures, simple monnaie d'échange, en quelque sorte, destiné à circuler, s'accumule et s'immobilise dans les tissus, tandis que la glycose, matière première dont le sort est de se fixer dans les cellules pour y subir une décomposition chimique, reste inutilisée et est rejetée hors de l'organisme.

Imperméabilité des méninges à l'iodure dans la méningite cérébro-spinale à microbe de Weichselbaum.

M. Griffon. — Depuis les recherches de MM. Widal, Sicard et Monod, nous savons qu'au cours de la méningite tuberculeuse les méninges perdent leur propriété de s'opposer normalement au passage, dans le liquide céphalo-rachidien, de l'iodure de potassium introduit dans l'économie, et qu'il est dès lors facile de déceler la présence de ce sel dans le liquide fourni par la fonction lombaire.

Nous avons pu, dans deux cas, réaliser la confirmation de ce

fait, qui paraît être la règle en matière de méningite tuberculeuse.

Il ne semble pas devoir en être de même dans la méningite cérébro-spinale à méningocoque de Weichselbaum. Dans deux cas de cet ordre que nous avons pu étudier dans le service de M. Dieulafoy, la recherche du passage de l'iodure de potassium dans le liquide céphalo-rachidien nous a donné, dans les deux cas, des résultats négatifs. Si ces premières observations viennent à être confirmées, l'imperméabilité des méninges à l'iodure dans la méningite pourra constituer un élément séméiologique à ajouter aux autres notions cytologiques et bactériologiques qui nous permettent aujourd'hui de faire, au lit du malade, le diagnostic de la nature tuberculeuse ou méningococcique d'une méningite.

M. Netter. — Je demanderai quel était l'aspect du liquide céphalo-rachidien, clair ou trouble. Il y a peut-être corrélation entre l'imperméabilité méningée et la purulence du liquide.

M. Griffon. — Le liquide était franchement purulent dans le premier cas; dans le second, la recherche de l'iodure ayant été pratiquée à deux reprises, le liquide était clair la première fois, louche la seconde.

Excitabilité comparée du nerf hypogastrique et du nerf érecteur sacré.

MM. D. Courtade et **J.-F. Guyon.** — Le nerf hypogastrique, racine sympathique du plexus hypogastrique, est nettement plus sensible que le nerf érecteur sacré, racine médullaire du même plexus. Ainsi une simple traction ou une excitation électrique de moyenne intensité, exercées sur le bout central du premier, déterminent presque toujours une contraction réflexe de la vessie et une élévation de la pression artérielle. Au contraire, les mêmes excitations, portées sur le bout central du second, restent le plus souvent sans effets notables.

Ces résultats sont donc très comparables à ceux que nous avons observés antérieurement en étudiant l'excitabilité du grand splanchnique et du pneumogastrique thoracique. Ici et là, la sensibilité générale apparaît beaucoup plus développée dans le système des nerfs sympathiques (grand splanchnique et hypogastrique) que dans celui des nerfs bulbo-rachidiens (pneumogastrique et érecteur sain).

Sur la culture et l'inoculation du bacille fusiforme.

M. H. Vincent. — L'affection que j'ai décrite sous le nom d'angine à bacilles fusiformes est assez commune. Elle est sous la dépendance d'un bacille spécial légèrement renflé en son centre, aminci à ses deux extrémités, et ne prenant pas le Gram. Ce bacille est seul dans la forme diphtéroïde pure de l'angine, qui est la plus rare; il est, au contraire, associé à un fin spirille, dans la forme ulcéro-membraneuse, qui est la plus habituelle.

La culture du bacille fusiforme à l'état pur n'a pas été, jusqu'ici, réalisée. Mais si on ensemence une parcelle de l'exsudat amygdalien dans du bouillon peptonisé, on obtient une culture impure dans laquelle le bacille s'est un peu multiplié. Il se développe en filaments allongés et immobiles dans le bouillon Martin. Les milieux de culture les plus favorables sont les milieux organiques liquides (sérum sanguin, liquide céphalo-rachidien additionné de sang, liquide pleurétique, etc.), surtout si ces milieux viennent de l'homme. Dans le liquide d'une hydarthrose rhumatismale ancienne, j'ai obtenu une culture particulièrement abondante du bacille sous sa forme caractéristique. Ces cultures dégagent une odeur fétide, semblable à celle du pharynx des malades atteints d'angine ulcéro-membraneuse. Les bacilles ont toujours été trouvés immobiles. Ils sont tués à 60° au bout de quelques minutes.

L'inoculation de ces cultures sous la peau ou dans les muscles de l'animal donne lieu à des abcès, des trajets fistuleux, des foyers de nécrose ulcéreuse où l'on retrouve, au milieu de nombreuses bactéries étrangères, le bacille fusiforme parfois très abondant. La contusion préalable des tissus, l'injection d'acide lactique au 5°, etc., favorisent la production de ces lésions et la multiplication du bacille pathogène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 Mars 1901.

De la résection primitive comme traitement des fractures diaphysaires par coup de feu.

M. Nimier, revenant sur la communication de M. Picqué, soutient que la résection primitive pour certaines fractures diaphysaires multiples par coup de feu, est, à son avis, une opération à rejeter. Dans les traumatismes de ce gence, la règle doit être avant tout de s'abstenir; moins on fait, mieux on fait. L'immobilisation du membre dans un appareil bien appliqué, les pansements antiseptiques suffisent presque toujours à assurer la guérison. Lorsque la consolidation ne se fait pas et qu'il y a pseudarthrose, il est toujours temps de recourir à une résection secondaire, suivie ou non de la suture des extrémités osseuses avivées; cette résection secondaire sera toujours plus économique que la résection primitive qu'on aurait pu faire.

En terminant M. Nimier présente des radiographies qui montrent les résultats obtenus en observant cette règle de conduite; et cependant l'histoire des malades apprend que, pour certains d'entre eux, et en raison des conditions de milieu où ils se trouvaient, le traitement antiseptique n'avait pu être réalisé; la bonne immobilisation du membre a suffi à elle seule à produire ce résultat.

M. Loison partage entièrement les idées émises par M. Nimier; la résection primitive et même l'esquillotomie précoce dans les fractures diaphysaires multiples par balle sont absolument à rejeter, ces opérations faisant courir aux blessés les plus grands risques d'infection. L'expectation avec repos et immobilisation du membre donne de bien meilleurs résultats, ainsi que le prouvent les radiographies.

Traitement de l'anévrysme de la carotide interne et du sinus caverneux.

M. Delens rappelle, à propos du cas rapporté par M. Reclus dans la dernière séance, qu'on a proposé divers traitements de l'anévrysme de la carotide interne et du sinus caverneux. L'électrolyse de la tumeur a donné quelques succès, mais M. Delens considère ce procédé comme plutôt dangereux. Il en est de même de l'extirpation du sac, qui offre des difficultés techniques assez grandes. La ligature de la carotide primitive paraît être le procédé de choix. Il faut lier la carotide primitive, parce qu'en liant seulement la carotide interne le sang continuerait à affluer dans le sac anévrysmal par la carotide externe et ses branches (art. thyroïdienne supérieure, art. faciale et art. angulaire). La gravité de cette opération n'est d'ailleurs plus ce qu'elle était jadis, depuis que l'on n'a plus à compter avec l'infection de la plaie. Quant au ramollissement cérébral consécutif à cette ligature, il est moins fréquent qu'on ne le pense puisque, actuellement, la mortalité n'est plus que de 12 p. 100.

Pour en revenir à l'opéré de M. Reclus, M. Delens croit que, malgré les battements et le bruit de souffle qu'il présente encore par intermittence, il finira par guérir sans qu'on soit obligé de recourir à la ligature de la carotide opposée.

Grossesse extra-utérine gémellaire.

M. Potherat analyse une observation de **M. Fontoynont** (de Tananarive) relative à un cas de grossesse extra-utérine gémellaire chez une femme hova. Cette femme, qui avait déjà eu 2 enfants, présentait depuis 5 mois tous les signes d'une nouvelle grossesse, lorsqu'elle eut subitement une métrorrhagie extrêmement grave, suivie bientôt de phénomènes d'infection. Ces accidents furent attribués à une fausse couche et on institua le traitement d'usage; puis, l'état de la malade ne faisant qu'empirer, on fit appeler M. Fontoynont. Celui-ci constata une tuméfaction abdominale, fluctuante par places, englobant l'utérus qui était très gros; il porta le diagnostic de phlegmon péri-utérin et fit aussitôt la colpotomie postérieure. L'incision donna issue à une quantité abondante de sang d'abord noir, puis rutilant, provenant d'une vaste poche abdominale.

En présence de cette hémorrhagie, M. Fontoynont se hâta de pratiquer le tamponnement, remettant la laparotomie au lendemain à cause de l'état fort précaire de la malade. Injections de sérum, de caféine, etc. Or, le lendemain, la laparotomie montra que la vaste poche abdominale occupait la fosse iliaque et qu'elle contenait un fœtus blanc de 12 centimètres; l'utérus présentait une déchirure de plusieurs centimètres. Extraction du fœtus, tentative d'extraction du placenta, hémorrhagie, tamponnement abdominal, tels furent les différents temps de l'intervention, et la femme fut de nouveau reportée dans son lit, son état général, très misérable, ne permettant pas, cette fois encore, d'aller plus loin. Deux jours après, troisième intervention : M. Fontoynont enlève les tamponnements vaginal et abdominal, explore le ventre et trouve alors un deuxième fœtus, plus petit que le premier, et noir, dont le placenta siégeait sur l'utérus, près des lèvres de la déchirure. Extraction du fœtus; drainage abdomino utéro-vaginal, guérison au bout d'un mois.

M. Fontoynont étiquette cette observation « grossesse extra-utérine gémellaire avec superfétation ». M. Potherat croit que cette dénomination est doublement erronée : le volume de l'utérus, l'insertion du second placenta au voisinage de la déchirure, font penser que le second fœtus s'était développé dans l'utérus. Il y avait donc grossesse utérine et grossesse extra-utérine concomitantes, fait dont on connaît quelques exemples, alors que l'on ne connaît pas de cas authentique de grossesse extra-utérine gémellaire.

M. Folet a observé un cas de grossesse extra-utérine gémellaire : l'un des fœtus était en régression, arrivé à terme et était mort récemment.

M. Tuffier avait signalé ici même un cas de superfétation qui lui paraît indiscutable. Il s'agit d'une femme qu'il a opérée pour une tumeur de l'hypochondre droit, laquelle tumeur était constituée par un fœtus de 7 mois mort, logé sous le foie; or, cette femme était accouchée six semaines auparavant d'un enfant à terme bien vivant.

Fréquence des calculs vésicaux chez les enfants hovas.

M. Potherat analyse un mémoire de **M. Fontoynont**, d'où il résulte que les calculs vésicaux sont très fréquents chez les Hovas, mais particulièrement chez les enfants (13 cas sur 18 observés en 2 ans). L'affection se rencontre presque exclusivement chez les petits garçons (12 garçons pour 1 fille); on l'observe chez des enfants âgés de quelques mois à peine. Les calculs sont tantôt uniques, tantôt multiples; ils sont presque toujours composés d'oxalates, rarement d'urates. Le traitement a consisté : 4 fois dans l'extraction par les voies naturelles, 1 fois dans la taille prérectale, 9 fois dans la taille hypogastrique. Sur ces 9 derniers opérés, 1 seul est mort.

M. Fontoynont ne s'explique pas cette fréquence des calculs vésicaux chez les enfants de race hova; il pense qu'ils se forment dans la vessie même et non dans le rein ou l'uretère, car jamais il n'avait observé de coliques néphrétiques chez les petits malades qu'il a été appelé à soigner.

Corps étranger des voies aériennes.

M. Ricard. — Il s'agit d'une femme de 39 ans qui portait depuis de longues années une canule trachéale. Le 14 novembre dernier, l'une des pièces de cette canule se détacha et tomba dans la trachée; cet accident ne fut d'ailleurs pas suivi de troubles respiratoires bien accentués. La radioscopie montra que le corps étranger se trouvait placé à cheval sur la bifurcation de la trachée, plongeant en partie dans la bronche droite. Des tentatives d'extraction par la voie naturelle n'ayant donné aucun résultat, M. Ricard se décida à aller chercher le corps étranger par la voie transmédiastinale antérieure.

Ayant tracé une grande incision courbe à convexité droite, partant de l'articulation sterno-claviculaire gauche et aboutissant, après avoir contourné largement les bords supérieur et latéral droit du sternum, à l'extrémité interne de la troisième côte gauche, il reséqua toute la moitié supérieure du sternum, opération qui se fit sans hémorrhagie, car il n'eut qu'une pince à placer. Il se mit alors à disséquer ou plutôt à dissocier le tissu cellulaire lâche du médiastin antérieur afin d'isoler les organes qui y sont contenus. Il isola et réclina facilement sans les lier les poumons recouverts de leurs plèvres, la veine cave supérieure, les veines pulmonaires; mais ce qui le gêna le plus, ce fut la présence de l'aorte dont la crosse, animée de mouvements de va-et-vient, se laissait difficilement récliner et balayait à tout instant le champ opératoire. Il finit cependant par mettre à nu l'extrémité inférieure de la trachée et l'origine de la bronche droite, mais alors il fut impossible, malgré la palpation la plus minutieuse, de retouver la trace du corps étranger. Dans ces conditions M. Ricard se crut obligé de renoncer à aller plus loin, l'incision exploratrice de la trachée lui paraissant une opération trop grave pour être tentée ainsi sans certitude de succès. Il se contenta donc de drainer largement le médiastin et de faire un pansement aussi occlusif que possible pour éviter l'infection de la plaie opératoire par les sécrétions provenant de la fistule trachéale. La malade mourut quelques jours après de bronchite septique, occasionnée par la présence du corps étranger; l'autopsie montra que ce dernier était resté à la place où l'avait signalé la radiographie.

M. Ricard a tenu à rapporter cette observation pour montrer que les interventions chirurgicales sur le médiastin antérieur sont non seulement possibles mais relativement faciles, et en particulier que cette voie peut être utilisée pour aller découvrir la partie inférieure de la trachée et l'origine des grosses bronches.

Résection de l'épaule pour carie sèche.

M. Demoulin présente un homme chez lequel il a pratiqué, il y a trois mois et demi, la résection de l'épaule pour une carie sèche s'accompagnant d'une ankylose presque complète de l'articulation et d'une atrophie très marquée du membre. L'opération a présenté des difficultés assez grandes, étant donné la soudure intime de la tête humérale avec la cavité cotyloïde. La réunion s'est faite par première intention. Actuellement, les mouvements de la jointure sont des plus satisfaisants.

M. Schwartz a pratiqué trois fois la résection de l'épaule pour carie sèche; jamais il n'a obtenu de résultat comparable à celui de M. Demoulin.

M. Kirmisson a eu plusieurs fois recours à la résection dans la carie sèche de l'épaule et toujours avec de bons résultats.

Kyste dermoïde double des ovaires.

M. Walther présente deux kystes dermoïdes qu'il a enlevés récemment chez une femme de 50 ans. Chacun d'eux était développé aux dépens d'un ovaire; l'un des kystes avait son pédicule tordu; tous deux contenaient de la matière grasse et des cheveux. Ce qu'il y a d'intéressant dans le cas de cette femme, c'est que sa double lésion ovarienne ne l'avait pas empêchée d'avoir six enfants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Mars 1901.

Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales aiguës.

M. A. Chauffard. — Nous savons, par les faits nombreux observés dans ces dernières années, que les méningites cérébro-spinales aiguës ont un pronostic immédiat moins grave qu'on ne le pensait et guérissent dans une proportion de cas relativement élevée.

Mais sur leur pronostic éloigné, sur leurs suites tardives, les documents font défaut, et la question n'a même, jusqu'à présent, été ni posée ni examinée.

Un fait que je viens d'observer est, à cet égard, des plus instructifs.

Un jeune homme de 17 ans entre le 29 octobre dernier à Cochin, au 3e jour d'une méningite cérébro-spinale aiguë

typique, avec fièvre, pouls alternativement ralenti et accéléré, raideur de la nuque et du rachis, signe de Kernig très net, vomissements, herpès labial, douleurs des membres paroxystiques et cruelles, subdélire, strabisme.

Au 6e jour de la maladie, on obtient, par ponction lombaire, 3 centimètres cubes d'un pus épais, jaune-verdâtre, amicrobien, riche en leucocytes polynucléaires.

Après des alternatives de recrudescence et de rémission, le malade quitte Cochin le 10 novembre, achève sa convalescence chez lui et reprend vers le 15 décembre son métier de menuisier.

Le 26 février, j'ai pu le revoir et l'examiner. Il était absolument guéri par complète *restitutio ad integrum*. Etat des muscles, des réflexes, des sensibilités, des sphincters, des appareils sensoriels, tout était redevenu normal. Le signe de Kernig avait entièrement disparu. Aucune trace d'une lésion secondaire persistante de la moelle ou du cerveau, et cela après plus de 2 mois et demi de complète guérison.

Tout au plus pouvait-on noter un peu de faiblesse des réflexes pupillaires et rotuliens.

Une pareille constatation fait un contraste singulier avec la gravité des accidents cliniques observés, avec la nature purulente du liquide retiré par ponction lombaire.

Elle étonne moins si l'on réfléchit que l'infection, dans les cas de ce genre, semble purement sous-arachnoïdienne et péri-axiale. La pie-mère ne participe au processus que de dedans en dehors, en fournissant l'apport nécessaire à la défense phagocytaire, par réaction inflammatoire pour ainsi dire centrifuge.

Nous savons qu'il en va tout autrement dans les méningites tuberculeuses, dans les fièvres typhoïdes ou varioles à déterminations nerveuses. Ce sont des méningo-encéphalites, des méningo-myélites que l'on observe en pareils cas, et dont les lésions histologiques ont été bien des fois décrites. Les observations ultérieures montreront si, comme je le crois, l'intégrité cérébro-spinale est la règle après la guérison des méningites cérébro-spinales aiguës.

Péricardite tuberculeuse avec épanchement abondant.

M. Rendu montre un malade chez lequel, au moment de son entrée à l'hôpital, la matité précordiale occupait la partie antérieure du thorax, dépassant le bord droit du sternum de deux travers de doigt; l'épanchement péricardique avait abaissé considérablement le diaphragme et amené, par suite, la disparition presque complète de la sonorité gastrique. Pouls paradoxal. Gêne respiratoire assez marquée, comme on le devine.

Par une première ponction on retira 900 grammes d'un liquide qui fut reconnu tuberculeux. Le malade fut soulagé, mais au bout de 6 jours le liquide se reproduisait et les symptômes physiques et fonctionnels apparaissaient à nouveau.

Nouvelle ponction de 1 200 grammes et, à la suite, injection unique d'un gramme de naphtol camphré. Le liquide ne se reproduisit pas, mais alors apparurent des symptômes assez inquiétants, bien que le malade ne s'en plaignît nullement : pouls petit, misérable; tachycardie; œdème des jambes; diminution de l'urine. Sous l'influence excitante du naphtol camphré, il s'était donc produit une insuffisance cardiaque. Mais tous ces phénomènes graves disparurent sous l'action de la théobromine, et aujourd'hui, comme on peut le voir, le malade est guéri. Il persiste seulement une symphyse péricardique.

M. Merklen. — On n'est pas très bien fixé sur l'évolution de ces péricardites. Quoi qu'il en soit, dans l'observation remarquable et peut-être unique de M. Rendu, il est bien probable que la guérison est due au naphtol camphré, ce qui doit faire passer condamnation sur les phénomènes inquiétants qui ont suivi l'injection et qui tenaient, sans doute, à une réaction inflammatoire.

M. Hirtz rappelle, à ce sujet, une observation personnelle relative à un homme très vigoureux, dompteur de sa profession, qui entra dans son service avec une dyspnée effroyable, récente, survenue brusquement, et qui ne pouvait, pour ce motif, garder que la position genu-pectorale. Rien dans les urines, rien aux poumons. Aucun bruit de souffle à la région précordiale. On pensa à une symphyse cardiaque. Le malade succomba. Or, à l'autopsie, on trouva un énorme épanchement péricardique (4 500 grammes), de nature tuberculeuse, et de la tuberculose des ganglions du médiastin. Aucune lésion tuberculeuse dans les poumons.

M. Galliard rappelle les difficultés de diagnostic entre ces péricardites et certaines pleurésies enkystées antérieures, et cite un fait personnel à l'appui.

M. Béclère, à l'appui de cette remarque de M. Galliard. signale les services que peut rendre la radiographie en pareils cas.

M. Rendu dit que, chez son malade, elle l'a moins bien renseigné que la percussion et l'auscultation.

Déformation hippocratique des doigts d'une seule main.

M. Béclère. — Dans ce cas tout à fait exceptionnel, il s'agit d'un homme âgé dont la main gauche présente l'aspect normal, tandis que la main droite ressemble à la main d'un phthisique au 3e degré : les doigts de ce côté sont renflés à leur extrémité en baguettes de tambour, les phalangettes sont sphériques, et les ongles, bombés, ressemblent à des verres de montre.

Le point de départ de cette déformation unilatérale est une ectasie de l'artère sous-clavière droite, qui s'est compliquée de symptômes aigus permettant de considérer comme très vraisemblable l'existence d'une phlébite de voisinage de la veine sous-clavière droite; c'est après l'apparition de ces symptômes aigus, douleurs vives, cyanose et gonflement du membre supérieur droit, qu'est survenue la déformation des doigts. La faiblesse relative du pouls radial droit, la cyanose légère que présente le membre supérieur droit, exclusivement à l'occasion des mouvements volontaires, la dilatation du réseau veineux sous-cutané, sont autant de signes qui témoignent en faveur d'un rétrécissement permanent de la veine sous-clavière droite.

La maladie où la déformation hippocratique des doigts est le plus prononcée, c'est, on le sait, la cyanose congénitale liée au rétrécissement de l'artère pulmonaire. Cette lésion équivaut à une ligature incomplète jetée sur le tronc collecteur qui amène aux poumons le sang veineux provenant des tissus périphériques.

La déformation unilatérale des doigts, dans le cas rapporté, se rapproche, au point de vue pathogénique, de la déformation bilatérale qui accompagne le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire; elle en est pour ainsi dire la monnaie, puisqu'elle paraît liée à une sorte de ligature incomplète jetée sur un gros tronc veineux. Dans les deux cas, l'hypertrophie de la pulpe des extrémités digitales semble être la conséquence de la viciation du sang résultant d'une rétention prolongée des substances destinées à être éliminées par le poumon, tout particulièrement de l'acide carbonique. La radiographie montre que les phalangettes osseuses ne prennent aucune part à l'hypertrophie des doigts.

Diphthérie généralisée à tout l'arbre respiratoire.

M. Le Gendre montre les pièces anatomiques d'un adulte dont tout l'appareil respiratoire est envahi par la diphthérie. On avait bien, dans ce cas, employé le sérum, mais c'était peut-être trop tard, le malade étant venu tardivement à l'hôpital.

M. Le Gendre se demande, en outre, s'il n'aurait pas dû en injecter des doses supérieures aux doses classiques, d'autant qu'il paraît bien, comme l'a fait remarquer M. Sevestre, que le sérum n'a pas la même intensité d'action qu'autrefois.

M. Variot observe que les poumons de ce malade sont très emphysémateux. C'est ce qu'on observe généralement chez les enfants dans cette forme de diphthérie, qui n'est pas excessivement rare dans le jeune âge.

M. Millard, à propos de la trachéotomie que l'on avait faite dans ce cas, rappelle qu'elle ne réussit jamais à sauver les malades adultes dans la diphthérie généralisée, avec croup.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 Mars 1901.

De la conduite à tenir chez une femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus.

M. Lepage a deux observations personnelles. Dans la première, le cancer prenait la lèvre postérieure et une partie de la lèvre antérieure du col utérin. La malade accoucha à terme, spontanément, d'un enfant vivant. Elle subit consécutivement avec succès l'hystérectomie totale.

Dans la deuxième, il y avait épithélioma du col avec envahissement de la paroi vaginale. Il dut, au cours du travail qui traînait en longueur, pratiquer un Porro. Cette opération, d'après lui, et contrairement à l'idée émise par M. Pozzi, laisse autant de chances de survie que l'hystérectomie.

M. Pozzi estime que lorsqu'on est sûr de ne pas pouvoir faire une intervention curative, il faut pratiquer le Porro et même la césarienne. S'il préfère l'hystérectomie, c'est que les statistiques de Porro dans les cas de cancer sont très mauvaises.

M. Legueu répond aux objections soulevées par sa communication faite à la séance de janvier dernier:

1° S'il a dit que le diagnostic de la grossesse dans les 3 premiers mois était très difficile, c'est d'après l'avis de M. Pozzi;

2° Quant à l'accélération du cancer par la grossesse, M. Pinard ayant apporté des faits contraires, il doit s'incliner;

3° Sur la fréquence des avortements, tandis que la statistique d'Hermann donnait 40 p. 100, celle de M. Pinard donne 33 p. 100;

4° Pour la conduite à tenir après les trois premiers mois, il se rallie à la majorité. Mais, lorsque dans les trois premiers mois il se trouvera en présence d'un cancer sûrement opérable, il sera tenté d'opérer. Lorqu'il aura laissé évoluer la grossesse, il opérera désormais, non plus à 8 mois, mais à terme, et au début du travail. Mais il opine pour l'opération radicale : l'hystérectomie.

M. Segond se range aux conclusions de M. Legueu, en ce qui concerne l'opération dans les deux premiers mois de la grossesse, si la femme est jeune et le cancer bien limité. Quant à l'opération à terme, il pense que l'hystérectomie devra être faite d'une façon exceptionnelle, car lorsqu'on n'est pas sûr de tout enlever, il est préférable de tout laisser.

M. Quénu n'est pas de l'avis de M. Pinard sur la marche du cancer pendant la grossesse. Il a toujours été frappé de l'influence fâcheuse de la grossesse sur les carcinomes et même sur les sarcomes, et pense qu'elle agit sur l'activité des éléments anatomiques. Il ne parle pas particulièrement du cancer de l'utérus, mais du cancer du sein ou d'autres organes et aussi des sarcomes.

M. Pinard a vu des cancers du sein évoluer très rapidement chez des femmes non enceintes. Il pense donc que la grossesse n'a aucune influence, et qu'à l'état de grossesse, comme en dehors de celle-ci, la marche du cancer est tantôt lente, tantôt rapide.

Luxation congénitale de la hanche.

MM. Lepage et **Grosse** apportent une observation avec photographies, radiographie et pièce, d'un cas de luxation congénitale de la hanche diagnostiquée chez un nouveau-né mort à 10 jours. Il était né en siège décomplété mode des fesses et se maintint dans cette attitude pendant les jours qui suivirent sa naissance. Il y avait un raccourcissement apparent du membre inférieur gauche qui fit faire le diagnostic.

Il existait également chez lui une déformation des pieds différente du pied bot, provenant de l'attitude de l'enfant *in utero* : c'était une véritable luxation de la mortaise tibiopéronière sur l'astragale : il y avait encore absence de palais, ectopie testiculaire et déformation du thorax.

M. Quénu demande que si un cas de ce genre se rencontrait à nouveau, on veuille bien disséquer les muscles de la hanche et faire un examen histologique de la moelle et du système nerveux.

M. Kirmisson fait remarquer que le diagnostic est rarement fait avant que l'enfant marche; on ne voit rien, même pas de raccourcissement; la malformation de la hanche existe, mais la luxation ne se produit qu'avec la station debout. La théorie musculaire ne peut se défendre : ce ne sont pas des luxations paralytiques.

Elles ne paraissent pas plus fréquentes dans les présentations du siège que dans les autres.

M. Pinard est de cet avis; il a eu trois cas de luxation congénitale dans sa clientèle, les enfants étant nés tous trois par le sommet. Ces luxations se trouvent toujours chez des enfants porteurs d'autres malformations.

Accouchement provoqué pour un cas de névrite périphérique alcoolique.

MM. Lepage et **Sainton** rapportent le cas d'une femme atteinte de névrite périphérique d'origine alcoolique, qui présenta des troubles paralytiques des membres inférieurs et supérieurs, et des troubles des réservoirs au cours d'une grossesse, qu'ils furent, pour ce fait, obligés d'intervenir; les phénomènes d'intoxication s'amendèrent aussitôt. L'enfant, du poids de 1 500 grammes, vécut.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Mars 1901.

Epithélioma et pâte arsenicale.

M. Villar présente une femme âgée de 66 ans, opérée il y a 5 ans d'un épithélioma de la face. La récidive survint au bout de 2 ans. Une vaste ulcération occupait la région malaire gauche, s'étendant jusqu'au nez et à la paupière inférieure qui était prise. Après plusieurs applications de pâte arsenicale; (le traitement a duré 3 mois) la malade est actuellement guérie.

M. Moure croit que le bistouri eût donné, dans la circonstance, un résultat aussi bon et une cicatrice peut-être meilleure. Puisque la récidive a mis 2 ans à se produire après la première intervention au bistouri, il y aurait lieu de voir ce qui se passera dans un temps correspondant après ce traitement par la pâte.

M. Villar déclare qu'à son avis le cas était difficilement opérable après la récidive; la pâte a permis d'obtenir ce que n'aurait pas donné le bistouri.

M. Courtin fait part d'un succès qu'il a eu dernièrement au moyen de la pâte arsenicale dans un cas d'épithélioma de la main.

Injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne.

M. Pitres rapporte le cas d'une malade qui présentait des signes non douteux de tumeur cérébrale. L'examen ophthalmoscopique révélait l'existence d'une névrite optique avec turgescence des vaisseaux péri-papillaires. On pratiqua chez cette malade une ponction lombaire qui laissa s'écouler une grande quantité de liquide céphalo-rachidien, 20 centimètres cubes environ. Depuis la ponction, la malade n'a plus souffert de la tête et les symptômes oculaires se sont fort atténués.

M. Pitres fait suivre cette observation d'une série de réflexions sur les effets physiologiques des injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne. Presque tous les chirurgiens déclarent que l'analgésie débute par les pieds pour remonter aux jambes, aux cuisses, envahissant ces diverses régions d'une façon métamérique. Il n'en est pas toujours ainsi, et l'on peut dire : 1° que l'analgésie ne commence pas toujours par les pieds; 2° qu'elle n'envahit pas forcément les diverses régions sus-mentionnées d'une façon métamérique; 3° que la limite supérieure de l'analgésie ne s'arrête pas en formant un plan vertical à celui de l'axe du corps. Cette limite est toujours plus élevée en arrière qu'en avant. Enfin, la ligne supérieure d'analgésie est toujours séparée des parties sensibles par une bande d'hypo-esthésie de deux à cinq travers de doigt de large.

Ces résultats confirment les expériences de Tuffier et Hallion. La cocaïne agirait donc non sur la moelle, mais sur les racines postérieures.

M. Pousson rapporte un cas qui vient confirmer ce qu'à émis M. Pitres à propos de l'envahissement de l'analgésie. Chez son malade, il existait une analgésie complète de l'urèthre et de la vessie, alors que les pieds étaient encore sensibles.

M. Davezac demande dans quels cas la cocaïne procure l'analgésie, et dans quels cas elle produit l'anesthésie.

M. Pitres. — Lorsqu'on fait une injection massive, on ne peut pas suivre le mode d'envahissement, qui marche avec une très grande rapidité. Avec des doses faibles, au contraire, il est facile de dissocier les phénomènes, et l'on voit que la région qui va devenir analgésique est d'abord hypo-esthésique, mais on ne peut obtenir l'anesthésie même avec des doses massives. Les malades ne sentent pas la douleur, mais gardent la sensation de contact.

M. Hirigoyen fait remarquer que les injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne, malgré l'analgésie qu'elles procurent chez les femmes en couches, n'entravent pas la contraction utérine, qu'elles semblent plutôt renforcer.

M. Armaignac, ayant observé des troubles nauséeux par la simple instillation de cocaïne dans l'œil, demande si l'on en a constaté à la suite des injections lombaires.

MM. Pitres et Villar répondent que les nausées et les vomissements sont presque la règle, mais qu'ils disparaissent très vite.

M. W. Dubreuilh n'a jamais constaté de nausées dans l'emploi sous et intra-cutané de cocaïne, malgré des doses assez élevées.

M. Courtin croit que les nausées sont en partie dues à ce que les malades sont à jeun.

Balle de revolver perdue depuis 5 ans dans un genou.

M. Hassler présente un malade chez lequel il a extrait une balle de revolver du commerce perdue depuis 5 ans dans le genou gauche. L'accident, survenu 3 ans avant l'incorporation du malade, avait laissé à sa suite une hydarthrose chronique avec laxité des ailerons rotuliens et une atrophie musculaire du membre inférieur tout entier. Le malade souffrait et boitait en marchant, l'hydarthrose s'accusait à l'occasion d'un travail pénible. La radiographie permit d'établir un repérage précis du projectile. L'arthrotomie, pratiquée le 31 janvier 1901, a permis d'extraire le corps étranger enkysté dans une coque fibreuse. Actuellement, le blessé marche toute la journée et fait son service, et ne présente aucune trace d'hydarthrose.

Corps étranger de l'orbite.

M. Fromaget rapporte l'histoire d'un malade atteint de plaie pénétrante de l'œil dans la région ciliaire. L'examen radiographique de profil montra que le corps étranger métallique siégeait au milieu de l'orbite et près du bord antérieur. L'examen radiographique de face ne fournit aucun renseignement utile.

Pensant à un corps étranger intra-oculaire, on fit des tentatives répétées d'extraction avec l'électro-aimant. Le résultat fut négatif. Deux jours après éclatèrent des accidents inflammatoires qui rendirent nécessaire l'énucléation. Celle-ci montra que le globe présentait deux perforations de la sclérotique, la postérieure siégeant à quelques millimètres en avant du nerf optique. A la face externe, on trouvait un fibrome d'enkystement, mais pas de corps étranger, celui-ci étant situé plus profondément fut abandonné. Depuis lors, il n'y a eu aucun accident inflammatoire.

Peut-être, dans ces cas, la radiographie stéréoscopique donnerait-elle de meilleurs résultats; mais la radiographie simple, pour le cas présent, a modifié la ligne de conduite ancienne, qui aurait commandé d'attendre les événements et de n'énucléer qu'après l'apparition d'une irido-choroïdite grave.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 Mars 1901.

Réduction d'une luxation du coude, datant de 3 mois.

M. Violet présente une malade âgée de 31 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jaboulay, le 11 février pour une luxation du coude datant de plus de 3 mois.

A l'entrée, on constate les signes classiques de la luxation en arrière. Un peu de mobilité latérale. Pas de couches périostiques de nouvelle formation. On sent très bien les saillies des surfaces articulaires. M. Jaboulay ne croit pas devoir considérer cette luxation comme irréductible. Sous anesthésie on tâche de rompre les adhérences par des tractions, des mouvements de pronation et de supination et surtout des mouvements de flexion brusque de l'avant-bras en avant, pendant que les mains de l'opérateur embrassent fortement le bras de la malade près du coude, et que les deux pouces, placés en arrière, repoussent et l'olécrane et la cupule radiale. Tous ces mouvements sont essayés à plusieurs reprises. Mais, à un moment donné, par un mouvement de pronation et de traction combinées, M. Jaboulay arrive à accrocher la cupule radiale sous l'épicondyle. Un bruit sourd se fait entendre, la trochlée cubitale a suivi, la luxation est réduite.

M. Jaboulay insiste beaucoup sur la valeur de ce mouvement, dit du fouet, pour rompre les adhérences et sur l'utilité de la pronation pour la réduction de ces luxations du coude en arrière. Dans le mouvement de pronation, en effet, la capsule radiale effectue une descente sensible le long de l'épicondyle et si, dans cette descente obtenue et par pronotion et par traction, on arrive à accrocher la capsule radiale sous l'épicondyle on a un point d'appui infaillible; le cubitus est obligé de suivre.

L'épreuve radiographique montre la parfaite réduction. D'autre part, l'examen de la malade montre combien la flexion est facile maintenant dans l'article. Toutefois la malade paraît présenter encore un peu d'épanchement sanguin, tant intra que péri-articulaire, dont la résorption hâtera considérablement la guérison. Il est survenu, au lendemain de la réduction, de la perte de la sensibilité dans le territoire du cubital; cette anesthésie a aujourd'hui rétrocédé. Il n'en a pas été de même de l'impossibilité de certains mouvements, tels que l'écartement des doigts et la flexion des deux derniers, annulaire et auriculaire. Toutefois l'évolution de l'anesthésie nous fait bien préjuger de la paralysie sous l'influence du massage et de l'électricité.

Blessures du cœur et du péricarde.

M. Piollet présente une pièce provenant d'un malade du service de M. Vallas.

Cet homme, cordonnier de son état, âgé de 36 ans, voulant se suicider, se porta, le vendredi 1er mars, à 5 heures du soir, deux coups de tranchet de cordonnier, dans la région précordiale.

Il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, à 6 heures du soir, et admis dans le service de M. Vallas.

L'état général du blessé semblait assez bon; il n'avait pas perdu connaissance, et répondait aux questions qu'on lui posait. Il n'avait pas d'hémoptysie, et n'en présenta pas ensuite. Un peu de dyspnée. Pouls bon, régulier, pas très rapide (100 environ). A l'examen du cœur, on constatait que la pointe était très accessible, que les bruits, normaux vers la pointe, semblaient un peu assourdis à la base. Enfin, il existait un léger frottement péricardique. L'auscultation du poumon était impossible, car, dès qu'on essayait d'asseoir le malade, un flot de sang rutilant s'échappait en jet de la blessure inférieure.

Les blessures de la paroi étaient au nombre de deux, siégeant dans le 5e espace intercostal gauche; elles étaient, toutes deux, obliques de haut en bas et de dehors en dedans; l'une, un peu plus élevée, semblait située à peu près sur la 5e côte; elles étaient à deux travers de doigt environ du bord gauche du sternum. Elles présentaient environ 2 centimètres de longueur chacune.

M. Vallas vit le malade vers 7 h. 1/2, et intervint aussitôt;

une incision cutanée fut faite au niveau des blessures, un fragment de 5 centimètres de la 5e côte réséqué vers son extrémité interne.

Pas d'hémorrhagie de la paroi.

On vit alors une blessure du bord de la languette pulmonaire qui recouvre le péricarde; ce point semblait l'origine de l'hémorrhagie. Les contractions cardiaques étaient fortes et régulières, et comme même en les cherchant, M. Vallas ne voyait aucune blessure péricardique, après un essai de tamponnement qui eut pour résultat d'arrêter passagèrement les battements du cœur, il mit sur la blessure pleuro-pulmonaire deux pinces qu'il laissa à demeure.

Le malade avait perdu connaissance et paraissait très faible. Sous l'influence d'injections sous-cutanées de caféine, d'éther, et de 500 grammes de sérum, il reprit peu à peu et, vers minuit, il semblait aller assez bien.

Pourtant le lendemain matin, 2 mars, il mourut à 8 h. 1/2 du matin, 15 heures environ après la blessure.

L'autopsie, pratiquée le dimanche matin, 3 mars, permit de constater un hémothorax très abondant de la plèvre gauche. La languette pulmonaire précordiale, qui était adhérente à la plèvre médiastine, porte une petite blessure sur laquelle on pouvait voir la trace des pinces. Le péricarde une fois incisé, on en retire un caillot de 60 grammes. Puis on voit une double plaie pénétrante du péricarde et du cœur. Les deux blessures sont vers la pointe; pour la première, l'instrument, après avoir blessé la face antérieure du péricarde (plaie de 18 millimètres de large) a atteint le bord gauche du ventricule gauche et lui a fait une plaie en séton, qui n'a pas ouvert la cavité ventriculaire.

Enfin, l'instrument entrant plus profondément est allé finalement blesser la face postérieure du péricarde, lui faisant une ouverture de 5 à 6 millimètres de longueur.

L'autre blessure, portant plus en dedans, était plus grave; là, en effet, on trouve une plaie de la face antérieure du péricarde, de 18 millimètres; une plaie de la paroi antérieure du ventricule gauche longue de 16 millimètres, à peu près horizontale, siégeant à 5 centimètres de la pointe du cœur et dont l'extrémité droite confine exactement au sillon interventriculaire. A cette blessure ne correspond pas de plaie postérieure, mais l'ouverture du ventricule gauche permet de constater que l'instrument a pénétré dans la partie inférieure de la cavité ventriculaire, passant en-dessous de quelques piliers de 2e ordre, ne lésant pas de piliers importants, et pénétrant légèrement dans la face postérieure du ventricule, sans toutefois la perforer de part en part. Le ventricule droit est intact.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 Mars 1901.

Ptosis congénital.

M. Ginestous montre à la Société un nourrisson de 3 mois 1/2 qui depuis la naissance n'a pu entr'ouvrir les paupières que dans ces derniers jours. L'enfant est venu à terme d'une façon normale et on ne relate rien dans son observation qui permette d'expliquer son ptosis. Cette chute de la paupière supérieure est bilatérale et symétrique. Ses globes oculaires sont intacts et se meuvent d'une façon qui paraît normale. Le centre du releveur palpébral paraît être uniquement intéressé, à moins qu'il ne s'agisse d'un vice de développement portant sur le groupe cellulaire d'où émanent les fibres nerveuses destinées à ce muscle.

Obstruction intestinale.

M. de Boucaud présente une malade, âgée de 41 ans, entrée à l'hôpital Saint-André avec des signes d'obstruction intestinale à forme subaiguë. Un mois auparavant, la malade avait eu des signes d'obstruction passagère. Les signes actuels avaient débuté il y a 8 jours et s'étaient établis progressivement : météorisme, vomissements alimentaires, bilieux et fécaloïdes. On diagnostiqua une lésion néoplasique de l'intestin grêle siégeant au niveau de sa terminaison.

L'état menaçant de s'aggraver, on fit une laparotomie et on constata la présence d'une tumeur siégeant au niveau du côlon ascendant. Le volume, les connexions de la tumeur ayant rendu son extirpation irréalisable, on fit une entéro-anastomose. La partie terminale de l'intestin grêle fut reliée à la portion droite du côlon transverse. Les suites opératoires furent excellentes. Les signes d'obstruction disparurent rapidement. La malade est très améliorée.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 Mars 1901.

Un cas de transmission de la gourme du cheval à l'homme.

M. Schöler présente un malade, exerçant le métier de cocher, qui a contracté la gourme des chevaux qu'il soignait : il a eu d'abord, sur la muqueuse palpébrale, une ulcération à fond grisâtre; 2 jours plus tard, une lésion semblable se développait sur la conjonctive; l'œil était rouge, la cornée dépolie. Au bout de 2 semaines, ces ulcérations étaient cicatrisées et le patient pouvait quitter le service; mais, entre temps, il avait souffert de phénomènes généraux : maux de tête, malaise, douleurs dans les membres, sensation de courbature, fièvre s'élevant à 40°; cette dernière dura 14 jours, accompagnée de gonflement de la jambe, d'un léger œdème, d'exanthème, de pétéchies, de tuméfaction et de rougeur de la peau, d'une sensation de tension dans les jointures; ces troubles disparurent tandis que la température était encore élevée, mais furent remplacés par de la toux avec expectoration visqueuse peu abondante, vomissements et melæna. Actuellement, il n'y a plus de fièvre; il ne subsiste qu'une légère albuminurie.

A ce sujet, l'orateur rappelle que la gourme du cheval est généralement une affection bénigne; elle débute par un catarrhe nasal avec ulcérations de la muqueuse et jetage abondant, catarrhe qui s'étend peu à peu par les voies lymphatiques, devient purulent et détermine la formation d'abcès; mais à côté de cette forme, qui est la plus commune, il en existe une autre où les agents pathogènes, déversés dans le sang, réalisent le tableau d'une septicémie.

Les symptômes de la gourme du cheval sont analogues à ceux que l'on a observés chez cet homme : gonflement des membres, éruptions cutanées, pétéchies, métastases dans les divers organes, etc. D'après les recherches de Schütz et d'autres auteurs, l'agent de cette affection serait un streptocoque ovale, facile à cultiver sur sérum sanguin, inoculable au cheval et à quelques autres animaux, tels que la souris.

Chez le malade qu'il vient de présenter, M. Schöler estime que l'infection s'est faite par la muqueuse, puis s'est propagée par la voie lymphatique, ce dont témoigne l'inflammation d'un ganglion sous-maxillaire.

Ce serait là le premier exemple connu de gourme humaine.

Infection tétanique d'origine intestinale.

M. J. Süss a communiqué l'observation d'un homme mort de tétanos, à l'autopsie duquel on constata, en même temps que des lésions de gastro-entérite, la présence, dans le mucus

stomacal et intestinal, de bacilles tétaniques et d'acide butyrique. Ce malade ne présentant aucune solution de continuité du tégument externe, il est probable que l'infection a eu lieu par la voie intestinale; 2 cas analogues ont déjà été publiés.

Frémissement particulier dans un cas d'endartérite de l'aorte descendante.

M. H. Schlesinger a présenté une femme de 31 ans, chez laquelle on perçoit, par la palpation de la région ombilicale, un frémissement qui paraît provenir de l'aorte et se continue jusque dans les artères fémorales; ce frémissement est synchrone à la systole cardiaque. A l'auscultation de l'aorte abdominale, on entend, même à distance, un bruit aigu, également systolique, qui se propage dans les fémorales.

En outre, on perçoit, au niveau de la 6e vertèbre dorsale, un léger souffle systolique, qui siège aussi dans l'aorte. L'auscultation du cœur ne décèle pas le moindre bruit anormal. Du reste, la radioscopie n'a fait reconnaître aucune lésion chez cette malade. Il est probable cependant qu'il existe chez elle une endartérite localisée aux portions thoracique et abdominale de l'aorte.

Résection étendue de l'épiploon pour torsion de cet organe.

M. G. Oelwein montre des pièces anatomiques provenant d'un homme de 56 ans, qui fut pris subitement, il y a quelques jours, de douleurs abdominales dans le côté droit, avec fièvre, vomissements, etc. A l'ouverture du ventre, on constata que l'épiploon, au voisinage du côlon transverse, était tordu plusieurs fois sur lui-même. On sectionna le pédicule tordu, reséquant ainsi la plus grande partie de l'épiploon. Actuellement l'opéré se porte très bien.

M. J. Habart a vu survenir un amaigrissement considérable chez un malade auquel il avait extirpé une portion considérable de l'épiploon. Bassini a fait une remarque semblable. Il est donc prudent de ne pas pratiquer de trop larges résections épiploïques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LEIPZIG

Séance du 18 Décembre 1900.

Syringomyélie.

M. Mertens a communiqué l'observation d'un homme de 60 ans atteint probablement de syringomyélie.

L'affection a débuté en 1886 sous la forme d'une petite ulcération au niveau du gros orteil du côté droit. Pendant les années suivantes, le malade a présenté au niveau de ses pieds une série de processus suppuratifs avec formation de fistules par lesquelles de temps en temps il sortait de petits séquestres. Il y a eu mutilation du pied dont le volume a diminué. Tous ces processus ont évolué sans occasionner des douleurs appréciables.

Ce qui frappe chez ce malade c'est la conformation de ses pieds. La partie antérieure des pieds est rétractée, tandis que la partie postérieure a un aspect éléphantiasique. Une épreuve radiographique a montré que le squelette du pied est en partie atrophié, en partie hypertrophié. L'atrophie existe au niveau du métatarse dont les os sont très amincis ou bien présentent une résorption presque totale de la diaphyse. Ces mêmes lésions existent aussi au niveau des phalanges dont quelques-unes pourtant semblent hypertrophiées et offrent des exostoses.

Le tarse est resté normal, mais les extrémités du tibia et du péroné sont hypertrophiées.

Il existe un certain degré d'hypo-esthésie au niveau de la peau du pied, mais partout ailleurs la sensibilité tactile est normale. On constate en outre une analgésie complète des deux pieds sauf au niveau des talons, et une anesthésie thermique au niveau des deux pieds, et du tiers inférieur de la jambe du côté droit. Pas de symptômes de tabes.

Au point de vue du diagnostic on pourrait encore penser à la lèpre. Mais on n'a pas trouvé le bacille spécifique, et l'épaississement des troncs nerveux périphériques fait défaut.

M. Petzold cite un autre cas intéressant de syringomyélie. Il s'agit d'un homme de 30 ans dont l'affection a débuté il y a 5 ans sous forme de faiblesse des membres inférieurs, et qui présente aujourd'hui une atrophie musculaire progressive des membres supérieurs plus accusée à droite qu'à gauche. Les petits muscles des mains présentent notamment des contractions fibrillaires et leur excitabilité électrique est notablement abaissée.

La diminution de la sensibilité générale et de la sensibilité à la douleur est très nette. La sensibilité tactile et la notion de la position des membres sont normales à l'exception de certaines parties comme les aines, la face antérieure et la cuisse droite, une partie de la région hypogastrique droite.

Le malade présente en outre de l'hyperesthésie au niveau de la jambe gauche, des paresthésies au niveau des deux mains. La sensibilité à la chaleur est ralentie et plus atteinte que la sensibilité au froid. Les réflexes des membres supérieurs, de la paroi abdominale et des crémasters sont abolis, les réflexes rotuliens et ceux de la plante du pied exagérés.

Comme troubles trophiques on trouve un eczéma hypertrophique chronique des mains et de nombreuses cicatrices au niveau des membres supérieurs. Le malade présente enfin un rétrécissement de la pupille et de la fente palpébrale du côté droit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ALTONA

Séance du 5 Décembre 1901.

Traumatisme cranien.

M. Nonne a communiqué trois cas de traumatisme cranien.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 23 ans, dans les antécédents duquel on ne trouvait pas d'alcoolisme ni de syphilis, qui avait reçu un coup de marteau sur la tête. A côté d'une ecchymose de la peau de la région pariétale gauche, le malade présente quelques signes de commotion cérébrale. Le lendemain, il a pu reprendre son travail qu'il fut obligé d'abandonner au bout de quelques heures, en raison de la céphalalgie violente et des vertiges qu'il éprouvait. 24 heures plus tard, il eut des vomissements et des convulsions passagères dans les muscles de la face et des membres.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, on trouva un léger état de somnolence, de l'incertitude des mouvements et un pouls fréquent. Dans la journée, l'état comateux s'accentua, il survint une parésie des quatre membres. La ponction lombaire donna issue à un liquide cérébro-spinal normal, et l'examen ophthalmoscopique ne révéla rien de particulier. Le malade succomba le lendemain sans avoir présenté d'autres symptômes.

A l'autopsie, on ne trouva pas de lésions du crâne. Les méninges étaient intactes et la substance corticale du cerveau paraissait normale. Sur des coupes seulement, on trouva un grand nombre de foyers de ramollissement dans la substance blanche de deux hémisphères. Les vaisseaux de la base étaient normaux.

L'examen microscopique montra l'existence d'une hyperémie des capillaires, d'une dilatation des gaines lymphatiques périvasculaires autour desquelles la substance cérébrale était ramollie.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 26 ans qui, à la suite d'une chute, a présenté les symptômes d'une commotion cérébrale. Au bout de deux jours, il a pu reprendre son travail, mais, 48 heures plus tard, il fut pris de vomissements et de céphalalgie, et fut amené à l'hôpital.

A l'examen, on trouva le pouls ralenti, et la région temporale droite sensible à la percussion. Pas d'autres symptômes objectifs. Le lendemain, le malade avait du délire, du coma et une parésie des membres du côté gauche. L'examen ophthalmoscopique ne révéla rien de particulier, et la ponction lombaire amena un liquide normal. Le malade succomba dans la soirée après avoir présenté des convulsions dans les membres du côté gauche,

A l'autopsie, on trouva un infarctus hémorrhagique dans le

sommet du lobe temporal droit; l'espace sous-duremérien était rempli de sang qui recouvrait presque tout l'hémisphère droit. Aucune lésion au niveau du crâne ou des méninges.

L'examen microscopique a montré une destruction hémorrhagique du lobe temporal droit, dont les vaisseaux étaient fortement dilatés et présentaient des déchirures multiples. Le sang avait ainsi imbibé la substance cérébrale et passé dans l'espace sous-duremérien.

D'après M. Nonne, il s'agirait, dans ce cas, d'une apoplexie tardive. Le traumatisme aurait amené un broiement de la substance cérébrale et, secondairement, une déchirure des vaisseaux.

Le troisième cas a trait à un homme de 59 ans, qui avait reçu une pierre sur la tête. Après des symptômes passagers de commotion cérébrale, le malade a présenté, le lendemain, de l'hémi-anopsie du côté droit. L'hémiparésie disparut pendant le séjour du malade à l'hôpital, tandis que l'hémi-anopsie persista.

Le malade qui était alcoolique, artério-scléreux et syphilitique, a donc pu reprendre son travail. Mais au bout de quelque temps, à la suite d'un nouveau traumatisme cranien, il retourna à l'hôpital, il survint une hémi-anopsie gauche, et au bout de quelque temps une parésie des membres du côté gauche et des phénomènes de polyurie. Malgré le traitement antisyphilitique, le malade devint cachectique et succomba un mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva une artério-sclérose des artères de la base, un ancien foyer de ramollissement dans la substance blanche du cunéus et du précunéus de l'hémisphère droit, des gommes qui, développées au niveau de la base, avaient pénétré dans la capsule interne.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 15 Mars 1901.

Les lésions histologiques de la peau dans la maladie d'Addison.

M. S. Ehrmann a exposé le résultat de ses recherches sur les lésions cutanées qui existent dans la maladie d'Addison. Il a constaté, dans cette affection, une multiplication des cellules pigmentaires normales (mélanoblastes) dans le derme et l'épiderme, surtout autour des vaisseaux. En outre, la peau est infiltrée par des cellules rondes ou polygonales, provenant de la dégénérescence des leucocytes. Physiologiquement, le pigment cutané prend naissance dans le derme d'où il pénètre ensuite dans les éléments qui le contiennent ont la même origine que les cellules du tissu conjonctif, sans toutefois leur être identiques. M. Ehrmann a observé les mêmes altérations dans quelques infections ou intoxications (syphilis, mélanodermie arsenicale), ainsi que chez des sujets ayant reçu des injections d'acide phénique ou de tuberculine.

D'après les recherches de l'orateur, la pigmentation cutanée n'est pas sous la dépendance du système nerveux; celui-ci n'agit sur les mélanoblastes que chez les animaux les plus inférieurs. Quant à la multiplication des cellules à pigment, elle a lieu sous l'influence des irritations les plus diverses. L'opinion qui attribue la pigmentation, dans la maladie d'Addison, aux hémorrhagies, est entachée d'erreur, car le pigment résultant des hémorrhagies est de l'hémosidérine, tandis que chez les addisoniens, il s'agit de mélanine, substance ne contenant pas de fer. Ce pigment naît sur place et est le résultat de la vie cellulaire.

Au niveau de la paume de la main, les mélanoblastes font complètement défaut; il en est de même au cuir chevelu, mais, par contre, les cellules à pigment sont nombreuses dans les follicules pileux : on s'explique ainsi que les addisoniens aient la paume des mains blanche et les cheveux très fortement colorés.

M. Alexander rappelle qu'il existe dans le labyrinthe et autour du nerf olfactif des cellules pigmentaires qui sont très probablement en rapport avec les nerfs acoustique et olfactif.

M. Ehrmann fait observer que la présence de cellules à pigment au voisinage des nerfs ne prouve pas qu'il y ait une relation fonctionnelle entre les uns et les autres.

M. Spiegler croit, au contraire, que dans bien des cas la formation de la matière colorante dépend d'influences nerveuses : ainsi la pigmentation que détermine fréquemment le port d'un bandage herniaire apparaît parfois aussi au point symétrique du côté opposé. On sait, d'autre part, que les *nævi pigmentosi* augmentent pendant la grossesse.

M. Kaposi est également d'avis que le système nerveux a une grande action sur la production des pigments. C'est de cette manière qu'on peut expliquer l'apparition du chloasma pendant la grossesse et sa disparition après l'accouchement.

M. J. Neumann déclare que dans les états pathologiques, le pigment se trouve non seulement dans les mélanoblastes, comme l'admet M. Ehrmann, mais aussi dans les cellules rondes, où il est à l'état diffus, et dans les cellules fixes du tissu conjonctif, sous forme de granulations.

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 11 Mars 1901.

Un cas de réinfection syphilitique.

M. G. Nobl a relaté l'observation d'un homme de 42 ans, qui avait été atteint, en 1894, d'un chancre induré au niveau du sillon préputial: ce chancre avait été suivi d'une adénopathie et d'un exanthème maculo-papuleux, lequel récidiva deux fois et fut traité par des injections intra-musculaires de mercure. Pendant les années suivantes, le malade ne présenta plus aucun accident et sa femme mit au monde, en 1899, un enfant bien constitué. Or, l'an passé, M. Nobl revit cet homme : il était porteur d'un chancre induré du frein, qui, survenu 3 semaines après un coït suspect, fut suivi d'un exanthème maculeux avec adénopathies multiples; le diagnostic ne saurait être douteux, car le malade a transmis l'infection à sa femme. C'est donc un exemple indiscutable de réinfection syphilitique.

Le massage en oculistique.

M. Elschnig a employé plusieurs fois avec succès le massage dans le traitement du trachome chronique et de ses complications : kératites récidivantes, ulcérations de la cornée, etc. Ce massage doit être pratiqué au moyen d'une baguette de verre garnie d'un peu d'ouate que l'on imbibe d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 p. 4 000. On introduit la baguette dans le cul-de-sac conjonctival et on la presse contre l'index de l'autre main appliqué sur la peau de la paupière. Au début du traitement, il faut insensibiliser l'œil au moyen d'une solution de cocaïne à 2 p. 100, mais plus tard cette précaution devient inutile. L'application de glace suffit pour combattre l'irritation que produit le massage. Les séances doivent être d'abord quotidiennes, ensuite il suffit de les renouveler tous les 2 ou 3 jours; la durée de chacune d'elles est de 5 minutes par œil.

Le massage exerce également une action favorable sur les conjonctivites catarrhales chroniques, surtout accompagnées d'hypersécrétion ou de rétention de la sécrétion des glandes de Meibomius. Dans les conjonctivites phlycténulaires, ce moyen est un bon adjuvant du traitement médicamenteux. Il en est de même dans les conjonctivites catarrhales saisonnières, les chalazions chroniques, les dacryocystites, etc.

Le massage favorise, en outre, la résorption des hémorrhagies de la chambre antérieure, des masses lenticulaires cristalliniennes et des exsudats de l'iris; il aurait aussi une action favorable sur les troubles circulatoires du fond de l'œil.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. le professeur A. Poncet.

Nanisme insolite

(*Forme particulière d'arrêt de développement du squelette*),

Par M. Patel,

Interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

Les cas de nanisme méritent d'être étudiés complètement à l'heure actuelle, car la classification de ceux que l'on connaît est des plus difficiles; la radiographie semble devoir faire avancer la question, puisque le nain est principalement intéressant par son squelette. Grâce à la bienveillance de M. le professeur Poncet, dont nous avons l'honneur d'être l'interne, nous avons pu étudier un cas de nanisme, dont certaines particularités justifient la publication.

Voici, tout d'abord les renseignements aussi complets que possible qui ont été recueillis à son sujet.

Pierre Guilhaumont, âgé de 48 ans, né dans la Haute-Loire (canton de Riotord), se fait immédiatement remarquer par la petitesse de sa taille, qui est de : 1 m. 08, et par une série de difformités assez particulières.

Quand on l'interroge sur ses antécédents héréditaires, on apprend qu'il a 7 frères ou sœurs, tous vivants, bien portants, de taille normale : plusieurs ont des enfants qui sont également bien conformés. Il est le dernier de ses frères ou sœurs. Son père semble avoir été très alcoolique ; il est mort vieux, d'affection difficile à déterminer, d'après les renseignements fournis. Sa mère s'est toujours bien portée ; elle n'a jamais eu de fausse couche ; elle est morte très âgée, de maladie également inconnue. Il ne se rappelle pas que dans sa famille il y ait eu quelqu'un de petite taille. Il n'a jamais entendu dire que sa mère ait eu un accident pendant qu'elle était enceinte de lui ; il vint à terme; il sait seulement qu'il était si chétif et si mal conformé que l'on disait qu'il ne pourrait vivre longtemps. Cependant il atteignit la puberté sans accident notable, mais en restant toujours très petit; c'est vers l'âge de 15 ans qu'il se mit à grandir un peu, jusqu'à sa 20° année; depuis cette époque la taille ne s'est pas modifiée; Guilhaumont engraissa seulement un peu.

Il a atteint sa 48° année sans maladie; actuellement encore, il se porte bien, a bon appétit, ne tousse pas; il tremble seulement, dit-il, depuis quelques années et craint beaucoup le froid.

Il est intelligent; il sait lire depuis l'âge de 14 ans; il est allé deux ans à l'école de son village; il y eut des prix, dit-il; il sait écrire, mais son tremblement le gêne un peu; il répond clairement aux questions qu'on lui pose. Il semble même assez audacieux, puisqu'il a quitté seul son village, allant à l'aventure, pour aller à la ville, qu'il habite depuis 7 ans, et où il gagne sa vie en vendant quelques petits objets de papeterie. Les renseignements que l'on a pu recueillir sur lui montrent que, pendant son interrogatoire, il a habilement évité de répondre à certaines questions qu'il jugeait nuisibles pour lui, au point de vue des profits qu'il pouvait retirer de son examen médical. C'est ainsi qu'ayant juré qu'il ne touchait jamais à l'alcool, on a su qu'il ne se passait pas de jour sans qu'il ne fût en parfait état d'ébriété; il avait caché aussi les vomissements qui lui survenaient assez souvent le matin et qu'il savait dus à l'alcool. Son caractère est gai; il se juge très heureux, bien que son lendemain ne soit pas toujours assuré; ses réponses sont adroites, parfois drôles. Il dit n'avoir jamais eu de désirs vénériens bien impérieux, dédaignant, dit-il, les femmes qui ne lui manquaient pas; cependant son entourage le dit assez entreprenant, mais peu heureux.

Examen physique. — Voici le signalement donné de lui par la police. Taille 1 m. 08; cheveux châtains; sourcils châtains; front découvert; yeux gris; nez fort; bouche moyenne; barbe châtain; menton rond; visage ovale; teint basané.

A première vue, Guilhaumont semble avoir une tête grosse, large, posée sur un petit corps; l'expression du visage est dure; les traits sont bien accentués; le front est haut; les yeux sont vifs, et donnent à la physionomie un air intelligent; la barbe est très fournie; pas de déformations des maxillaires. Le cou est court, large, et semble enfoncé en arrière entre les épaules, de sorte que la tête se trouve comme projetée en avant. Les bras semblent grands et minces par rapport au reste du corps; ils paraissent bien conformés et l'extrémité des doigts affleure le condyle externe. Il existe une scoliose et une lordose des plus marquées; le thorax est globuleux, saillant en avant; l'abdomen est volumineux, également saillant en avant, donnant à première vue l'impression d'un abdomen de rachitique. Le bassin est élargi par les extrémités supérieures des fémurs qui paraissent pénétrer les masses musculaires avoisinantes. Les membres inférieurs semblent moins allongés, relativement aux membres supérieurs; les cuisses sont très obliques en bas et en dedans, les fémurs se rejoignent aux niveau des condyles internes; les jambes sont droites; les pieds gros. La marche se fait facilement, mais avec des inclinaisons latérales alternativement à droite et à gauche; il n'y a aucune modification des parties molles entourant le bassin; la tête du fémur reste immobile.

Voici les résultats et les mensurations fournies par un examen plus détaillé et plus méthodique.

Tête. — Circonférence maximum = 55 centimètres.

Longueur antéro-postérieure (de la glabelle à la protubérance occipitale externe) = 30 centimètres;

Longueur transversale bipariétale = 27 centimètres.

Diamètre longitudinal maximum (la glabelle étant prise comme point fixe) = 18 centimètres.

Diamètre transversal maximum = 15,5.

Indice céphalique = 85.

Les apophyses mastoïdes, les saillies osseuses sont normales; bosses frontales peu marquées, bosses pariétales normales.

Face. — Elle ne présente rien à signaler; les os du nez sont un peu saillants, ainsi que les os malaires. Maxillaires nor-

maux. — Voûte palatine un peu ogivale. — Dents bonnes. — Organes des sens normaux.

Cou. — Circonférence = 31 centimètres.

Le corps thyroïde se perçoit nettement.

Membre supérieur. — Le membre supérieur n'est pas déformé; les articulations sont normales; les extrémités osseuses bien conformées, sans saillies; l'extrémité des doigts affleure le condyle externe.

Bras. — Longueur, 24 centimètres; circonférence, 19 centimètres.

Avant-bras. — Longueur, 21 centimètres; circonférence, 17 centimètres.

Main. — Longueur, 14 centimètres; largeur, 8 centimètres.

Longueur totale (de l'acromion à l'extrémité du médius), = 57 centimètres.



Fig. 1. — P. G. vu du dos, d'après une photographie complète.

La *main* est bien conformée; les doigts ont leur forme, leur disposition, leur longueur très normales; ils sont disposés sur le même plan lorsque l'on fait appuyer la paume de la main; seul le petit doigt forme une légère concavité tournée en dedans. La dernière phalange, les ongles sont normaux.

Colonne vertébrale. — Lordose à convexité antérieure, le sommet est au niveau de la 2e vertèbre lombaire.

Longueur en ligne droite depuis la 7e cervicale à la base du sacrum = 25 centimètres.

Longueur suivant les inflexions de la colonne vertébrale, = 34 centimètres.

Scoliose à convexité droite; la région de l'épaule droite est projetée en haut.

Thorax. — Il est globuleux, très volumineux.

Circonférence sous-axillaire = 73 centimètres.

Circonférence mamelonnaire = 75 centimètres.

Circonférence sternale = 75 centimètres.

Les côtes sont normales, leurs cartilages normaux. Le sternum est projeté en avant à son extrémité inférieure.

Le cœur bat dans le 4e espace, sous le mamelon, à 13 centimètres du bord externe du sternum; son rythme est régulier.

Abdomen. — Il est saillant en avant, ce qui est dû uniquement à la lordose lombaire; la paroi est souple et la colonne vertébrale est perçue facilement à travers elle.

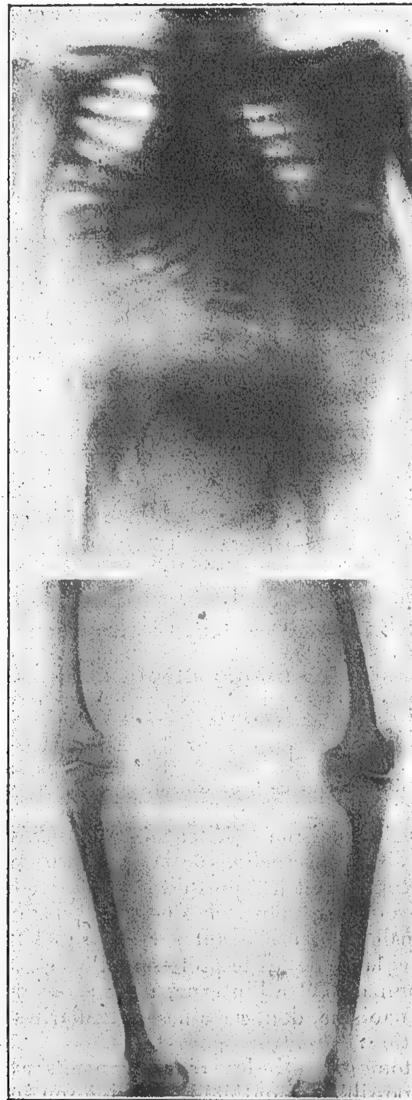
Le foie est abaissé et semble hypertrophié.

La circonférence au niveau de l'ombilic est de 78 centimètres.

Membre inférieur. — Comme le membre supérieur, le membre inférieur semble normal. Voici ses dimensions :

Longueur de la cuisse (du grand trochanter au condyle externe) = 25 centimètres.

Circonférence de la cuisse (partie moyenne) = 33 centimètres.



Radiographie de P. G. (radiographie et photographie de MM. Destot et Louis).

Distance du pli inguino-crural au condyle externe = 15 centimètres.

Longueur de la jambe (du condyle externe à la malléole externe) = 23 cent. 5.

Longueur totale (du grand trochanter au sol) = 53 centimètres.

Longueur du pied = 18 centimètres.

Largeur du pied = 11 centimètres.

Les articulations sont normales, sans déformations; les os sont rectilignes; le pied est élargi, épaissi.

Organes génitaux. — La verge est très grosse; elle mesure, à l'état de repos, 16 centimètres, depuis l'angle prépubien à l'extrémité du gland. Les testicules sont reportés en arrière ;

ils ne sont visibles que sur la face postérieure; le testicule gauche est petit, douloureux, pas très mobile dans les bourses; le testicule droit est normal.

Examen de la radiographie. — La radiographie permet de constater deux difformités que l'on ne pouvait que très difficilement soupçonner : une scoliose et une double luxation congénitale de la hanche.

La scoliose est assez accusée, elle existe au niveau de la région dorsale; elle reproduit un *S* italique parfait, la courbure inférieure a sa convexité dirigée à gauche. La luxation congénitale est plus marquée du côté gauche que du côté droit : le trochanter remonte presque au niveau de la crête iliaque; le bassin est déformé du côté gauche, le détroit supérieur est aplati au lieu de présenter une courbure régulière.

Les diaphyses des os longs sont grêles, très régulières; le fémur, le tibia n'ont aucune courbure, aucun épaississement; seul l'humérus semble présenter une légère courbure à convexité dirigée en avant et en dehors : elle est très peu marquée et ne présente aucun caractère des courbures rachitiques. Les épiphyses ne sont pas épaissies; le cartilage de conjugaison n'existe plus; l'épiphyse du fémur semble élargie, mais il s'agit de la rotule, qui pourrait prolonger le fémur, car le membre inférieur gauche est en légère rotation en dehors, peut-être à cause de la luxation plus accusée de la hanche du même côté.

De tout temps, le nain a frappé l'imagination populaire, et beaucoup de peintres ont figuré, beaucoup d'auteurs ont mentionné ces hommes en miniature, doués parfois d'une intelligence très vive, faisant la distraction des rois. De la lecture des pages que leur ont consacrées les historiens, il ressort clairement que l'on ne rangeait pas dans la classe des nains, les êtres difformes, comme les bossus. les culs-de-jatte. Pour eux, le nain était un être arrêté dans son développement, un être malvenu plutôt que difforme; le nain idéal, l'abrégé des merveilles des cieux dont parle Molière, n'existe pas; l'achondroplasique, l'athyroïdien acquis, que nous considérons aujourd'hui comme représentant le nain le plus parfait, ont toujours des difformités, localisées parfois il est vrai, mais constantes.

Les définitions que l'on a données du nain sont peu précises, car elles se basent toutes uniquement sur l'aspect extérieur. Le nanisme, dit Lancereaux (*Traité des malformations*, 1875), est une anomalie de l'être humain caractérisée par une diminution de volume de toutes les parties du corps et par l'exiguïté de sa taille qui varie entre 0^{m},60 et 1^{m},20. Garnier (*Bibliothèque des merveilles. Nains et géants*) donne le nom de nains, à tous les individus dont la taille est de beaucoup inférieure à la taille moyenne, mais seulement lorsque cette exiguïté de la taille porte sur l'ensemble de l'organisme et dépend de la diminution de volume de toutes les parties du corps tenant à un arrêt de développement.

En se plaçant à un point de vue plus scientifique, en essayant de tenir compte des données pathogéniques, on arrive à voir que l'on englobait sous cette dénomination un peu générale de *nains* toute une catégorie d'individus, aujourd'hui, considérés comme fort différents; les uns étaient mieux proportionnés, moins difformes que d'autres; quelques-uns étaient intelligents, d'autres ne l'étaient pas, et il ne s'agit là que de grosses différences, qui se multiplient encore par une analyse plus approfondie.

Diverses pathogénies, auxquelles il manquait une base que nous possédons aujourd'hui, l'anatomie pathogénique observée et interprétée, avaient été avancées pour expliquer ce phénomène.

On supposait une étroitesse de l'utérus, qui appauvrissait l'embryon, ou bien un défaut de qualité de la liqueur séminale. Plus récemment, on a invoqué un obstacle à la nutrition du fœtus, dû à une mauvaise conformation de la mère ou à une maladie survenant pendant la vie intra-utérine.

Quoi qu'il en soit, les causes du nanisme étaient tout à fait hypothétiques et invraisemblables. Aujourd'hui, si la cause première du nanisme nous échappe encore, on est mieux fixé sur les conditions dans lesquelles il apparaît; l'examen anatomo-pathologique, l'étude approfondie d'un certain nombre de cas ont permis de différencier plusieurs catégories dont la séparation semble bien établie; l'état du squelette, principalement, a servi à cette division; on a reconnu qu'à côté des nains avec difformités rachitiques, que l'on considérait comme trop fréquents il y en avait d'autres dont la lésion portait sur les cartilages de conjugaison, arrêtés dans leur développement; ce sont les *achondroplasiques*. Enfin les travaux récents sur la physiologie de l'appareil thyroïdien ont permis de constater son influence sur le développement du squelette. Au sujet des rapports qui pouvaient exister entre le nanisme et le corps thyroïde plus ou moins altéré, on est allé très loin.

Récemment Hertoghe, dans de nombreux travaux (*Bulletins de l'Académie royale de Belgique*, 1897), émettait l'idée suivante : ayant remarqué dans une même famille des nains myxœdémateux, des nains rachitiques, des nains qu'il appelle chondrodystrophiques, ayant vu que les myxœdémateux présentaient souvent des traces de rachitisme, il pense que tout arrêt d'accroissement est dû à un trouble ou à une destruction de la glande thyroïde, L'infantilisme est un, dit-il; la dysthyroïdie se manifeste par des lésions de différents degrés, partant du myxœdème, pour aller au rachitisme, à l'infantilisme quel qu'il soit.

Sans chercher à préciser la cause du nanisme, on peut dire, en se servant de dénominations qu'indique plus un aspect clinique qu'une idée pathogénique, que les nains forment trois classes :

1° Les *nains rachitiques;*
2° Les *nains athyroïdiens;*
3° Les *nains achondroplasiques.*

Nous indiquerons rapidement les caractères de chacun d'eux, et nous verrons que l'observation rapportée ne rentre dans aucune de ces catégories et doit être attribuée à un autre ordre de lésions.

1° *Nains rachitiques.* — C'est au rachitisme que l'on a tout d'abord songé à rattacher la plupart des nains. L'autopsie du fou du roi Stanislas Leczinski, rapportée par Diderot, montra à Virey que le squelette présentait des traces de rachitisme dans les jambes et la colonne vertébrale. Beaucoup de dieux nains, figurés par les anciens, avaient des épiphyses saillantes et présentaient une gibbosité vertébrale.

C'est en effet là un caractère principal du nanisme rachitique, dont la physionomie est nette. Le nain figuré dans l'article de M. le professeur Poncet (*Rachitisme, Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Relus, t. II) en est un bel exemple ; les nouures épiphysaires sont énormes, les tibias, les fémurs déformés, le bassin contourné, le thorax saillant, la colonne vertébrale déviée. Chez lui les lésions rachitiques sont dominantes, il se reconnaît à première vue. Même sur le jeune sujet, la difformité

n'est pas moins apparente, et en dehors des déformations toujours visibles, son aspect vieillot et rabougri, son front bombé, permettent d'être vite fixé.

Il ne s'agit pas, dans notre cas, de rachitisme, le fait est incontestable. Les épiphyses sont normales, bien conformées, aucune saillie, aucune incurvation des tibias, le léger degré de *genu valgum* que l'on observe à droite relève d'une déformation de l'articulation de la hanche. Seules les courbures de la colonne vertébrale pourraient être attribuées au rachitisme; il n'est pas logique d'accepter l'influence de cette diathèse, alors que les signes principaux font totalement défaut.

2° *Le nanisme d'origine thyroïdienne* est aujourd'hui bien différencié. Depuis les remarques déjà anciennes que Reverdin avait faites en 1882 sur les suites de la thyroïdectomie, depuis surtout les expériences d'Hofmeister, de Gley, d'Eiselberg, depuis les travaux de Gauthier de Charolles, de Danis (1) (thèse inspirée par M. Poncet), l'influence que le corps thyroïde exerce sur le développement du squelette a été bien mise en évidence.

Dès lors, il semblait naturel d'admettre des nains par atrophie thyroïdienne et de les traiter par la médication thyroïdienne : c'est l'idée de Hertoghe, Revilliod, plus récemment de Vencke (*Medical Record*, 1899), qui ont obtenu de véritables résurrections.

Le nanisme d'origine thyroïdienne se complique presque toujours d'infantilisme, c'est-à-dire que le sujet devenu adulte conserve l'aspect de l'enfant, et présente un appareil sexuel arrêté dans son évolution.

Quoi qu'il en soit, le nanisme thyroïdien accompagné d'infantilisme, se présente sous deux aspects différents, distingués par M. Poncet.

a) Si l'atrophie du corps thyroïde est congénitale *(athyroïdisme congénital)* on a le type du nain infantile myxœdémateux, bien connu aujourd'hui, avec des degrés variables d'intelligence allant de l'imbécillité simple à l'idiotie la plus complète, au crétinisme parfait.

Il y a là une différence qui tient à la destruction ou à l'atrophie plus ou moins complète du système thyroïdien. Brissaud (*Pr. méd.*, janvier 1898) admet que les myxœdémateux intelligents ont leurs glandules parathyroïdiennes en bon état, tandis que chez les autres, le système thyroïdien en entier est malade.

Tous ces nains se reconnaissent : leur face bouffie, élargie, lunaire, leur état d'esprit plus ou moins arriéré, ou leurs idées enfantines, bien que souvent intelligentes. Nous avons observé dans le service de M. Jaboulay une naine, crétine parfaite, porteur d'un goître. Elle avait une quarantaine d'années, mesurait à peine 1 mètre de taille, et passait la plus grande partie de la journée à manger, à compter son argent, sans vouloir jamais parler. Brissaud, dans ses cliniques, rapporte plusieurs cas d'infantiles myxœdémateux, notamment l'histoire de Simon Jane Paap, qui mesurait 0 mèt. 75 à l'âge de 26 ans. Meige (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1896, *les Nains dans l'art*) signale aussi de nombreux exemples, choisis parmi les anciens dieux égyptiens, ou sur des tableaux plus modernes.

b) Si l'atrophie du corps thyroïde se produit vers l'âge de 10 à 12 ans, alors que l'intelligence est déjà développée en partie et la croissance inachevée (*athyroïdisme acquis*), on a le nain bien conformé, l'adulte en miniature, arrêté dans son développement. A la *Société des sciences médicales de Lyon*, en 1897, M. Delore a présenté, venant du service de M. le professeur Poncet, un jeune homme de 25 ans mesurant 1 mèt. 41 et semblant avoir à peine 15 ans, il était très bien conformé, présentait des organes en miniature, parfaitement proportionnés; son corps thyroïde, à en juger par l'examen clinique, était absent, ou, du moins, très atrophié.

Ce type d'infantile se rapproche énormément de l'infantile dit type Lorain, et dont la cause première résiderait en un arrêt de développement sur le système vasculaire, une anangioplasie. Comme le fait remarquer Brissaud, le corps thyroïde, chez les aplasiques, souffre, au même titre que tous les autres organes, de l'insuffisance de l'irrigation artérielle; la glande, mal nourrie, fonctionne mal. Hertoghe pense que les deux types d'infantilisme se distinguent par l'influence du traitement thyroïdien. Reprenant une idée émise par M. Poncet, Brissaud admet que le traitement thyroïdien convient toujours chez les infantiles, pourvu que les cartilages de conjugaison existent encore: si la diaphyse est soudée à l'épiphyse, le traitement thyroïdien est naturellement impuissant.

Il faut probablement ranger dans cette catégorie beaucoup de nains bien conformés. Le nain du roi Philippe IV, El Primo, au milieu des autres nains du musée de Madrid, est bien proportionné; il n'est ni rachitique, ni myxœdémateux; il ne paraît pas être achondroplasique. On doit peut-être en faire un dysthyroïdien acquis.

Si l'on compare tous ces types de nains thyroïdiens à celui que nous rapportons, on voit que ce dernier s'en éloigne considérablement.

L'aspect de notre nain n'est pas celui d'un infantile; la tête, énorme, est bien celle d'un homme de 50 ans; les organes génitaux sont très développés. Il n'est nullement myxœdémateux, son facies n'y ressemble pas; ses mains sont normales; il n'y a pas de dystrophie cutanée; il est d'une intelligence très vive, que l'on ne trouve pas, même chez les myxœdémateux dont le système thyroïdien persiste encore en partie.

Il n'est pas non plus un dysthyroïdien acquis; il est loin de ressembler à un homme en miniature, car il présente certaines difformités, locales, il est vrai, mais suffisantes pour faire rejeter l'idée d'un simple arrêt de croissance généralisée, survenu à un moment quelconque de la jeunesse. Le corps thyroïde est facilement perçu; il ne semble pas présenter d'altération.

En somme, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un nain athyroïdien ou dysthyroïdien.

c) Reste le *nain achondroplasique*.

Signalé par Parrot en 1878, il a été bien décrit par Porak (*Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 1889-1890). Ces auteurs se sont surtout attachés à séparer l'achondroplasie du rachitisme, avec lequel on la confondait en raison de l'élargissement des épiphyses et des courbures des membres, reconnues aujourd'hui bien différentes.

Depuis eux, on s'est occupé de la nature de cette affection, et Kaufmann, Johannessen en ont étudié l'anatomie pathologique; Joachimstall (*Deutsch. med. Woch.*, 1899) a essayé de distinguer une variété d'achondroplasie caractérisée par un « épaississement hypoplastique de l'os ». Le tableau qu'il trace à propos de l'observation d'un enfant de 12 ans, qui mesurait 0m,83 de long, ressemble au tableau de l'achondroplasie simple, sauf quelques variétés insignifiantes.

En France, de nombreux cas d'achondroplasie ont été publiés : Lugol (*Soc. de méd. de Bordeaux*, 1892); Apert (*Société anatomique*, 1900); Herrgott (*Revue méd. de*

1. De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette, Danis (*Thèse* de Lyon, 1896).

l'Est, 1900). M. Marie, dans un article récent (*Presse médicale*, juillet 1900), rapportant avec les plus grands détails deux cas d'achondroplasie chez l'adulte, a tracé du nain achondroplasique un portrait frappant, désormais classique.

La première impression que donne Guilhaumont est celle d'un achondroplasique. Il ressemble au nain décrit par M. Marie, Anatole, qui, du reste, était très connu à Lyon, il y a quelques années; ils ont à peu près même taille; Anatole mesure $1^{m},22$ au lieu de $1^{m},08$. Leur figure est à peu près la même; cependant Anatole a la tête énorme; son indice céphalique est de 100; Guilhaumont a une tête plus petite, plus fine, son indice céphalique est seulement de 85. Tous deux ont des traits accentués; l'expression du visage est dure; ils sont intelligents, un peu fanfarons, très vifs et toujours gais. Leurs organes génitaux sont très développés. Ils ont, en somme, un air de famille, et s'étant rencontrés tous deux à Lyon, devenus amis dès qu'ils se sont vus, on les prenait pour les deux frères lorsqu'ils marchaient côte à côte. Anatole et Guilhaumont se montraient volontiers ensemble, sur les places publiques, dans les cafés. Souvent, pour la plus grande joie des passants et des badauds, ils se promenaient bras dessus, bras dessous.

Ils se rapprochent en même temps par certains caractères de leur squelette, visibles surtout lorsqu'ils sont nus. Anatole a une courbure des fémurs et des tibias rappelant le *genu varum;* un léger *genu valgum*. L'un et l'autre ont une ensellure lombaire très prononcée, que l'on a l'habitude de rencontrer chez tous les achondroplasiques, et due à une bascule du sacrum en haut et en arrière, faisant contraste avec le reste de la colonne vertébrale qui est plate et ne présente aucune courbure. Guilhaumont possède aussi une ensellure lombaire plus marquée que chez Anatole; il existe une bascule du sacrum, mais, comme le montre bien la radiographie, cette ensellure est exagérée par la double luxation de la hanche; les trochanters font une saillie énorme, sensibles sur la peau; comme chez tous les adultes atteints de luxation double de la hanche, les fesses sont élargies, saillantes en haut et en arrière; mais ici, en plus de cette déformation, le sacrum est en cause.

Là commencent les différences capitales qui font affirmer que Guilhaumont n'est pas achondroplasique.

La colonne vertébrale n'est pas droite, mais fortement incurvée latéralement; elle décrit un *S* italique parfait, et en voyant la radiographie, on se rend bien compte que si l'on redresse cette courbure, la taille s'accroît immédiatement de près de 15 centimètres; cette déformation de la colonne d'autre part est la cause de la saillie des omoplates, de la configuration bizarre du thorax et de l'abdomen.

Mais la principale différence porte sur l'examen des membres. Chez les achondroplasiques, fait sur lequel insistent beaucoup MM. Porak et Marie, on trouve toujours de la micromélie; les membres supérieurs et inférieurs semblent des membres d'enfants attachés à un tronc d'adulte; il y a plus encore, les segments d'un même membre sont disproportionnés. C'est ce caractère qui a permis de ranger dans la classe des achondroplasiques quelques nains vus en statue ou en portrait. C'est ainsi que le dieu Phtah, que certains nains du musée de Madrid, notamment Sébastien de Morra, nain de Philippe IV, sont immédiatement reconnaissables par leurs membres courts, trapus rapport au tronc qui semble long; de même les nains figurés dans l'*Almanach* Hachette de 1900.

Si nous comparons les résultats fournis par la mensuration chez Guilhaumont et chez Anatole, voici ce que l'on obtient. Nous mettons comme terme de comparaison les mensurations relevées sur un enfant de 8 ans, normal, et empruntées à l'article de M. Marie.

1° *Membre supérieur.*

	Longueur totale	Main	Bras	Avant-bras
G. taille $1^{m}08$	57	12	24	21
Enfant 8 ans, taille $1^{m}16$.	51	13	21	17
Anatole, achondroplastique, taille $1^{m}22$. .	44	7	13	24

2° *Membre inférieur.*

	Longueur totale	Cuisse	Jambe
G. taille $1^{m}08$	53	25	23,5
Enfant 8 ans, taille $1^{m}16$.	58	27	26,5
Anatole, taille $1^{m}22$. .	51	23	24

Si on compare Guilhaumont à Anatole, on voit tout d'abord que la longueur totale des membres est plus considérable chez le premier, bien que le dernier ait une taille plus élevée, 13 centimètres de plus pour le membre supérieur, 2 centimètres de plus pour le membre inférieur. De plus, les segments de membres chez Guilhaumont ne présentent pas la disproportion qui est si frappante chez Anatole; chez le premier, le bras est plus long que l'avant-bras, la cuisse plus longue que la jambe.

Est-ce à dire que Guilhaumont soit bien conformé? Non, et pour s'en convaincre, on n'a qu'à comparer les mensurations avec celles recueillies sur un enfant normal de 8 ans, de 1 m. 16 de taille. Bien qu'étant plus petit de 8 centimètres, Guilhaumont présente un membre supérieur plus long de 6 centimètres; cette différence de longueur n'est pas également répartie; la main de Guilhaumont a 1 centimètre de moins; le bras, 3 centimètres de plus; l'avant-bras, 4 centimètres de plus; ici, l'avant-bras est disproportionné; d'après les tableaux de M. E. Rollet (De la mensuration des os longs des membres, *Thèse* de Lyon, 1888), à un radius de 21 centimètres correspond un humérus de 29 centimètres, soit 5 centimètres de moins que ce que l'on trouve.

Si l'on examine le membre inférieur, on voit que chez Guilhaumont, il a 5 centimètres de moins que chez l'enfant de 8 ans; la différence est répartie sur la cuisse (2 centimètres de moins) et sur la jambe (3 centimètres de moins); ici, il n'y a pas de disproportion bien marquée entre les deux segments du membre inférieur; la cuisse a 1 cm. 5 de plus que la jambe, et si l'on note que la longueur est comptée à partir du bord supérieur du grand trochanter, déplacé, épaissi par une courbure plus ou moins marquée du col du fémur, on peut admettre que les segments de membre ont des proportions normales.

Un fait est remarquable, si, chez ces 3 sujets, on établit une comparaison non plus entre les membres ou segments de membres correspondants, mais entre les membres supérieurs et les membres inférieurs. Chez l'enfant normal, chez l'achondroplasique, le membre supérieur est toujours plus court que le membre inférieur; cette différence est de 7 centimètres sur les tableaux ci-dessus.

Chez Guilhaumont, le membre supérieur est plus

long que le membre inférieur de 4 centimètres; l'extrémité du médius atteint, chez Guilhaumont, le condyle externe, au lieu d'arriver seulement au grand trochanter ou un peu plus loin; cette longueur exagérée du membre supérieur saute aux yeux, et à sa vue le diagnostic d'achondroplasie a été rejeté aussitôt.

Il est aussi d'autres caractères qui font croire que Guilhaumont n'est pas achondroplasique; ses bras ne sont pas écartés du corps; ses mains sont normales, ses doigts ne sont pas sur le même niveau; rien chez lui ne rappelle la main en trident d'Anatole: son annulaire n'est pas, comme chez ce dernier, placé sur un plan postérieur à celui des autres doigts.

De plus, Guilhaumont n'a pas un système musculaire remarquablement développé comme les deux achondroplasiques de M. Marie, comme les pygmées, figurés par Charcot et Richter, et considérés par Parrot et par Porak comme des achondroplasiques typiques. Guilhaumont, au contraire, est plutôt maigre, il n'a pas un aspect d'athlète, aucun relief musculaire ne fait contraste avec ses épiphyses menues, et il dit bien lui-même, peut-être pour l'avoir appris à ses dépens, qu'Anatole était plus fort que lui.

En résumé, on peut dire que ce cas de nanisme ne rentre dans aucune des catégories établies. Il s'agit bien d'un nanisme insolite. Guilhaumont a la colonne vertébrale, l'abdomen d'un rachitique, il n'en a pas les membres avec leurs courbures, leurs épiphyses saillantes. Il a, de l'achondroplasique, la tête, l'ensellure lombaire; il n'en a pas la micromélie, la disproportion entre les segments d'un même membre. Il n'a rien enfin de l'athyroïdien.

A l'inspection de la radiographie, on reconnaît deux lésions, dont l'examen extérieur, aussi approfondi qu'il ait été, ne donnait qu'une idée imparfaite: d'une part, une scoliose vertébrale, d'autre part une double luxation congénitale; il faut y ajouter le raccourcissement énorme des membres inférieurs comparativement à la longueur des membres supérieurs. On se rend très bien compte que Guilhaumont est surtout petit parce qu'il a une double luxation congénitale de la hanche et des membres inférieurs trop petits; si les têtes fémorales étaient placées au milieu de l'os coxal, au lieu d'être reportées en arrière et en haut; si le squelette du membre inférieur avait la longueur qui se rapporte à celle du membre supérieur, la taille serait déjà plus élevée. Enfin si l'on redressait sa colonne vertébrale, on s'expliquerait pourquoi ses bras ont une différence de 6 centimètres avec ceux d'un enfant de 8 ans. Il semble qu'il y ait eu un arrêt de développement portant surtout sur la moitié inférieure du corps, bassin et membres inférieurs, et aussi sur la colonne vertébrale; c'est à cette cause unique qu'il faut rapporter la scoliose, la double luxation de la hanche, l'atrophie des membres inférieurs. Rien ne semble relever d'une altération d'un segment de moelle ou de nerfs périphériques; rien aux membres inférieurs ne rappelle une paralysie ancienne; il n'y a pas d'amyotrophie; les réflexes sont normaux; aucun trouble de la sensibilité. La luxation double de la hanche ne semble pas relever de l'atrophie des membres inférieurs ou être cause de son existence; il s'agit là de deux phénomènes contemporains; la luxation congénitale de la hanche tend à être considérée aujourd'hui par Hoffa Lorentz, Kirmisson, ainsi que Von Ammon, Dollinger l'avaient depuis longtemps admis, non pas comme une luxation proprement dite, mais comme un vice de conformation de l'articulation. La scoliose de la colonne dorsale lombaire ne semble pas dépendre de l'accentuation plus marquée à droite de la luxation de la hanche; elle est beaucoup trop accusée pour être regardée comme une courbure de compensation.

S'agit-il d'un rachitisme localisé? La question est difficile à résoudre, mais en l'absence d'autres lésions plus visibles ordinairement et plus caractéristiques, on peut presque donner une réponse négative; il y a eu soit un ramollissement des corps vertébraux, définitivement constitués, soit un défaut dans leur accroissement, soit un arrêt dans leur développement. Cette dernière hypothèse est d'autant plus admissible que les deux autres lésions semblent reconnaître la même explication; il ne s'agit pas là d'une véritable théorie scientifique, mais d'une théorie d'attente; elle rassemble un certain nombre de faits dont la cause première, la marche restent encore inconnues, mais dont les caractères définitivement acquis sont souvent bien spéciaux et répondent à un aspect clinique déterminé.

Si l'on ne peut tirer de cette observation clinique aucune conclusion précise au sujet de la nature des lésions, du moins peut-on admettre que la classification des nains n'est pas encore achevée; les rachitiques, les dysthyroïdiens, les achondroplasiques semblent répondre à la majorité des cas observés; à côté d'eux doit se trouver toute une série de lésions intermédiaires ou différentes qu'il est utile d'analyser, de décrire, pour réunir le plus d'éléments possibles destinés un jour à faciliter un travail de synthèse, une explication pathogénique.

Cet article était écrit, lorsque nous avons appris le 4 février dernier la mort de Pierre Guilhaumont, survenue la veille. Ce pauvre nain qui avait promis son autopsie à M. Poncet et qui, dans son quartier des Brotteaux, avait répandu le bruit « qu'il avait vendu son corps à la Faculté de médecine », est mort subitement dans la rue. Il fut transporté dans le misérable garni qu'il occupait, et malgré toutes nos démarches, son autopsie n'a pas été possible. Son squelette eût occupé une place intéressante dans un musée, mais il est très probable que l'étude de ce squelette ne nous eût pas appris grand'chose de plus que la radiographie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Husni-Chakir. *De l'hypospadias balanique et de son traitement chirurgical.* N° 220. (L. Boyer.)

M. Romanesco-Adrian. *Contribution à l'étude du manuel opératoire de l'éversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.* N° 198. (Ollier Henry.)

M. Blomme. *Considérations sur la polydactylie.* N° 205. (L. Boyer.)

Pour M. Husni Chakir, le meilleur procédé d'uréthroplastie dans l'hypospadias balanique est celui de Von Hacker, qui consiste en la mobilisation de la partie normalement constituée de l'urèthre à travers un canal créé dans la portion spongieuse du gland.

Ce nouveau procédé utilise les propriétés élastiques de l'urèthre dont on amène le méat hypospadien jusqu'à l'extrémité du gland.

Il est fondé sur ce principe que l'on peut allonger l'urèthre isolé de ses adhérences de la longueur du gland sans compromettre en aucune façon la vitalité de ses parois.

Ce procédé très ingénieux a sur les autres l'avantage de mettre en une seule séance dans les conditions normales les sujets atteints de cette malformation;

Il n'est jamais suivi de fistule dont l'oblitération est souvent si difficile à réaliser.

Il permet d'obtenir un résultat parfait, à la condition essentielle de se garder de disséquer de trop près le canal uréthral, surtout à sa partie inférieure, et laisser autour de la muqueuse une certaine épaisseur de tissu fibreux pour ne pas compromettre la vitalité de ses parois; on devra s'appliquer également à bien fixer l'urèthre dans son tunnel spongieux transbalanique, en suturant solidement la collerette au sommet du gland préalablement avivé; on devra aussi faire avec le pansement une compression sur le gland de façon à assurer le plus vite possible ses adhérences avec l'urèthre, adhérences qui s'opposeront à la rétraction du canal.

Le procédé de Von Hacker n'est applicable que dans les cas où le tissu spongieux du gland offre une certaine épaisseur permettant de la tunnelliser; la présence d'une gouttière sous-balanique trop profonde est une contre-indication à l'emploi de la méthode qui, dans cette variété d'hypospadias, doit céder le pas au procédé de Carl Beck.

Pour M. Romanesco-Adrian, l'éversion, quand elle est possible, amène une guérison définitive de l'hydrocèle vaginale.

On ne trouve pas d'observation de récidive de l'hydrocèle, après éversion vaginale, dans les cas où les points de suture ont été placés sur la vaginale, pour la fixer dans sa nouvelle situation.

L'éversion n'est pas possible si la vaginale est très épaissie ou cloisonnée. Dans ces cas, l'excision devient le traitement de choix.

De nombreuses opinions ont été émises sur la cause de la polydactylie. Pour M. Blomme, il est rationnel de penser qu'elle résulte de l'action des causes accidentelles qui modifient l'organisation, tandis qu'elle est en train de se former, en donnant aux phénomènes de l'évolution une direction différente. La théorie de Lannelongue semble pouvoir s'appliquer à bon nombre de cas.

On retrouve presque toujours dans les antécédents héréditaires des polydactyles des individus porteurs de doigts surnuméraires.

Le traitement consiste, en la majorité des cas, dans la désarticulation du doigt surnuméraire : quand le doigt n'a pas d'articulation, qu'il naît directement sur un métacarpien, on l'amputera dans la contiguïté. S'agit-il du pouce bifide, le procédé de M. Bilhaut qui consiste à réunir les deux phalangettes après avivement est le procédé le meilleur.

Thèse de la Faculté de Nancy.

Année 1899-1900.

M. Schmitt. *De la suppression du pansement après les opérations oculaires et en particulier après l'opération de la cataracte.* N° 14. (Crépin-Leblond.)

M. Doctoroff. *Étude sur le chancre syphilitique des amygdales.* N° 38. (Imprimerie Coopérative de l'Est.)

M. Stoyanoff. *Les projectiles d'exercice des fusils de guerre à petit calibre.* N° 31. (Crépin Leblond.)

M. Voinot. *Essai sur l'épithélium de la trompe chez la femme.* N° 27. (Crépin Leblond.)

Pour M. Schmitt, la suppression du pansement après l'opération de la cataracte et les autres opérations oculaires constitue un réel progrès :

La compression de la tête par le bandeau, ou l'appréhension causée par l'arrachement du tampon d'ouate, maintenu par le collodion, n'existe plus. L'agacement des paupières et l'irritation de l'œil, qu'on observe même sous le plus léger pansement, sont supprimés. La douleur qui existe après l'opération de la cataracte est considérablement diminuée. La cicatrisation de la plaie cornéenne est plus rapide et plus régulière.

L'œil est plus facile à surveiller; son asepsie assurée par de légères irrigations faites à de rares intervalles sur la région palpébrale est plus complète que sous un pansement, et les sécrétions conjonctivales et lacrymales, n'étant plus emprisonnées, peuvent s'écouler librement au dehors. La hernie de l'iris n'est pas plus fréquente qu'autrefois, et n'est pas une contre-indication au traitement à découvert des plaies cornéennes, pas plus, du reste, que l'issue du corps vitré.

Même quand il existe de l'hypertension de l'œil, on peut employer cette méthode, la compression dans ces cas ne pouvant être que nuisible.

Pour M. Doctoroff, le chancre amygdalien se rencontre beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit tout d'abord.

L'état général qui s'ensuit est mauvais, prédisposant à une syphilis grave, parce que le malade se trouve affaibli par la localisation même du chancre (peut-être par suite d'une absorption plus grande du virus dans le tissu adénoïdien), et à cause des troubles de la déglutition empêchant l'alimentation.

Au point de vue objectif le chancre amygdalien apparaît sous les formes : érosive, ulcéreuse, diphthéroïde et gangréneuse, formes contribuant pour la difficulté du diagnostic avec les autres lésions amygdaliennes.

Le diagnostic est souvent difficile, et pour ce faire il ne faut pas toujours se fonder sur l'unilatéralité de la lésion, car il existe des chancres bilatéraux. Il doit être basé surtout sur l'induration, l'adénopathie à forme spéciale du côté correspondant et souvent il ne peut être confirmé que par l'apparition des accidents secondaires.

D'après M. Stoyanoff, les faits cliniques et les faits expérimentaux concordent pour démontrer la gravité de l'action et des effets vulnérants des coups par armes à feu avec la cartouche à blanc, aux courtes distances.

En raison de la puissance de l'action et des effets vulnérants des coups de feu avec la cartouche à blanc, il est donc à désirer :

1° Que l'on prévienne les soldats de son danger;

2° Que l'on institue des règlements interdisant le tir à des distances moindres de 20 mètres, afin d'être bien à l'abri de la zone dangereuse et de veiller à la stricte exécution de ces règlements;

3° Que l'on prenne les mesures nécessaires pour empêcher les corps à corps au cours des manœuvres à double action;

4° Qu'une attention rigoureuse préside au versement des cartouches à blanc non utilisées au cours de chaque exercice de campagne, ces cartouches pouvant être confondues avec de fausses cartouches en bois utilisées dans les chambrées.

Enfin les diverses études faites par les gens compétents, études ayant prouvé que les dangers de la fausse balle sont dus non seulement à sa trop grande longueur, ne permettant pas sa désagrégation complète à la sortie du canon, mais aussi à sa densité trop forte et irrégulière, il serait à désirer, que ces études fussent prises en considération dans la fabrication des cartouches à fausses balles.

Dans un travail remarquable, M. Voinot étudie les modifications de l'épithélium tubaire dans la vie de la femme.

Etudiant d'abord la trompe avant et après la période d'activité génitale, il a vu que pendant ces deux phases de la vie, à l'inverse de ce que l'on admet généralement, il y a des cellules ciliées dans l'épithélium, d'une façon constante avant la puberté, d'une façon tout à fait éventuelle après la ménopause.

Avant la puberté, ces cellules ciliées se rencontrent surtout au pavillon, moins souvent dans l'ampoule et dans l'isthme, très exceptionnellement dans la portion interstitielle; il faut les chercher dans le fond des vallées interposées aux différents replis.

Après la ménopause, c'est seulement dans l'ampoule qu'on peut en trouver; elles ne sont pas systématiquement placées dans le fond des vallées, mais siègent en des points quelconques,

là où l'épithélium a gardé une certaine hauteur. A un âge très avancé, il n'y en a plus, même dans des points où l'épithélium est resté franchement cylindrique.

Avant la puberté et après la ménopause, il y a grande irrégularité dans l'épithélium tubaire, mais cette irrégularité n'a pas la même physionomie dans les deux cas.

Avant la puberté, l'irrégularité porte principalement sur la constitution du protoplasma cellulaire et du noyau. C'est ainsi qu'on rencontre des cellules intercalaires, vésiculeuses, à plateau nu ou cilié; des noyaux ronds, ovoïdes, allongés, plus ou moins avides de matière colorante; des touffes de cellules qui semblent excréter une partie de leur protoplasma dans la lumière du conduit.

Après la ménopause, l'irrégularité porte principalement sur la forme cu la hauteur des cellules, qui sont cubiques, aplaties ou cylindriques selon les points, mais constituent sur ces points des revêtements assez réguliers. L'irrégularité est donc plus apparente que réelle.

On voit que la caractéristique de l'épithélium tubaire pendant la vie génitale, en dehors des règles, c'est, d'une part, la présence de cellules ciliées très nombreuses, et, d'autre part, l'existence de cellules plus élevées disposées par groupes où les cellules ciliées manquent plus ou moins complètement. La répartition de ces deux formes est assez curieuse.

Au pavillon et à la portion interstitielle, les cellules sont presque toutes ciliées.

Dans l'ampoule et dans l'isthme, elles sont ciliées surtout dans le fond des vallées et sur la partie inférieure des versants; elles sont cylindriques plus haut et non ciliées vers les sommets et sur les sommets des plis.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Pathogénie du délire dans les maladies infectieuses, par U. Betti (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 10 février 1901, p. 182). — Quatre observations de délire fébrile qui cessait immédiatement après l'application des sangsues sur l'apophyse mastoïde. Une cinquième observation concerne un malade sortant d'une pneumonie, et qui restait assis sur son lit refusant de s'alimenter et délirant; l'auteur, incriminant l'anémie cérébrale, fit maintenir le malade couché les pieds plus bas que la tête; le délire fut atténué tout de suite et disparut dans la nuit. — Ces faits donnent une grande valeur aux phénomènes vaso-moteurs dans la production des délires infectieux ou post-infectieux; ils montrent du moins que Richet va trop loin en refusant toute influence aux phénomènes vaso-moteurs dans la production de ces délires.

Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Richet, par Guido Gardini (*Rivista mensile di neuropatologia e psichiatria*, février 1901). — La méthode de Richet est d'une application facile; son emploi mérite d'être généralisé; grâce à l'hypochloruration, des doses minimes de bromure (1 gramme) réduisent déjà des trois quarts le nombre des accès, et les accès eux-mêmes sont abrégés dans leur durée.

D'ailleurs, l'hypochloruration à elle seule diminue le nombre des accès de plus de moitié; quelle que puisse être l'action des bromures sur les centres nerveux, la privation du sel alimentaire est favorable aux épileptiques qui la supportent admirablement.

La bromuration dans l'hypochloruration n'a pas d'inconvénients; elle est bien supportée par les hommes, moins bien par les femmes. Elle maintient l'état général des épileptiques dans de bonnes conditions, améliore leur état mental, diminue leur agitation, le nombre et la durée de leurs crises. — Les résultats favorables qu'ont obtenus Richet et Toulouse avec le bromure de sodium s'obtiennent également avec les bromures de potassium et d'ammonium.

Plaie du sciatique poplité externe, analyse des signes sensitifs et moteurs; pas d'intervention, guérison, par G. Scherb (*travaux de neurologie chirurgicale*, 1900, 4e trimestre, p. 353). — Plaie par instrument piquant derrière la tête du péroné gauche. Troubles moteurs : paralysie complète du domaine musculaire commandé par le sciatique poplité externe. Troubles sensitifs : zone triangulaire d'anesthésie absolue correspondant à l'interstice du gros orteil et à son voisin; c'est le petit territoire sensitif cutané du tibial antérieur.

Cette disproportion entre les phénomènes moteurs et les phénomènes sensitifs fait penser qu'il s'agit d'une simple érosion du nerf ou tout au moins d'une section incomplète. Pas d'intervention; traitement électrique, massages; guérison en six mois démontrant qu'en effet la section n'avait pas été complète et qu'une suture immédiate après l'accident aurait été parfaitement inutile.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'hémianopsie d'origine intra-cérébrale, examen histologique du cerveau dans deux cas de ramollissement de la région du centre cortical visuel, par Joukowsky, (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 1, p. 1-10, janvier-février 1901 2 obs., 8 fig.); — Dans le premier cas, la lésion localisée aux deux lèvres de la scissure calcarine avait produit l'hémianopsie d'origine centrale sans complication d'autres symptômes. Dans le second cas, il s'agissait, d'une part, d'un ramollissement ayant détruit dans l'hémisphère droit la région du centre visuel cortical (occipital), d'autre part, d'un ramollissement profond de la substance blanche du pli courbe dans l'hémisphère gauche. L'hémianopsie double était déterminée dans ce cas par la destruction du centre visuel cortical dans l'hémisphère droit et par l'interruption du faisceau visuel de Gratiolet sur son trajet dans l'hémisphère gauche.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut noter dans les deux cas que, malgré la grande étendue de la lésion du lobe occipital, on n'a observé ni dans le faisceau de Gratiolet, ni dans les fibres du corps calleux, une dégénérescence proprement dite; on pouvait observer seulement une certaine atrophie des fibres du bourrelet du corps calleux et du faisceau de Gratiolet. La sclérose de ce dernier dépendait de petits foyers de ramollissement localisés sur sa longueur, ce ramollissement avait provoqué la formation de tissu conjonctif dans les foyers mêmes, ainsi que dans leur voisinage immédiat; par conséquent il s'agissait dans ces cas d'une lésion sur place du faisceau et non pas de dégénérescence proprement dite.

CHIRURGIE

Ouverture d'un abcès de la cavité de Douglas pérityphlitique par incision parasacrale (Die Eröffnung perityphlitischer Douglassabscesse von Parasacralschnitt aus), par Port (*Münchener med. Woch*, 22 janvier 1901, p. 145). — Il s'agit d'un homme de 40 ans pris le 27 juin 1900 de douleurs violentes dans le ventre. Depuis quelques jours, diarrhée. Dans ces 15 dernières années par 3 fois il a eu semblables douleurs — localisées au milieu du ventre au-dessous du nombril et dans le sacrum. Températ. 39° à 40°. Le lendemain augmentation des douleurs très pénibles à chaque miction. Par le rectum on sent une tumeur dure très douloureuse à la pression faisant saillie dans la paroi antérieure du rectum. Diognostic : appendicite avec formation d'abcès dans la cavité de Douglas. Opération : décubitus latéral droit. Introduction d'une sonde dans l'urèthre. Incision autour de la moitié gauche de l'anus du raphé jusqu'au sacrum. Mise à nu du rectum en arrière, et sur les côtés on arrive sur la tumeur qui est fluctuante. Incision, écoulement d'un demi-litre de pus. Drainage. Tamponnemsnt. Le malade fut définitivement guéri le 30 septembre.

Étiologie de la luxation congénitale de la hanche d'après l'examen radiographique des articulations (Kann uns die Röntgengraphie Aufschluss geben über die Aetiologie der angeborenen Huftverrenkung?), par Bade

(*Wien. klin. Rundschau*, 1900, nos 45-48). — L'examen radiographique des articulations dans la luxation congénitale uni- ou bilatérale a montré à l'auteur que de très bonne heure, sous l'influence de causes que nous ne connaissons pas, il apparaît sans lésions, lesquelles lésions aboutissent à l'aplatissement de la paroi supérieure et à l'épaississement des parois latérales du cotyle, à l'atrophie asymétrique de la tête du fémur et à la déformation de la partie supérieure de sa diaphyse. Lorsque ces modifications sont assez accentuées il survient, sous l'influence d'une cause occasionnelle, une luxation de la hanche. Si les modifications sont minimes ou si la cause occasionnelle fait défaut, la luxation ne se produit pas. Si les modifications existent seulement au niveau de la partie supérieure de la diaphyse du fémur, à la place de la luxation de la hanche, se produit une coxa vara.

La ligature de l'aorte abdominale, par Tillaux et Riche (*Rev. de Chir.*, 1901, vol. XXI, n° 1, p. 1). — L'étude des faits expérimentaux, cliniques et chirurgicaux, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La ligature expérimentale de l'aorte abdominale n'est pas fatalement mortelle, sauf peut-être chez le lapin. Elle est suivie d'une anémie et d'une paralysie plus ou moins complète du train postérieur, mais les animaux qui ont survécu n'ont présenté ni gangrène ni paraplégie persistante;

2° La gravité des oblitérations de l'aorte est très variable suivant leur cours et leur étendue. Congénitale elle n'est pas soupçonnée; embolique à la suite d'endocardite ulcéreuse, d'érysipèle, de pneumonie, de fièvre typhoïde, elle peut être assez rapidement mortelle. On a observé des gangrènes et des troubles paralytiques allant de la claudication intermittente à la paraplégie complète; mais toutes les fois qu'il y a eu gangrène ou paralysie persistante, l'oblitération n'était pas limitée à l'aorte;

3° La ligature de l'aorte abdominale chez l'homme n'a jamais amené de gangrène; les phénomènes congestifs du côté de l'extrémité céphalique sont rares et sans importance; les phénomènes paraplégiques sont inconstants, variables et passagers. Les morts ne sont pas directement attribuables à l'opération.

MÉDECINE

Les processus septiques dans la nécrose du pancréas (Ueber septische Processe als Complication bei Pankreasnekrose), par Struppler (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1900, vol. LXIX, p. 206). — Deux observations de nécrose : nécrose graisseuse du pancréas présentant ceci de particulier que dans un cas on trouva, à l'autopsie, une endocardite ulcéreuse récente et dans l'autre une pachyméningite suppurée.

En passant en revue les cas de nécrose du pancréas qui ont été publiés ces temps derniers, l'auteur montre que les complications septiques, dont la pathogénie est facile à comprendre, ne sont pas rares dans cette affection.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 26 Mars 1901.

Des dangers des injections intra-rachidiennes de cocaïne pour obtenir l'anesthésie chirurgicale.

M. Laborde fait remarquer, à propos du rapport lu au cours de la dernière séance par M. Reclus, qu'il a démontré expérimentalement, il y a déjà plusieurs années, tous les dangers auxquels expose l'injection dans la cavité arachnoïdienne lombaire d'une quantité, si minime soit-elle, de cocaïne. Ces dangers sont de deux ordres : les uns sont inhérents à l'action locale du poison, les autres à son absorption, et aussi, peut-être, de sa diffusion dans le liquide céphalo-rachidien, la cocaïne va impressionner le bulbe; de là les troubles si fréquents de la respiration et de la circulation, les syncopes parfois mortelles qu'on observe à la suite de l'injection de cet alcaloïde dans le canal lombaire; de là aussi les vomissements, de la céphalalgie, les tremblements, etc., qui ont été signalés par différents auteurs.

Il résulte de ces considérations, à la fois cliniques et expérimentales, que l'on doit proscrire comme dangereux le procédé qui consiste à introduire une certaine quantité de cocaïne dans la cavité sous-arachnoïdienne lombaire pour obtenir l'analgésie chirurgicale; on doit lui préférer la méthode des injections sous-cutanées ou intra-musculaires lorsque l'anesthésie locale suffit, et la chloroformisation ou l'éthérisation quand l'anesthésie générale est nécessaire.

Helminthiase intestinale, régime alimentaire et appendicite en Chine.

M. Laveran communique, au nom de M. Matignon (médecin militaire), une note de laquelle il résulte que, malgré la grande fréquence des helminthes chez les Chinois et chez les Européens vivant en Chine, notre confrère n'a jamais eu l'occasion d'observer, durant les 4 années qu'il a passées à Pékin, un seul cas d'appendicite.

L'orateur fait remarquer que les observations de M. Matignon ne sont pas en contradiction avec celles de M. Metchnikoff. Ce dernier admet, en effet, que les helminthes agissent principalement en inoculant des microbes dans la muqueuse intestinale, et l'on conçoit très bien que, suivant la virulence des microbes intestinaux, les helminthes produisent ou non l'appendicite.

Il est possible aussi que les microbes de l'intestin soient plus inoffensifs chez des végétariens, tels que les Chinois, que chez les Européens, surtout chez ceux qui consomment beaucoup de viande.

La fièvre aphteuse et son traitement.

M. Nocard lit, à l'occasion d'un travail de M. Jarre sur ce sujet, un rapport dans lequel il établit qu'il n'existe jusqu'à présent aucun traitement spécifique de la fièvre aphteuse, et que les attouchements des parties malades avec l'acide chromique, conseillés par M. Jarre, ne font pas exception à cette règle.

Il suffit, d'ailleurs, de réfléchir un instant pour comprendre toute l'insuffisance d'un mode de traitement qui consiste à agir sur quelques-unes des manifestations locales d'une infection générale.

On ne saurait prétendre en effet, comme l'a fait M. Jarre, que les lésions locales sont le résultat de la pullulation du virus au point où il a été inoculé, puisqu'il suffit d'injecter dans les veines ou même dans l'épaisseur d'un muscle quelques gouttes de virus aphteux pour reproduire la maladie sous son type ordinaire : fièvre plus ou moins intense, précédant de 12, 15 et même 18 heures l'éruption qui se fait aux lieux d'élection habituels (bouche, onglons, mamelles). L'état général ne peut donc pas être considéré comme symptomatique de l'état local, puisqu'il le précède.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement des tics par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation (*méthode de Brissaud*).

D'après Henry Meige et E. Feindel (1).

Aux divers agents thérapeutiques inefficaces ou insuffisants, on doit aujourd'hui préférer un mode de traitement rationnel, applicable dans tous les cas, et sur les bons effets duquel on est

1. *Presse médicale*, 16 mars 1901.

en droit de compter. Nous voulons parler de la méthode conseillée en 1894 par M. Brissaud, basée sur la *discipline du mouvement.*

Elle emploie deux procédés combinés : l'*immobilisation des mouvements* et les *mouvements d'immobilisation.* De cette formule, paradoxale en apparence, l'exposé de la méthode suffira à donner l'explication.

Cette méthode fut employée d'abord, et avec succès, dans ce genre de tic décrit sous le nom de *Torticolis mental,* par M. Brissaud, dès l'année 1893. Il s'agissait d'une variété de tic localisé aux muscles du cou, présentant les mêmes conditions étiologiques et pathogéniques que n'importe quel autre tic.

Devant l'inefficacité des traitements employés dans les cas de ce genre, et devant les dangers inutiles des interventions chirurgicales, M. Brissaud eut l'idée de recourir à une discipline gymnastique des tiqueurs. Leur état mental pouvait rationnellement en faire présager le succès (1).

Bientôt les règles de la méthode furent établies et précisées, et leur application étendue à toutes les variétés de tics (2).

Les résultats se montrèrent encourageants. Dans le torticolis mental, chaque fois que le traitement put être prolongé un temps suffisant, l'amélioration était certaine; il a été rapporté plusieurs cas de guérison. Dans les autres variétés de tic, de semblables bénéfices ont été constatés (6).

La méthode de Brissaud est applicable à toutes les variétés de tics. Elle a été appliquée aux principales. Nous allons essayer d'en faire un exposé général.

Mais s'il est possible d'en indiquer les grandes lignes, il ne faut pas oublier que chaque espèce de tic est justiciable d'une indication correspondante. La part d'initiative qui revient au médecin est donc large; il doit faire appel à son ingéniosité et à sa patience plus souvent qu'à ses souvenirs.

D'une façon générale, il s'agit de faire exécuter au tiqueur des exercices appropriés dans des conditions particulières.

Les exercices en question sont de deux sortes : les uns ont pour but d'apprendre au tiqueur à conserver l'immobilité. Les autres tendent à discipliner tous ses gestes, à remplacer le tic par un mouvement régulier et normal.

Dans les premiers, l'immobilité est à la fois le but poursuivi et le moyen employé pour l'atteindre (*immobilisation des mouvements*); dans les seconds, l'immobilité est toujours le but recherché, mais c'est à l'aide de mouvements appropriés qu'on s'efforce d'y parvenir (*mouvements d'immobilisation*).

Ces deux modes d'action doivent être inséparables l'un de l'autre; chacun d'eux serait inefficace isolément. En outre, il est indispensable qu'ils soient méthodiquement gradués.

Immobilisation des mouvements. — Le procédé consiste à exercer le tiqueur à conserver l'*immobilité* absolue, *photographique*, de ses membres et de son visage pendant 1 seconde, 2 secondes, 3 secondes, aussi longtemps qu'il peut rester ainsi sans fatigue. Puis, peu à peu, on prolonge, de seconde en seconde, la durée de cette immobilité. Il importe beaucoup de ne point l'augmenter trop vite; les tiqueurs ont leurs bons et leurs mauvais jours, leurs bons et leurs mauvais moments; trop demander aujourd'hui, c'est s'exposer à obtenir trop peu demain. Il faut donc, au début surtout, procéder avec patience, et se contenter chaque jour d'un petit gain d'immobilité, si faible soit-il; bien entendu, on évitera de perdre du terrain. A ces conditions, les secondes s'ajoutant aux secondes formeront bientôt des minutes, et le tiqueur en arrivera à rester des heures entières sans tiquer. Ajoutons que le temps d'immobilité doit toujours être annoncé d'avance au sujet.

Comment doit être placé le tiqueur pendant les séances d'immobilisation ? — Au début, dans la position où le tic se produit le moins fréquemment. En général, le malade sera commodément assis, la tête soutenue, s'il est besoin, avec un support quelconque; ou encore, on feindra de venir à son aide en lui soutenant le front, en lui appuyant la main sur l'épaule, etc. Durant ce temps, on ne cessera de l'encourager en lui affirmant qu'il *doit* et qu'il *peut* demeurer immobile, et surtout ne pas tiquer. Cette assistance psychique n'a pas moins d'importance que les soutiens manuels, les tiqueurs étant, de par leur état mental, plus ou moins accessibles aux influences suggestives.

Le temps d'arrêt du tic une fois obtenu de façon constante et sur un seul commandement, il faut aller plus loin.

Les *séances d'immobilisation* doivent être graduées par rapport au temps; nous l'avons déjà dit, il faut progressvivement augmenter la durée par secondes et par minutes; 5 à 6 minutes sont suffisantes au maximum. Ensuite, il faut graduer les attitudes du tiqueur. Celui-ci, en effet, peut bien, au début, conserver l'immobilité s'il est commodément assis; mais il s'agit de la lui faire garder également dans la station debout. Après quelques tentatives, il y parvient généralement assez vite. On varie ensuite les positions de la tête, du corps, des bras, des jambes, en répétant dans chacunes d'elles les séances d'immobilisation. En poursuivant la graduation, on arrive à exercer le tiqueur à conserver l'*immobilité pendant les mouvements*, pendant la marche, ou bien pendant l'exécution de mouvements des bras ou des jambes. Durant tous ces exercices, le tic doit être tenu sévèrement en respect.

Mouvements d'immobilisation. — Faire exécuter au tiqueur des mouvements *lents*, *réguliers*, *corrects*, et *au commandement*, en s'adressant aux muscles situés dans la région où le tic est localisé : tel est le principe. Ces mouvements seront très simples, surtout au début; ils varieront naturellement avec le siège du tic, mais ils se ramènent toujours à l'élévation ou l'abaissement, l'extension ou la flexion, la rotation, l'adduction ou l'abduction.

Nous y reveindrons à propos de certains cas particuliers.

Durée des séances. — Il est indispensable qu'au début les séances soient courtes ; en intercalant les séances d'immobilité et les exercices, séparés entre eux par des intervalles de repos, ne pas dépasser une séance totale d'une demi-heure. Au bout de quelques jours, une huitaine, chacun des exercices peut être prolongé jusqu'à 10 minutes.

Jamais la séance ne doit entraîner de fatigue ; et si le tiqueur semble mal disposé, mieux vaut abréger aujourd'hui, quitte à prolonger demain.

Les séances seront au nombre de 3, 4 ou 5 dans la journée ; elles auront lieu tous les jours, *aux mêmes heures*.

L'une des séances journalières au moins sera dirigée par le médecin, qui doit surveiller très attentivement les exercices, les modifier, en imaginer de nouveaux, s'il y a lieu, et surtout encourager le malade en lui faisant constater tous ses progrès ; il doit aussi savoir le réprimander, et, si c'est un enfant, au besoin le punir, quitte à le récompenser le lendemain s'il constate un effort sincère et un progrès. Dans les autres séances du jour, le tiqueur répète à demeure ce qu'il a déjà fait en présence du médecin.

Peu à peu, les séances en présence du médecin seront espacées tous les 2 jours, tous les 8 jours ; en revanche, on les fera durer plus longtemps, en y ajoutant chaque fois des exercices nouveaux.

Il est en effet indispensable que le malade s'intéresse à sa gymnastique. Le traitement est long ; il faut qu'il soit continué très régulièrement si l'on veut qu'à l'amélioration généralement rapide des tout premiers jours fasse suite l'amélioration plus lente, mais progressive et durable, qui conduit, après des semaines ou des mois, à la guérison. La lassitude et le découragement sont les pires ennemis du tiqueur. On s'ingéniera à l'en préserver.

1. Brissaud, Tics et spasmes cloniques de la face, leçon faite à la Salpêtrière le 8 décembre 1893, publiée par H. Meige et H. Vivier (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1894, 25 janvier); — Brissaud et Meige, Trois nouveaux cas de torticolis mental (*Revue neurologique*, 1894, 10 décembre); — Bompaire, Du torticolis mental (*Thèse*, Paris, 1894).

2. Brissaud, Contre le traitement chirurgical du torticolis mental (*Revue neurologique*, 1897, 30 janvier); — Feindel, Le traitement médical du torticolis mental (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 6); Feindel, Le torticolis mental et son traitement (*Gazette hebdomadaire*, 1898, 20 février); — Feindel et H. Meige, Revision iconographique du torticolis mental, cas anciens et cas nouveaux, traitement (*Congrès de Paris, 1900, volume de la Section de Neurologie*, p. 513); — Ibid., Quatre cas de torticolis mental (*Archives générales de médecine*, 1901, janvier).

3. Brissaud et Feindel, Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires (*Journal de neurologie*, 1899, 15 avril); — Feindel, Spasmes grimaçants de la face datant de 3 mois, traitement et guérison en 4 jours (*Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, 1899, avril).

Ce qu'on ne saurait trop répéter, en effet, c'est que, même s'il se croit débarrassé de son tic, il ne faut pas abandonner le tiqueur à lui-même et lui permettre de cesser tout traitement. Pendant longtemps encore il continuera ses exercices. La guérison est à ce prix.

D'ailleurs, en touchant à sa fin, le traitement devient de moins en moins difficile. Si les heures des exercices doivent toujours être régulières, les temps d'immobilité bien observés, si les mouvements doivent toujours être exécutés *lentement, doucement, sans secousses*, le malade, désormais en possession de la méthode, peut suffire à sa propre surveillance; ainsi se parachève la guérison.

Après cet exposé général de la méthode, il nous reste à dire quelques mots des exercices recommandables dans certains cas particuliers.

Pour un *tic des paupières*, par exemple pour le *clignement*, qui est très fréquent: faire fermer, puis ouvrir les yeux au commandement; maintenir les paupières closes pendant un temps, ouvertes pendant un temps; fermer un œil, puis l'autre, répéter ces mêmes mouvements dans différentes positions de la tête.

Si les *globes oculaires* participent au tic, on insistera sur la dissociation des mouvements de la tête et des yeux: faire suivre de l'œil un objet qui se déplace lentement, la tête restant immobile; ou inversement, la tête se portant en haut, en bas, à droite, à gauche, les yeux resteront fixés sur le même point.

Pour un *tic des lèvres*, on commandera d'ouvrir et de fermer la bouche, de faire la moue, de montrer les dents; mais surtout, on fera parler le malade en lui enjoignant de surveiller sa mimique. La lecture, lente, en scandant, la récitation, sont d'une très grande utilité, car elles permettent de donner aux séances un intérêt qui fixe l'attention du sujet.

Si la *langue* participe au tic, on insistera sur l'articulation et la diction.

Dans les cas de tic de la tête (*hochement*) ou du cou (*torticolis mental*), la tête devra s'incliner à droite, à gauche, pencher en avant, en arrière, tourner à droite, à gauche, etc.

Dans les *tics des membres, tics de l'épaule, de la main, tics de grattage, tics du pied*, on ne doit négliger aucun des mille mouvements plus ou moins compliqués que les membres sont capables d'exécuter, y compris ceux de l'*écriture*, si la main participe au tic.

Enfin dans nombre de cas, l'attention doit se porter sur les *mouvements respiratoires*. Obtenir une respiration régulière ne sera pas seulement le but à poursuivre dans les tics respiratoires, tels que la *toux spasmodique*, le *gloussement*, le *humage*, le *cri inarticulé;* il est très utile d'apprendre à tout tiqueur à bien respirer, car, plus souvent qu'on ne le pense, les muscles de la respiration prennent part à la production du tic. A ce point de vue, on fera appel encore à des exercices de lecture, de récitation, de conversation et même de chant.

Un malade peut n'avoir qu'un seul tic; le plus souvent il en a plusieurs à la fois. On peut obtenir la guérison en s'adressant à un seul de ces tics coexistants, mais mieux vaut s'adresser à tous, faire porter ses efforts, tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre.

Ainsi comprise, la méthode de Brissaud est appelée, croyons-nous, à rendre de réels services aux tiqueurs.

D'après notre expérience, qui s'étend déjà à plus d'une vingtaine d'observations, nous pouvons du moins assurer que, dans la majorité des cas, nous avons obtenu des améliorations très appréciables.

Cette amélioration est rapide les premiers jours, plus lente ensuite; elle demeure même un certain temps stationnaire: pendant une semaine, deux semaines, les progrès semblent s'arrêter. Qu'on se garde de désespérer; une nouvelle phase de progrès survient dont l'aboutissant peut être la guérison.

D'une façon presque constante, on obtient ce résultat, qui n'est pas négligeable: le malade ne tique plus, en présence du médecin, pendant une heure et même plus; il arrive souvent à ne plus tiquer de la journée étant abandonné à lui-même.

En présence de cette guérison, qui peut n'être pas définitive, il arrive malheureusement, dans bien des cas, que le tiqueur cesse tout traitement malgré les avertissements et les recommandations les plus expresses, malgré la menace des récidives qui ne doit jamais être négligée.

Car parfois cette récidive survient. Empressons-nous d'ajouter qu'elle n'a rien d'alarmant. Une reprise du traitement peut la vaincre en très peu de jours. Le tic récidiviste n'est pas tenace.

On en voit qui renaissent à des intervalles plus ou moins espacés, mais chaque fois sous une forme plus légère, et qui, en fin de compte, disparaissent tout à fait. A toute récidive, il suffira d'opposer d'abord le bénéfice perdu, et l'on aura fait en même temps un pas de plus sur le chemin de la guérison.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La patente des médecins exerçant aux stations hydrominérales.

Une intéressante discussion s'est élevée mercredi dernier devant le Sénat, à l'occasion de la loi des patentes. Un amendement de MM. Pozzi et Pédebidou, accepté par la Commission, demandait que les médecins de nos stations thermales, qui n'exercent point ailleurs, ne soient astreints à payer patente que dans la ville d'eaux où ils font acte de médecin et non dans la ville qu'ils habitent le reste de l'année.

M. Payelle, directeur général des contributions directes et commissaire du gouvernement, s'est opposé à l'adoption de l'amendement et il a soutenu: 1°) que tous les commerçants payaient le droit proportionnel non seulement pour les maisons qui servent à l'exercice de leur profession, mais encore pour la maison qui leur sert de résidence habituelle et principale, celle-ci étant dans tous les cas soumise au droit proportionnel; 2°) que le médecin d'eaux qui vit 9 mois à Paris, y consomme les bénéfices qu'il a pu réaliser facilement en 3 mois dans les villes d'eaux où il exerce et qu'il est juste, dès lors, de le taxer en raison du confort et du luxe que lui permettent de se procurer les profits qu'il a réalisés dans l'exercice de sa profession.

Le Sénat, grâce à l'insistance de notre confrère M. le Dr Pédebidou, n'a point admis cette doctrine. Il a jugé que les médecins ne devaient pas être assimilés aux autres patentables et il a voté la rédaction suivante:

« Par exception à l'article 14 de la loi du 15 juillet 1880, le médecin qui se transporte annuellement dans une ville d'eaux ou une station balnéaire ou thermale pour y exercer sa profession, et qui ne se livre pas ailleurs à l'exercice de la médecine, n'est imposable au droit proportionnel sur l'habitation que pour la maison qu'il occupe pendant la saison balnéaire ou thermale, même si cette maison ne constitue pas son habitation habituelle et principale. »

Nous applaudissons à ce vote, mais nous voudrions aussi et surtout voir adopter la motion présentée par M. Labbé et qui tend à n'imposer, au point de vue de la patente, que les locaux professionnels. Il est inique de taxer les médecins qui ont beaucoup d'enfants et qui ont nécessairement un vaste appartement beaucoup plus cher que ceux qui peuvent vivre somptueusement tout en n'occupant qu'un petit entresol.

Règlement sur le service des frais de route.

Aux termes d'un décret en date du 18 mars 1901, portant règlement sur le service des frais de route, les médecins civils, appelés, à défaut de médecins militaires, près des conseils de revision, recevront les indemnités de vacation ci-après:

1° Quand ils sont déplacés du lieu de leur résidence habituelle, 15 francs par jour, sauf le cas où les préfets jugeraient indispensable, en raison de circonstances tout à fait exceptionnelles, de proposer au ministre un médecin pour une allocation supérieure. De plus, ils ont droit à une indemnité journalière de 12 francs, divisible, quand il y a lieu, en indemnité de 4 francs pour un repas et indemnité de 4 francs pour un découcher. Ils sont remboursés des dépenses de trasport par voies

ferrées au plein tarif de 1re classe. Pour les transports effectués sur les routes ordinaires, il leur est alloué à forfait, en remplacement de l'indemnité kilométrique sur les voies ferrées, une indemnité de 5 francs par journée de voyage en voiture. Cette indemnité se cumule avec l'indemnité kilométrique sur les voies ferrées, lorsque, dans la même journée, il est fait usage des deux moyens de locomotion ;

2° Quand les opérations s'effectuent au lieu de la résidence des intéressés :

10 francs par journée employée à la visite des jeunes gens ;

3 francs par séance d'une heure ou de moins d'une heure ;

2 francs par heure ou fraction d'heure pour les séances dont la durée est de plus d'une heure.

En ce qui concerne les médecins militaires prenant part aux opérations des conseils de revision, ils ont droit à une indemnité journalière de 12 francs pour les officiers supérieurs et de 10 francs pour les officiers subalternes. Leur indemnité de déplacement est calculée comme il est dit à propos des médecins civils.

Enfin, les médecins et chirurgiens civils requis par l'autorité militaire sont assimilés, au point de vue de l'indemnité de route, aux officiers subalternes, pour lesquels ladite indemnité comprend l'indemnité journalière, fixée à 8 francs, et l'indemnité kilométrique qui est par kilomètre, de 3 centimes en voie ferrée, de 15 centimes sur les routes où il existe un service de voitures publiques, et de 30 centimes sur les routes où il n'existe pas de service public.

CORRESPONDANCE

Honoré Confrère,

Mon collègue M. Mayet, professeur de pathologie générale dans notre Faculté, vous a adressé une lettre qui a paru dans la *Gazette hebdomadaire*, à la date du 31 janvier et dans laquelle il cherche à apporter de nouveaux arguments en faveur d'une réforme que vous proposez sur l'enseignement de la chimie et de la physique biologiques dans les Facultés de médecine.

Je ne veux pas discuter dans cette courte lettre le bien ou mal fondé des réformes proposées. Je prétends le faire dans un article spécial. Pour l'instant, je veux relever une histoire contée par M. Mayet pour le besoin de sa cause, où la vérité a été fortement altérée.

Je tiens à remettre les choses au point dans l'intérêt des idées que je défends à mon tour, et je vous remercie d'avance de m'ouvrir de vos colonnes pour une brève réplique.

M. Mayet dans un passage de sa lettre, s'est exprimé ainsi :

« Comme vous, je suis convaincu que les chimistes et les physiciens purs, incomplètement initiés aux sciences biologiques, ne possèdent pas la notion claire des procédés qui leur sont applicables.

« Permettez-moi d'en donner un exemple récent. Un étudiant en médecine, licencié ès sciences et préparateur d'un laboratoire de pathologie où l'on a, pour ainsi dire, le culte de la vraie chimie biologique et en particulier de celle du sang, cherchant un sujet de thèse, le professeur propose à son choix huit questions relatives à des points non étudiés ou mal étudiés encore d'hématologie.

« Avant de se décider, l'élève croit devoir consulter un professeur de chimie pure qui le détourne de tous les sujets proposés parce que, dit-il, la chimie, du sang ne s'appuie sur rien d'absolument précis. Spécialement la détermination des divers albuminoïdes du sérum par la cryoscopie, la dialyse, l'action précipitante ou dissolvante des sels, la température de coagulation lui paraissent un terrain mouvant où l'on est très exposé à patauger (*sic*) !

« Cette appréciation est le reflet exact des idées fausses des chimistes sans esprit médical, etc. etc. »

J'arrête là la citation. Ce conte brodé par M. Mayet m'a littéralement abasourdi, dès qu'on me l'a mis sous les yeux. Car le professeur de *chimie pure*, c'est moi ; le professeur de chimie pure qui *trouve que la chimie du sang ne s'appuye sur rien d'absolument précis*, c'est encore moi.

Dans l'intérêt même de la chimie biologique que je professe et que je pratique depuis vingt ans, et dans l'intérêt des vraies méthodes de la chimie biologique, je ne puis laisser passer sans protester une historiette qui touche au roman le plus pur.

M. Nicolas, préparateur de M. Mayet, est venu en effet me trouver pour me demander mon avis sur le choix d'un sujet de doctorat en pharmacie de l'Université. Il me dit vouloir aborder un sujet de chimie biologique. Il me montra alors quelques questions proposées par M. Mayet : *cryoscopie des albuminoïdes du sérum, dialyse, action précipitante ou dissolvante des sels, température de coagulation.*

Je fis ressortir à M. Nicolas que tout ce qui concerne la dialyse, l'action des sels sur les albuminoïdes et leur température de coagulation avait été très étudié en France et en Allemagne. Je lui dis qu'il perdrait son temps à s'engager dans des sentiers battus qui ne lui laisseraient rien d'original à trouver.

Quant à la cryoscopie des matières albuminoïdes, j'ai dit à M. Nicolas que le problème était aussi irréalisable que le problème de la quadrature du cercle.

Me permettra-t-on de dire pourquoi ?

Pour raison de solubilité, la cryoscopie de la séro-albumine ne pourrait être faite que dans l'eau, milieu dans lequel d'ailleurs les données ne sont pas très exactes, en raison des hydrates qui se forment sans doute. Or sa solubilité même dans l'eau est insuffisante pour prendre un point cryoscopique valable et intéressant. Le poids moléculaire de la séro-albumine, démontré par d'autres méthodes, atteint sans doute 5 000 à 6 000. Pour qu'on ait des différences appréciables dans le point de congélation de l'eau et d'une dissolution aqueuse de séro-albumine, il faudrait pouvoir en dissoudre d'énormes quantités. Or son coefficient de solubilité s'y refuse.

Que dirai-je de la séro-globuline qui n'est en solution dans le sérum du sang qu'à la faveur des sels ? Purifiez-la, et la voilà insoluble dans tous les dissolvants neutres. Et alors ? Comment voulez-vous prendre le point cryoscopique dans ces conditions ?

Est-ce là ce que M. Mayet appelle le *reflet exact des idées fausses des chimistes sans esprit médical ?*

Mais le plaisant de l'histoire est que M. Mayet a accepté le sujet que j'ai donné à son préparateur : *Recherches sur la puissance hydrolytique de l'organisme à l'égard des composés organiques sulfo-conjugués.*

J'ajoute encore que son préparateur s'est mis à l'œuvre et a obtenu déjà dans cette voie des résultats fort intéressants.

Vous voyez, honoré confrère, que M. Mayet s'était réconcilié avec le professeur de *chimie pure* (!) avant même d'écrire sa lettre, et qu'il avait accepté pour son préparateur un sujet où ce dernier ne risquait pas de *patauger*.

Vous allez me demander, après cet exposé scrupuleux des faits, comment M. Mayet s'est laissé aller à broder une historiette et à travestir un tout petit incident universitaire.

Il faut en trouver la cause dans cette ardeur de polémique dont la presse politique nous donne trop d'exemples. Parfois la fantaisie du reportage franchit le seuil même de nos laboratoires. La contagion nous gagne, et nous succombons.

Pour soutenir ses idées, fausses d'ailleurs, sur les vraies méthodes de la chimie biologique, M. Mayet a imaginé un petit roman.

Je ne lui en garde nulle rancune.

Il m'a fourni l'occasion de démontrer que les connaissances physico-chimiques précises sont indispensables au médecin qui poursuit l'application de ces sciences exactes à la physiologie et à la pathologie.

Agréez, honoré confrère, l'assurance de toute ma considération.

Dr P. Cazeneuve,
Professeur de chimie organique et de toxicologie à la Faculté de Lyon.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du spina bifida par l'excision,

Observations de MM. Latour (de Vannes) et de Rouville (de Montpellier).

Rapport à la *Société de Chirurgie*,

Par M. A. Broca.

J'ai été chargé de vous rendre compte de deux observations de spina bifida traité par l'excision, qui nous ont été adressées par MM. Letoux (de Vannes) et de Rouville (de Montpellier). Voici d'abord le résumé des faits.

I. — Un garçon de 8 mois entre le 5 septembre 1900 dans le service de M. Letoux (de Vannes) pour un spina bifida lombaire, peu à peu développé depuis la naissance, et actuellement haut de 10 centimètres sur 13 de large ; la tumeur est transparente, recouverte d'une peau amincie et qui semble prête à éclater. Il existe un commencement bien net d'hydrocéphalie. D'après une photographie qui représente l'enfant debout sur une chaise, accoudé au dossier, il n'y avait ni paraplégie, ni pied bot.

Le 11 septembre, M. Letoux, après chloroformisation, fit une incision médiane et vit que la peau, plus épaisse qu'on ne le croyait cliniquement, n'était pas possible à séparer des enveloppes. Un cordon nerveux médian, gros comme une plume d'oie, sortait en haut d'un orifice rachidien capable d'admettre le pouce et allait adhérer en bas à la poche. Il en partait des filets latéraux allant se perdre dans la paroi. Voici dans quels termes M. Letour s'exprime ensuite :

« Je libère autant que possible les adhérences de ces filets nerveux et sectionne là où je ne puis mieux. J'essaye enfin, mais sans y parvenir complètement, de faire rentrer l'ensemble de ces filaments nerveux par l'orifice ; une petite portion reste au dehors.

« Comme il m'est absolument impossible de séparer les enveloppes rachidiennes d'avec la paroi, je fais sur la ligne médiane une suture à points séparés, qui rapproche et accole les parties profondes de la poche. Ces points, autant que possible, n'intéressent pas la peau. Celle-ci, réséquée comme il convient, est suturée aux florences. Suites normales (*per primam*) excepté vers la partie moyenne de l'incision où, lors du premier pansement fait le 4e jour, j'aperçois une fistulette par où sort du liquide céphalo-rachidien. Cette fistulette diminue les jours suivants et le pansement est de moins en moins mouillé. Je la touche au thermo-cautère le 22 septembre, jour où, sur le désir formel des parents, je dois signer l'exeat. Depuis, aucun renseignement utile. »

II. — Le cas de M. de Rouville (de Montpellier) concerne un garçon de 8 mois, opéré le 18 décembre 1897, d'un spina bifida lombaire. L'enfant n'avait que 21 jours, quand M. de Rouville le vit pour la première fois, et « malgré son aspect tout particulièrement robuste » conseilla de patienter. Grosse comme une noix, la tumeur était recouverte d'une peau très distendue, mais d'aspect normal, sans hypertrichose. « La tumeur est nettement résistante, transparente, indolente à la pression, qui ne produit pas de réduction ; elle n'augmente pas de volume pendant les cris. Le rachis semble, à la palpation, fendu sur environ 3 centimètres de haut. Les fontanelles étaient un peu larges, mais on ne pouvait parler d'hydrocéphalie. »

Lorsque l'enfant fut revu, à l'âge de 8 mois, il était en bonne santé, sans troubles nerveux, mais la tumeur s'était énormément développée, était devenue grosse comme une orange, la peau était amincie, tendue, mais intacte. Du côté de la tête, l'attention est attirée par l'existence d'une circulation veineuse péricranienne très développée ; l'enfant a les yeux hagards, le regard étonné, bien qu'intelligent.

M. Rouville pratiqua l'excision de la poche après incision elliptique ; il réduisit 4 à 5 filets nerveux, peu volumineux, qu'il ne put séparer de la partie attenante du sac. Il sutura la peau en un seul plan, au fil d'argent, et obtint la réunion parfaite.

Tout resta en bon état du côté du rachis, mais 3 mois plus tard l'hydrocéphalie était évidente. Au bout de 19 mois, elle était stationnaire, l'intelligence avait fait de sensibles progrès. Mais à 27 mois, dire papa et maman, se tenir sur les jambes, marcher appuyé sur une chaise, ce n'est pas très brillant.

L'observation de M. Letoux ne nous est pas de grand secours pour juger les questions actuellement discutées dans le traitement du spina bifida. En effet, elle nous prouve seulement, ce qui est déjà bien connu, que l'excision peut n'entraîner aucun danger immédiat. Mais elle ne nous permet même pas de conclure sur le résultat primitif : en effet, lorsque l'enfant fut emporté par les parents, au 11e jour, il existait, à la partie moyenne de

la suture, une fistulette par laquelle s'écoulait du liquide céphalo-rachidien. Ces échecs partiels de la réunion, sans infection primitive, sont déjà signalés. Et j'ai publié un cas où la mort en résulta, au bout de 3 semaines, par méningite due à l'infection secondaire. On voit qu'on ne peut même pas affirmer le succès opératoire. Quant au résultat définitif, nous n'en pouvons pas parler ; mais il est plus que probable, d'après tout ce que nous savons, que l'hydrocéphalie, nette au moment de l'opération, n'a fait que croître et embellir.

C'est ce qui eut lieu pour le malade de M. de Rouville, chez lequel, lors de l'opération, l'hydrocéphalie était à peine amorcée, et d'après ma pratique personnelle, ainsi que je l'ai dit en 1895 au Congrès de chirurgie, cette complication est une cause à peu près constante d'échec dans le résultat définitif, si nous voulons considérer comme vraie guérison les seuls cas où le fonctionnement du système nerveux est bon après guérison opératoire.

Or sur les malades que j'ai opérés pour éviter la rupture d'un sac pellucide, très peu de temps après la naissance, je n'en ai pas revu à longue échéance un seul qui ne fût pas un infirme. C'est là, et non point le danger opératoire immédiat, ce qui m'a découragé de mes tentatives chirurgicales. Quand il y a de la paraplégie avec pieds bots, j'ai toujours estimé qu'il valait mieux laisser ces êtres trop misérables périr par rupture et méningite consécutive; même quand les membres inférieurs fonctionnent bien, j'ai coutume d'abandonner à leur sort ces sujets que guette l'hydrocéphalie, car j'en ai vu qui ont survécu jusqu'à 4 ou 5 ans dans un état lamentable : pour tout le monde, la mort précoce eût été préférable.

A mon sens, c'est donc seulement pour les cas où la tumeur, bien protégée par la peau normale ou à peu près, est compatible avec une existence que ne menace pas la rupture spontanée; c'est pour ces cas seulement que je conseille d'essayer l'excision : et l'observation de M. de Rouville vient bien vite rabattre notre enthousiasme. Il y a certainement des sujets âgés, adultes même, auxquels on a rendu grand service en leur excisant une poche, qui d'ailleurs ne compromettait pas le fonctionnement de la moelle. Mais il semble bien que chez les deux enfants de 8 mois dont je viens de résumer l'histoire, l'accroissement de la tumeur rachidienne ait été le résultat de l'hydrorachis, transformé en hydro-céphalie une fois bouchée la soupape de sûreté. Il est même probable que dans cette tension due à l'hydrorachis réside sinon la seule cause, au moins une des principales causes en raison desquelles certaines fissures rachidiennes se compliquent de tumeur au lieu de rester à l'état de spina bifida latent. Toujours, sauf chez le sujet assez âgé, — et il ne survit guère que si la peau autour de la tumeur est sinon normale, au moins résistante, — il faut craindre que l'opération, quelle qu'elle soit, injection ou excision, n'achète l'oblitération de la poche qu'au prix de l'hydrocéphalie. De même que j'ai vu récemment devenir hydrocéphale peu à peu un enfant dont la tumeur lombaire avait subi une rétraction cicatricielle progressive après cicatrisation d'un vaste angiome ulcéré.

Ni M. Letoux, ni M. de Rouville n'ont eu recours à l'occlusion ostéoplastique de la poche osseuse : et le résultat primitif leur a donné raison. Cette opinion a d'ailleurs toujours été la mienne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séances des 8 et 15 Mars 1901.

Anomalie artérielle.

M. Guibé apporte un cas d'anomalie des artères du foie, trouvé dans la pavillon de dissection. L'artère coronaire stomachique envoie une grosse branche au lobe gauche du foie. Cette branche anormale se trouvant être la seule artère nutritive de cette portion du foie, sa ligature au cours d'une opération sur l'estomac eût pu entrainer comme conséquence un sphacèle partiel du foie.

Achondroplasie chez l'adulte.

M. Regnault montre un squelette d'adulte achondroplasique. Comme ce sont surtout les accoucheurs qui ont étudié jusqu'ici cette affection, on ne connaît guère que des pièces de fœtus. Dans le cas actuel, la brièveté des os des membres, leur épaisseur, prouvent l'achondroplasie. Les saillies et surfaces d'insertion musculaire sont exagérées; les surfaces articulaires sont élargies et déformées.

Rétrécissement de l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

M. E. Lefas présente un rétrécissement serré, limité à la partie inférieure de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, observé chez une femme de 74 ans morte d'accidents cérébraux. Il n'y avait eu ni cyanose, ni troubles fonctionnels pendant la vie.

A l'autopsie on ne constata pas de tuberculose pulmonaire, si fréquente dans le rétrécissement pulmonaire; il y avait communication interauriculaire, ce qui tend à faire croire que le rétrécissement de l'infundibulum était congénital.

Cliniquement il y avait un souffle de va-et-vient à la partie moyenne du cœur, à propagation concentrique, le souffle systolique étant de beaucoup le plus fort; au palper il y avait un thrill des plus nets. On avait fait le diagnostic de frottement péricardique.

Cancer du rein.

MM. Schwartz et **Chevrier** apportent une tumeur du rein droit, ponctionnée pendant la vie, mais n'ayant jamais donné de signe positif de cancer et, en particulier, d'hématurie.

Une poche, remplie de liquide séro-hémorrhagique, paraissant constituée par le bassinet dilaté, coiffe une tumeur développée aux dépens du pôle supérieur du rein. Il s'agit d'un cancer, mais l'examen microscopique seul permettra de dire si le point de départ en est le rein ou la capsule surrénale.

Les ganglions envahis siégeaient, ici, au-devant de la colonne lombaire, en arrière de la veine cave, et non pas au niveau du hile du rein.

Morphologie osseuse.

M. F. Regnault insiste sur l'importance de la tension des tendons pour le développement de gouttières osseuses profondes. Il montre une pièce de squelette de main dont les doigts sont renversés en arrière et les phalanges profondément creusées en gouttières par les tendons des fléchisseurs.

Sclérose des bulbes olfactifs dans un cas de tabes compliqué de paralysie générale.

M. L. Marchand montre des préparations de bulbe olfactif d'un cas de tabes compliqué de paralysie générale.

L'examen histologique a été fait au moyen des méthodes de coloration à l'hématoxyline de Nissl, de Weigert, pour la névroglie. C'est surtout dans la couche des glomérules olfactifs, des

couches moléculaires et des grains que la névroglie est intéressante, en ce sens qu'elle occupe surtout les endroits où ont lieu les contacts des prolongements des divers neurones qui entrent en jeu dans la conduction des impressions olfactives.

Épiploon tordu.

MM. Souligoux et **Deschamps** présentent l'épiploon d'un malade qui, atteint de hernie ombilicale, avait offert des symptômes d'étranglement intestinal.

Un fragment de l'épiploon fut trouvé seul dans le sac, mais il n'était pas étranglé; dans l'abdomen, l'épiploon était tordu deux fois sur lui-même autour d'un véritable pédicule.

Fractures du bassin.

M. Jouon apporte deux pièces de fracture du bassin provenant du service de M. G. Marchant.

La première est un type de fracture verticale double de Malgaigne. Le sacrum est respecté, ainsi que les articulations sacro-iliaques. Les organes pelviens sont intacts.

La seconde offre des traits de fracture multiples : double fracture verticale des deux côtés; fracture transversale du sacrum; fracture par enfoncement de l'aile iliaque gauche. Le pubis formait touche de piano. La vessie était déchirée par une pointe osseuse, complication qui avait amené un phlegmon de la cavité de Retzius.

Tumeur de l'aisselle.

M. Morestin montre une tumeur formée de noyaux multiples groupés dans un tissu graisseux abondant, le tout bien encapsulé et lobulé. Il s'agit d'un adéno-fibro-lipome développé dans la région de l'aisselle aux dépens de lobules aberrants de la glande mammaire, comme le montrent les préparations pratiquées par M. Weinberg.

Epiploïte subaiguë due à une torsion du pédicule épiploïque.

MM. Lucas-Championnière et **Mauban** présentent l'épiploon d'une malade qui portait depuis plus de 20 ans une hernie inguinale volumineuse irréductible. Des vomissements et des douleurs amenèrent à intervenir, et l'on trouva dans la hernie un fragment de l'épiploon, noirâtre et adhérent. Le reste de l'épiploon, dans le ventre, avait le même aspect, une consistance lardacée, et adhérait de toutes parts.

La cause de ces lésions était une torsion de l'épiploon sur son axe, immédiatement au-dessous de son insertion sur le côlon.

Spina bifida.

MM. Cunéo et **Veau** présentent une pièce de spina bifida provenant du service de M. Brun. Il s'agit d'une myélo-méningocèle. Du segment ectopié de la moelle naissent toutes les racines sous-jacentes à la 2e lombaire. Le canal de l'épendyme s'ouvre à l'extérieur.

Cette pièce est en contradiction formelle avec les idées récemment soutenues par M. Rabaud. La cavité kystique est ici manifestement formée par les espaces sous-arachnoïdiens dilatés, et en aucune façon par le canal épendymaire.

Plaque ossiforme du cœur.

M. Tanton (du Val-de-Grâce) apporte le cœur d'un malade qui mourut dans l'asystolie avec des infarctus pulmonaires multiples et volumineux. Dans ses antécédents, on relevait une atteinte de rhumatisme articulaire aigu et une péricardite.

Le ventricule gauche est creusé à la partie interne de la pointe d'une cavité cupuliforme, constituée par une plaque de consistance osseuse, véritable anévrysme pariétal d'origine vraisemblablement endocarditique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Mars 1901.

Mécanisme régulateur de la composition du sang et ses variations pathologiques.

MM. Ch. Achard et **M. Lœper.** — A l'état normal, la composition du sang tend à se maintenir remarquablement fixe, malgré les mouvements incessants d'entrée et de sortie dont le torrent circulatoire est le siège. Il semble donc qu'il existe un mécanisme régulateur grâce auquel la composition du sang, tant sous le rapport du nombre des molécules que de leur nature, ne subit que des variations restreintes et passagères.

En effet, les recherches cryoscopiques montrent que la concentration, c'est-à-dire le nombre de ses molécules du sérum, se rétablit très promptement lorsqu'on vient à le modifier artificiellement par l'introduction de substances nouvelles (Hamburger).

De même, la nature et la proportion des substances qui entrent dans la constitution du sang tendent à se maintenir assez fixes. C'est ainsi que le sang se débarrasse le plus rapidement possible de toute substance étrangère qui vient à pénétrer dans la circulation, comme aussi de tout excès de substances normales. Il s'en débarrasse non seulement par les émonctoires glandulaires, mais encore, et à leur défaut, en versant dans les tissus comme dans une sorte de réservoir, ces substances qui modifient qualitativement et quantitativement sa composition.

On peut, d'ailleurs, en donner une démonstration directe au moyen de l'expérience suivante. Chez un chien dont on a lié les deux uretères, on injecte dans les veines du ferrocyanure de potassium. Aussitôt après on fait une première prise de sang, puis, au bout de plusieurs heures, une seconde, et chaque fois on dose dans ce sang la proportion de ferrocyanure.

Or elle est notablement moindre la seconde fois que la première. Pourtant, ce qui était sorti du sang sans pouvoir passer dans l'urine était bien resté dans l'organisme, car si on lève les ligatures urétérales, les reins éliminent ensuite la presque totalité du ferrocyanure injecté.

Répétée avec d'autres corps, bleu de méthylène, chlorure de sodium, l'expérience nous a donné des résultats analogues, et déjà M. R. Lépine avait noté le même fait en employant du glycose.

D'autre part, la rétention des chlorures dans les tissus, constatée chez les malades et qui a fait l'objet d'une note précédente, montre aussi que, dans le cours de divers états morbides, le sang tend à maintenir constante sa composition.

Ce mécanisme régulateur de la composition du sang peut être comparé à celui de la régulation thermique. Tous deux peuvent être troublés par l'état pathologique, et l'organisme malade peut être accommodé pour une composition anormale du sang comme pour une température anormale.

Ces notions de la régulation sanguine et de la rétention de diverses substances dans les tissus nous paraissent utiles pour interpréter certains résultats, en apparence paradoxaux, des examens cryoscopiques. Il est fréquent de voir, dans les maladies aiguës, la concentration moléculaire du sérum tomber notablement au-dessous de la normale. Pourtant la dépuration urinaire se fait mal à ce moment et les chlorures en particulier s'éliminent à peine : la rétention dans les tissus permet de comprendre que le nombre des molécules n'augmente pas dans le sérum, malgré le défaut d'élimination. C'est au contraire quand l'élimination se fait bien, au moment de la crise, que remonte la concentration du sérum, précisément parce que la rétention cesse dans les tissus.

On pourrait concevoir de la même manière pourquoi dans certains cas d'urémie, alors que l'obstacle rénal est manifeste, la concentration moléculaire du sérum demeure normale ou même diminue. Et, pour le dire en passant, cette constatation montre à quelles erreurs on s'exposerait si l'on voulait juger l'insuffisance rénale d'après le point cryoscopique du sérum.

Peut être encore pourrait-on dans quelques cas expliquer par la rétention dans les tissus le défaut de toxicité du sérum qu'on a parfois observé dans l'urémie, alors que l'urine était également hypotoxique.

De l'utilité d'une alimentation d'épreuve dans les recherches sur la nutrition.

M. G. Leven. — Dès le début des recherches sur le chimisme gastrique, on a adopté un repas d'épreuve. Il me semble nécessaire d'utiliser une *alimentation d'épreuve* dans les recherches sur la nutrition.

En effet, on ne doit pas se contenter de renseignements relatifs aux corps contenus dans les urines sans connaître les ingesta et non seulement leur composition chimique, mais leur nature.

Un même nombre de grammes de substances albuminoïdes donnera naissance à un nombre variable de grammes d'urée, selon qu'il est fourni par tel ou tel aliment azoté, par exemple.

Cette alimentation sera composée de lait, de sucre et d'œufs dont les quantités seules varieront, selon les besoins et les dépenses du sujet en expérience.

L'alimentation d'épreuve doit être continuée pendant 48 heures.

Il faut utiliser pour l'analyse les urines recueillies le 2e jour.

Propriétés hématolytiques de la première urine du nouveau-né.

MM. Sabrazès et Fauquet (de Bordeaux). — Nous avons montré que sous l'influence du régime lacté absolu naturel (allaitement) ou artificiel l'urine acquiert la propriété de dissoudre les globules rouges qu'on y incorpore. Au moment de la naissance, alors que le nouveau-né n'a pas encore pris le sein et qu'il n'a ingéré aucun aliment, l'urine est-elle hématolysante? Nous avons été ainsi conduits à examiner la première urine émise par le nouveau-né après l'accouchement. Voici comment nous avons procédé. Au moment où l'enfant naît il crie et ne tarde pas à uriner; chez les sujets du sexe masculin l'urine s'échappe sous forme d'un petit jet qu'il est aisé de recueillir. C'est un liquide transparent, d'aspect aqueux, parfois légèrement citrin, de réaction neutre ou très faiblement alcaline, dont la quantité oscille entre 5 et 6 centimètres cubes. Cette urine est très pauvre en urée (moins de 0 gr. 50 par litre); elle ne contient pas d'albumine; le taux des chlorures varie de 1 gr. 20 à 2 gr. 50 par litre; celui des phosphates est environ de 0 gr. 35 par litre. Le point de congélation (Δ) varie de — 0,18 à — 0,22. Nous avons examiné cette première urine chez trois nouveau-nés, issus de mères normales, non soumises au régime lacté, et eux-mêmes normaux : dans ces trois cas les globules rouges introduits dans l'urine ont immédiatement cédé leur hémoglobine : l'hématolyse a été complète.

Ainsi, abstraction faite des sujets, — enfants ou adultes, — qui se nourrissent exclusivement de lait, seul le nouveau-né, immédiatement après l'accouchement, en dehors de toute influence alimentaire, rejette une première urine qui est douée de propriétés hématolysantes; cette urine, très pauvre en chlorures et en phosphates, a un point de congélation singulièrement élevé, voisin du zéro.

Les causes de la splénomégalie dans les cirrhoses biliaires.

MM. Gilbert et P. Lereboullet. — L'hypertrophie considérable de la rate dans les cirrhoses biliaires semble due à ce que deux causes se superposent ici pour la provoquer, l'infection et la congestion passive. La preuve de l'intervention de ces deux facteurs peut être tirée de divers arguments cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux. La congestion passive est rendue manifeste par l'existence du syndrome de l'hypertension portale à l'état d'ébauche (urines retardées, hémorrhagies gastro-intestinales, circulation collatérale fréquente, ascite terminale) et aussi par la facilité avec laquelle la splénomégalie rétrocède sous l'influence d'hémorrhagies gastro-intestinales, au point de diminuer de plus de moitié. Mais l'infection intervient également, et il semble nécessaire, vu le caractère nettement secondaire de la splénomégalie, ou la facilité et l'intensité avec laquelle celle-ci survient au cours des angiocholites, d'admettre une infection directe de la rate sous la dépendance de l'infection biliaire primitive. A côté des preuves cliniques, le fait est démontré par certaines angiocholites expérimentales où l'on voit se produire une hypertrophie splénique manifeste. Il semble bien que ce soit la veine splénique qui constitue la voie de cette infection; même à l'état physiologique il y a à certains moments stase sanguine dans celle-ci, comme le prouve la tuméfaction splénique dans la période digestive; du fait de la congestion passive, cette stase est ici plus évidente, et l'on conçoit qu'à la faveur de celle-ci, des micro-organismes doués de mobilité puissent refluer du foie jusqu'à la rate. La veine splénique jouerait donc vis-à-vis de la rate le rôle de voie d'apport des germes, tout comme la veine sus-hépatique par rapport au foie. Il semble en tout cas qu'il y ait lieu d'admettre une infection directe de la rate, et que la superposition de ces deux éléments : *congestion passive* et *infection*, explique pour une bonne part l'existence de splénomégalies considérables au cours des cirrhoses biliaires.

Présence de l'entérocoque dans les selles dysentériques.

M. Simonin a eu l'occasion, au cours de l'été dernier, de vérifier sa présence et son extrême abondance dans les selles de la dysenterie saisonnière, sévissant à Paris sous le mode épidémique.

Que la dysenterie se présente sous une forme clinique bénigne, moyenne ou grave, l'entérocoque s'est montré invariablement associé au coli-bacille, dans les pelotons muco-glaireux striés de sang de la période aiguë de l'affection. Dans deux formes graves et prolongées, il était encore décelable du 34e et au 54e jour de la maladie, au sein des minimes glaires que les ulcérations persistantes déposent sur les matières alors moulées et de coloration normale.

Dans les selles franchement dysentériques, il végète d'une façon si active que le frottis fécal rappelle, d'une façon frappante, l'aspect si connu du crachat pneumonique. Globules rouges, leucocytes polynucléés, filaments de mucus, débris épithéliaux, diplocoques auréolés et lancéolés prenant le gram, sont bien de nature, il faut l'avouer, à suggérer cette comparaison.

Libre la plupart du temps, l'entérocoque est presque invariablement muni de sa capsule. Parfois, il se dispose en courtes chaînes formées de 2 ou 3 couples associés. Ses grains sont tantôt nettement lancéolés, tantôt arrondis, quelquefois de dimensions inégales.

L'auteur l'a également vu dans l'intérieur des leucocytes polynucléés qui, par leur extrême abondance, constituent la majeure partie du substratum anatomique des préparations; il semble donc prendre une part active à la lutte engagée contre les éléments phagocytaires, affirmant ainsi son rôle passagèrement agressif.

Quand la bile se montre à nouveau dans les selles, lorsqu'elles deviennent féculentes ou moulées, la flore bactérienne se modifie d'une façon frappante : on voit apparaître une quantité de bactéries banales, alors que l'entérocoque devient très rare, ou se présente uniquement sous la forme de gros diplocoques dépourvus de capsule.

L'inoculation pratiquée sous la peau de la souris à la dose de 1 et même de 2 centimètres cubes est restée sans effet.

Les examens ont porté sur 15 cas de dysenterie observés sur des soldats âgés de 21 à 23 ans, provenant des casernements de la rive gauche de la Seine (quartiers de Grenelle et de Latour-Maubourg).

Quelle est la signification de l'entérocoque dans les selles des dysentériques? Les nombreuses controverses engagées sur la nature de l'agent dysentérigène n'ont pas encore tranché d'une façon définitive l'étiologie de l'affection. Amibes, bacilles du groupe coli, microbes variés des diarrhées dysentériformes ne sont peut-être que les germes d'association ou d'infection secondaire du véritable parasite de la dysenterie. L'auteur pense simplement qu'il faut ajouter à cette énumération, qui comprend aussi les pyogènes (staphylocoque, tétragènes, streptocoques, bacille pyocyanique), la variété de diplocoque polymorphe qui paraît tenir le milieu entre le pneumocoque lancéolé et le streptocoque pyogène.

Il insiste simplement sur ce fait que, dans la série de ses constatations, l'entérocoque a paru le compagnon à peu près

exclusif et le plus fidèle du coli-bacille, alors que les autres bactéries se montraient rares et peu variées dans les produits ayant un caractère franchement dysentérique.

En fait de parasites protozoaires, on n'a pu reconnaître au sein des selles fraîches que des cercomonas et quelques échantillons de balantidium coli.

Le liquide céphalo-rachidien dans le tétanos.

MM. Milian et **Legros** concluent des constatations qu'ils ont pu faire que le liquide céphalo-rachidien dans le tétanos conserve sa limpidité et sa fluidité habituelles pendant toute la durée de l'affection. A aucun moment, il ne renferme d'éléments figurés, ce qui permet de différencier le tétanos des méningites cérébro-spinales et peut permettre une application plus judicieuse de la médication antitétanique.

Le liquide céphalo-rachidien ne renferme, dans le tétanos, aucun germe microbien décelable par les cultures aérobies et anaérobies ou l'inoculation.

La toxine tétanique ne traverse pas les méninges, car l'inoculation à la souris (animal sensible à des doses infinitésimales) de doses massives de liquide céphalo-rachidien n'amène aucun symptôme chez l'animal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 Mars 1901.

La voie transmédiastinale dans la recherche des corps étrangers de la trachée et des bronches.

M. Quénu admet, avec M. Ricard, la légitimité de la recherche des corps étrangers de la partie inférieure de la trachée et des bronches par la voie transmédiastinale, quand l'extraction de ces corps étrangers a été impossible par les voies naturelles et que leur situation a été nettement déterminée par la radiographie ou par tout autre moyen d'exploration.

Seulement M. Quénu trouve que dans le cas de M. Ricard la voie transmédiastinale postérieure lui eût fourni une voie d'accès plus facile et moins dangereuse. M. Quénu a pu se convaincre, en effet, par des recherches sur le cadavre, qu'en intervenant par le médiastin antérieur on rencontre les plus grosses difficultés : le champ opératoire est occupé par des vaisseaux nombreux et énormes (crosse de l'aorte, tronc brachio-céphalique, veine-cave supérieure, veines pulmonaires); on ne peut aborder la trachée que très profondément et sur une petite étendue, les bronches restant à peu près inaccessibles; la palpation de la trachée ne donne aucun renseignement sur la présence du corps étranger à cause de la rigidité des anneaux trachéaux; la difficulté de l'extraction de ces corps par une incision trachéale est très grande; enfin, dans les cas de fistule trachéale antérieure, l'infection de la plaie médiastinale est pour ainsi dire inévitable.

Au regard de ces inconvénients de la voie transmédiastinale antérieure, la postérieure offre des avantages incontestables. Sans doute on opère à une profondeur aussi grande, mais la voie d'accès est plus facile : la résection costale est plus simple que celle du sternum, la plèvre médiastine se laisse décoller aisément, même quand il y a des adhérences pleurales, il n'y a pas de gros vaisseaux qui masquent le champ opératoire, on découvre non seulement la trachée mais encore les deux bronches, la palpation et l'extraction des corps étrangers de ces conduits est facile à travers leur paroi postérieure membraneuse, mince et souple; enfin la situation de la plaie à la partie postérieure du tronc la met dans les meilleures conditions pour une cicatrisation rapide et normale.

Quant à la technique opératoire à suivre, voici celle que M. Quénu conseille : création d'un lambeau postérieur en volet allant de la 3e à la 10e côte et rabattu en dedans, résection des 4e, 5e et 6e côtes, décollement de la plèvre médiastine; à l'aide de larges écarteurs on récline le poumon en dehors, l'œsophage et le pneumogastrique en dedans, on récline également ou on résèque entre deux ligatures la crosse de la veine azygos, le seul vaisseau qu'on rencontre ici; puis, l'index gauche, ayant reconnu la face postérieure de la trachée et des bronches aux tubercules qui terminent les arcs cartilagineux, recherche à travers la paroi membraneuse la situation exacte du corps étranger; il ne reste plus qu'à inciser en ce point après avoir attiré la trachée en avant et à procéder ensuite à l'extraction. On termine par la suture de la trachée ou de la bronche et par le drainage du médiastin.

M. Quénu ajoute que la voie transmédiastinale antérieure lui semble devoir être uniquement réservée aux interventions sur le péricarde et sur le cœur.

M. Poirier a employé la voie transmédiastinale antérieure, il y a déjà 5 ans, pour pratiquer l'extirpation d'un énorme sarcome du médiastin, chez un malade en imminence d'asphyxie. A l'aide d'une incision en U (dont les branches commençaient aux articulations sterno-claviculaires, longeaient ensuite les deux bords du sternum jusqu'au niveau des 2e, 3e ou 4e cartilages costaux où elles étaient réunies par la branche transversale), M. Poirier réséqua la plus grande partie du sternum et put enlever fragments par fragments une notable portion de la tumeur qui englobait tous les gros vaisseaux de la région. La cicatrisation se fit parfaitement; mais, ainsi qu'on devait s'y attendre, la récidive fut rapide : 2 mois après, l'opéré mourait d'asphyxie, après avoir présenté de l'œdème généralisé.

Emploi de la radiographie stéréoscopique en chirurgie.

M. Béclère. — Personne ne conteste plus aujourd'hui les services rendus par la radiographie à la chirurgie. La radiographie stéréoscopique est appelée à en rendre encore davantage, car elle nous donne l'image en relief des objets exposés à l'action des rayons X, c'est-à-dire l'illusion de la réalité, et elle nous permet ainsi d'obtenir la mesure exacte de ces objets. Les images stéréoscopiques peuvent être observées tout aussi bien à la lumière du jour et à la lumière artificielle; enfin elles sont d'un maniement plus facile que les épreuves radiographiques ordinaires. Sans doute leur interprétation exige une certaine éducation de la part de celui qui les observe, mais cette éducation n'est pas compliquée et s'acquiert vite.

Hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.

M. Rochard fait un rapport sur un travail de M. Faure basé sur une statistique personnelle de 7 cas d'hystérectomie vaginale pour infection puerpérale grave avec 6 morts et 1 guérison. M. Faure fait suivre ses observations de considérations qui ont trait : 1° aux indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale; 2° au procédé opératoire à employer.

M. Faure considère l'intervention chirurgicale comme parfaitement justifiée dans les cas d'infection grave, dans lesquels les méthodes habituelles de traitement se sont montrées insuffisantes. Mais il faut que l'intervention soit précoce si l'on veut avoir des chances de succès : des 6 malades de M. Faure qui ont succombé, la plupart étaient moribondes au moment de l'opération; la septième a guéri parce que notre collègue est intervenu dans les 48 premières heures de l'infection.

M. Faure se déclare partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale, parce que, dit-il, elle peut être menée rapidement en quelques minutes et qu'elle n'expose pas comme l'abdominale à l'infection du péritoine par le passage d'un organe septique. Sans doute l'utérus est friable, mais, en le saisissant avec des pinces à kystes, on arrive facilement à l'abaisser sans le déchirer; il est, d'autre part, d'une malléabilité extrême qui lui permet de franchir sans difficultés la filière pelvienne.

M. Picqué estime qu'il faut bien distinguer les formes foudroyantes, hypertoxiques de l'infection puerpérale, qui tuent les malades avant que l'on ne puisse constater de lésions utérines, et les cas d'infection de gravité moyenne où ces lésions utérines apparaissent manifestement comme le foyer du mal et où par conséquent leur suppression s'impose. Une autre variété d'infection utérine dont on n'a pas parlé jusqu'ici, et qui pourtant a été bien étudiée à l'étranger, est la

gangrène partielle ou totale de la paroi utérine, dont le pronostic est très grave puisqu'elle entraîne une mortalité de de 25 p. 100 (Beckmann). On reconnaîtra cette affection aux signes suivants : régression imparfaite ou même nulle de l'utérus, écoulement purulent abondant, quelquefois mélangé de gaz, fièvre élevée (39°-40°), pouls fréquent et petit (110-120).

Traitement des fractures de la rotule par la suture des ailerons.

M. Chaput présente un malade qui s'était fracturé la rotule et qui a été traité par la suture des seuls ailerons de l'os. Cette suture a parfaitement suffi à rapprocher et à coapter exactement les deux fragments qui présentaient un écartement de 2 centimètres. Le résultat fonctionnel est excellent.

Épithélioma de l'ovaire.

M. Le Dentu présente un volumineux épithélioma de l'ovaire extirpé chez une femme opérée déjà il y a près de trois ans (entérectomie, juin 1898), pour un épithélioma de l'intestin grêle.

Fibrome du ligament large.

M. Monod présente un énorme fibrome du ligament large. Ce fibrome n'est d'ailleurs intéressant que par ses dimensions (tête d'adulte), et par ce fait que la femme qui le portait ignorait absolument qu'elle eût une tumeur dans le ventre : elle était venue consulter pour une hernie ombilicale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 Mars 1901.

Pronostic des méningites cérébro-spinales aiguës.

M. Antony dit que les statistiques des médecins militaires, relatives à la méningite cérébro-spinale épidémique, parlent en faveur de la gravité très grande de cette maladie, non seulement pour le pronostic immédiat, qui doit toujours être très réservé, mais encore pour le pronostic éloigné.

M. Netter dit qu'il a pourtant vu guérir 10 cas bien authentiques. Sur ces 10 cas, 3 ont échappé à son examen ultérieur, mais sur les 7 malades qu'il a revus, 6 n'ont absolument rien eu; seul le 7°, qui avait eu à la période aiguë de sa maladie, une surdité par otite, a vu cette surdité se transformer en surdi-mutité.

Variole des nouveau-nés.

M. Roger a eu l'occasion d'observer, dans son service, 11 femmes enceintes, atteintes de variole, qui ont accouché à terme ou près du terme. Les enfants, au premier abord, paraissaient absolument normaux. Mais, en prenant leur température, on constate qu'ils sont tous hypothermiques. Le thermomètre, introduit dans le rectum, ne monte jamais à 37°. Le plus souvent il reste au-dessous de 36°. Dans quelques cas il tombe rapidement à 31°, 30° et même 28°. Trois enfants ont succombé aussi 4, 6 et 11 jours après leur naissance n'ayant pour tout symptôme que de l'hypothermie et de l'ictère. Un autre présenta, en plus, la veille de sa mort, une éruption scarlatiniforme. Enfin, dans les 7 autres cas, l'évolution a été plus complète; elle a abouti au développement d'une éruption variolique. Celle-ci est précédée généralement d'une élévation de la température qui atteint ou dépasse le chiffre normal. On constate, le lendemain, 4 ou 5 papules qui se remplissent d'une petite quantité de liquide louche et se dessèchent rapidement. L'enfant succombe 2 ou 3 jours plus tard avec des températures fort basses; dans un cas le thermomètre tomba, 2 heures avant la mort, à 27°.

Cependant l'évolution des éléments éruptifs peut se faire comme chez l'adulte. Deux fois les papules subirent une véritable transformation purulente.

Malgré sa gravité, la maladie n'est pas forcément mortelle. Un enfant a guéri après avoir eu, à un moment, une température centrale de 33°.

En résumé, la variole des nouveau-nés diffère totalement de la variole des adultes. Elle s'annonce par une hypothermie, généralement énorme. Puis l'ictère apparaît. Alors deux évolutions sont possibles : ou bien l'enfant s'affaiblit et meurt en hypothermie sans présenter d'autres symptômes; ou bien une éruption apparaît, coïncidant le plus souvent avec une élévation de température, et caractérisée par des papules peu nombreuses qui ne tardent pas à se flétrir et à se couvrir de croûtes.

Cette évolution si spéciale est tout à fait comparable à celle qu'on observe chez quelques animaux. M. Roger a montré, avec M. Weil, que les lapins inoculés avec du pus variolique succombaient presque tous. Généralement ils n'ont pas d'éruption, ou bien ils présentent, comme les nouveau-nés, des papules peu nombreuses qui se dessèchent sans se remplir de pus, puis ils maigrissent et meurent en hypothermie.

L'analogie qui existe entre la variole des nouveau-nés et la variole du lapin tient, en partie, à ce que, dans les 2 cas, l'inoculation est massive. Nous injectons aux animaux des doses considérables de pus. Or, chez le fœtus, les microbes pénètrent en grand nombre. M. Roger a eu l'occasion d'étudier, avec M. Weil, l'eau de l'amnios de deux femmes enceintes atteintes de variole confluente; le liquide renfermait une quantité prodigieuse des corpuscules que nous considérons comme les agents de la maladie. Ce résultat démontre en même temps que les éléments, par eux décrits, ne sont pas de simples débris nucléaires provenant des leucocytes, car ces cellules faisaient presque complètement défaut dans ces deux cas.

Sans vouloir insister sur les considérations théoriques auxquelles se prête l'étude de la variole des nouveau-nés. M. Roger croit que la connaissance de son évolution si spéciale présente un certain intérêt pratique; les caractères de la courbe thermique et de l'éruption lui donnent une physionomie particulière et lui assurent une place à part dans les formes cliniques de cette infection.

Sur le traitement de la sciatique par injection intra-arachnoïdienne de doses minimes de cocaïne.

MM. P. Marie et **Guillain**, chez un homme de 35 ans atteint, depuis 8 jours, d'une sciatique droite de moyenne intensité (cause indéterminée), avec signe de Lasègue bien caractérisé, ont, le 26 mars, à 10 h. 1/2, pratiqué une injection intra-arachnoïdienne de 5 milligrammes de cocaïne (solution au 1/100 stérilisée à l'autoclave); 3 minutes après le malade accusait une notable diminution de la douleur. 6 minutes après l'injection la douleur avait complètement disparu et il ne restait plus que quelques vestiges du signe de Lasègue. Le malade insistait alors pour se lever, se disant guéri; il s'habillait, descendait dans les cours où il se promena pendant toute la journée; le soir, à 4 h. 1/2, la douleur revenait mais avec une faible intensité, la nuit était bonne, et le lendemain le malade, tout en accusant encore un certain degré de névralgie, déclarait qu'il n'y avait aucune comparaison avec ce qu'il souffrait la veille. L'amélioration persiste jusqu'à l'heure actuelle.

MM. P. Marie et Guillain rappellent qu'à la séance de la Société de neurologie du 7 mars, M. Achard a rapporté 3 observations de sciatique traitée par l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne à la dose de 1 à 2 centigrammes; il semble, dans sa communication, qu'il attache une certaine importance à la production d'anesthésie dans les membres inférieurs pour le succès du traitement.

Dans le cas actuel, la dose employée a été beaucoup moindre, puisqu'elle n'a pas dépassé 5 milligrammes; l'amélioration a été rapide, quoique à aucun moment il ne se soit produit d'anesthésie cutanée. Si des faits antérieurs venaient démontrer, d'une façon absolue, l'efficacité de doses aussi minimes que celle employée, il y aurait un avantage évident à s'y tenir puisqu'on aurait ainsi d'autant plus de chances d'éviter les in-

convénients, parfois assez pénibles, des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne.

Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme poly-articulaire aigu.

M. Pierre Teissier, chez deux malades, une jeune fille de 17 ans et une femme de 30 ans, a observé une dilatation aiguë du cœur, survenue au cours d'un rhumatisme poly-articulaire généralisé, en dehors de toute endocardite ou péricardite appréciable cliniquement, et sans qu'à aucun moment de l'évolution du rhumatisme, une cause, d'ordre réflexe ou mécanique, susceptible de réagir sur le cœur, ait pu être observée.

Cette dilatation du cœur, portant plus particulièrement sur le ventricule droit (qui cède le plus vite et de la façon la plus apparente), mais intéressant, selon toute vraisemblance, le ventricule gauche, était caractérisée surtout par l'agrandissement et la déformation de la surface de matité, par un choc diastolique dans un cas, présystolique dans l'autre, et par une légère exagération de fréquence du pouls, sans autres phénomènes généraux.

La physiologie pathologique de ces dilatations est d'appréciation difficile. S'agit-il seulement d'un trouble fonctionnel du myocarde sans lésions structurales? s'agit-il d'une lésion du myocarde, d'une myocardite aiguë, de cette myocardite parenchymateuse aiguë que MM. Weil et Bayon, Bouchot, Bard, Merklen et Rabé nous ont fait connaître? On ne saurait conclure. Il ne croit pas toutefois qu'on soit autorisé à admettre plutôt le simple trouble fonctionnel pour cette seule raison que la dilatation cardiaque a évolué sans suites fâcheuses immédiates; d'autant que le choc diastolique, dans le rhumatisme comme dans la fièvre typhoïde par exemple, pourrait revêtir une signification fâcheuse, révéler une atteinte sérieuse du myocarde.

Quelque idée que l'on se fasse de la pathogénie de ces dilatations cardiaques, il importe, à son avis, de les connaître et de les rechercher, car elles peuvent donner un indice d'une certaine valeur pour le pronostic immédiat ou éloigné des rhumatisants et des cardiaques rhumatisants.

M. Barié. — Depuis que l'attention des observateurs a été attirée sur ce point, on s'aperçoit que le retentissement du rhumatisme articulaire sur le muscle cardiaque est loin d'être aussi exceptionnel qu'on l'a cru pendant longtemps. M. Barié peut, pour son compte, en signaler deux faits personnels.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade qui, au cours d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, fut pris, au 5e jour, d'une endocardite mitrale aiguë, suivie de dilatation aiguë du cœur, avec des accidents de la plus haute gravité : tachycardie, délire, collapsus cardiaque, coma et mort. A l'autopsie, on trouva une endocardite mitrale récente et de la dilatation aiguë du ventricule gauche avec altération du myocarde.

Le second cas concerne un malade qui, vers la fin du premier septénaire, fut pris brusquement d'oppression, d'un peu de gêne précordiale, de cyanose légère des extrémités, le cœur battait très rapidement avec quelques faux pas, mais on ne trouva ni souffle, ni rhythme de galop. La percussion montra que l'aire de matité cardiaque, d'abord de 92 centimètres carrés, passa à 104 centimètres carrés; il y avait donc dilatation aiguë et rapide du cœur. Soumis à l'action de la digitaline, les accidents s'amendèrent rapidement, et, au bout de 5 semaines de séjour, le malade quitta l'hôpital entièrement guéri.

Voilà donc deux malades chez lesquels, durant une crise de rhumatisme poly-articulaire, se développa une dilatation aiguë du cœur. Chez le premier, elle coïncida avec une endo-myocardite vérifiée à l'autopsie; pour le second malade, qui a guéri, on ne saurait affirmer qu'il y a eu des altérations du myocarde, mais on peut dire sûrement que le muscle cardiaque a fléchi, et que, chez ce malade, il s'est produit, sous l'influence du rhumatisme poly-articulaire aigu, une insuffisance temporaire du myocarde, suivie de dilatation aiguë du cœur.

Ces faits justifient ce que disait, il y a déjà longtemps, M. Peter, à savoir qu'on n'attache pas une importance suffisante aux altérations du myocarde dans le rhumatisme poly-articulaire aigu.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 21 Mars 1901.

Accouchement rapide dans le cas de placenta prævia.

MM. Demelin et **Macé** ont observé à la clinique Tarnier, chez une albuminurique, un cas de placenta prævia qui a nécessité la terminaison rapide de l'accouchement. Il s'agissait d'un placenta recouvrant partiellement l'orifice interne du col; mais en touchant profondément on sentait le cordon procident. Quoique l'état de la mère fût satisfaisant, on se décida, en vue d'assurer la vie de l'enfant, à pratiquer la dilatation rapide du col par le procédé de Bonnaire. Après avoir introduit successivement plusieurs doigts de chaque main, produisant un massage excentrique, on put ainsi obtenir une dilatation complète. On fit l'extraction du siège, mais le col s'étant rétracté spasmodiquement sur le cou du fœtus, on fut obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps tête dernière. Le résultat fut excellent pour la mère et pour l'enfant.

Cas de paralysie obstétricale.

M. Maygrier fait remarquer que les paralysies du nouveau-né sont assez rares, surtout actuellement qu'on connaît mieux les procédés d'extraction du fœtus. Il vient cependant d'en observer un cas à la Charité où le traumatisme a pourtant été bien minime. Il s'agissait d'un enfant pour lequel on fut obligé de pratiquer la version. Cette opération se fit très facilement et la seule manœuvre qu'on puisse incriminer, c'est la transformation du bras antérieur en bras postérieur. On s'aperçut bientôt qu'il existait une paralysie du plexus brachial qui, quoique électrisé depuis plusieurs semaines, persiste encore actuellement. Cette durée prolongée est un peu exceptionnelle.

Deux cas d'éviscération intra-utérine.

M. Bonnaire présente deux fœtus âgés de 5 mois, dont l'histoire est particulièrement intéressante. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui vint avorter à Lariboisière. Le fœtus se présentait par la tête, et quand il fut sorti des organes génitaux, on remarqua qu'il était momifié et qu'il lui manquait tout le train de derrière, l'amputation ayant lieu au-dessus du bassin. Quelque temps après fut expulsé un second jumeau également macéré, mais bien constitué. A quelle cause faut-il rattacher cette mutilation? Peut-on songer à une amputation spontanée par circulaire du cordon ou bride amniotique? Evidemment non, car l'examen de la section ne permet pas de le supposer. Il est plus probable qu'on a pratiqué le curettage chez cette femme à la suite d'une erreur de diagnostic et qu'un coup de curette a dû amputer le siège du premier fœtus. L'opérateur a été très probablement de bonne foi, car le placenta très dégénéré fait penser à une endométrite gravidique intense.

Le second fœtus également macéré provient d'une malade accouchée aussi à Lariboisière. Il présente une éviscération totale des organes thoraciques et abdominaux. Mais en examinant de près, on s'aperçoit que la division des tissus est congénitale, de plus il existe une scoliose très prononcée et une atrophie du bassin causée probablement par une compression intra-utérine, l'utérus étant incarcéré en rétrodéviation.

Deux cas de déchirure incomplète de l'utérus.

M. Brindeau a observé successivement deux cas de déchirure sous-péritonéale du segment inférieur à la suite d'extraction par le siège dans un bassin rétréci. La déchirure s'étendait jusqu'à l'anneau de Bandl et les phénomènes de shock étaient très intenses. Dans les deux cas, il y avait dépression profonde, pouls à 140, vomissements verdâtres, ballonnement du ventre, etc. Le traitement suivi consista à tamponner la déchirure et la cavité utérine à l'aide de gaze stérilisée.

Dans le premier cas, ce traitement réussit très bien et la femme guérit au bout de 3 semaines en renouvelant les pansements tous les jours. La seconde malade s'étant infectée, le

tamponnement ne fut pas suffisant et on fut obligé de drainer avec un gros tube de caoutchouc, dans lequel on faisait plusieurs fois par jour des injections antiseptiques. La guérison fut également obtenue.

M. Brindeau croit que, dans ces déchirures, il faut faire le tamponnement, si la poche a tendance à saigner. Dans le cas contraire, il vaut mieux drainer avec un tube et laver la cavité à l'aide d'antiseptiques non toxiques, comme l'hypochlorite de chaux ou l'eau oxygénée.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 Mars 1901.

De l'action dynamogénique des cacodylates.

M. Burlureaux. — J'ai eu l'occasion d'employer le cacodylate de soude, chez nombre de malades atteints d'affections variées ayant amené un état de dépérissement plus ou moins considérable de l'organisme, et ce sont les résultats généraux de cette expérience clinique, longue de trois années, que je me propose de communiquer aujourd'hui.

Je dirai tout d'abord que j'ai toujours administré le cacodylate en injections sous-cutanées ou intramusculaires, ce mode d'emploi étant, pour le médicament en question, le seul qui soit rationnel et dépourvu d'inconvénients. En effet, le cacodylate de soude, — qui est un corps peu stable, — se décompose rapidement au contact des muqueuses lorsqu'il est introduit par la bouche ou par la voie rectale, en donnant lieu à la formation de substances tout autres que le médicament primitivement employé. Dans ces mêmes conditions, l'haleine, la peau et les cheveux des malades prennent facilement l'odeur désagréable que l'on sait. Par contre, si l'on administre le cacodylate par la voie sous-cutanée, il est absorbé avant qu'il ait eu le temps de se décomposer, l'odeur aliacée de l'haleine ne s'observe qu'exceptionnellement et seulement après des doses élevées de cacodylate. Je puis affirmer que, d'une façon générale, les injections de cacodylate de soude sont bien supportées et qu'elles ne provoquent ni douleurs ni phénomènes inquiétants d'aucune sorte, même dans les cas où le liquide injecté aura pénétré accidentellement dans une veine.

La solution de cacodylate de soude dont je me sers est à 5 p. 100. J'ai coutume, pour tâter d'abord la susceptibilité du malade, de n'injecter la première fois qu'une demi-seringue Pravaz de ladite solution, soit 0 gr. 025 de cacodylate; puis j'élève la dose à une seringue entière, voire même à deux seringues, introduisant de la sorte en une fois 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de cacodylate. On peut répéter les injections, suivant les cas, quotidiennement ou à des intervalles variables. Un procédé thérapeutique que j'emploie, à l'occasion, consiste à injecter, tous les deux jours et alternativement, 0 gr. 05 et 0 gr. 10 de cacodylate de soude. Ce traitement peut, chez certains malades, être continué fort longtemps (15 mois) sans le moindre inconvénient.

Les résultats que m'a donnés la médication cacodylique furent souvent favorables, parfois même excellents, en particulier chez les neurasthéniques et les chloro-anémiques, mais souvent aussi ils ont été insignifiants ou nuls, sans qu'il ait été possible de se rendre compte de la cause de cet échec. On se voit donc obligé de recourir à l'hypothèse pour expliquer l'action éminemment variable du cacodylate suivant les sujets. Je suppose que ce médicament n'est susceptible de manifester son effet dynamogénique que dans les cas où il s'agit plutôt d'une inhibition que d'un véritable anéantissement des forces, tandis que chez les malades qui sont complètement épuisés, qui ne possèdent plus aucun fond de réserve de forces vitales, le cacodylate est impuissant à dégager une énergie qui n'existe pour ainsi dire plus. Il serait donc un médicament révélateur au point de vue des ressources dont dispose encore un organisme affaibli.

Mais, quoi qu'il en soit de cette hypothèse, il n'y a aucun inconvénient pour le malade à tenter l'épreuve de l'efficacité du cacodylate de soude chaque fois qu'on se trouve en présence d'un sujet épuisé par une affection quelconque. Cinq injections suffisent, d'habitude, pour trancher la question. Si, après ce nombre d'injections, on ne constate aucune amélioration, c'est signe que le cas donné est réfractaire au cacodylate et que, par conséquent, il faut cesser l'usage du médicament.

Par contre, chez les malades susceptibles de bénéficier de l'action dynamogénique du cacodylate, l'effet favorable de ce dernier ne tarde pas à se manifester par l'amélioration de l'appétit et de l'état général, par l'augmentation des forces et du poids du corps. D'autres résultats curatifs peuvent se produire en même temps, tels que disparition d'eczémas invétérés, rétablissement des règles chez les aménorrhéiques, repousse des cheveux, disparition des dyspnées toxiques, etc.

Deux parkinsoniens que j'ai traités par les injections de cacodylate de soude se sont fort bien trouvés de cette médication. Chez l'un d'eux la marche rapidement progressive de l'affection fut enrayée et l'intensité du tremblement diminua, tandis que chez l'autre on put constater un effet apéritif et dynamogénique très net. Dans quatre cas d'anorexie nerveuse l'appétit fut promptement rétabli. Contre l'asthme bronchique le cacodylate ne m'a réussi qu'une fois sur 3 malades.

Pour ce qui concerne, en particulier, la tuberculose, j'ai le regret de reconnaître que, contrairement à l'opinion du professeur Gautier, c'est précisément dans cette affection que le cacodylate de soude m'a donné le moins de succès. Sur 29 cas de tuberculose pulmonaire je n'ai enregistré qu'un seul résultat franchement favorable, mais il ne fut que temporaire. Cette observation concerne une femme chez laquelle les injections de cacodylate de soude amenèrent une amélioration si considérable qu'on crut pouvoir autoriser la malade à se faire opérer pour une tumeur bénigne de l'utérus. Or, une fois guérie des suites opératoires, elle commença à expectorer des bacilles de Koch en abondance, et elle ne tarda pas à succomber à une phtisie galopante.

Les résultats de la médication cacodylique ont été également mauvais dans le mal de Pott et dans d'autres tuberculoses chirurgicales.

J'ai expérimenté aussi l'action du cacodylate de magnésie, qui est plus riche en arsenic que le cacodylate de soude, puisqu'il contient, par gramme, 0 gr. 48 de ce métalloïde, tandis que le sel sodique n'en renferme que 0 gr. 32 par gramme. D'une façon générale, le cacodylate de magnésie exerce une action analogue à celle du cacodylate de soude; on l'emploie en solution à 5 p. 100 et aux mêmes doses que ce dernier.

Il serait impossible, actuellement, de vouloir préciser les indications de l'emploi thérapeutique des cacodylates en général et des diverses préparations cacodylées en particulier. Les recherches cliniques ultérieures sont appelées à remplir cette tâche.

Traitement de la maladie des tics par les séances d'immobilité.

M. Dubois a obtenu la guérison complète de deux cas de tic convulsif au moyen d'une série de séances au cours desquelles les malades étaient tenus de rester dans l'immobilité la plus complète. En même temps, pour fixer leur attention, on leur appliquait sur la tête un casque à vibrations dans le genre de celui dont Charcot se servait pour combattre la céphalée neurasthénique.

M. Dubois a conçu l'idée de ce traitement après avoir remarqué chez une jeune fille, atteinte de maladie des tics, un arrêt net des mouvements convulsifs sous l'influence de l'attention concentrée.

Influence exercée par l'eau, le chlorure de sodium, le bouillon de bœuf et le bicarbonate de soude sur la sécrétion de l'estomac.

M. Frémont rend compte des expériences qu'il a instituées sur des chiens, — chez lesquels il avait préalablement pratiqué une fistule gastrique et isolé l'estomac, — pour étudier l'effet de certaines substances sur le chimisme stomacal. Ces recherches ont consisté à introduire dans la cavité gastrique, pour y

séjourner pendant une heure, d'abord 100 grammes d'eau distillée à la température de 2°, de 38° et de 50°, puis, à tour de rôle, de l'eau salée, du bouillon salé et de l'eau additionnée d'une quantité variable de bicarbonate de soude, — ces trois derniers liquides étant toujours à la température de 38° et à la quantité de 100 grammes, — et, enfin, à analyser le contenu stomacal.

Voici les conclusions auxquelles M. Frémont a été amené :

L'eau distillée excite la sécrétion gastrique. Cette excitation, qui porte sur tous les éléments à la fois, mais plus particulièrement sur les chlorures et sur l'acide chlorhydrique libre, est moins prononcée à 50° qu'à 38°. Au contact d'une eau à 2°, la sécrétion gastrique prend un caractère franchement muqueux.

L'eau salée agit comme l'eau simple. Donc le chlorure de sodium n'est qu'un faible excitant de l'estomac.

Le bouillon de bœuf a pour effet de faire disparaître l'acide chlorhydrique libre et d'augmenter, dans une très forte proportion, le taux de l'acide chlorhydrique combiné.

Sous l'influence du bicarbonate de soude, la sécrétion stomacale devient muqueuse, visqueuse, et cela en raison directe de la dose de bicarbonate et du degré de concentration de la solution employée.

Action apéritive du persulfate de soude.

M. Edgar Hirtz dit s'être bien trouvé de l'usage du persulfate de soude à doses moins élevées que celle de 0 gr. 50 par jour, qu'il avait employée antérieurement et qui, souvent, n'était pas tolérée. En administrant 0 gr. 20 à 0 gr. 25 de persulfate, en une prise, le matin à jeun, M. Hirtz a obtenu un effet apéritif marqué, en l'absence de toute sensation douloureuse ou désagréable du côté de l'estomac, effet qu'il a vu se produire 3 fois sur 6 chez des malades du sexe masculin et 13 fois sur 15 chez des femmes. Le fait que cette action apéritive s'est manifestée plus fréquemment chez la femme que chez l'homme ne saurait être attribué à la suggestion, les malades en expérience n'ayant pas été renseignés sur le but dans lequel on leur administrait le persulfate. D'ailleurs, sur les 15 femmes, une seulement était hystérique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séances des 26 Décembre 1900 et 9 Janvier 1901.

Vessie à colonnes et hypertrophie de la prostate.

M. P. André présente une prostate hypertrophiée avec vessie à colonnes, provenant d'un vieillard de 75 ans atteint de rétention d'urine chronique avec forte distension de la vessie. Les mictions étaient très pénibles, le cathétérisme difficile, la vessie restait constamment pleine d'urine. Au toucher, la prostate était énorme, dure, mais régulière et lisse. On avait l'intention de faire la cystostomie sus-pubienne, quand le malade prit une broncho-pneumonie qui l'enleva.

A l'autopsie on trouva une vessie distendue et à colonnes. La prostate qui remplissait presque l'excavation présentait une hypertrophie considérable des deux lobes latéraux. En outre, le lobe médian faisait dans la vessie une grosse saillie quelque peu pédiculée qui expliquait les difficultés du cathétérisme. Les uretères et les reins étaient dilatés.

Syringomyélie et arthropathie de l'épaule.

M. Spillmann père présente un malade atteint de syringomyélie.

C'est un sellier, obèse, âgé de 55 ans. Sa maladie a débuté il y a 6 ans après une grippe. Les mouvements dans l'épaule droite devinrent difficiles, l'épaule augmenta de volume; il y a 8 jours, le 5 décembre 1900, en exécutant un travail violent il éprouva une sensation de rupture dans le bras droit.

Aujourd'hui, 12 décembre, on constate une tuméfaction considérable de l'épaule; elle semble capitonnée; on ne sent pas la tête humérale dans le creux axillaire. La radiographie permet de voir une destruction notable de la tête humérale. L'humérus est déformé en S. Le malade présente des troubles de sensibilité intéressants dans une région limitée en avant par la clavicule, en arrière par une ligne s'étendant à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, enfin, latéralement, par la ligne des apophyses épineuses; en dedans et en dehors, par l'insertion brachiale du deltoïde. Dans cette région, la sensibilité au contact est conservée, mais la sensibilité à la douleur et à la chaleur est entièrement abolie. Par suite de l'arthrite de l'articulation scapulo-humérale la plupart des mouvements du bras sont empêchés.

En résumé, dissociation de la sensibilité avec arthropathie consécutive chez un syringomyélique.

A ce sujet, M. Spillmann rappelle qu'il a encore dans son service un autre malade âgé de 42 ans, atteint de syringomyélie avec panaris analgésiques ayant détruit tous les doigts de la main droite. Cet homme a également une arthrite de l'articulation scapulo-humérale droite avec destruction de la tête de l'humérus.

Intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire.

M. Th. Weis, en présentant des calculs biliaires, qu'il a enlevés récemment, insiste sur les indications de la cholécystostomie dans les cas de simple colique hépatique. Il a observé une jeune femme de 30 ans qui, il y a 2 ans, a eu un premier accès de colique hépatique; depuis elle était restée dyspeptique. Tout récemment, elle a été reprise d'un nouvel accès, au cours duquel on a constaté non seulement de l'ictère, mais une distension de la vésicule biliaire.

Ces accidents ont disparu assez rapidement et spontanément; mais, persuadé que la vésicule renfermait de nombreux calculs, M. Weiss s'est décidé à l'ouvrir et en a trouvé 19, qu'il présente à la Société. Ils étaient échelonnés le long du canal cystique et se seraient certainement engagés dans le canal cholédoque, amenant de nouveaux accidents.

Le drainage des voies biliaires accessoires paraît à M. Weiss beaucoup plus souvent indiqué qu'on ne le pense généralement, et comme les récidives après cholécystostomie sont fort rares, il estime que l'intervention chirurgicale s'imposera souvent dans un grand nombre de cas de colique hépatique.

Note sur la radiographie des calculs biliaires.

M. Th. Guilloz a pu radiographier une des malades de M. Weiss, ayant des calculs biliaires, et les épreuves radiographiques prises cependant dans de bonnes conditions de différenciation sur la face dorsale et sur la face ventrale n'ont indiqué aucune silhouette de calculs.

Après extraction de ceux-ci, M. Guilloz a recherché pourquoi ils n'étaient pas visibles. Ces calculs, formés en majeure partie de cholestérine, sont très transparents aux rayons X. L'épreuve radiographique montre qu'ils sont plus transparents que le tissu musculaire. Ils le sont plus qu'une solution physiologique de chlorure de sodium prise sous la même épaisseur. La radiographie montre également que ces calculs d'apparence bien homogène ne le sont pas. Ils sont formés d'un noyau très transparent aux rayons X entouré d'une zone très peu épaisse, ayant une fraction de millimètre et qui, plus opaque aux rayons, renferme probablement une notable proportion de sels biliaires. Enfin, une nouvelle couche concentrique et transparente forme la périphérie du calcul.

Un cas de fièvre typhoïde chez une enfant de 18 mois.

M. Haushalter. — Il s'agit d'une fillette âgée de 18 mois qui tomba malade vers le 8 novembre. L'affection débuta par des vomissements, de la diarrhée, de la somnolence; à son entrée à la clinique, au 8e jour de la maladie, le 15 novembre, l'enfant, très amaigrie, présentait de la raideur de la nuque, de petites convulsions oculaires, de la contracture dans les membres inférieurs, de petits mouvements carphologiques dans les bras, une eschare au sacrum, du météorisme abdominal et, sur la

paroi de l'abdomen, quelques petites papules rosées de la dimension d'une tête d'épingle. L'enfant était presque aphone, la toux était étouffée ou, par moments, rauque, la langue sèche, fuligineuse; il n'y avait pas de diarrhée.

Du 15 au 21 novembre, l'état de la petite malade alla en s'aggravant; les symptômes nerveux, raideur de la nuque et des membres, petites secousses convulsives, petites crises de tétanisme, état semi-comateux, s'accentuèrent; la respiration devint bruyante, s'accompagnant de cornage laryngé, de tirage; le caractère étouffé de la toux s'accrut; la température oscillait entre 37°,8 et 38°,8, le pouls battait aux environs de 130; sur ces entrefaites, l'épreuve du séro-diagnostic venait confirmer notre hypothèse de fièvre typhoïde. Dans la journée du 21, la respiration s'accélère, le nez s'effile et les lèvres se cyanosent, nous constatons aux deux bases des bouffées de râles sous-crépitants. Fièvre; la température du soir est de 39°,2; les bruits laryngés, le tirage s'accentuent dans la soirée; dans la nuit les symptômes d'asphyxie s'exagèrent avec une telle rapidité que la trachéotomie est jugée urgente; elle est pratiquée par notre excellent collègue M. André. Une amélioration passagère succède à l'opération, mais, le 22, on constate des signes de broncho-pneumonie; la température atteint dans la journée 40° et 41°, et l'enfant succombe dans la soirée.

L'autopsie révèle au niveau du cæcum les lésions caractéristiques de la dothiénentérie; dans le poumon des lésions étendues de broncho-pneumonie. Des ensemencements faits avec le suc splénique ont donné des cultures pures de bacille typhique. Dans le larynx, au-dessous du bord inférieur de la corde vocale droite, vers son extrémité postérieure, existe une petite ulcération triangulaire de 2 à 3 millimètres environ de côté. Sur des lamelles faites avec le pus de cette petite collection, on a trouvé, à l'exclusion de tout élément en bâtonnet, des microcoques en courtes chaînettes, non décolorables par Gram et qui semblent se rapporter au streptocoque. La plaie opératoire de la trachéotomie est nette, elle intéresse les six premiers anneaux cartilagineux de la trachée; la canule n'a déterminé aucune lésion de la muqueuse trachéale.

Les accidents laryngés ont été vraisemblablement amenés par l'œdème des cordes vocales, provoqué par le voisinage du petit foyer inflammatoire décrit. Il est impossible d'ailleurs de dire si le bacille typhique a été primitivement responsable de la localisation laryngée, puisque, après la mort, il n'existait plus dans la lésion du larynx que le streptocoque, agent d'infection secondaire. La mort a été amenée ici par l'infection typhique et surtout par la complication broncho-pulmonaire.

M. Cross se rappelle avoir pratiqué à Strasbourg sa première trachéotomie sur une typhoïdique du service de Schützemberger atteinte d'accidents phlegmoneux du larynx. La malade ayant succombé ultérieurement, son autopsie révéla l'existence d'une nécrose des cartilages aryténoïdes.

Résection de l'estomac pour tumeur du pylore.

M. Vautrin présente un malade opéré pour un néoplasme de l'estomac.

Ce malade, âgé de 29 ans, souffrait depuis 2 ans de troubles gastriques qui s'aggravèrent peu à peu, de sorte que, avant l'opération, les aliments solides et liquides n'étaient plus tolérés. Les vomissements étaient entièrement alimentaires, et à en juger d'après le degré d'émaciation du sujet, une bien faible partie des aliments ingérés devait être retenue. Pas d'hématémèse. A la palpation on constatait l'existence d'une tumeur qui, dans les grandes inspirations et la position assise, venait se mettre en rapport avec la paroi abdominale, et, dans la position couchée, fuyait au-dessous du foie et dans la concavité du diaphragme au point de ne plus être sentie.

Après laparotomie, on trouva au niveau du pylore une tumeur volumineuse s'étendant sur la presque totalité de l'estomac. Il existait quelques ganglions le long de la grande courbure, mais on ne trouvait aucune trace de généralisation vers la petite courbure et l'épiploon gastro-hépatique. L'organe fut amené dans la plaie abdominale. Une longue pince fut placée sur le duodénum, une autre à 5 ou 6 centimètres du cardia. M. Vautrin fit aussitôt la ligature de tous les vaisseaux qui se rendaient des artères gastro-épiploïques à la grande courbure, et libéra de ce côté l'estomac de l'épiploon. Il sectionna ensuite l'estomac et enleva la partie malade en détachant par ligature les vaisseaux du petit épiploon.

Ce qui restait de l'estomac au-dessous du cardia fut suturé par trois plans de surjet. L'affrontement du duodénum avec le moignon stomacal put être obtenu, grâce à une grande laxité des points d'attache de l'intestin et du pancréas. Le duodénum fut alors suturé sur la partie postérieure du moignon de l'estomac par trois plans de surjet. La plaie abdominale fut fermée ensuite comme à l'ordinaire.

Les suites de cette intervention ont été très simples. La température a toujours oscillé entre 36° et 37°,5, le pouls entre 80 et 100. Il n'y a pas eu de vomissements ni de réaction péritonéale, même légère. Dès le premier jour on fit donner par cuillerées à bouche du bouillon ou du lait coupé d'eau de Vals. Comme la capacité du nouvel estomac ne pouvait dépasser une petite tasse à café de liquide, on fit continuer pendant une semaine l'alimentation par le lait avec des jaunes d'œuf par petites quantités, répétées souvent. Le 14e jour, le malade se levait et pouvait déjà ne plus faire que cinq repas par jour, composés de viande, œufs, légumes, etc.

L'augmentation de poids a été rapide; elle dépassait pour certains jours 300 grammes.

La tumeur soumise à l'examen histologique présente les caractères d'un fibrome diffus, siégeant dans le tissu sous-muqueux. La muqueuse est intacte. Le pylore est uniformément rétréci, sa lumière ne laissant plus passer qu'un fin stylet. Il s'agit d'une tumeur bénigne, où l'on ne trouve encore aucun élément de dégénérescence. Le pronostic est donc favorable.

Le malade est en ce moment en pleine santé.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 8 Mars 1901.

Exclusion du gros intestin avec fermeture totale.

M. Drucbert rapporte ses expériences sur l'exclusion du gros intestin avec fermeture totale. Dans une série où aucun nettoyage de l'anse n'était effectué, sur 11 animaux, un chien est mort au 126e jour d'oclusion par brides, deux autres vivent encore, 88 et 115 jours après. Des expériences avec lavage au sérum, ou désinfection avec des solutions d'acide lactique ou de saccharine n'ont guère donne de meilleurs résultats (2 animaux vivants sur 8). Mais le liquide de lavage souille presque fatalement le péritoine, de plus la désinfection n'est jamais complète.

Ces recherches expérimentales montrent donc le danger qu'il y a à fermer complètement l'anse exclue.

Cancer de la prostate.

M. Davrinche, interne des hôpitaux, communique, au nom de M. Carlier et au sien, l'observation d'un malade atteint d'une tumeur de la prostate, qui avait déterminé des hématuries post-mictionnelles, de la dysurie et des phénomènes généraux de carcinomatose. L'examen fit découvrir une tuméfaction occupant tout l'espace interischiatique et l'esistence d'un ganglion sus-claviculaire, volumineux, induré. Une cystotomie permit d'établir un drainage hypogastrique au moyen de la sonde de Pezzer, mais le malade succomba dans la cachexie.

L'autopsie montra une vessie très dure, adhérente au péritoine voisin et au rectum, contenant de nombreuses concrétions calcaires, à capacité amoindrie, et une prostate très augmentée de volume, mais assez régulière et renfermant du pus dans son épaisseur. En outre, le rein droit offrait l'aspect du gros rein blanc, le rein gauche était petit et kystique et les uretères dilatés.

M. Davrinche insiste sur la présence du ganglion sus-claviculaire gauche, que Troisier signale dans les cancers abdominaux et que Lejars, Carlier et Albarran rencontrèrent dans les tumeurs de la prostate.

Entérocolite muco-membraneuse traitée avec succès par les courants de haute fréquence.

M. Doumer rapporte l'observation de deux malades qu'il a traités par les courants de haute fréquence.

La première, âgée de 30 ans, ne présentait que de la constipation survenant par période, terminée par des débâcles, des douleurs et des mucosités peu abondantes. La guérison fut obtenue au bout de trois séances, et actuellement elle s'est maintenue depuis 3 mois. A noter, la disparition de la constipation, précédée de la diminution progressive des mucosités.

Chez l'autre malade, âgée de 40 ans, on notait une entérocolite ancienne de 10 ans, intense, accompagnée de fausses membranes abondantes, qui avait résisté au régime et au traitement par les lavements chauds; l'amélioration obtenue par les courants n'est apparue qu'au bout de 15 jours et, comme dans le cas précédent, la constipation n'a cessé qu'après disparition des fausses membranes.

Une première rechute, une seconde, furent rapidement améliorées, précédées, comme la première, du rejet de fausses membranes abondantes. L'acidité du suc intestinal disparaissait en même temps que les fausses membranes pour réapparaître avec elles : la constipation n'est donc pas la cause de l'entérocolite.

M. Ausset croit qu'il a lieu de faire une distinction parmi les malades offrant les symptômes de l'entérocolite, les uns ne présentent que de la constipation suivie de l'expulsion de selles qui contiennent quelques fausses membranes; les autres sont atteints d'entérocolite muco-membraneuse parfaitement caractérisée. Ces faits s'observent chez l'adulte comme chez l'enfant; la première malade de M. Doumer rentre dans la première catégorie, la seconde présente l'entérocolite vraie, avec modification histologique de la muqueuse intestinale. Pourtant, M. Ausset ne voit pas comment l'électricité peut agir sur les altérations de cette muqueuse. Quant à lui, il traite ces maladies par un régime approprié qui, après de longs mois, arrive à les modifier. Les succès rapides ne sont observés que chez des constipés.

M. Doumer répond que, chez la première malade, la constipation avait résisté à tous les traitements employés, que, si elle n'avait pas d'entérocolite vraie, elle offrait un état voisin, puisque les fausses membranes étaient constantes et le suc intestinal acide. Il ajoute que chez d'autres malades observés dans les hôpitaux de Paris, chez lesquels le diagnostic d'entérocolite muco-membraneuse avait été posé par Robin, l'application de la haute fréquence a fait disparaître, au bout de 3 jours, une constipation datant de 10 à 12 ans, ayant résisté au régime et aux lavements. Il fait ressortir les avantages du traitement électrique, qui n'oblige pas les malades à suivre un régime spécial, et termine en disant que chez la seconde malade observée, la constipation a disparu avec un régime ordinaire.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 Mars 1901.

Méningite cérébro-spinale au cours d'une endocardite infectieuse pneumococcique.

M. Lesieur présente, au nom de M. Josserand et en son nom, le cœur d'un malade ayant succombé à une méningite cérébro-spinale, au cours d'une endocardite infectieuse subaiguë, ayant évolué en 7 mois. Le pneumocoque a été trouvé dans le sang pendant la vie, dans le pus des méninges cérébrales et spinales, dans les végétations de l'endocarde et la pulpe splénique après la mort. Le signe de Kernig a permis de faire un diagnostic et un pronostic exacts d'une façon très précoce, en l'absence de tout autre signe de méningite.

M. Josserand insiste sur deux ou trois points particuliers. On se trouve en présence, ici, d'une de ces pneumococcies généralisées, consécutives à une endocardite infectieuse qui a évolué en 7 mois.

En outre, il importe de noter la précocité et l'importance diagnostique du signe de Kernig dans cette observation. M. Josserand a recherché ce signe dans les méningites banales sporadiques, telles qu'on les observe à Lyon, où la méningite cérébro-spinale épidémique est inconnue : il ne l'a jamais trouvé. Dans ces méningites il doit être extrêmement rare, s'il existe.

M. Bouveret a vu également une endocardite à évolution très prolongée, 7 mois et demi ou 8 mois, également à pneumocoque. Ce sont ces endocardites qui semblent s'accompagner de préférence de complications. Le malade avait présenté de l'exagération des réflexes, du clonus du pied et divers autres symptômes nerveux. A l'autopsie on a trouvé, du côté de la moelle, des lésions disséminées rappelant la sclérose multiloculaire. Ce malade présentait également une rate énorme pesant 1750 grammes. La rate est habituellement volumineuse dans les endocardites, mais, dans ce cas, elle était encore plus volumineuse, problablement par suite de la longue évolution de l'affection.

Valeur séméiologique de l'adénopathie inguinale dans le diagnostic des cancers viscéraux.

M. Viannay tire d'une étude les conclusions suivantes :

1° Tous les cancers, même les plus éloignés des ganglions de l'aine, peuvent se généraliser à ces ganglions;

2° L'adénopathie inguinale peut être très précoce, dans les cancers viscéraux, et apparaître avant tout autre symptôme;

3° Au point de vue clinique, les ganglions cancéraux se caractérisent surtout par leur dureté et leur indolence;

4° L'adénopathie inguinale est un signe du plus mauvais pronostic : elle indique qu'il existe quelque part un cancer, et que ce cancer est déjà en voie de généralisation;

5° En raison de sa fréquence au cours des cancers viscéraux, l'adénopathie inguinale peut acquérir, dans certains cas, une grande valeur séméiologique, et c'est un signe à rechercher au même titre que l'adénopathie sus-claviculaire de Troisier.

M. Bouveret fait remarquer que l'adénopathie inguinale, au cours des cancers viscéraux, n'est pas extrêmement fréquente. Elle est pourtant plus fréquente qu'on ne le croit, et plus fréquente notamment que l'adénopathie sus-claviculaire. Il a vu beaucoup de cancers abdominaux, la métastase ombilicale semble encore plus fréquente que l'adénopathie inguinale et surtout que l'adénopathie sus-claviculaire. Cette métastase ne saute pas toujours aux yeux : il faut la chercher. Ce n'est que par la palpation profonde de l'ombilic qu'on peut sentir certaines indurations qui passeraient complètement inaperçues si on n'y songeait pas.

M. Mouisset a vu un homme de 60 ans qui, à la suite de phénomènes gastro-intestinaux s'étant traduits par des coliques et de la diarrhée, avait présenté un ictère assez prononcé qui fut mis sur le compte des troubles intestinaux et diagnostiqué ictère catarrhal. Ce malade présentait, à droite, de gros ganglions inguinaux qui attirèrent son attention. Par le toucher rectal on en sentait dans la fosse iliaque droite. En effet, ce malade était atteint de cancer du pancréas, comme le montra l'évolution de son ictère et des autres symptômes.

M. Bérard a observé, l'an dernier, dans le service de M. Poncet, un malade atteint de carcinose prostato-pelvienne, avec ganglions néoplasiques non seulement dans les deux aines, mais aussi à l'orifice externe des canaux inguinaux, et dans la région sus-pubienne. Ayant fait des recherches sur ce point d'anatomie, il trouva, signalée par Paulet, la présence possible de ganglions lymphatiques dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sus-pubienne; ces ganglions, véritables éléments aberrants de la chaîne inguinale supérieure, sont parfois aussi le siège d'adéno-phlegmons, ainsi que M. Bérard en vit un cas, pendant son internat, dans le service de M. Maurice Pollosson.

Endocardite expérimentale.

M. Lesieur présente le cœur d'un lapin atteint d'endocardite mitrale végétante à pneumocoques, à la suite de l'injection sous-cutanée du pus méningitique du malade dont l'observation a été communiquée dans la séance précédente (endocardite infectieuse subaiguë). Il est remarquable qu'un microbe tel que

le pneumocoque ait acquis, du fait de son passage par l'endocarde de l'homme, malgré son passage par les méninges humaines et par le tissu conjonctif du lapin, une aussi grande affinité pour la séreuse endocardiaque. Dans les observations antérieures d'endocardite expérimentale, souvent les valvules avaient été traumatisées préalablement, toujours l'injection avait été intra-veineuse; ici, rien de semblable : la tendance du microbe à faire des lésions endocarditiques est manifeste.

M. Lesieur rappelle que, chez le malade en question, la méningite cérébro-spinale avait pu être décelée d'une façon très précoce, grâce au signe de Kernig. Un autre malade du service de M. Josserand vient de succomber à une méningite tuberculeuse à localisations cérébrales et spinales; à son entrée, bien qu'il présentât simplement le tableau clinique d'une grippe banale, avec herpès labial, le signe de Kernig, à lui seul, avait éclairé le diagnostic. Ce signe paraît donc avoir une grande valeur, dès le début, dans les méningites cérébro-spinales.

M. Josserand estime, que lorsqu'on trouve le signe de Kernig on peut affirmer l'inflammation des méninges spinales. Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, les méninges spinales sont toujours atteintes, il n'en est pas de même dans la méningite tuberculeuse. Lorsqu'on voit apparaître le signe de Kernig, c'est que les méninges rachidiennes sont atteintes.

Un autre signe important de la participation des méninges rachidiennes est la rétention d'urine.

Lorsqu'au cours d'une méningite on voit survenir de la rétention d'urine, il faut songer à la participation des méninges rachidiennes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NUREMBERG

Séance du 20 Septembre 1900.

Abcès spontané du foie.

M. Giulini. — Un garçon de 17 ans, ordinairement bien portant, est pris brusquement le 6 juillet de vomissements et de douleurs abdominales avec fièvre et frissons. A l'examen, on trouve la langue chargée, la région épigastrique excessivement douloureuse à la pression, le ventre ballonné, les urines foncées. Tous ces symptômes persistent pendant 3 semaines quand, dans la région épigastrique, apparaît une tumeur fluctuante dont la ponction faite avec une seringue de Pravaz donne issue à du pus. Une incision de 3 centimètres qui traverse la peau, les muscles et les aponévroses, fait découvrir une collection contenant environ 100 grammes de pus épais, verdâtre; le fond de la cavité explorée avec le doigt donnait l'impression d'un corps dur et élastique. Drainage.

L'évacuation de l'abcès a eu pour effet de faire disparaître tous les symptômes que présentait le malade.

M. Giulini pense qu'il s'agissait dans ce cas d'un abcès du lobe gauche du foie, dont l'étiologie n'a pu être établie en absence de toutes causes et qui interviennent dans la production de cet abcès.

Méningite foudroyante.

M. Landau. — Il s'agit d'un garçon de 6 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, ordinairement bien portant, mais chez lequel on a remarqué depuis quelque temps un changement profond de caractère. Le 13 septembre 1900, il est pris au matin, après avoir passé une nuit tranquille, de convulsions épileptiformes d'une durée de 10 minutes. Lorsque M. Landau vit le malade une demi-heure plus tard, il le trouva tranquille dans son lit et voulant à toute force aller à l'école. Comme le pouls et la température étaient normaux et que l'examen donna un résultat négatif, M. Landau, croyant à une simple attaque d'épilepsie, permit à l'enfant de se lever et de retourner à l'école.

Une heure après, l'enfant fut ramené de l'école où il a eu des vomissements. Une fois déshabillé et couché, il fut pris d'un nouvel accès de convulsions au sortir duquel il tomba dans un un état d'apathie. Lorsque M. Landau vit l'enfant vers 3 heures de l'après-midi, il le trouva abattu, indifférent, les pupilles larges et ne réagissant pas à la lumière, le réflexe cornéen aboli. La température était normale, le pouls, un peu dur, était de 72. L'examen très attentif et très détaillé donna encore une fois un résultat négatif.

Dans la nuit, il y eut de nouveaux accès de convulsions qui débutaient par la face, envahissaient les membres du côté gauche, le tronc, et enfin les membres du côté droit. Le lendemain matin, la souvenance avait fait place au coma; la température avait monté à 39°,6; les pupilles étaient dilatées, les cornées insensibles. Pas de grincements de dents, pas de cris hydrocéphaliques. Rien du côté des organes thoraciques ni abdominaux.

Dans la soirée, on constate pour la première fois l'apparition d'un souffle systolique à la pointe et une augmentation de la matité du cœur. Le diagnostic de méningite ne fait plus de doute. Les convulsions deviennent presque subintrantes, et l'enfant succombe le lendemain, 15 septembre, 58 heures après le début des accidents.

L'autopsie montra l'existence d'une méningite récente et d'une endocardite verruqueuse localisée au niveau de la valvule récitrale. Tous les sillons étaient remplis d'un exsudat fibrino-puruleux, la masse cérébrale œdématiée et ramollie. Nulle part on ne trouva de tubercules. Les ventricules ne contenaient pas de liquide exsudé. Le cœur n'était pas augmenté de volume et l'augmentation de la zone de matité constatée pendant la vie tenait à l'existence d'une hydro-péricardite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 29 Janvier 1901.

Gastrite phlegmoneuse.

M. Simmonds. — Il s'agit d'une femme de 75 ans soignée depuis longtemps à l'hôpital pour une bronchite avec de l'emphysème, qui fut prise brusquement de fièvre élevée et de douleurs de ventre, et succomba au bout de 24 heures.

A l'autopsie, on trouva de l'emphysème et de la bronchite chronique avec dilatations bronchiques contenant du pus dans lequel se trouvaient d'innombrables streptocoques et pneumocoques. La rate était volumineuse, le foie, les reins et le cœur présentaient des lésions de dégénérescence.

Les parois stomacales dans la région voisine du pylore étaient considérablement tuméfiées, et mesuraient près de 1 centimètre d'épaisseur. Cette tuméfaction était due à l'infiltration de la couche sous-muqueuse par un liquide séro-purulent. La muqueuse elle-même était pâle et ne présentait pas de lésions.

Sur des coupes de la paroi stomacale, on voyait d'innombrables streptocoques qui avaient pénétré dans les interstices de la couche musculeuse et arrivaient jusqu'à la séreuse; on en trouvait aussi dans la lumière de petits vaisseaux.

L'ensemencement a permis de constater que ce streptocoque se trouvait aussi dans le sang de la veine fémorale et dans le pus des bronches où l'on trouvait aussi des pneumocoques.

La pathogénie de la gastrite phlegmoneuse dans ce cas peut être expliquée de deux façons. Ou bien la muqueuse stomacale a été infectée par les crachats contenant des streptocoques que la malade avalait; ou bien il s'agissait ici d'une suppuration métastatique analogue aux abcès du cerveau qu'on observe également dans les bronchectasies.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le Prof^r Terrier.

Du traitement des fractures de jambe,

Par M. le Dr Dujarier.

Messieurs,

Les fractures de jambe sont parmi les plus fréquemment observées dans les services hospitaliers. Leur traitement a, quoique plus tardivement, bénéficié des conquêtes de la chirurgie moderne, et nous allons chercher à préciser la conduite à tenir vis-à-vis des fractures de jambe suivant les particularités cliniques qu'elles peuvent présenter. Nous ne nous occuperons que des fractures du tiers moyen; les fractures du tiers supérieur et celles du tiers inférieur présentent des caractères trop particuliers et trop différents pour que nous les envisagions ici.

Dans les fractures de jambe une première classification s'impose. Il faut distinguer les fractures ouvertes des fractures fermées. Celles-ci sont des fractures avec intégrité des téguments; les premières, au contraire, présentent une solution de continuité de la peau et par conséquent une communication du foyer de fracture avec l'extérieur. On appelle quelquefois encore les fractures ouvertes fractures compliquées; c'est là un abus de langage excusable autrefois, où l'ouverture d'une fracture était une complication redoutable, et où l'importance de cette complication effaçait toutes les autres; actuellement il faut remettre à sa juste place l'ouverture d'une fracture; c'est une des complications des fractures et voilà tout.

1° *Fractures fermées.* — Le traitement d'une fracture de jambe fermée comporte 3 indications théoriques, communes d'ailleurs aux fractures en général. Il faut : 1° réduire la fracture; 2° la maintenir réduite jusqu'à consolidation; 3° traiter le membre consécutivement à la consolidation.

La réduction doit être pratiquée dans tous les cas et le plus rapidement possible. Il n'est pas en effet de contre-indication à la réduction immédiate. Le gonflement excessif, la contracture, ont été considérés comme contre-indications à la réduction, et l'on a conseillé dans ces cas de placer le membre dans une gouttière et d'attendre quelques jours. En réalité ces conditions ne sont que des difficultés à la réduction, mais ne la contre-indiquent nullement.

Plusieurs raisons militent en effet pour la réduction constante et précoce. C'est que d'abord plus la réduction est précoce et plus elle est aisée; on peut même poser en principe que toutes les fois qu'on tente la réduction dans les quelques heures qui suivent l'accident, on l'obtient sans la moindre difficulté. Contractures, gonflement, phlyctènes ne se produisent qu'au bout d'un certain temps ou tout au moins sont d'autant plus développés que la fracture est moins récente. De plus, la réduction calme beaucoup la douleur, c'est un phénomène général et dans les fractures comme dans les luxations, la réduction est suivie d'un soulagement immédiat; d'ailleurs c'est non seulement la douleur qui est calmée, mais c'est encore la contracture due, souvent, à l'irritation d'une pointe osseuse pénétrant une masse musculaire; réduire immédiatement, c'est encore éviter qu'un fragment ne vienne, en appuyant sur un organe important (nerf, vaisseau), causer une de ces complications souvent si graves et qu'une réduction rapide pourrait sinon toujours, du moins souvent, éviter.

C'est donc là un principe et un principe formel : il faut s'efforcer de hâter le transport des blessés et il faut que la réduction soit pratiquée immédiatement.

On doit considérer comme une faute grave, non seulement en raison des souffrances du malade, mais aussi pour l'avenir d'une fracture, cette coutume qui, nous l'espérons, a disparu de nos hôpitaux, et qui consiste à placer le membre tel quel dans une gouttière en attendant le lendemain matin la visite du chef de service.

Et maintenant comment réduire. Nous n'insisterons pas sur les temps classiques de la réduction — extension, contre-extension, coaptation — exécutés par le chirurgien seul ou avec un ou plusieurs aides.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons : dans l'immense majorité des cas d'intervention précoce, la réduction est facile. Quand elle ne l'est pas, soit à cause des douleurs qu'éprouve le malade, soit à cause d'obstacles matériels à la réduction, il ne faut pas hésiter à donner du chloroforme.

C'est un devoir pour le chirurgien d'épargner la douleur au patient et souvent la douleur de la réduction est atroce ; de plus, avec l'anesthésie on fait mieux ce qu'on veut; on peut à loisir vérifier, corriger la réduction. Au lieu que sous prétexte d'éviter au malade une exploration douloureuse, on risque de laisser une réduction incomplète. Il est bien préférable d'avoir recours délibérément au chloroforme que d'employer le procédé souvent illusoire qui consiste à mettre les muscles dans le relâchement (par la flexion de la jambe par exemple)

pour faciliter la réduction ; malgré toutes ces attitudes on n'arrivera pas à faire cesser une contracture réflexe due à la douleur.

Il s'agit maintenant de maintenir la réduction. *Il n'existe qu'un seul moyen et un moyen applicable à tous les cas, c'est l'application immédiate d'un appareil plâtré.* Ce principe est loin d'être admis sans conteste, et l'on voit encore, surtout dans le matériel de chirurgie de guerre, un nombre considérable de gouttières : gouttières en tôle, en zinc, en fil de fer. Il faut absolument réserver ces appareils au cas où il est impossible de se procurer du plâtre. La guerre de 1870, ainsi que j'ai pu m'en assurer par moi-même, a bien montré la supériorité de l'appareil plâtré, même en temps de guerre.

Tandis que dans les ambulances françaises les fracturés étaient placés et transportés dans des gouttières (ce qui était douloureux pour le malade et peu efficace pour le maintien de la fracture), les ambulances bavaroises qui appliquaient toujours un appareil plâtré (c'était, en l'espèce, un appareil circulaire à bandes plâtrées) obtenaient d'excellents résultats. Et il est triste de relater que souvent on dut aller demander à l'ennemi le plâtre qui manquait ou était défectueux dans nos propres ambulances (1).

Le vieil appareil de Scultet serait préférable aux gouttières et on a cherché à le réhabiliter dans les fractures à gonflement considérable.

En réalité rien ne vaut l'appareil plâtré, soit la gouttière comprenant le pied, la jambe et la plus grande partie de la cuisse ; soit l'appareil de Maisonneuve, avec l'attelle postérieure et l'attelle latérale en étrier.

Il n'y a pas de contre-indication à l'application de cet appareil.

Le gonflement? Mais l'appareil sera renouvelé si le membre n'est pas suffisamment maintenu ; d'ailleurs, bien souvent on peut, en resserrant les circulaires de diachylon qui fixent le plâtre, produire une coaptation suffisante.

Les phlyctènes? Mais il faut les piquer sans enlever l'épiderme, les couvrir d'une poudre minérale aseptique (sous-nitrate de bismuth, talc), et appliquer immédiatement l'appareil plâtré.

Les petites plaies superficielles? Un nettoyage puis un léger pansement aseptique précéderont l'application de l'appareil plâtré.

Cependant, la fracture peut être *irréductible* ou *incoercible*.

L'irréductibilité peut être due à plusieurs causes : à la position des fragments, à la présence d'esquilles ; mais surtout à l'interposition musculaire ou aponévrotique ; c'est là une cause d'irréductibilité beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit ; et cette interposition est grave, en ce qu'elle retarde la consolidation, quand elle ne mène pas au cal vicieux ou à la pseudarthrose.

La radiographie, qui doit toujours être faite après réduction, renseigne d'ailleurs d'une façon mathématique sur le résultat obtenu.

Dans d'autres cas la réduction est facile, mais le déplacement se reproduit aussitôt qu'on lâche les fragments ; cette incoercibilité due à des fragments multiples mais surtout à l'obliquité du trait de fracture, est une condition tout à fait désavantageuse.

C'est dans ces cas de fracture oblique incoercible qu'on a cherché par des appareils souvent renouvelés, par des pointes appuyant sur un fragment, à obtenir un résultat satisfaisant.

C'est encore Hennequin qui, avec son appareil à extension continue, est arrivé aux meilleurs résultats.

Mais ce traitement par l'extension continue est long, délicat, parfois infidèle.

Nous devons actuellement faire plus et mieux. Toutes les fois qu'une fracture est primitivement irréductible ou difficilement coercible, il ne faut plus hésiter, il faut intervenir et intervenir d'urgence ; il faut lever l'obstacle à la réduction ; enlever le sang épanché et suturer ou visser les fragments. On a prétendu que, dans les cas de réduction imparfaite, la radiographie était en désaccord avec la fonction ; qu'il y avait des cas où un cal difforme permettait un excellent usage du membre. C'est là une erreur contre laquelle il est nécessaire de s'élever, cette assertion étant antiphysiologique, et les déformations et les douleurs dans les articulations voisines de ces fractures viennent énergiquement s'inscrire en faux contre cette prétention.

2° *Fractures ouvertes.* — Quand, dans une fracture de jambe, les téguments ont une solution de continuité, il est urgent de s'assurer si la plaie communique avec la fracture.

Cette communication est souvent évidente, c'est quand la plaie siège au niveau du foyer de fracture ; parfois on aperçoit l'extrémité des fragments dans la profondeur ; mais bien souvent c'est l'extrémité du fragment supérieur qui, plus ou moins pointue, est venue perforer les téguments probablement au-dessous du foyer de la fracture, puis est rentré à l'intérieur. Dans ces cas on trouve une plaie, souvent petite, et qui ne paraît pas en rapport avec la fracture ; il est pourtant un signe qui permet d'affirmer le diagnostic de fracture ouverte, c'est l'issue d'une certaine quantité de sang par la plaie ; ce sang est souvent plus ou moins noirâtre ; il sort parfois en plus grande abondance quand on presse sur le foyer de fracture.

D'ailleurs, en cas de doute, il ne faut pas hésiter et considérer la fracture comme une fracture ouverte ; il y a en effet grand danger à traiter la plaie comme superficielle, à nettoyer la peau et à faire un pansement occlusif. C'est qu'il n'y a aucun rapport mathématique entre l'étendue de la plaie extérieure et le degré d'inoculation du foyer. Aussi dans l'incertitude doit-on toujours craindre une septicité redoutable du fragment réintégré.

Dans ces cas il faut ouvrir, et ouvrir largement ; il n'y a à cela que des avantages ; on étanche l'épanchement sanguin qui est à la fois un excellent milieu de culture et un obstacle à la réunion ; on explore le foyer de fracture, on enlève les esquilles, les corps étrangers ; on nettoie et on résèque les extrémités souillées, enfin on peut obtenir une réduction parfaite.

Mais ici une distinction s'impose : 1° la réduction est facile à maintenir ; 2° le déplacement se reproduit facilement.

Dans le premier cas, on peut se contenter de réduire, de drainer et d'appliquer un appareil plâtré. La suture est inutile ; elle peut même, dans certains cas, être nuisible ; c'est qu'on opère en milieu infecté, on n'est jamais sûr de l'asepsie de son foyer, même après une désinfection méthodique et minutieuse ; c'est pour cela qu'on draine ; et c'est pour cela que des fils métalliques risqueraient de jouer le rôle de corps étrangers et d'entretenir une suppuration interminable.

Si la fracture ne se maintient pas réduite, la suture,

1. Aujourd'hui, encore le plâtre qu'on fournit dans les hôpitaux de Paris est mal conservé, hydraté, et impropre à la confection de bons appareils plâtrés (Terrier).

au contraire, est nécessaire; si plus tard, après consolidation, la plaie restait fistuleuse, rien ne serait plus facile que d'extirper les fils métalliques.

Voici donc, en résumé, la conduite à tenir dans un cas de fracture ouverte. Nettoyer, raser, savonner sur une large étendue le membre fracturé; inciser largement le long de la face interne du tibia en agrandissant la plaie; réséquer les bords cutanés plus ou moins mâchés, étancher le sang et les caillots, faire sortir les extrémités fracturées, les nettoyer avec soin en les frottant avec une compresse ou en réséquant les parties qu'on suppose souillées; lever les obstacles à la réduction s'il en existe; cette réduction obtenue, suturer ou non les fragments suivant que la fracture est coercible ou ne l'est pas; dans toutes ces manœuvres on peut et on doit suivre les règles de l'asepsie pure; les antiseptiques, souvent inutiles, peuvent devenir nuisibles en tuant des tissus déjà altérés.

Dans les fractures à grand fracas, la conduite peut être différente; il faut encore ici conserver à tout prix. Sans doute, lorsque les parties molles sont presque entièrement détruites, que vaisseaux et nerfs sont coupés, personne ne songera à garder un membre que la peau seule rattache encore au reste du corps. Mais malgré les plus grands délabrements, si l'on peut garder l'espoir, même le plus hasardé, il faut conserver; dans les cas où le malade arrive en état de shock, il faut absolument proscrire une intervention immédiate; ce serait la mort dans les quelques heures qui suivent l'opération. Il faut embaumer le membre le plus proprement possible et réchauffer le malade. Puis, plus tard, le lendemain même, si la gangrène ne menace pas le membre, on peut procéder à un nettoyage complet à la surface et dans la profondeur; on réséquera au besoin les extrémités osseuses si leur degré de souillure rend illusoire tout essai de nettoyage; dans ces cas on tentera la suture osseuse et on drainera largement. Mais il faut savoir qu'une complication tardive, l'ostéomyélite chronique, guette le blessé. Cette complication, possible dans tous les cas de fracture ouverte, nécessite des interventions secondaires, ablation des séquestres, résections, etc. Et vous pouvez voir dans nos salles un exemple de cette ostéomyélite chronique succédant à une ancienne fracture ouverte.

Traitement consécutif à la consolidation. — Le cal une fois solide, il ne faut pas croire le traitement terminé; le membre est encore dans un état d'infériorité manifeste, et ce n'est qu'après des semaines et même des mois de traitement patient qu'il aura récupéré sa valeur première.

C'est à ce moment que prennent place le massage, qui doit porter sur les muscles atrophiés, sur les articulations enraidies. L'électricité est un précieux adjuvant du massage. De même l'hydrothérapie: bains et douches sulfureuses ou salines. Enfin on fera faire au malade des exercices méthodiques; il se livrera à l'exercice de la marche d'une façon modérée et reprendra progressivement l'usage de son membre pour en retirer les mêmes services qu'avant son accident.

Je veux encore, en terminant, vous rappeler les principes fondamentaux du traitement des fractures de jambe :

Réduire toujours et le plus rapidement possible;

Si la réduction est obtenue, appliquer immédiatement un appareil plâtré;

Si la fracture est irréductible ou incoercible, ouvrir le foyer de fracture et suturer s'il est besoin;

En cas de fracture compliquée, intervenir toujours et d'urgence pour nettoyer le mieux possible les extrémités fracturées.

REVUE GÉNÉRALE

Stridor congénital des nourrissons.

Le stridor laryngé congénital des nourrissons était, il y a peu d'années encore, très mal connu en France, bien qu'en Angleterre et en Allemagne on ait publié un grand nombre de travaux sur cette affection bizarre. Si aujourd'hui on commence à s'en occuper chez nous, on le doit à M. Variot qui a étudié cette question avec une certaine ténacité et l'a ainsi imposée à l'attention des médecins. La thèse de M. Bruder (1), dont nous nous servirons dans cet exposé, en est une preuve.

Qu'est-ce que le stridor congénital des nourrissons?

Pour répondre à cette question, il s'agit de se reconnaître dans le grand nombre d'observations disparates qui ont été publiées sous ce titre, et pour cela il faut auparavant avoir une bonne définition de cette affection. Or, d'après M. Bruder qui a fait son travail sous la direction de M. Variot, le stridor congénital est une affection débutant au moment de la naissance ou peu après, caractérisée par un bruit respiratoire sonore et continu appelé stridor, qui ressemble au gloussement d'une poule, au hoquet; et par la guérison spontanée survenant au bout d'une à deux années.

Si le stridor est resté longtemps mal connu, il n'avait pourtant pas échappé à l'observation sagace de nos anciens cliniciens. En 1853, Rilliet et Barthez, les premiers, en ont tracé un tableau clinique assez exact. Dans leur traité ils signalent, en effet, une affection présentant plusieurs des symptômes de la trachéite de la première enfance et surtout un stertor singulier. Ils rapportent plusieurs cas de cette affection et l'un d'eux, observé par Rilliet, se rapproche beaucoup des cas types de stridor laryngé congénital.

Citons encore Krishaber, qui dans son article « Cornage » du dictionnaire Dechambre, dit avoir observé, dès 1869, quatre enfants qui présentaient dès leur naissance des accès d'étouffements avec bruit inspiratoire continu.

Mais ce sont les médecins anglais et allemands qui ont, les premiers, tracé un tableau clinique complet de cette affection et en ont étudié la cause. Sans faire ici la bibliographie complète de la question, il nous suffira de citer les noms de Morell Mackenzie, Lees, Gee, Politzer, Suckling, Variot, Comby, Guinon, etc., qui ont publié des études ou des observations de cette affection.

Le début de l'affection a lieu, le plus souvent, immédiatement après la naissance ou très peu de temps après. Sur les 18 cas observés par Sutherland et Lambert Lack, 2 fois seulement le stridor apparut dans la 3e semaine; tous les autres cas furent observés avant cette époque. Dans les 5 observations de Thumson, le début eut toujours lieu avant la 2e semaine, 3 fois immédiatement après la naissance, les 2 autres dans la 2e semaine. Les quatre petits malades de M. Variot présentèrent le bruit inspiratoire dès leur naissance.

1. Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons (*Thèse*, Paris, 1901).

On a comparé le stridor au gloussement d'une poule, au sanglot, au coassement de la grenouille, au ronron d'un chat. D'après M. Bruder, le caractéristique du stridor est un bruit inspiratoire musical analogue au gloussement d'une poule, au hoquet. Dans les 5 observations de Thomson, dans tous les cas observés par M. Variot, le stridor avait toujours ce caractère musical et rappelait tout à fait le gloussement d'une poule, le hoquet. Beaucoup plus rarement le bruit inspiratoire a le caractère d'un grognement, d'un coassement, et souvent on a probablement confondu avec le stridor un ronflement nasal dû à des végétations adénoïdes, ou un bruit de cornage trachéo-bronchique. C'est lorsque le stridor diminue d'intensité qu'il prend ce caractère de grognement.

Le stridor est continu; il persiste, bien qu'atténué, pendant le sommeil et lorsque l'enfant tette. La bouche étant fermée par le mamelon, l'air qui entre par le nez suffit encore pour produire un bruit prononcé; cependant, d'après Thomson, la tonalité serait dans ce cas quelque peu différente. Le stridor existe également lorsqu'on pince les narines de l'enfant. Sutherland et Lambert Lack auraient encore observé sa persistance durant le sommeil chloroformique.

Diverses circonstances peuvent faire varier l'intensité du stridor. Elle augmente sous l'influence de toutes les causes qui produisent une plus grande fréquence des mouvements respiratoires : lorsque l'enfant est excité, contrarié; lorsqu'il crie ou tousse violemment; lorsqu'il est plongé dans un bain froid; lorsqu'il s'éveille; lorsqu'on lui chatouille le fond de la gorge; lorsqu'on le remue. Mais quand les mouvements respiratoires sont réguliers et de fréquence normale, le stridor diminue. C'est ce qu'on observe lorsque l'enfant dort, ou bien lorsqu'il passe du froid au chaud. Quelquefois même, dans les cas les plus accusés, il y a des périodes de rémission durant une minute ou plus pendant lesquelles le bruit est très modéré.

Disons encore que Thomson, Lambert Lack et Sutherland ont signalé des rémissions complètes. D'un autre côté Lœri a constaté des modifications de l'intensité du stridor en rapport avec la position du corps. Le stridor cessait quelquefois pendant une heure lorsqu'il couchait les enfants la tête plus basse que le reste du corps.

Le cri et la toux sont toujours absolument clairs et normaux. Cependant Lœri et Thomson disait avoir observé la persistance du stridor lorsque l'enfant bâillait.

Dans le plus grand nombre des cas, la gêne respiratoire est très modérée, mais dans les cas où le stridor est très marqué, elle subit des paroxysmes survenant, soit pendant la nuit, soit au moment du réveil. Ces paroxysmes revêtent le caractère d'accès de suffocation très légers avec tirage, cyanose et stridor très prononcé. M. Variot a noté ce phénomène; Lambert Lack et Suntherland l'ont observé 8 fois sur 18. D'après ces derniers auteurs, la cyanose serait persistante dans un cas qui se terminerait par la mort.

Thomson n'a jamais constaté de cyanose; mais ainsi que les auteurs précédents, il a vu à chaque inspiration une dépression sus-sternale et sus-claviculaire plus ou moins marquée suivant les cas, ainsi qu'une dépression de la région épigastrique et des espaces intercostaux. Refslund, enfin, a noté un mouvement de descente du larynx, à chaque inspiration.

Lorsque le stridor était très prononcé et durait plusieurs mois, les auteurs anglais ont observé des déformations thoraciques analogues à la poitrine des oiseaux. D'après Sutherland et Lambert Lack, le tirage persistait même, quoique à un degré moindre, lorsque le stridor cessait momentanément de se faire entendre.

Tous les auteurs s'accordent pour dire que le stridor, même quand il s'accompagne de gêne respiratoire avec tirage et cyanose passagère, n'influe aucunement sur la santé des enfants. Ceux-ci n'en paraissent nullement incommodés et sont pour la plupart bien développés physiquement et intellectuellement. On a noté chez quelques-uns une légère tendance aux bronchites, mais généralement l'auscultation ne laisse entendre que le retentissement du bruit laryngien. Parfois il existe un léger état dyspeptique. Le rachitisme, les convulsions et le cranio-tabes n'ont été observés qu'à titre d'exception, ce qui différencie le stridor du laryngisme striduleux.

Quand il est nettement accusé, le stridor augmente généralement d'intensité pendant les 2 ou 3 premiers mois; il reste ensuite stationnaire jusqu'au 8e mois, puis commence à diminuer et disparaît vers la fin de la 2e année, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. Le stridor disparaît quelquefois déjà au bout d'un an.

Lorsque le stridor s'améliore, les rémissions deviennent plus longues, le bruit musical respiratoire est moins souvent entendu, le bruit de grognement, de ronflement persiste alors seul. Lorsque le stridor cesse d'être perceptible, il peut encore réapparaître sous l'influence de causes produisant de fortes inspirations, lorsque le nourrisson pleure, quand il crie, quand il est agité.

Le diagnostic est généralement facile, et au point de vue du pronostic, il importe de l'établir. Il est basé sur la constatation, chez un nourrisson bien développé, d'un bruit inspiratoire continu à timbre musical, ressemblant au gloussement d'une poule, au hoquet, ayant débuté à la naissance ou peu après, persistant pendant le sommeil, s'exagérant sous l'influence des causes qui augmentent la fréquence des mouvements respiratoires, et pouvant s'accompagner de tirage et de cyanose légère. L'examen laryngoscopique, extrêmement difficile chez le nourrisson, ne peut être indiqué comme moyen de diagnostic pratique.

Il est relativement aisé de distinguer le stridor du laryngisme striduleux qui n'est qu'un spasme phréno-glottique des nourrissons. Cette affection frappe les enfants généralement âgés de plus de 3 mois, apparaît très fréquemment au moment de la dentition, est liée au rachitisme et s'accompagne très souvent de convulsions. De plus, dans le laryngisme striduleux le phénomène respiratoire se présente sous forme d'accès, et ceux-ci sont beaucoup plus violents que ceux du stridor congénital et surviennent à de longs intervalles. En outre, au cours de ces accès, après une ou plusieurs inspirations sifflantes, il se produit soudain une arrêt de la respiration avec tous les symptômes d'une extrême asphyxie (angoisse, cyanose du visage, dilatation des narines, sueur froide); les membres sont raidis et contracturés; puis, après une apnée de quelques secondes à deux minutes, surviennent plusieurs inspirations sifflantes, et la respiration se régularise peu à peu, à moins que la mort par asphyxie ne survienne pendant l'accès. Quelquefois cependant les accès sont plus fréquents, plus légers et l'inspiration bruyante peut être confondue avec le stridor congénital, surtout lorsque lorsque celui-ci présente des paroxysmes.

Le stridor congénital, comme nous l'avons dit, n'est pas lié au rachitisme; le bruit musical accompagne chaque inspiration, et, fait essentiel, il n'y a jamais d'apnée. Enfin, la guérison est la règle presque absolue.

Plus délicat est le diagnostic avec le cornage proprement dit, résultant d'une compression trachéale ou bronchique par adénopathie ou hypertrophie du thymus. Cependant avec un peu d'attention et surtout quand on est prévenu, on arrive à établir ce diagnostic.

Le diagnostic avec la paralysie des dilatateurs de la glotte est très difficile. En effet, celle-ci se caractérise par une dyspnée et un bruit purement inspiratoire, se développant peu à peu, avec voix normale ou presque normale. Mais c'est une affection extrêmement rare, appartenant surtout à l'adulte; d'après Semon, elle n'aurait même jamais été constatée avec certitude chez l'enfant.

Il faudra songer à la possibilité d'un rétrécissement congénital du larynx tel que l'ont observé Lévy et Etienne (de Nancy) et Semon. Mais dans ce cas il y a des accès de suffocation avec cyanose très accusée, qui ressemblent aux accès du laryngisme. Le bruit s'entend aux deux temps de l'inspiration. Le cri de l'enfant est altéré. Le rétrécissement porte sur les cordes vocales qui sont soudées ensemble sur une certaine étendue.

Le ronflement nasal provoqué par la présence de végétations adénoïdes dans le cavum peut être confondu avec un stridor de moyenne intensité en voie de guérison; mais le ronflement n'existe le plus souvent que pendant la nuit, il disparaît lorsque la bouche est fermée, et cette manœuvre détermine de l'asphyxie.

Le pronostic du stridor est donc très favorable, surtout si l'enfant est vigoureux. Toutefois la gêne respiratoire, s'opposant à la dilatation complète des poumons, prédispose aux affections pulmonaires. De même, par suite de la gêne respiratoire préexistante, l'apparition d'une bronchite, d'une pneumonie, d'une diphthérie laryngée, revêtira un caractère beaucoup plus grave que chez un enfant normal. Sutherland et Lambert Lack ont observé un cas de stridor ayant abouti à la mort simplement par suffocation et convulsions; deux autres enfants succombèrent à des complications pulmonaires survenues après la disparition du stridor.

Le traitement doit avoir pour but de soutenir l'état général. Une alimentation saine, reconstituante, une bonne hygiène seront prescrites. Le bromure de potassium, la strychnine employés par Sutherland et Lambert Lack, n'ont donné aucun résultat, M. Variot ordonne des inhalations d'eucalyptus et des bains tièdes.

Le point intéressant dans cette question du stridor est celui d'étiologie ou plutôt de pathogénie de cette affection.

Pour expliquer le bruit inspiratoire que constitue le stridor, il existe deux théories absolument différentes : une théorie nerveuse et une théorie mécanique.

La première a été soutenue par MM. Thomson, Mac Bride, Lœri, Robertson, Eustace Smith, Félix Semon, Herzfeld, Stamm.

Avec Thomson, la plupart de ces auteurs pensent qu'il s'agit qu'un spasme glottique résultant d'un trouble de coordination des mouvements respiratoires, causé par un arrêt de développement des centres corticaux du larynx. Le stridor serait une sorte de bégayement.

Lœri admet aussi que le stridor est un spasme clonique de la glotte, mais il hésite entre l'hyperexcitabilité des centres nerveux et le trouble de coordination des mouvements du larynx. Robertson croit que la cause du stridor réside dans une paralysie des dilatateurs aidée par une contracture des adducteurs. Mais cette paralysie des dilatateurs de la glotte n'a jamais été prouvée, et Semon croit qu'elle n'existe pas chez l'enfant. Enfin, Smith explique le stridor par un spasme non pas de la glotte, mais des replis aryténo-épiglottiques qui se contracteraient sous l'influence d'un réflexe provoqué par la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx.

La seconde théorie, théorie mécanique, est défendue par MM. Lees, Refslund, Sutherland et Variot qui admettent que le bruit respiratoire appelé stridor laryngé congénital est causé par une malformation laryngée congénitale. Cette théorie, qui est longuement discutée dans le travail de Bruder et s'appuie sur les données de plusieurs autopsies et d'un grand nombre d'examens laryngoscopiques, est en train de rallier la majorité des auteurs.

Disons donc que d'après cette théorie, dont M. Variot est chez nous le défenseur attitré, le stridor laryngé congénital est dû à une malformation laryngée congénitale qui peut revêtir deux types.

Dans l'un, la malformation est au maximum. L'épiglotte est repliée sur elle-même en dedans, de sorte que les bords rapprochés forment une gouttière assez étroite. Les replis aryténo-épiglottiques, minces et flasques, sont rapprochés et arrivent en contact direct, formant une simple fente. Il y a donc une sorte de glotte vestibulaire, limitée par ces replis anormalement développés qui s'affaissent en dedans et vibrent sous l'influence de l'air inspiré. C'est la malformation constatée par MM. Lees, Refslund, Sutherland et Variot.

Dans l'autre type, la malformation, moins accusée, est limitée à l'épiglotte qui est enroulée sur elle-même, formant une anche vibrante dominant le larynx. Par suite de l'enroulement de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques sont rapprochés dans leur tiers antérieur seulement. Dans ce type, on peut attribuer le stridor aux vibrations de cette anche résonnant avec le tiers antérieur des replis aryténo-épiglottiques, sous la poussée de l'air à chaque inspiration. Ce type est prouvé par l'examen objectif de M. Le Marc'Hadour et par l'autopsie qu'ont pratiquée MM. Lambert Lack et Sutherland.

L'existence de ce deuxième type s'appuie également sur les constatations laryngoscopiques de M. Bride, Eustace Smith et Avellis, qui ont observé, chacun une fois, l'enroulement de l'épiglotte sans rapprochement complet des replis aryténo-épiglottiques.

Le larynx, en se développant, devient plus rigide, l'épiglotte se déplie, les replis aryténo-épiglottiques s'écartent et se tendent, et la malformation finit par disparaître, et avec elle le stridor, comme le montre l'observation de MM. Variot et Le Marc'Hadour. La théorie mécanique a donc l'avantage de nous faire comprendre d'une façon simple la raison pour laquelle le stridor disparaît à un certain âge.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Thibaudeau. *Des déplacements pathologiques du médiastin, liés aux mouvements respiratoires (étude de radioscopie médicale).* N° 227. (Carré et Naud.)

M. Jossu (A.). *Contribution à l'étude de la contagion de la pneumonie.* N° 231. (J. Rousset.)

M. Colin. *De la soif brightique.* N° 233. (Boyer.)

L'examen radioscopique du thorax, conclut M. Thibaudeau, permet d'étudier les déplacements pathologiques du médiastin avec plus de précision que les méthodes d'exploration ordinaires et leur apporte un très utile complément.

Il permet de distinguer des déplacements permanents du médiastin, les déplacements momentanés liés aux mouvements respiratoires.

« Le déplacement du médiastin pendant l'inspiration, constaté à l'examen radioscopique, témoigne toujours d'une inégalité d'énergie dans l'action exercée sur ses deux faces latérales, soit par la pression atmosphérique, soit par l'élasticité pulmonaire (Béclère). »

Les déplacements du médiastin liés aux mouvements respiratoires s'observent tantôt dans les épanchements liquides ou gazeux, tantôt en dehors de tout épanchement pleural.

Dans les cas d'épanchements pleurétiques liquides ou gazeux le déplacement du médiastin pendant l'inspiration est un épiphénomène sans très grande importance.

En dehors des cas d'épanchement pleurétique, quand les deux poumons sont relativement clairs et paraissent perméables à l'air, ce déplacement est un signe, soit de sclérose pulmonaire unilatérale, soit de sténose bronchique unilatérale, le médiastin se déplaçant soit vers le poumon sclérosé, soit vers la bronche rétrécie. C'est un signe certain de sclérose pulmonaire quand il présente les particularités suivantes : persistance, sans aucun changement, du déplacement médiastinal pendant tout le temps où le malade immolise son thorax en inspiration forcée; variations à peine sensibles du diamètre transversal de l'image du côté malade aux deux temps de la respiration. Le diagnostic de sclérose pulmonaire est confirmé par les signes radioscopiques suivants observés du côté où se fait le déplacement : moindre clarté et moindre étendue de l'image pulmonaire, resserrement des côtes et moindre ouverture de leur angle d'insertion à la colonne vertébrale, élévations du diaphragme et brièveté de ses excursions. Le déplacement du médiastin est total ou partiel, suivant que la sclérose occupe toute la hauteur ou seulement l'un des étages du poumon malade, suivant aussi que l'inspiration met en jeu toutes les côtes qui le recouvrent ou se fait suivant l'un des deux types costo-supérieur et costo-inférieur (Béclère).

M. Jossu groupe un grand nombre de cas de contagion de pneumonie et rappelle que la contagion de la pneumonie implique nécessairement le passage du pneumocoque de l'individu malade au poumon de l'individu sain. Cette condition pour être nécessaire n'est pas toujours suffisante, et un certain nombre de causes parmi lesquelles il faut citer au premier rang l'augmentation de virulence du germe et la diminution de résistance du terrain interviennent encore dans le mécanisme de la contagion.

Les pneumonies transmises par contagion présentent presque toujours une exceptionnelle gravité. D'où l'importance de règles prophylactiques individuelles et sociales : précautions antiseptiques des personnes en rapport avec le malade atteint de pneumococcie; désinfection rigoureuse des locaux habités par le pneumonique.

Il existe un symptôme peu connu que M. Colin décrit d'après 12 observations personnelles, c'est la soif dans le mal de Bright.

Il l'a rencontré environ 4 fois sur 10 chez les malades atteints de néphrite chronique.

Cette polydipsie apparaît dans la néphrite chronique, de préférence dans les formes de néphrites interstitielles chez les artério-scléreux, avec polyurie sans albuminurie; la forme parenchymateuse avec albumine la présente moins souvent.

Cette polydipsie apparaît au début de néphrites interstitielles à l'époque des petits accidents du brightisme et se poursuit au cours de la maladie.

M. Colin l'appelle soif dyscrasique, c'est-à-dire par nécessité d'élimination de substances toxiques contenues dans le sang.

Au point de vue physiologique, cette soif est due à l'élévation de la tension osmotique du milieu intérieur; elle apparaît comme le terme final d'une série d'efforts de l'organisme pour lutter contre l'agent infectieux;

Au point de vue clinique, elle a des caractères particuliers permettant de la différencier des autres soifs pathologiques en général et de la polidypsie diabétique en particulier; soif surtout nocturne, pollakidipsie plutôt que polydipsie, apaisée immédiatement par une petite absorption de liquide pour reparaître aussitôt après. Localisation buccale et pharyngée, langue sèche mais non hérissée, sans enduit pateux à peine grisâtre, pharynx congestionné, tout l'appareil glandulaire de la bouche et de ses annexes est pris, la salive parotidienne très diminuée.

Elle s'accompagne de polyurie, mais entre ces deux phénomènes, il n'y a pas les rapports de cause à effet que l'on serait tenté d'y admettre à première vue en invoquant la déperdition de liquide.

Ce sont deux phénomènes souvent concomitants, la soif est l'auxiliaire de la polyurie pour la défense commune.

Il y a un intermédiaire à peu près constant entre la polyurie et la soif, c'est la stomatite, participation de la cavité buccale et de ses annexes au processus morbide qui envahit tous les appareils.

Thèse de la Faculté de Nancy.

Année 1899-1900.

M. Frélier (Eugène). *De l'oblitération de la veine porte.* N° 9. (Imp. Berger-Levrault.)

M. Zografsky (Athanase). *De la recherche de la glycosurie alimentaire dans quelques cas d'affections hépatiques.* N° 8. (Imp. Crépin-Leblond.)

M. Desjardin (Edmond-Albert). *Du pneumothorax dans la pneumonie et la broncho-pneumonie.* N° 23. (Imp. Crépin-Leblond.)

M. Doumanof (Minco). *Contribution à l'étude de la pneumonie pendant la grossesse.* N° 36. (Imp. Crépin-Leblond.)

M. Kovatcheff (Stéphan). *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire dans les armées (Etude statistique, étiologique et prophylactique.)* N° 24.

M. Aubry (Jean-Marie-Edmond). *Contribution à l'étude des rapports de la simulation de la folie et de la dégénérescence.* N° 13. (Imp. Crépin-Leblond.)

M. Gault (Achille-Georges). *Contribution à l'étude du prurit sénile généralisé.* N° 17. (Imp. coopérative de l'Est.)

M. Mansion (Louis-Alfred). *Syphilis et tuberculose,* N° 28. (Imp. Crépin-Leblond.)

M. Mathieu (Marie-Joseph-François-Xavier). *Action du courant continu sur la nutrition étudiée par la respiration du muscle soumis au courant pendant sa survie.* N° 42. (Imp. Berger-Levrault.)

M. Gueutal (Othon-Bénoni-Alfred). *Des indications de l'extraction du cristallin transparent en dehors de la myopie forte.* N° 29. (Imp. Royer.)

A propos de deux observations personnelles, M. Frélier reprend l'étude de l'oblitération de la veine porte et rappelle qu'elle peut se faire : 1° par compression (tumeurs de toutes sortes); 2° par thrombose due à une infection microbienne ou cancéreuse favorisée par l'alcoolisme, la syphilis et toutes les maladies qui peuvent causer l'artériosclérose.

L'oblitération de la veine porte cause : 1° dans le territoire de ses veines efférentes (foie), des lésions d'anémie suivie de la disparition des cellules hépatiques et de la formation de sclérose périportale; 2° dans le territoire de ses veines afférentes, des lésions de congestion avec transsudation (ascite, diarrhée, etc.) et hypertrophie de l'organe ou de ses parois qui peuvent se compliquer de gangrène intestinale ou d'ulcérations gastriques duodénales.

L'oblitération de la veine porte se manifeste par des symptômes communs à bien d'autres affections, mais qui tirent toute leur valeur de la rapidité de leur apparition : douleurs vives survenant brusquement 3 semaines avant la mort dans l'hypochondre droit, ou l'épigastre, ascite énorme survenant et se répétant très rapidement; augmentation de volume de la rate, circulation collatérale établie en peu de jours, œdème des

membres inférieurs, hématémèses, diarrhée, hémorrhoïdes, mélæna, diminution de volume du foie, ictère, etc.

L'oblitération se fait, soit par compression d'origines diverses, soit par thrombose infectieuse, d'origine endogène (embolus) ou exogène. Les lésions des organes sont dues à l'anémie pour le foie, à la stase veineuse pour les autres organes (rate, péritoine, épiploon, estomac, intestins). L'hématémèse peut s'expliquer non seulement par la stase veineuse, mais aussi par un réflexe du pneumogastrique.

M. Zografsky a réuni huit observations d'affections hépatiques diverses (ictère catarrhal, foie cardiaque, cirrhose hypertrophique alcoolique, cancer du foie) et de ce très petit nombre de faits, où la glycosurie alimentaire fut négative, mais où l'insuffisance hépatique n'était pas démontrée, il conclut, avec réserves il est vrai, que la glycosurie n'a pas de valeur séméiologique hépatique : elle ne renseigne pas sur le degré de la lésion ni sur le fonctionnement du foie.

Il lui semble plus probable que la glycosurie provient d'une insuffisance glycolitique générale des tissus.

La pneumonie et la broncho-pneumonie peuvent se compliquer de pneumothorax. Pour M. Desjardin, cette complication n'est pas aussi rare que l'enseignent les auteurs classiques. Il en rapporte, en effet, 28 observations, dont 5 inédites recueillies à Nancy en moins d'une année.

Le pneumothorax est dû à l'ouverture dans la plèvre, soit d'un abcès du poumon, soit d'un foyer de gangrène, soit d'une vésicule emphysémateuse.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont complexes. Lésions du poumon : pneumonie ou broncho-pneumonie à différents stades d'évolution, abcès, gangrène. Lésions diverses de la plèvre, avec ou sans épanchement.

Les symptômes, révélant la présence de l'abcès pneumonique, manquent le plus souvent; ceux de la gangrène sont limités à la fétidité de l'haleine et les crachats. Les symptômes du pneumothorax consécutif sont ceux du pneumothorax, en général.

Le diagnostic de pneumothorax pneumonique doit être fait surtout avec le son skodique sous-claviculaire perçu souvent pendant l'évolution de la pneumonie, et les cavernes produites par un foyer d'abcès ou de gangrène, évacué par les bronches.

Le pronostic, sans être toujours fatal, est grave dans les pneumothorax par gangrène ou par abcès, où l'épanchement est toujours purulent; il est favorable dans le pneumothorax par emphysème, où la plèvre peut renfermer de l'air seul, ou accompagné d'un épanchement simplement séreux.

M. Doumanoff admet que la pneumonie qui survient au cours de la grossesse n'atteint pas une gravité beaucoup plus grande pour la mère qu'en dehors de cet état. La statistique ne lui permet pas de considérer la pneumonie comme plus grave dans les derniers mois de la grossesse que dans les premiers, la mortalité étant à peu près égale dans les deux cas.

L'interruption de la grossesse est une conséquence fréquente de la pneumonie intercurrente.

Plus la grossesse est près de son terme, plus elle risque d'être interrompue.

La mère meurt rarement avant l'expulsion du fœtus

L'expulsion prématurée du fœtus ne paraît pas aggraver la marche de la pneumonie, elle déterminerait, au contraire, souvent une amélioration dans l'état de la malade.

Le pronostic pour l'enfant est toujours très grave, surtout lorsque l'expulsion a lieu avant le 7e mois de la grossesse; après cette époque il peut survivre.

La pneumonie gravidique à marche ordinaire doit être traitée comme la pneumonie en général; éviter tous les moyens énergiques qui peuvent provoquer des contractions utérines et, si le travail se déclare, tâcher de l'enrayer par tous les moyens possibles.

Dans les cas graves, lorsque l'enfant est vivant et viable et que tous les autres moyens ont échoué, on agirait sagement en provoquant l'accouchement artificiel.

D'une consciencieuse étude, M. Kovatcheff conclut que la mortalité par tuberculose dans certains pays (Espagne, France), est plus fréquente dans l'armée que dans la population civile correspondante. C'est l'armée espagnole qui est la plus éprouvée par la tuberculose, tandis que l'armée allemande est la plus favorisée. Parmi les différentes armes, c'est l'infanterie qui est la plus éprouvée, elle accuse presque le double.

L'augmentation de la tuberculose dans l'armée porte sur les jeunes soldats, elle diminue après la première année de service pour augmenter de nouveau suivant la prolongation du service.

La fréquence dans les armées de mer varie beaucoup plus que dans les armées de terre; ainsi dans la marine française elle dépasse celle de l'armée de terre, tandis que dans la marine néerlandaise la tuberculose est presque nulle.

Dans les armées coloniales, ce sont les indigènes qui sont en général les plus éprouvés par la tuberculose. En particulier dans les troupes noires, la tuberculose est trois et quatre fois plus fréquente que dans les troupes blanches.

Les causes de la fréquence de la tuberculose ne paraissent pas dépendre de la contagion seulement; elles doivent être multiples : le régime spécial du soldat, l'agglomération, le changement de résidence, les privations, les fatigues et le surmenage y sont pour beaucoup. Le rôle de la contagion ne peut cependant être contesté.

La contagion ne peut pas nous expliquer toutes les particularités que la tuberculose présente dans l'armée française et encore moins dans les armées étrangères où la mortalité n'est pas la même.

La fréquence de la tuberculose est plutôt due ou subordonnée aux péripéties professionnelles et à l'insuffisance de sélection faite au conseil de révision.

Les fièvres éruptives et les maladies contagieuses et en particulier la grippe, paraissent avoir une très grande influence sur le nombre des malades et des décès par tuberculose.

Au point de vue prophylactique, il convient de prendre des mesures hygiéniques propres à empêcher la propagation du bacille incriminé;

D'éliminer au moment de l'incorporation tous les jeunes gens atteints de tuberculose ou paraissant susceptibles de devenir tels;

D'éliminer temporairement tous les soldats qui pendant leur séjour sous les drapeaux ont eu une pleurésie (chose qu'on n'a pas faite jusqu'à présent);

De mettre en route la classe au mois de septembre ou octobre au plus tard, pour que le changement des habitudes ne vienne pas se joindre à une température froide;

De diminuer le travail ou bien subdiviser les recrues en deux groupes suivant la capacité thoracique et le développement physique général;

De varier le régime alimentaire et supprimer la vente de l'alcool dans les cantines régimentaires;

De construire des *sanatoria* militaires appropriés au traitement des soldats tuberculeux pauvres;

D'établir progressivement des casernes hors des grandes villes où une foule de circonstances favorisent la morbidité des troupes.

D'après M. Aubry, qui étudie les rapports de la simulation de la folie et de la dégénérescence lorsqu'une étude complète des antécédents ancestraux et personnels du simulateur, de son éducation, de sa façon de réagir habituellement, selon les circonstances, en face de telle influence du milieu, etc., lorsqu'une telle étude approfondie est possible, elle met presque toujours en relief un ensemble de signes de dégénérescence qui, pris isolément, n'auraient qu'une faible valeur scientifique.

L'existence si fréquemment constatée de signes de dégénérescence, de tares originelles chez les simulateurs, la facilité avec laquelle simulent maints aliénés dans le cours même de leur maladie mentale, maints individus, notoirement débiles ou imbéciles, impliqueraient *a priori* l'existence d'une prédisposition. d'une tare pathologique chez le simulateur.

Les cas de responsabilité pleine et entière chez les criminels simulateurs sont relativement rares, d'autant plus rares que, lorsqu'il y a le moindre doute, ce doute doit être au bénéfice de l'inculpé.

A côté des dégénérés qui constituent la masse des simula-

teurs, on peut admettre qu'il existe des individus normaux, mais à titre exceptionnel.

M. Gault définit le prurit sénile généralisé « une dermatoneurose symptomatique d'une auto-intoxication » et propose par suite de l'appeler « toxinévrodermie sénile généralisée ». Il est produit par une auto-intoxication de l'organisme comme le prouvent l'étiologie, le traitement et l'examen des urines.

Cette hypothèse est la seule admissible jusqu'ici, aucune altération nerveuse concomitante n'ayant encore été décelée.

Le mécanisme de production ne peut s'expliquer que par une action préalable des toxines sur le système nerveux ou les éléments cutanés.

Le seul traitement rationnel est la diète lactée absolue et l'antisepsie intestinale.

D'une importante étude, basée sur de nombreuses observations, M. Mansion conclut que la tuberculose affaiblissant l'organisme, et réduisant ses moyens de défense contre l'infection, donne bien souvent dès syphilis malignes et provoque le tertiarisme.

Survenant chez un syphilitique en voie de guérison, ou n'ayant plus que quelques rares accidents, la tuberculose réveille l'affection préexistante.

Elle donne ensuite aux diverses lésions spécifiques certains caractères particuliers, propres au terrain tuberculeux : suppuration, ulcération, et adénopathies multiples.

La syphilis en raison des charges qu'elle fait peser sur l'organisme peut rendre un individu plus vulnérable en face de la tuberculose.

La syphilis survenant chez un individu prédisposé à la tuberculose par ses antécédents héréditaires, ou chez un individu ayant déjà eu des manifestations bacillaires, donne un coup de fouet à la tuberculose, la favorise, l'accélère et en aggrave considérablement le pronostic.

Un syphilitique récent devenant tuberculeux fera sous l'influence de cette affection antérieure une tuberculose aiguë, rapide.

La syphilis, se localisant fréquemment sur le larynx et y créant des ulcérations, mettra cet organe en infériorité, et par les ulcérations qu'elle aura provoquées, favorisera l'entrée et le développement du bacille de Koch.

Par contre, la tuberculose survenant chez un ancien syphilitique, ou chez un hérédo-syphilitique tardif, évoluera lentement, tendra même vers la guérison, la syphilis ancienne donnant à l'organisme des tendances fibroïdes.

La combinaison des manifestations syphilitiques et tuberculeuses est chose possible, admise.

Le pronostic est certainement plus grave dans ces associations morbides.

Le traitement répondra à deux indications. Il sera spécifique contre la tuberculose et spécifique contre la syphilis.

Le traitement des bacillaires syphilitiques comprendra tout d'abord un traitement général reconstituant : hygiène, suralimentation, toniques, etc., puis le traitement habituel de la tuberculose; et enfin, le traitement spécifique, mais on se gardera bien de donner ici de l'iodure de potassium, car par la vaso-dilatation et les congestions que ce médicament provoque, il y aurait à craindre des hémoptysies et une recrudescence du tubercule.

En somme la tuberculose et la syphilis ont une influence néfaste réciproque.

Par des observations cliniques portant sur des ralentis de nutrition soumis au courant continu, M. Th. Guilloz a été conduit à admettre une action globale du courant continu sur l'organisme, se traduisant par une augmentation dans l'activité de nutrition.

Des expériences physiologiques ont été entreprises dans différentes voies pour élucider cette action.

La thèse de M. Mathieu est l'exposé des recherches faites par M. Guilloz et par son élève sur l'absorption de l'oxygène par le muscle pendant sa survie.

Elle établit les conclusions suivantes :

1° Le courant continu active la respiration du muscle isolé pendant qu'il le traverse;

2° Cette suractivité n'est pas seulement limitée au temps où passe le courant, mais elle persiste après sa cessation;

3° Elle est déterminée par des courants de densité correspondant à celle des forts courants employés en thérapeutique;

4° Cette suractivité étant constante après le passage du courant, l'augmentation des oxydations dans le muscle doit probablement être attribuée à une action du courant sur les oxydases des tissus.

Élève de Rohmer, M. Gueutal admet que le kératocône paraît dû à une altération de la membrane de Descemet qui aurait perdu son élasticité par une cause inconnue. L'extraction du cristallin transparent est, dans cette affection, une opération légitime, rationnelle, et qui a donné, dans les cas rares malheureusement encore où elle a été tentée, des résultats très encourageants, au point de vue de l'affaissement du cône et de l'amélioration de l'acuité visuelle.

L'ablation du cristallin est encore justifiée dans les cas d'hydrophthalmie; elle a pour résultat de diminuer la tension exagérée des liquides intra-oculaires, de réduire le volume du globe et d'améliorer la vision quand les milieux de l'œil sont restés transparents.

Cette opération peut en outre être tentée dans les staphylomes antérieurs de la sclérotique; il est permis d'espérer comme résultats une diminution de l'ectasie staphylomateuse en même temps qu'une diminution du volume de l'œil et sans doute aussi une amélioration de l'acuité visuelle dans les cas où la rétine ne sera pas altérée, et où l'opération sera pratiquée à temps.

Dans tous ces cas, cette opération, faite avec soin, est sans danger pour l'œil; elle n'est sûrement pas plus dangereuse que les autres opérations qui ont été préconisées, et les résultats en sont certainement meilleurs.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de paralysie bulbaire aiguë chez une enfant, par J. Kollarites (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 1, p. 11-18, janvier-février 1901 (1 obs., 2 fig.). — Jeune fille qui fut atteinte à l'âge de 5 ans d'une maladie fébrile qui dura 3 semaines et fut accompagnée de perte de connaissance. Pendant ce temps s'est développé un syndrome bulbaire qui resta stable dans la suite et dont les symptômes principaux furent la difficulté de la déglutition et de la phonation.

Les symptômes inaccoutumés qui rendent difficile la classification du cas sont : 1° l'évolution brusque; 2° le développement dans l'enfance; 3° un état absolument stationnaire depuis 12 ans; 4° les troubles du sens tactile (plaques d'anesthésie sur les lèvres, la langue, le voile du palais) associés aux paralysies motrices. Ces symptômes ne peuvent être bien expliqués que par une lésion inflammatoire correspondant au début fébrile, et ayant occasionné une destruction dans une partie des éléments moteurs et des éléments sensoriels du système nerveux. Ce n'est qu'en admettant un processus anatomique arrêté dans son évolution après la destruction de certaines régions qu'on peut comprendre l'arrêt complet du développement ultérieur de la maladie. Comme la localisation des symptômes donne plutôt l'aspect de la paralysie pseudo-bulbaire (absence d'atrophie, réaction électrique normale), le siège de la lésion doit être supposé supra-nucléaire. Cependant une origine corticale des troubles nerveux est rendue inadmissible par l'absence totale de symptômes du coté des membres.

Ces circonstances mettent hors de doute que le foyer primordial de la maladie ne doit pas être localisé dans les noyaux bulbaires eux-mêmes, mais très près de ceux-ci dans les voies conduisant aux centres supérieurs. Quant à la nature du processus morbide, l'âge du début fait penser à une poli-encéphalite analogue à la poliomyélite qui fait la paralysie infantile.

Contribution à l'étude des kystes parasitaires du cerveau causés par le cysticerque du Tænia echinococcus, par Monsseaux, de Gothard et Riche (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an. XIV, n° 1, p. 19-31, janvier février 1901). — Observation d'un homme apporté à l'hôpital dans le coma et mort quelques heures plus tard.

A l'autopsie, vésicule de la grosseur d'un œuf de poule, incluse dans l'hémisphère droit, s'étendant de la frontale ascendante au pli courbe, au-dessus du niveau de la scissure de Sylvius. L'examen microscopique a permis de constater la présence d'échinocoques adhérentes à la face interne de la paroi du kyste.

A propos de cette observation, les auteurs passent en revue la littérature sur le sujet et précisent les phases de l'immigration du parasite dans le cerveau.

CHIRURGIE

Six cas d'échinocoque du foie ouverts dans le poumon (Sechs Fälle von Leberchinococcen mit Durchbruch in die Lunge), par Scevos Zervos (*Münchener med, Woch*, 1901, 22 janvier. — Cinq des malades dont l'observation est rapportée sont morts. L'auteur conclut que le procédé français du capitonnage est inutile et donne de mauvais résultats, car il n'empêche pas la reproduction des kystes et crée pour les malades les plus grands dangers, car le kyste après le capitonnage se reforme, et les bords de la plaie étant hermétiquement fermés, il vient faire saillie à la paroi supérieure d'où il se rompt pour faire irruption dans le poumon. La mort s'ensuit par asphyxie ou broncho-pneumonie.

Résection de l'intestin pour tuberculose (Ileocœcale Resectionen bei Darmtuberculose), par Hugel (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, vol. LXII, p. 738). — L'auteur communique dans ce travail 3 cas de tuberculose du gros intestin traités par la résection. Dans un cas les masses tuberculeuses occupaient la région iléo-cæcale, dans une autre elles étaient localisées au coude droit du côlon. Ces deux cas traités par la résection ont guéri.

Dans le troisième cas, la tuberculose partie de la région iléocæcale avait envahi le côlon ascendant et une partie du côlon transverse. Une simple résection n'ayant pas donné de résultat satisfaisant, on a pratiqué ultérieurement l'exclusion de l'intestin. Le malade a succombé. Néanmoins l'auteur pense que dans les cas de tuberculose du gros intestin dans lesquels la résection n'est pas possible, l'exclusion de l'intestin reste l'opération qui peut réussir le mieux.

MÉDECINE

Endocardite à pneumocoques (Zur Endocarditis pneumococcica), par Henke (*Virchow's Arch.*, 1901, vol. CLXIII, p. 141). — L'auteur publie dans ce travail trois observations d'endocardite pneumococcique survenue une fois au cours de la pneumonie, une fois trois semaines environ après la pneumonie, et une fois enfin au cours d'une infection générale à pneumocoques s'étant manifestée par une méningite, une pneumonie et une endocardite. Dans tous ces cas l'examen bactériologique a montré la présence des pneumocoques sur les dépôts fibrineux des valvules dans le sang du cœur et dans le parenchyme de plusieurs organes.

L'auteur pense donc que le pneumocoque ne doit pas être considéré comme l'agent de la pneumonie, mais comme un agent pyogène capable, comme tous les pyogènes, de provoquer une septicémie générale.

Fièvre hépatique intermittente (Ueber intermittirender Gallenfieber), par F. Pick (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1900, vol. LXIX, p. 1). — L'auteur qui a observé deux cas du syndrome décrit par Charcot sous le nom de fièvre intermittente hépatique, pense que ces cas appartiennent au grand groupe des infections biliaires, en offrent toutefois, comme signes distinctifs, les particularités suivantes :

1° Evolution chronique et accès intermittents de fièvre à type régulier ;

2° Malgré la fièvre, les frissons et un état comateux, absence des lésions suppuratives des voies biliaires, ainsi qu'absence des foyers d'inflammation et de suppuration non seulement dans le foie, mais aussi dans d'autres organes ;

3° Diminution considérable dans l'élimination de l'azote et de l'urée par l'urine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 2 Avril 1901.

Des kératomycoses.

M. Panas lit, à l'occasion d'un travail de M. Collomb (de Genève) sur un cas d'infection cornéenne due à l'*Aspergillus fumigatus*, un rapport dont voici le résumé :

Les observations de kératomycoses sont jusqu'ici assez rares ; on n'en connaît que 8, y compris celle de M. Collomb. Presque toujours il s'agit d'hommes jeunes qui incriminent la pénétration dans leurs yeux de poussières provenant du sol, de sacs de cacao, etc.

L'ulcère cornéen à hypopyon typique, qui pourrait être confondu avec cette affection, survient au contraire le plus souvent, pour ne pas dire toujours, chez des vieillards dont la conjonctive et les voies lacrymales sont le siège d'inflammations chroniques.

Dans la kératomycose, l'ulcère occupe le milieu de la cornée et contient à son centre une sorte de bourbillon gris jaunâtre, cohérent et difficile à détacher. Son élimination est lente et l'on n'observe, en dehors du sillon de séparation, aucune fusée rappelant l'ulcère serpigineux.

Bien que les douleurs soient excessivement vives, le pronostic de cette affection est bien moins grave que celui de l'*ulcus serpens* hypopyonique à pneumocoques, car jamais elle ne s'accompagne de fonte purulente ou de phtisie du globe oculaire. Le seul côté véritablement fâcheux de la kératomycose, c'est de laisser subsister un leucome plus ou moins étendu au centre de la cornée.

Du rôle des oxyures vermiculaires dans le développement de l'appendicite.

M. Moty lit une note sur la présence fréquente d'oxyures vermiculaires dans les appendices qu'il a réséqués. Pour reconnaître l'existence de ces nématodes, il est nécessaire d'ouvrir l'appendice immédiatement après l'opération et de ne pas le laver. En procédant ainsi, on obtient vivants les parasites que l'eau froide tue et déforme immédiatement.

Dans 3 cas sur 5, parmi les derniers malades que l'auteur a opérés, les oxyures paraissent avoir été l'unique cause d'appendicites graves dont l'étiologie était restée obscure.

Il résulte de ces faits qu'il faut prescrire les purgatifs parasiticides toutes les fois qu'il s'agit d'appendicite paraissant liée à la présence de vers intestinaux.

Corps étranger métallique de la bronche gauche, extrait au moyen de l'électro-aimant.

M. Piéchaud (de Bordeaux) communique l'observation d'un enfant de 3 ans qui avait avalé par mégarde un clou en fer de 2 centim. 1/2. La radioscopie ayant permis de constater que ce corps étranger était fixé dans la bronche gauche, on pratiqua, au niveau de la trachée, une incision par laquelle on put faire arriver une tige métallique à proximité du corps étranger. Cela fait, on mit l'extrémité libre de cette tige en contact avec un électro-aimant puissant ; en retirant ensuite doucement la tige, on put amener à l'extérieur le clou fixé dans la bronche. Le petit malade est aujourd'hui complètement rétabli.

Fracture de l'humérus guérie par le massage.

M. Lucas-Championnière montre une femme de 38 ans qui a été atteinte d'une fracture siégeant à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de l'humérus gauche, et qui a été traitée par la mobilisation sans appareil.

A la suite du massage, la douleur, qui était très vive, a disparu ainsi que la contracture, le chevauchement des fragments a beaucoup diminué et actuellement, c'est-à-dire 38 jours après l'accident, la consolidation est parfaite et le membre a recouvré tous ses mouvements.

Sanatoriums à bon marché.

M. Brunon expose un projet de sanatoriums à bon marché, par l'utilisation de locaux déjà existants. Un essai de cure libre en Normandie a déjà donné de bons résultats : 18 guérisons sur 60 cas traités. Il faut proposer la création de « sanatoriums de fortune », qui permettront d'obtenir plus, à moins de frais; il n'est pas nécessaire de construire des bâtiments spéciaux; un abri et le grand air suffisent.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. Lancereaux insiste d'abord sur la nécessité d'étudier la maladie sur l'homme et non sur le cobaye.

M. Lancereaux a réuni, depuis 40 ans, 2 192 observations qui prouvent la nécessité d'un terrain pour devenir tuberculeux; les deux grands terrains sont l'alcoolisme et le sédentarisme, qui donnent une localisation des lésions différentes intéressantes à étudier; les lésions pulmonaires chez les alcooliques ont leur prédominance à droite, par suite du volume de la bronche, qui exhale plus d'alcool et subit plus d'irritations. Chez les sédentaires, les lésions occupent plus fréquemment le sommet gauche. M. Lancereaux considère l'hérédité comme rare, ainsi que la contagion directe; l'alcoolisme et le sédentarisme sont seuls à incriminer; c'est là qu'il faut lutter contre la uberculose.

M. Bureau lit un travail sur les strychnos africains et les plantes servant à empoisonner les armes en Afrique.

MEDECINE PRATIQUE

Du traitement de l'obésité,

D'après le Dr J. Baylac (de Toulouse) (1).

La connaissance des phénomènes intimes de la nutrition et des lois qui y président a éclairé d'une vive lumière l'étiologie, la pathogénie et la physiologie pathologique de l'obésité. A l'heure actuelle, la cure de l'obésité peut s'appuyer sur des données scientifiques et ne plus procéder exclusivement de l'empirisme physiologique et clinique. En se basant sur la ration d'entretien de l'homme normal et sur l'utilisation mécanique et calorique de son alimentation, il est possible de diminuer les recettes et d'augmenter les dépenses avec le maximum de bénéfice et le minimum de danger. L'interprétation des diverses méthodes hygiéniques conseillées pour le traitement de l'obésité devient ainsi plus facile.

L'obésité est constituée par la surabondance du tissu adipeux et de la graisse dans l'organisme, amenant une déformation du corps.

Les causes les plus importantes de l'obésité sont la suralimentation et l'absence ou l'insuffisance d'exercice musculaire. Toutes les conditions physiologiques ou pathologiques qui les favorisent peuvent produire l'obésité. Leur action n'est cependant ni constante, ni suffisante.

1. *Arch. méd. Toul.* 4 mars 1901.

Toutes les personnes soumises à une alimentation d'une richesse excessive en hydrates de carbone et en graisse et à un exercice musculaire insuffisant ne deviennent pas obèses; certaines sont même incapables, dans ces conditions, d'acquérir un embonpoint modéré, physiologique. Un terrain spécial, une prédisposition particulière sont absolument nécessaires.

L'hérédité domine et commande la pathogénie de l'obésité. Elle peut se manifester soit sous la forme similaire, soit sous l'apparence de la diathèse bradytrophique : l'arthritisme ou l'herpétisme.

L'influence de l'hérédité similaire et directe est attestée par les tables de Chambers et Bouchard; 33 obèses sur 94, d'après ce dernier, avaient des ascendants atteints d'obésité.

A côté, se place la transmission héréditaire d'une disposition, d'un état diathésique, d'une activité nutritive vicieuse qui, ayant engendré chez les parents l'obésité, entre autres affections, pourra, en se reproduisant chez l'enfant, l'exposer à un certain nombre de maladies, au nombre desquelles se trouve l'obésité.

L'obésité fait partie du groupe des maladies « par ralentissement de la nutrition », groupe constitué par le rhumatisme, la goutte, l'asthme, la gravelle, le diabète, la migraine, les névralgies, l'eczéma, la lithiase biliaire, la dyspepsie, les hémorrhoïdes.

Comme ces dernières, elle a, avec les diverses affections de la famille névropathique, les rapports les plus étroits.

Le neuro-arthritisme constitue donc la véritable cause prédisposante de l'obésité; la suralimentation et l'insufisance d'exercice musculaire n'en sont que des causes efficientes ou occasionnelles.

Une thérapeutique rationnelle devrait comporter deux indications : 1° agir sur l'état général, qui a amené l'obésité; 2° diminuer l'embonpoint par la cure de réduction.

L'extrême difficulté de modifier un état morbide, un terrain préparé par le travail accumulé de plusieurs générations, oblige le médecin, l'hygiéniste, à combattre, à peu près exclusivement, les deux causes occasionnelles de l'obésité : la suralimentation et le défaut d'exercice. C'est contre elles que doivent être dirigés tous leurs efforts.

Le bon sens et l'observation suffisent, d'ailleurs, pour faire comprendre que les deux termes principaux de la prophylaxie et de la cure de l'obésité doivent être : 1° de diminuer les recettes alimentaires; 2° d'augmenter les dépenses de l'organisme.

Traitement médicamenteux. — Ce traitement ne peut avoir qu'un rôle accessoire et secondaire dans la cure d'un état morbide qui relève avant tout de l'hygiène. Le vinaigre scillitique, qui a été conseillé autrefois, est un médicament dangereux; il ruine l'estomac des sujets et rend leur organisme plus vulnérable aux germes infectieux, à la tuberculose notamment.

Tous les autres médicaments, prônés comme des remèdes spécifiques contre l'obésité, sont aujourd'hui complètement abandonnés.

La saignée, loin de produire l'amaigrissement désiré, favorise souvent, au contraire, l'accroissement de l'embonpoint.

Dans ces dernières années, on a préconisé les purgatifs, les alcalins, l'iode et les iodures.

Les purgatifs ne doivent tenir qu'une place secondaire dans le traitement de l'obésité; on ne doit pas les employer systématiquement, indistinctement dans tous les cas, mais seulement d'une façon passagère, suivant certaines indications.

L'emploi des alcalins ne peut pas être érigé en méthode thérapeutique de l'obésité; tout au plus peuvent-ils être un adjuvant très utile dans la cure d'amaigrissement, soit soit directement à titre de médication réductrice, soit indirectement en agissant sur l'état général diathésique.

La médication iodurée a le grave inconvénient de produire facilement des troubles digestifs et ne doit être employée que lorsqu'il y a des indications spéciales (syphilis, artério-sclérose, etc.).

Dans ces dernières années, la médication thyroïdienne a été préconisée par Barron Putnam en Amérique, par Leichtenstern en Allemagne, par Charrin en France. Pendant quelque temps, on l'a considérée comme une médication véritablement spécifique de l'obésité. Malheureusement, elle n'est pas sans

danger, et elle a donné lieu à des accidents cardiaques, quelquefois mortels. Son action est également inconstante et elle cesse dès que l'on suspend l'administration des préparations thyroïdiennes (glande en nature, poudre ou thyro-iodine de Baumann).

Le traitement hygiénique reste le seul traitement véritablement rationnel et efficace de l'obésité.

Traitement hygiénique. — Ce traitement doit répondre aux deux principales indications citées plus haut : diminution des recettes alimentaires et augmentation des dépenses de l'organisme.

Pour augmenter les dépenses de l'organisme, on a eu recours aux exercices physiques : bains froids, sudations, massages, etc.). Ces pratiques produisent des résultats très variables et, comme l'a démontré M. le professeur Maurel, ne peuvent guère augmenter les dépenses que de 300 calories environ.

C'est Œrtel qui a surtout préconisé et réglé l'exercice musculaire progressif des obèses, en se basant sur les procédés d'entraînement usités couramment en Angleterre pour les professionnels du sport. Il a institué des cures de terrain ou cures de marche et d'ascension. Elles ont eu un très grand succès en Allemagne.

En France, de Saint-Germain a publié l'observation de « son ami le plus intime » soumis à un régime à peu près semblable à celui d'Œrtel : tous les matins, marche de 3 kilomètres au pas gymnastique en 20 minutes, 2 heures de cheval aux grandes allures et 25 minutes d'escrime en trois reprises; tous les deux jours, exercices de natation. En 9 mois, il perdit 29 kilogrammes de poids. Pendant toute la durée du traitement, il était soumis au régime suivant : suppression totale du petit déjeuner du matin; déjeuner à midi avec deux œufs frais à la coque, une côtelette de mouton ou une salade et du fruit, une tasse de café sans sucre et sans eau-de-vie, ni pain, ni vin; dîner à 7 heures du soir : point de potage, un plat de viande, un plat de légumes verts de la saison, un fruit, ni pain, ni vin. Comme boisson, de l'eau pure.

Malgré le succès de ce traitement, dû peut-être autant, dans ce cas, au régime qu'aux exercices physiques, la cure de terrain n'a guère trouvé en France que des critiques. Elle n'est, d'ailleurs, pas sans danger pour des sujets atteints de lésions cardiaques, et son application est d'une extrême difficulté quand il s'agit des femmes où des degrés les plus avancés de l'obésité pendant tout exercice impossible.

Dans le traitement de l'obésité, on doit donc chercher surtout à diminuer les recettes alimentaires. C'est ce qu'ont fait les différents auteurs dans l'établissement de leurs régimes. Tout en accordant aux exercices physiques une place importante, ils ont imposé aux obèses un régime toujours inférieur à la ration d'entretien.

Le régime d'Harvey-Banting consiste essentiellement dans la diminution très grande des aliments gras et des hydrates de carbone, avec tolérance des aliments azotés à une dose sensiblement supérieure à celle de la ration normale. Les boissons sont assez largement permises (1 100 à 1 400 grammes).

Le régime d'Ebstein est caractérisé par la diminution considérable des hydrates de carbone et par la prescription d'un poids de graisse relativement élevé, avec réduction de la quantité des boissons.

Le régime de Dancel est avant tout un régime sec. Les aliments sont nuisibles en raison, non de leur composition chimique, mais de leur richesse en eau. Comme le font justement observer MM. Proust et Mathieu, cette formule ne peut plus être acceptée à l'heure actuelle : « en admettant même que l'eau joue un rôle important dans la formation ou la disparition de la graisse, il est maintenant acquis à la physiologie que la valeur calorigène de la ration alimentaire est le point essentiel. »

Le régime d'Œrtel, en dehors de la cure de terrain, consiste dans une réduction considérable du volume de la boisson (500 grammes environ) et dans une alimentation restreinte, riche en substances albuminoïdes, pauvre en graisse et en hydrates de carbone.

Le régime de Saint-Germain est, nous l'avons vu, un régime de privations et d'entraînement physique.

Schweninger conseille de petits repas assez rapprochés, pendant lesquels le sujet ne boit pas ; il ne boit qu'un certain temps après les repas.

Le régime de Dujardin-Beaumetz est un régime identique. Il donne une prédominance marquée aux substances albuminoïdes; il limite la quantité des boissons et il conseille de ne boire qu'après le repas.

A. Robin conseille des boissons abondantes aux « obèses par défaut » dont la nutrition est paresseuse et retardante. Il interdit, au contraire, les boissons abondantes aux « obèses par excès ».

G. Sée engage les obèses à boire beaucoup et donne un régime pauvre en hydrates de carbone.

M. Bouchard institue, dès le début du traitement, une cure de réduction avec 1 350 grammes de lait et 5 œufs répartis en 5 repas, pendant 20 jours. On donne ensuite un régime varié, mais en quantité inférieure à la raison normale d'entretien.

C'est là, d'ailleurs, un caractère commun à toutes les méthodes thérapeutiques proposées pour la cure de l'obésité. Le régime imposé aux obèses est toujours un régime insuffisant. Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter le tableau suivant de Dujardin-Beaumetz :

	Matières albuminoïdes.	Matières grasses.	Matières hydrocarbonées.
Voit	118	40	150
Harvey	170	10	80
Ebstein	100	85	50
Œrtel	155-179	25-40	70-100
Ration normale	124	55	435

Dans l'établissement d'un régime contre l'obésité, le médecin devra donc toujours se baser sur la ration normale d'entretien.

Sous ce nom, on désigne la ration alimentaire susceptible de fournir la somme totale d'énergie nécessaire à l'entretien de la vie, et de contenir l'ensemble de substances chimiques dont la machine animale a besoin pour l'entretien et le fonctionnement de ses organes, pendant un laps de temps donné (24 heures).

Cette ration est représentée par sa valeur calorifique, et celle-ci est facile à calculer à l'aide des valeurs thermiques des divers aliments simples.

Trois ordres de substances fondamentales entrent dans l'alimentation de l'homme : les substances albuminoïdes, les graisses et les matières hydrocarbonées. Elles sont indispensables à la santé et à la vie.

D'après les expériences de Rubner, le nombre de calories que produit la combustion de 1 gramme de ces diverses substances est de :

	Calories.
Albumine	4,1
Graisses	9,3
Hydrates de carbone	4,1

Les auteurs ne sont pas encore complètement d'accord sur la formule de la ration d'entretien de l'homme adulte. Voici celle indiquée par Voit :

			Calories.
Albumine	118 gr.	fournissant	483,8
Graisse	56 gr.	—	520,8
Hydrates de carbone	500 gr.	—	2050,0
			3054,6

L'état de repos ou de travail comporte une ration absolument différente.

C'est ainsi que, pour Voit, le repos absolu au lit ne nécessiterait qu'une ration minime de 1 750 calories.

Pour Rubner, la dépense totale de calories pour des hommes adultes, vigoureux, de taille moyenne et d'un poids moyen de 70 kilogrammes, peut être évaluée, pour la période de 24 heures, de la façon suivante :

Dépenses de calories pour 24 heures.

Repos	Travail mécanique minime.	Travail mécanique moyen.	Travail mécanique forcé.
2303	2443	2848	3362

ce qui donne une dépense, pour un kilogramme de poids vif, de :

Dépenses de calories pour 24 heures et par kilog. de poids vif.

Repos	Travail mécanique minime.	Travail mécanique moyen.	Travail mécanique forcé.
32,9	34,9	41	48

Il ne suffit pas, pour l'établissement de la ration d'entretien, de tenir compte du poids de l'individu, il faut encore tenir compte de la surface de son corps. L'organisme règle la grandeur de ses décompositions chimiques d'après les pertes de chaleur qu'il subit par sa surface (*Loi des surfaces*, de Ch. Richet). Chez les petits animaux, les combustions sont beaucoup plus intenses par unité de poids que chez les animaux de grande taille : les premiers ont, en effet, par rapport à leur poids, une surface plus grande et perdent, dans le même temps, des quantités de chaleur relativement plus considérables.

On peut calculer la surface S du corps d'après le poids P au moyen de la formule de Mech : $S = 12,3 \sqrt[3]{P^2}$. Cette formule n'est malheureusement exacte que pour des sujets masculins très maigres (Bouchard).

Pour des évaluations plus précises, il faut se servir des formules établies par M. Bouchard pour la détermination de la surface et de la composition du corps de l'homme.

Pour la surface, M. Bouchard a établi pour l'homme normal la formule suivante, dans laquelle P désigne le poids du corps en kilogrammes, H et C la taille et le tour de taille en décimètres, et S la surface en décimètres carrés :

$$S = 0,48\, C\, H + 8,33 \frac{P}{C} + 3,47\, H^2 \sqrt{\frac{P}{3,14\, H}}$$

Les recherches de M. Bouchard, sur la composition clinique du « segment anthropométrique » suivant l'âge et le sexe, permettent de déterminer avec une précision encore plus scientifique, le taux des divers éléments auquel un sujet normal a droit suivant son âge, son sexe, sa taille, son poids. Le segment anthropométrique a pour formule algébrique $\frac{P}{H}$, le poids P compté en kilogrammes, divisé par la taille H estimée en décimètres. $\frac{P}{H}$ indique son poids et sensiblement son volume; il est égal à 4,2 chez l'homme normal moyen.

Ces diverses formules permettent de calculer rapidement la surface du corps et la quantité d'albumine fixe. Elles contribueront à l'établissement de la ration d'entretien moyenne.

Pour être complet, il faut signaler l'influence des saisons et des climats, qui a été très complètement étudiée par M. le professeur Maurel.

En tenant compte de ces divers facteurs, il est extrêmement facile de doser la ration d'entretien normale et de calculer une ration insuffisante. Un organisme humain bien réglé réagit avec une précision très grande.

Le traitement du diabète par l'insuffisance de l'alimentation devient ainsi une grande facilité. Pour suppléer à la ration insuffisante, l'organisme s'adresse d'abord à ses réserves de graisses et secondairement à ses réserves d'albumine, d'où une diminution de poids et l'affaissement des masses graisseuses. Il importe de régler la rapidité de l'amaigrissement; l'obèse, en effet, ne doit pas maigrir trop rapidement.

La cure de réduction de M. Bouchard constitue une excellente méthode de traitement. Le lait et les œufs sont deux aliments complets dont il est très facile de doser la valeur calorifique; le lait, d'autre part, assure une dépuration rénale suffisante. M. Bouchard prescrit, nous l'avons vu, 1 250 grammes de lait et 5 œufs répartis en cinq repas par jour. La perte de poids est en moyenne de 300 à 350 grammes par jour, 6 à 7 kilogrammes en 20 jours.

Cette période terminée, on remet pendant plusieurs semaines l'obèse a une alimentation plus variée, mais toujours inférieure à la ration d'entretien normale. Les cartes culinaires établies par MM. Proust et Mathieu rendront de grands services au médecin dans la direction du régime.

Enfin, il ne faudra jamais instituer le traitement d'obèse sans lui avoir fait le tableau des difficultés qui l'attendent et sans l'avertir que pour maigrir il a besoin de volonté, de persévérance et d'une réelle fermeté de caractère.

La santonine (acide santonique) dans le traitement symptomatique des douleurs fulgurantes tabétiques,

D'après M. le Dr C. Negro (1).

Il n'existe dans la littérature aucun travail concernant l'action de la santonine sur la sensibilité générale et en particulier de ses propriétés analgésiques.

Les faits que rapporte M. le Dr Negro tendent à démontrer que cette substance peut être utilement employée contre les crises douloureuses des tabétiques.

Il fut conduit à étudier expérimentalement l'action analgésique de la santonine en se basant sur ce fait que ce glucoside introduit dans l'organisme par voie stomacale exerce une action particulière spécifique sur les éléments de la rétine, d'où résulte une xanthopsie transitoire et que, par suite, on pouvait espérer qu'une action analogue se produirait sur les appareils de la sensibilité générale en les modifiant d'une façon passagère. Cette idée pour M. Negro était d'autant plus logique que pour une autre substance, le bleu de méthylène, la propriété qu'elle possède de colorer électivement le cylindre-axe des fibres nerveuses vivantes avait suggéré à Ehrlich l'idée de l'employer contre les névralgies, et les faits cliniques répondirent aux prévisions théoriques.

Ayant eu l'occasion d'observer un tabétique avec crise fulgurante extrêmement douloureuse, M. Negro tenta l'action de la santonine.

Au milieu d'une de ces crises les plus douloureuses, il administra 15 centigrammes d'acide santonique en trois doses de 5 centigrammes chacune à une heure de distance, en supprimant bien entendu toute autre médication analgésique. Le résultat fut que les douleurs, une heure après la seconde dose, étaient déjà considérablement atténuées et qu'elles cessèrent complètement après la troisième dose. Elles ne se reproduisirent pas pendant 2 semaines.

Au début de la nouvelle réapparition des douleurs, M. Negro donna 10 centigrammes de santonine en une seule fois, et 5 centigrammes cinq heures après. Trois heures après la première prise, une rémission notable était apparue et les douleurs cessèrent complètement après la seconde prise. L'intermittence des douleurs fut encore de 12 à 13 jours.

A la troisième reprise des crises douloureuses, au lieu d'acide santonique, M. Negro donna un mélange à partie égale d'antipyrine et de phénacétine : 1 gramme de chacune en trois fois dans l'espace de 6 heures. Le résultat fut nul. Pendant la nuit, la même dose des mêmes médicaments fut donnée avec peu de résultat. Il en fut de même le jour suivant. M. Negro se décida alors à donner vers le soir 10 centigrammes de santonine, et 5 heures après 5 autres centigrammes. Le lendemain matin, une amélioration très notable parut et les douleurs cessèrent complètement dans la première moitié du jour. Encore cette fois le malade resta 16 jours sans douleur.

Bien que ces résultats fussent encourageants, on ne pouvait évidemment exclure la possibilité que la cessation ne fût indépendante de l'administration de la santonine, car on sait combien les douleurs tabétiques sont irrégulières. Pour arriver à des conclusions, il était nécessaire d'entreprendre des recherches sur d'autres malades. Or sur 11 cas, 8 furent positifs, et sur les 3 autres 2 retirèrent un bénéfice notable, mais non durable de la santonine; un seul se montra réfractaire aux doses sus-indiquées. En outre, ce malade en éprouva quelques troubles généraux tels que malaises, nausées, vomissements qui empêchèrent d'autres tentatives.

M. Negro n'a pas osé administrer de la santonine à ses malades plus de quatre ou cinq fois en l'espace de 2 ou 3 mois, et il s'est borné à la donner dans les périodes de crise, par crainte d'intoxication ou d'accumulation.

En tout cas, les faits qu'il rapporte sont intéressants et l'action de ce médicament mérite certainement d'être contrôlée.

1. *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, février 1901, p. 52.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Note sur la réaction leucocytaire locale et circulante dans un cas d'ictère grave,

Par Paul Caziot,

Médecin à l'hôpital militaire de Maubeuge.

Nous venons d'observer un malade qui, tout en présentant le cortège le plus complet des symptômes de l'atrophie jaune aiguë, était porteur d'un foie rapidement devenu hypertrophique. Voici son histoire en quelques mots :

C'est un soldat de 22 ans. Le père et la mère sont morts *diabétiques;* une tante du côté maternel est diabétique également. Lui-même ne présente aucune trace d'intoxication d'origine exogène, il n'est pas syphilitique, mais il est vraisemblablement sous l'influence d'une débilité congénitale hépatique ressortissant au diabète de ses ascendants, car, en mai 1900, il est atteint d'une pneumonie localement bénigne mais rapidement accompagnée de très graves symptômes généraux infectieux. Le surmenage des grandes manœuvres épuise son foie impuissant à lutter contre l'auto-intoxication et qui se laisse envahir par les colibacilles retrouvés à l'autopsie. Il se déclare alors, avec un début foudroyant, un ictère grave hypothermique (34°,6 le 5° jour) accompagné d'asystolie, anurie presque complète, hémorrhagies profuses, etc. On ne trouve que 0 gr. 37 d'urée, 0 gr. 208 d'azote total, et malgré cela, grâce à l'hypertrophie compensatrice et à la suractivité fonctionnelle et vicariante, le rapport azoturique est de 97,8 au lieu de 87 p. 100. Malgré, au 8° jour, la réapparition de l'urine en quantité normale, malgré la récupération fonctionnelle partielle du foie caractérisée, dans l'urine du dernier jour, par une augmentation relative de l'urée (1 gr. 986), du chlore total, de l'azote total, etc., le malade meurt emporté par l'éclampsie et des hémorrhagies intestinales profuses.

A. — *L'examen histologique du sang*, au 6e jour de la maladie, a donné les résultats suivants, après coloration à l'éosine et au bleu de méthylène. Beaucoup d'hématies crénelées, déformées, brisées en morceaux, conglomérées en plaquettes : globules rouges nains. Pas de micro-organismes. Leucocytes nombreux : 60 000 par millimètre cube, 1 pour 63 globules rouges, en moyenne. On en remarque 3 espèces différentes : 1° on trouve de petits leucocytes du diamètre d'une hématie, environ, à gros noyau arrondi et régulier, riche en chromatine, à protoplasma fort peu abondant par rapport au volume du noyau. Ce sont les moins nombreux (2 pour 10 leucocytes) ; 2° on remarque d'autres leucocytes plus volumineux, ayant environ une fois et demie à deux fois le diamètre d'une hématie et à noyau unique, mais très irrégulier, en boudin étranglé, en fer à cheval, en chapelet, etc. Le noyau est d'ordinaire bien coloré, mais quelquefois le bleu de méthylène n'a pris que sur certains points, d'où un aspect pseudo-vacuolaire. Ces cellules libres sont sous la proportion de 3 pour 10 ; 3° on trouve, et constituant les 5/10es restants, de très gros leucocytes (2 ou 3 fois le diamètre d'une hématie), ne présentant jamais de granulations éosinophiles d'Ehrlich et dans lesquels le bleu de méthylène décèle différentes formes de noyaux. Rarement, dans ces grosses cellules, on ne trouve qu'un seul noyau qui présente alors une forme tourmentée : en z, en fer à cheval aplati, tordu, etc. Beaucoup plus souvent on trouve soit 2 ou 3 petits noyaux arrondis et réguliers, soit 3 à 4 noyaux allongés comme des signes d'écriture cunéiforme avec des petits ponts de chromatine venant relier entre eux les amas de substance nucléaire.

Le jour de la mort, les hématies présentaient les mêmes caractères qu'au 6e jour. Les leucocytes sont encore plus nombreux. On en compte 100 000 par millimètre cube et dans la proportion de 1 pour 40 globules rouges. Les gros polynucléaires sont de beaucoup les plus abondants, puisqu'ils constituent les 8/10es de la totalité des globules blancs, et c'est la forme à noyaux ressemblant à des signes d'écriture cunéiforme qui est de beaucoup prédominante. Ces leucocytes ont une grande tendance à se réunir en amas, sans se conglomérer, cependant. Dans certaines préparations, on en comptait plus de 30 dans un même point de champ du microscope.

Nous observons donc, en somme, un haut degré de leucocytose du sang, une polynucléose surtout marquée dans la période préagonique et une disparition totale des cellules éosinophiles d'Ehrlich.

B. — *Le foie* était atteint de lésions extrêmement complexes qui ont fait l'objet d'un autre travail. Il pesait 2 140 grammes et présentait un mélange de lésions diapédétiques et nécrobiotiques. Nous ne parlerons que des premières.

Deux sortes de cellules ont concouru à la défense de la glande hépatique : des cellules fusiformes et des cellules rondes. Chacun de ces éléments a joué un rôle différent.

α) *Cellules fusiformes.* — Elles sont issues des espaces de Kiernan ou, plus rarement, des espaces périsushépatiques. Ces espaces, très agrandis, sont remplis de cellules petites, à noyau allongé, fusiforme, à protoplasma peu abondant, ramifié, étoilé. En de certains points, ces éléments nouveaux s'organisent en fibrilles conjonctives très riches en néocapillaires que l'on voit se former par une infiltration de globules rouges entre deux fibres écartées. Mais ces cellules embryonnaires ne se confinent pas dans l'espace d'où elles sont parties, et souvent un cordon plus ou moins large de cellules jeunes, libres ou en voie d'organisation fibrillaire et à noyau présentant parfois de la division directe, s'insinue entre les espaces interlobulaires sur un trajet plus ou moins long, mais sans réaliser le type de cirrhose annulaire ou multilobulaire. D'autres fois, la bande cellulo-conjonctive pénètre dans les 2/3 du lobule et se termine brusquement par un bouquet de fibrilles. On voit aussi, dans les lobules, des cellules fusiformes libres, mais toujours dans le voisinage immédiat des cordons d'où elles sont issues. Elles ne sont jamais disséminées au hasard comme les cellules rondes que nous examinerons plus loin.

Ces cellules embryonnaires, c'est-à-dire diapédétiques et phagocytaires (Chauffard), se transformeront en tissu de sclérose que nous avons pu observer depuis la sortie des jeunes cellules jusqu'à la formation de tissu de cicatrice organisé. Elles ne sont pas, puisqu'elles ont une origine conjonctive, à proprement parler des leucocytes, mais elles *en remplissent toutes les fonctions*, puisqu'elles obéissent à la chimiotaxie, à la diapédèse et qu'elles sont phagocytaires. C'est pourquoi nous n'avons pas voulu séparer leur description de celle des petits leucocytes mononucléaires, ou cellules rondes.

β) *Cellules rondes.* — Ces éléments ont un volume double des précédents. Ils sont constitués par un gros noyau sphérique un peu supérieur en dimension au diamètre normal d'une hématie et extrêmement riche en chromatine dont la coloration vive fait contraste avec la teinte pâle des organites hépatiques dégénérées. Le protoplasma est peu abondant, souvent réduit à une mince collerette. Nous avons pu observer quelques exemples de division directe mais jamais de figures de karyokinèse.

On trouve ces cellules rondes disséminées partout entre les cellules du foie plus ou moins dégénérées et au milieu des travées qu'elles ont bousculées. Leur nombre est variable suivant les points observés, mais leur abondance en un point donné n'était jamais telle qu'on pût donner à leur réunion le nom de nodule infectieux. Nous n'avons observé cette diffusion de cellules rondes que dans certaines régions (et c'étaient de beaucoup les plus nombreuses) du foie de notre sujet. Les points restés indemnes n'en présentaient que très peu ; les lobules atteints d'hyperplasie compensatrice et ceux atteints de nécrobiose n'en présentaient pas du tout ; mais les lobules atteints de dégénérescence graisseuse ou pigmentaire, et surtout ceux qui ne présentaient qu'un degré léger de tuméfaction trouble avec hypertrophie du cytoplasme et du noyau, en étaient absolument farcis. On en pouvait compter autant et plus que de cellules hépatiques avec lesquelles il était, cependant, impossible de les confondre.

Ces cellules rondes sont des *leucocytes mononucléaires* apportés par la voie sanguine. On remarquait, en effet, dans les lobules ci-dessus une dilatation parfois intense des capillaires bourrés d'hématies. Il y avait donc eu : congestion, chimiotaxie positive, diapédèse et phagocytose. Nous avons, d'ailleurs, trouvé dans ce foie des bacilles coli.

Dans la grande majorité des cas, cellules fusiformes et cellules rondes agissaient de concert pour la défense du même lobule. Elles étaient aidées par certaines cellules hépatiques dont la division du noyau indiquait l'irritation ainsi que par des cellules géantes présentant jusqu'à 8 noyaux et qu'on trouvait dans les canalicules biliaires.

C. — *Le rein* présentait des lésions de l'épithélium des tubuli, mais, ce qui nous intéresse davantage, nous avons constaté à diverses reprises et quelquefois en contact avec la périphérie des glomérules de Malpighi, de véritables *nodules infectieux* formés par les amas de leucocytes mononucléaires absolument analogues à ceux vus dans le foie. Peut-être sont-ils sortis par diapédèse de la capsule de Bowmann. De plus, nous avons remarqué que les vaisseaux étaient dilatés ; les capillaires sanguins gorgés d'hématies étaient souvent rompus et donnaient lieu à de petites hémorrhagies interstitielles. Pas de micro-organismes.

D. — *Les organes lymphoïdes* étaient tous hypertrophiés. Le thymus, les ganglions du médiastin, les ganglions du hile, les ganglions mésentériques, la rate, les capsules surrénales étaient augmentés de volume pour la surproduction de leucocytes phagocytaires. Mais la recherche qualitative des cellules libres ne nous a pas donné de résultats assez précis pour que nous puissions en retirer une conclusion. Nous dirons seulement qu'on y trouvait beaucoup d'éléments mononucléaires ayant l'aspect de myélocytes.

Conclusions. — 1° Dans l'ictère grave avec hypertrophie aiguë du foie, l'hyperleucocytose locale et circulante sont parallèles au point de vue quantitatif ;

2° Qualitativement, elles sont encore parallèles au 6e jour, car, vu le haut degré de la leucocytose du sang, on peut dire qu'il y avait relativement une forte mononucléose circulante. Au moment de l'agonie, il n'y a plus parallélisme, puisqu'on trouve une polynucléose très marquée. Cette constatation ne va pas à l'encontre des conclusions de MM. Achard et Lœper (1) qui disent que « la réaction sanguine est souvent expliquée par la réaction locale quand *aucune cause* physiologique ou pathologique d'autre nature ne vient la troubler » ;

3° De même que dans la pneumonie, l'élévation du taux leucocytaire avec augmentation considérable de la proportion des polynucléaires — mise en action des ultimes réserves phagocytaires de l'organisme, — est d'un pronostic excessivement grave ;

4° L'ictère grave est une maladie *générale* infectieuse accompagnée d'hypertrophie de défense des organes lymphoïdes.

L'étude de ce cas unique ne nous permet pas, d'ailleurs, d'insister trop particulièrement sur les deux premières conclusions.

1. *Soc. de Biologie*, 23 fév. 1901, et *Gaz. hebdomad.*, 28 fév. 1901.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 29 Mars 1901.

Déformations osseuses consécutives à une paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial.

M. Apert montre les os du membre supérieur droit d'un homme qui, ayant été atteint à l'âge de 4 ans d'une paralysie radiculaire par arrachement des branches inférieures du plexus brachial, a survécu jusqu'à l'âge de 33 ans, avec une atrophie des muscles correspondants et une ankylose du coude et du poignet droit.

L'humérus a une diaphyse très grêle; les crêtes d'insertion sont effacées; les fossettes olécraniennes et coronoïdiennes sont effacées.

Au cubitus l'olécrâne est déformé, rejeté en arrière et son bec a disparu; la diaphyse, arrondie, va en s'amincissant de haut en bas et son tiers inférieur est dévié en avant.

Le radius présente les mêmes lésions moins accentuées.

Cancer de l'œsophage ouvert dans l'aorte.

M. Mauclaire apporte les pièces d'un cas de cancer œsophagien pour lequel il fut amené à pratiquer la gastrostomie. Il eut recours à un procédé spécial, qui est une combinaison des procédés de Hartmann et de Marwedel : le pli stomacal est attiré en haut et à gauche, en passant dans le muscle grand droit; puis la sonde est enfoncée entre les tuniques musculeuse et muqueuse de l'estomac, suivant ainsi un trajet très oblique pour déterminer une valvule.

L'ouverture gastrique, dans le cas actuel, demeura parfaitement continente. On nota la perméabilité en retour de l'œsophage pendant 5 mois. La mort survint d'une façon foudroyante par envahissement et perforation de la crosse de l'aorte par le néoplasme.

Etranglement interne par le ligament inguino-colique.

M. R. Tesson rapporte l'observation d'un cas d'occlusion intestinale, au cours duquel la laparotomie montra une anse intestinale engagée et étranglée sous un repli péritonéal, tranchant, tendu entre le flanc gauche du côlon ilio-pelvien, et la région de l'orifice inguinal interne.

Kystes dermoïdes des deux ovaires.

MM. Robert Lœvy et **Guéniot** présentent deux kystes dermoïdes des ovaires, provenant d'une malade âgée de 24 ans, entrée dans le service de M. Bouilly. On fit le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire droit; il s'agissait de deux kystes superposés, droit et gauche, Dans l'un des kystes, on voit très nettement à la partie supérieure l'ovaire d'apparence normale. La malade a accouché, à terme, il y a 1 an.

C'est le deuxième cas de kyste dermoïde double observé par M. Bouilly.

Grossesse extra-utérine abdominale secondaire, rompue dans le péritoine.

M. Marion présente une pièce de grossesse tubaire greffée dans le péritoine et rompue. La malade avait eu, après une période pendant laquelle elle avait présenté tous les symptômes d'une grossesse, des phénomènes en rapport avec une rupture de grossesse tubaire. Elle s'était remise de ces accidents, mais avait présenté de nouveau, un mois après, les mêmes symptômes pour lesquels M. Marion était intervenu. Il avait trouvé le fœtus âgé de 3 mois environ au milieu des anses intestinales et vivant, quoique la rupture datait de 4 jours. La poche fœtale était constituée en même temps par la trompe et par la paroi abdominale antérieure sur laquelle s'insérait une portion du placenta.

A la suite de l'intervention les choses allèrent d'abord pour le mieux, mais au septième jour une double congestion pulmonaire se déclara qui emporta rapidement la malade.

Hernie interne rétro-cæcale étranglée.

M. Marion rapporte l'observation d'une malade pour laquelle il intervint comme chirurgien de garde, à l'hôpital de la Charité. Elle présentait des signes d'occlusion intestinale. Il se préparait à faire un anus contre nature; mais une fois l'incision pratiquée dans la fosse iliaque droite il reconnut que l'occlusion était due à une hernie interne rétro-cæcale, l'intestin s'étant engagé dans le cæcum entre lui et la fosse iliaque. L'intestin fut dégagé, la malade guérit sans incident.

Les cas de hernie interne rétro-cæcale étranglée sont très rares et méritent d'être signalés.

Péritonite aiguë généralisée, sans microbes aérobies décelables.

M. Marion lit l'observation d'une jeune fille qu'il opéra dans un état presque désespéré pour une péritonite aiguë. A l'ouverture du ventre, il trouva les anses intestinales très distendues, rouges et recouvertes par place de fausses membranes. Il ne trouva aucune cause à cette péritonite.

L'opération fut terminée par un drainage vaginal et abdominal. La malade guérit.

M. Celos, interne de service, examina les fausses membranes et en fit des cultures sans déceler aucun microbe. M. Jolly, chef du laboratoire de M. Dieulafoy, ensemença des tubes avec les drains restés dans l'abdomen; aucune culture n'en résulta.

Il faut admettre que les microbes cause de cette péritonite n'existaient plus au moment où on est intervenu; ou bien que ces microbes eussent poussé soit sur des milieux de culture spéciaux, soit en culture anaérobie.

Des lésions intestinales causées par l'élimination des poisons, à propos d'un cas d'intoxication par le sublimé corrosif.

MM. Gilbert et **Herscher** montrent le tube digestif d'une femme ayant succombé à la suite de l'ingestion de 30 grammes de bichlorure de mercure délayés dans un quart de verre d'eau.

Les lésions caractérisées par une congestion diffuse, des ecchymoses et des ulcérations se voient aux deux extrémités de l'appareil digestif; bouche, pharynx, œsophage, estomac, où les ulcérations occupent uniquement la petite courbure, près du cardia et du duodénum d'une part; dernière portion de l'iléon et totalité du gros intestin d'autre part; tout le jéjunum et la majeure partie de l'iléon étant absolument indemnes.

Cette localisation spéciale des lésions aux deux extrémités du tube digestif est due à ce que les premières voies digestives ont été lésées par contact direct, par absorption, par entrée du poison à leur niveau, tandis que les lésions de la partie terminale de l'intestin ont été causées par l'élimination, par la sortie du corps toxique; les altérations de sortie étant d'ailleurs beaucoup plus intenses que celles d'entrée.

D'autres poisons sont susceptibles d'altérer la muqueuse intestinale d'une manière analogue, tels l'arsenic et les poisons urémiques qui, s'éliminant par toute la muqueuse digestive, la lèsent sur toute la surface; tels les chloro-albuminates d'or, de platine, d'arsenic, les toxines coli-bacillaires qui, s'éliminant par la muqueuse du gros intestin, produisent des ulcérations et des eschares de la portion terminale de l'intestin, localisation à rapprocher de celle des lésions de la dysenterie, du colotyphus, qui reconnaissent, peut-être, pour cause, elles aussi, la sortie des poisons dysentérique et typhique par la muqueuse colorectale.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 Mars 1901.

Origine des eaux thermales sulfureuses.

M. A. Gautier a pu s'assurer que, quand on épuise de la poudre de granit par de l'eau froide, la liqueur ainsi obtenue ne renferme pas trace de sulfures alcalins ou alcalino-terreux. Au contraire, si on chauffe à 250° ou 300°, dans un tube scellé, ce même granit pulvérisé avec son poids d'eau, on obtient une véritable eau sulfureuse artificielle, comparable, par sa composition, aux eaux pyrénéennes, mais plus concentrée.

La série des phénomènes qui se passent en pareil cas peuvent s'expliquer de la façon suivante :

A une température suffisante, les gaz qui se forment dans les roches ignées, en particulier les gaz carburés et sulfurés, réagissent sur les matériaux de ces roches, et substituent une petite quantité de soufre à l'oxygène des silicates; il se forme ainsi des sulfo-silicates, lesquels sont décomposables par l'eau chaude qui se charge alors de sulfures solubles. On peut reproduire expérimentalement cette réaction : chaque fois que des silicates sont chauffés avec des matières pouvant donner du soufre, au rouge, dans un milieu réducteur, on obtient des sulfo-silicates décomposables par l'eau entre 200° et 300°.

Sur un parasite observé chez des syphilitiques.

M. H. Stassano a constaté, dans la sérosité sanguinolente retirée par ponction du ganglion satellite des chancres syphilitiques, la présence de corps mobiles paraissant être des infusoires flagellés du groupe des monadines. Ces parasites, ronds, ovoïdes ou pyriformes, sont munis de deux *flagella* tout droits à l'un des pôles, et d'un *flagellum* plus long et flexueux à l'autre pôle; il est parvenu sur quelques individus à mettre en évidence un noyau.

Ces protozoaires sont, en majorité, libres parmi les cellules et les leucocytes du tissu lymphatique; certains, cependant, sont fixés sur les hématies qui traversent le ganglion. Ils pénètrent ainsi dans la circulation, mais à la première période de la syphilis ils y sont peu nombreux, et on les trouve presque exclusivement dans le sang retiré au niveau du premier territoire lymphatique contagionné. Puis ils envahissent peu à peu la grande circulation et présentent alors une phase très active de multiplication par bourgeonnement.

Les individus ainsi formés restent d'abord réunis en amas; à une phase plus avancée de l'infection (en pleine éruption), ils se détachent les uns des autres et se fixent aux hématies; ils grandissent en même temps et s'allongent à leurs deux extrémités, ce qui leur donne l'apparence de trypanosomes, lesquels s'attachent également, comme on le sait, aux globules rouges.

M. Stassano n'a pu suivre complètement le cycle évolutif de cet infusoire, mais chez les malades qu'il a observés, cet infusoire ne s'est montré qu'au moment précis des exanthèmes et a disparu avec les améliorations spontanées ou dues au traitement.

Les conditions biologiques de ce parasite expliquent parfaitement la diminution du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine que l'on observe à chaque poussée nouvelle de la syphilis, ainsi que l'extrême fragilité, signalée par Murri, des globules rouges des syphilitiques.

Courbes d'ascension thermique.

M. S. Leduc. — On peut établir des courbes d'ascension thermique en portant les températures successives en ordonnées et les temps en abscisses. La différence entre deux températures, divisée par la durée de l'ascension, donne la vitesse moyenne entre ces deux températures.

Cette vitesse de l'ascension thermique est proportionnelle à la quantité de chaleur perdue par le sujet; elle est également en rapport direct avec la conductibilité calorifique de la peau, ou en rapport inverse avec la résistance de celle-ci au passage de la chaleur.

Au point de vue du diagnostic, l'étude de ces courbes peut fournir des données très utiles, notamment en ce qui concerne la tuberculose au début; en effet, la vitesse d'ascension est toujours très grande chez les tuberculeux; elle est, au contraire, très faible chez les goutteux. Ces particularités sont dues à ce que la température s'élève d'autant plus vite que l'intensité des combustions organiques est plus grande; aussi les courbes en question permettent-elles d'apprécier parfaitement l'état des échanges organiques.

Conduction nerveuse et conduction musculaire des excitations électriques.

M. A. Charpentier a pu s'assurer qu'en excitant électriquement un faisceau musculaire, il se produit une onde électrique cheminant dans le muscle avec une vitesse très modérée (de 3 à 6 mètres par seconde); mais, en même temps, on observe une propagation plus rapide (de 20 à 29 mètres à la seconde), tout à fait analogue à la transmission nerveuse qu'il a étudiée récemment. Ce phénomène est dû à la présence des filets nerveux dissociés, très nombreux, qui se distribuent aux fibres musculaires; ces filets manifestent donc les mêmes propriétés que les troncs nerveux complets au point de vue anatomique. On en peut conclure que ce mode de propagation de l'onde électrique caractérise non pas seulement le nerf, mais la substance nerveuse en général.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Mars 1901.

Evolution pathologique de la névroglie à propos d'un cas de sclérose en plaques.

M. A. Thomas. — J'ai pu, grâce à une légère modification de la méthode de Wigert pour l'étude de la névroglie (inclusion à la parafine), étudier les fibrilles de névroglie dans un cas de sclérose en plaques.

De mes examens, il semble résulter que ces fibrilles se développent aux dépens des noyaux névrogliques dont elles sont en quelque sorte une transformation. Dans les scléroses anciennes, les fibrilles sont très abondantes et forment un feutrage dense et serré alors que les noyaux sont rares ou absents.

Le protoplasma au milieu duquel sont placés les noyaux névrogliques n'est le plus souvent constitué que par la destruction des éléments parenchymateux, en sorte que les seuls éléments constants, invariables, de la névroglie sont les noyaux et les fibrilles.

Altérations des cylindres dans la sclérose en plaques.

M. A. Thomas. — J'apporte des résultats confirmatifs de ceux que j'ai déjà exposés à la Société de neurologie (1900).

Dans deux nouvelles autopsies de sclérose en plaques, j'ai pu constater sur des coupes transversales et longitudinales des altérations très nettes des cylindraxes. On peut voir cependant qu'au niveau de la lésion, à côté de fibrilles cylindraxiles interrompues, il en est d'autres, qui poursuivent leur trajet au delà du foyer, assurant la vitalité de la gaine de myéline et empêchant la dégénération wallerienne de la fibre malade.

Avec Adamkiewicz, nous pensons que l'altération de la fibre nerveuse est primitive et que la prolifération névroglique est un phénomène secondaire.

Elimination du salicylate de soude par la bile.

M. Linossier. — Le salicylate de soude est actuellement très utilisé dans le traitement des infections hépatiques. Pour voir jusqu'à quel point on peut espérer réaliser, par l'ingestion de ce médicament, l'antisepsie des voies biliaires, j'ai soumis des chiens à un traitement salicylé énergique, et, après les avoir sacrifiés en plein traitement, j'ai dosé l'acide salicylique dans l'urine, le sang, le tissu hépatique et la bile. Dans le foie,

malgré que la proportion dans l'urine et le sang fût très variable, la teneur en acide salicylique fut constamment comprise entre 0,05 et 0,06 p. 1000. Dans la bile, elle oscilla de 0,16 p. 1000 à 0,35. La fixation de l'acide salicylique par le tissu hépatique permet donc d'espérer de ce médicament une action spéciale sur le foie, action révélée d'ailleurs, dans d'autres expériences, par des modifications de la sécrétion biliaire; mais la proportion éliminée par la bile est insuffisante pour qu'on puisse lui attribuer une action antiseptique directe importante. J'ai pu constater, en effet, que la putréfaction de la bile de bœuf n'est entravée notablement, *in vitro*, que par une dose de salicylate de soude de 1 p. 100, c'est-à-dire plus de 25 fois supérieure à la dose maximum éliminée par la bile dans mes expériences.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 Avril 1901.

A propos de cinq résections intestinales pour cancer du gros intestin.

M. Quénu fait un rapport basé sur 5 observations adressées par **MM. Brin** (d'Angers), **Gillis** et **Imbert** (de Montpellier).

M. Brin a envoyé 2 observations. La première a trait à un cancer du côlon ascendant et de l'angle colique droit chez un homme de 35 ans, qui souffrait depuis longtemps de constipation entrecoupée de diarrhées : bien que le cæcum fût intact, M. Brin le comprit dans son exérèse qui porta d'autre part sur la moitié droite du côlon transverse. Les deux bouts intestinaux furent fermés et anastomosés à 7 ou 8 centimètres de leurs cæcums respectifs. L'opération fut très pénible et dura 2 h. 10. Le malade mourut au 5e jour de péritonite causée par le relâchement des sutures intestinales.

La deuxième observation est celle d'une femme de 58 ans qui présentait un cancer de l'angle colique droit avec signes d'obstruction remontant à 2 mois et pour lequel, en raison de sa mobilité et de quelques troubles urinaires coexistants, M. Brin avait d'abord porté le diagnostic de rein mobile. Ici la résection de l'angle colique malade fut suivie d'une entérorrhapie circulaire; l'opération ne dura que 1 h. 20 et la malade guérit.

L'observation 3, due à MM. Gillis et Imbert, concerne un malade qui présentait tous les signes d'une occlusion intestinale avec vomissements fécaloïdes et météorisme. La laparotomie montra que ces accidents étaient causés par la présence d'un cancer de l'anse oméga. La limitation et la mobilité du néoplasme engagèrent les chirurgiens à faire d'emblée l'entérectomie, qui fut suivie d'une suture bout à bout. Durée de l'opération, 1 h. 15. Le jour même, le malade eut deux selles, et la guérison eut lieu sans encombre.

Les deux observations qui suivent appartiennent à M. Imbert. L'une a trait à un cancer du côlon iliaque, s'accompagnant de constipation opiniâtre, chez une femme qui portait d'ailleurs également un kyste du ligament large : l'entérectomie fut suivie d'une entérorrhaphie circulaire. La malade mourut au 3e jour de péritonite (infection opératoire).

L'autre observation concerne encore une femme qui présentait une hernie ombilicale, formée d'une masse néoplasique comprenant l'épiploon et le côlon transverse; depuis quelques jours il existait des signes d'occlusion. Résection, abouchement des deux bouts, résection du sac herniaire, tels furent les différents temps de l'opération. L'état de l'opérée était satisfaisant trois semaines après l'intervention.

M. Quénu fait suivre ces observations de quelques remarques sur la thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin. Elle diffère essentiellement suivant que le cancer se complique ou non d'obstruction intestinale. En présence d'une occlusion intestinale, il importe tout d'abord d'établir la cause néoplasique ou non néoplasique des accidents; or M. Quénu croit le diagnostic possible dans la majorité des cas. Le diagnostic fait, le traitement sera subordonné à l'état de ballonnement du ventre et à l'état général du malade. Si l'on est appelé tard, vers le 9e ou 10e jour, quand le météorisme est considérable et l'état du malade précaire, le traitement de choix consiste dans l'établissement d'un anus contre nature.

Quand, au contraire, on est appelé dans les premiers jours, que le météorisme est moyen et l'état général satisfaisant, que la tumeur est mobile et limitée, la résection peut être défendue.

Personnellement, M. Quénu est intervenu quatre fois dans des cas d'occlusion par cancer datant de dix jours ou plus : chaque fois il a fait l'anus contre nature dont trois fois avec succès. Dans ces conditions, il est toujours temps d'entreprendre, 15 ou 20 jours après, une laparotomie médiane qui se présente alors avec les meilleures chances de succès.

En ce qui concerne précisément le point où doit porter la laparotomie, M. Quénu croit qu'il est difficile de poser des règles générales; cependant il lui semble que l'incision médiane est préférable quand la localisation du néoplasme n'a pas été possible, et qu'au contraire l'incision latérale est indiquée dans les cas où la tumeur est palpable.

La conduite à tenir vis-à-vis des deux bouts, après la résection, doit varier avec le segment d'intestin qui est en jeu. Dans le cancer du cæcum, M. Quénu préconise l'implantation latérale de l'intestin grêle dans le côlon ascendant; dans les cancers de l'angle colique ou du côlon transverse, on a le choix entre l'entéro-anastomose latérale et l'entérorrhaphie circulaire.

Plaie de l'artère axillaire.

M. Demoulin analyse une observation de **M. Morestin** ayant trait à un jeune homme de 22 ans, qui s'était fait une blessure de l'artère axillaire dans les circonstances suivantes. Dans un mouvement rapide qu'il avait fait pour ramasser un objet à terre, il avait fait pénétrer à la base de son aisselle droite la pointe d'un instrument dit « cartonnière », qui se trouvait dans l'une de ses poches. Une hémorrhagie, suivie d'une syncope, se produisit aussitôt.

Le blessé fut immédiatement transporté à l'hôpital et l'interne de garde procéda à la ligature de l'artère sous la clavicule. Le lendemain, 14 heures après cette ligature, l'hémorrhagie s'étant reproduite par la plaie de l'aisselle, M. Morestin fit un large débridement de cette plaie et, après avoir découvert les deux bouts du vaisseau, en fit séparément la ligature. Une autre ligature dut encore être appliquée sur le tronc commun des circonflexes pour tarir l'épanchement. La guérison eut lieu ensuite sans incidents. Cette observation est une nouvelle preuve qu'il ne faut pas se fier aux ligatures à distance, et que la recherche des bouts du vaisseau sectionné s'impose en pareil cas.

Appendicectomie à froid et hémorrhagie intestinale.

M. Berger analyse une observation de M. Walch (du Havre), concernant un sujet qui avait eu, à l'âge de 20 ans, c'est-à-dire en 1880, une attaque de typhlite. Depuis cette époque, aucun accident de même nature n'était survenu, lorsqu'en janvier 1900, alors qu'il était soigné depuis quelque temps pour une sinusité, il fut pris d'une nouvelle attaque d'appendicite, suivie d'un épanchement pleurétique.

Huit à dix semaines plus tard, le malade se plaignant de quelques douleurs dans le ventre, qui offrait une légère induration dans la fosse iliaque droite, notre confrère décida de faire la résection de l'appendice qui eut lieu avec quelques difficultés.

Quatre jours après l'opération, on constata une augmentation des symptômes de la sinusité avec un léger retour de la pleurésie; puis, trois jours plus tard, une abondante hémorrhagie intestinale. Elle ne se renouvela pas dans la suite et la guérison a eu lieu.

Quelle a été la cause de cette hémorrhagie? M. Berger ne croit pas qu'elle puisse être assimilée aux hématémèses, que l'on observe dans le cours d'une attaque d'appendicite aiguë. Dans le cas actuel, l'opération a été faite à froid et en dehors de tout état d'infectiosité intestinale; mais il est possible qu'il se soit produit une perturbation dans la marche normale des suites opératoires par suite de la sinusité, dont l'intensité s'était accrue après l'opération.

M. Ricard était appelé il y a quelques mois, auprès d'une malade, atteinte d'appendicite aiguë. Le ventre ouvert, on a

trouvé un appendice dur, volumineux, congestionné, et en même temps on constata que le cæcum était gros, violacé et avait des parois épaissies. Il n'y avait pas d'état septique. M. Ricard a réséqué l'appendice et drainé, et localement rien d'anormal ne s'est montré, mais, quinze ou vingt jours plus tard, plusieurs gastrorrhagies se sont produites, puis la guérison a été définitive.

Deux observations de section et suture nerveuses.

M. Lejars analyse une observation envoyée par M. Carlier (de Mostaganem) et recueillie sur un Arabe qui s'était sectionné, un peu au-dessus du poignet, l'artère et le nerf cubital et les tendons fléchisseurs. Après suture de ces derniers et ligature de l'artère, M. Carlier a fait, au crin de Florence, la suture des deux bouts du nerf. Cinq jours plus tard, il lui a semblé qu'il y avait un retour de la sensibilité, mais, un mois après, aucun autre changement ne paraissait s'être produit. Le malade fut, dès lors, perdu de vue, mais neuf mois plus tard, M. Carlier le retrouvait absolument guéri.

La seconde observation a été communiquée par **M. Morestin** qui s'est trouvé en présence d'une section de la branche musculaire du nerf radial faite environ un mois auparavant. Après avoir découvert les deux bouts de ce nerf, au niveau de la partie supérieure du court supinateur. M. Morestin en a fait la suture avec du catgut. Le résultat immédiat a été bon ; mais la guérison n'a été complète qu'au bout de six mois.

Ce second fait, qui intéresse un nerf exclusivement moteur, semble indiquer que la période de six mois représente le temps nécessaire pour le retour *ad integrum*. Il vient donc à l'appui de cette opinion qu'il faut toujours une période assez longue pour que la réparation soit complète.

C'est, en effet, ce que l'on observe pour les sutures pratiquées peu de temps après la section ; mais cela n'est vrai que pour les sutures immédiates. Dans les sutures tardives les résultats sont, en général, peu satisfaisants, ou du moins très longs à s'affirmer. M. Lejars l'a constaté sur un homme dont le sciatique avait été sectionné juste à son point de bifurcation. Ayant mis les trois bouts à nu, M. Lejars a enlevé les névromes qui s'étaient formés au niveau de l'extrémité de chacun d'eux et a rétabli leur continuité avec des fils de catgut. Les symptômes de paralysie motrice n'ont disparu que très lentement et dix mois après on ne constatait encore qu'une restauration incomplète. Cependant cet homme a pu reprendre son métier de palefrenier et l'aurait continué, si une péritonite traumatique par coup de pied de cheval ne l'eût emporté quelque temps après.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 6 mars 1901.

Kyste de l'ovaire.

M. Pinatelle présente encore des pièces provenant d'une malade opérée, le matin, par M. Vallas pour des crises pseudo-appendiculaires liées vraisemblablement à la torsion récidivante d'un petit kyste ovarique.

La malade est une jeune fille de 25 ans, ne présentant pas d'affection antérieure à noter, bien réglée, d'ailleurs, et sans troubles génitaux.

Depuis un an, elle était sujette à des crises douloureuses, qui s'étaient répétées à cinq ou six reprises. Les crises duraient quatre à cinq jours, s'annonçant par une douleur qui débutait à droite, des vomissements, puis du météorisme.

Son médecin, qui l'avait vue lors de la dernière crise (datant de 25 jours), l'envoya à l'hôpital, pour une appendicectomie à froid.

A l'examen de la malade, qui est complètement apyrétique depuis quelques jours, on détermine une légère douleur à la palpation de la fosse iliaque droite. De plus, on sent une tumeur dure ou liquide, très tendue, débordant de trois à quatre doigts la symphyse sur la ligne médiane.

Au cours de la laparotomie, M. Vallas trouve tout d'abord des signes d'inflammation péritonéale, consistant en adhérences et état délavé de l'épiploon, et en œdème séro-hématique de la séreuse. Un repli péritonéal, longuement pédiculé et dont l'insertion n'a pu être précisée, pendait comme une masse piriforme dans la fosse iliaque, englobant une cinquantaine de grammes d'un liquide hémorrhagique dans une mince toile pellucide.

L'appendice, pas très gros ni très rouge, adhérait par son extrémité, et sur une longueur de 2 centimètres, à la tumeur que l'on percevait par la palpation. Il put facilement en être détaché, puis lié et réséqué.

La tumeur fut alors ponctionnée et elle laissa écouler environ 250 grammes du liquide chocolat des vieux hémosalpynx. Sa décortication fut assez facile, car il n'existait que de lâches adhérences pariétales, et l'on vit que le pédicule était tordu lâchement à 180°.

Il s'agissait, en somme, d'un petit kyste ovarique, dont la torsion lâche et récidivante a été, sans doute, la cause de toutes les crises pseudo-appendiculaires antérieures. De pareils cas, sans être fréquents, sont bien connus, et M. Tixier en présentait un très analogue (mais avec des accidents plus aigus) tout dernièrement, en février 1900.

Pelades traitées par les courants à haute fréquence.

M. Bordier a essayé les courants à haute fréquence sur un garçon de laboratoire, porteur d'une pelade. Il fut guéri en quatre séances. Encouragé par ce résultat M. Bordier a essayé le même traitement sur un certain nombre de soldats atteints de pelade et dépendant du service de M. le médecin-chef Hannequin qui a fait le diagnostic et put suivre la marche et les résultats du traitement. Un certain nombre sont guéris, l'un après douze séances, l'autre après quinze. D'autres sont encore en voie de traitement.

Ces courants ont été obtenus avec une grosse bobine Rhumkorff pouvant donner des étincelles de 56 centimètres de longueur et alimentée par un courant industriel de 120 volts. L'excitateur est appliqué directement sur la plaque de pelade. La durée des séances est de trois à quatre minutes. On peut faire des séances rapprochées tous les deux ou trois jours ou les espacer à volonté de semaine en semaine.

Ces courants agissent très probablement par leur action excitante sur le cuir chevelu. Ces résultats semblent donner raison à la théorie nerveuse de la pelade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 14 Mars 1901.

Plaie perforante de poitrine de part en part par canne à épée.

M. Bérard. — Un homme de 32 ans est assailli au coin d'une rue, par deux individus dont l'un lui porte un violent coup de canne à épée. Le blessé ressent à ce moment une douleur assez aiguë dans le dos, à gauche de la colonne, où le coup a porté, et, en avant, un peu au-dessus du mamelon gauche, où la pointe de l'arme est sortie après avoir perforé tout le thorax. L'agresseur n'avait pas lâché son arme, une fois le coup porté, et s'était enfui.

Le blessé put se rendre seul, à pied, au poste de police, bien qu'il éprouvât une sensation de suffocation très pénible à chaque mouvement ; il n'avait pas eu d'hémoptysie et la douleur aiguë locale du traumatisme s'est calmée assez vite.

Amené à l'hôpital, une fois assis, le blessé se plaignit encore de dyspnée, et rendit de nouveau des crachats sanguinolents, mais en petite quantité. L'interne de garde constata les deux plaies : l'une d'entrée, large environ de 5 à 6 millimètres, à bords étoilés, située en arrière à 6 cent. 1/2 de la ligne des apophyses épineuses, et à 5 centimètres au-dessous de la pointe de l'omoplate ; l'autre, encore plus petite, plaie de sortie, à 4 centimètres au-dessus du mamelon gauche et à 9 centimètres de la ligne médiane. Un simple pansement occlusif fut alors

appliqué, après l'administration d'une piqûre de morphine, et le blessé fut transporté en brancard dans une salle ; ce transport, comme le premier en voiture, fut l'occasion de nouvelles quintes de toux et d'une augmentation de la dyspnée.

Une fois dans son lit, le malade ressentit rapidement un soulagement considérable ; il dormit une partie de la nuit et rejeta quelques crachats, dans lesquels, à la visite du matin, on constata la présence de sang. L'auscultation, à ce moment, révéla des lésions anciennes de bronchite chronique, et seulement des foyers mal limités de râles digestifs, autour des points d'entrée et de sortie de l'arme. Pansement occlusif, repos, opium.

Là se bornèrent les accidents consécutifs à cette blessure. Dès le 2e jour, les crachats n'étaient plus striés de sang, le malade ne souffrait plus que dans les grands mouvements respiratoires, dans les quintes de toux et dans l'éternuement. Le 4e jour, il commença à se lever à l'insu de son chirurgien, et, le 12e jour, il quittait l'hôpital complètement guéri. Il a simplement ressenti, durant 3 ou 4 mois, un peu de gêne du côté correspondant et de la douleur dans les inspirations forcées.

Aujourd'hui, 7 ans après l'accident, l'état du malade est aussi satisfaisant que possible.

L'intérêt de ce cas réside dans le minimum de désordres et de symptômes déterminés par une plaie thoracique perforante de part en part, au voisinage immédiat de la pointe du cœur, et à travers tout le lobe inférieur du poumon gauche.

M. Claudot a vu, en 1870, un capitaine d'artillerie de marine qui avait essayé de faire sauter un train ennemi. Le train dérailla, mais les soldats prussiens mirent en fuite les nôtres, et le capitaine reçut une balle dans le thorax. Il avait été transporté à plusieurs kilomètres. 36 heures après, cet officier avait une pneumonie traumatique. M. Claudot le vit à ce moment et fit un pansement occlusif sans faire aucune des explorations profondes qu'on pratiquait trop couramment à cette époque. Le capitaine a très bien guéri et est aujourd'hui général de division.

SOCIETÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 18 mars 1901.

La persodine en thérapeutique.

M. Demurger fait une communication sur l'utilité thérapeutique de la persodine. Il l'a expérimentée dans 20 cas différents à la dose journalière de 0 gr. 20, par voie stomacale, chez des tuberculeux, des chlorotiques et des neurasthéniques.

Le résultat le plus habituel de la persodine est d'exciter l'appétit et d'augmenter la nutrition.

Chez les tuberculeux, cet effet est plus sensible dans les périodes peu avancées et dans les formes chroniques et non fébriles. A la période des cavernes et chez les tuberculeux avec fièvre, la persodine ne donne rien. Dans les périodes intermédiaires de la tuberculose, la persodine semble agir d'autant moins que la tuberculose est plus avancée.

Chez les chlorotiques, la persodine seule est sans effet, mais adjointe au traitement ordinaire par les ferrugineux, elle est très utile, en augmentant l'appétit et en facilitant et régularisant la digestion.

Chez les névropathes, la persodine a donné également de bons résultats en stimulant les fonctions stomacales.

M. Bérard a eu l'occasion d'employer la persodine chez plusieurs malades convalescents de tuberculose locale : dans 2 cas de tumeurs blanches du genou, un cas de tumeur blanche du coude, 3 cas d'adénite tuberculeuse. Ces 6 malades furent rapidement améliorés ; ils augmentèrent de poids d'une façon très sensible.

M. Leclerc. — Les chlorotiques hospitalisés peuvent être améliorés par le fait seul de leur hospitalisation. Ce sont, pour la plupart, des jeunes filles mal nourries chez elles ou soumises à un travail quelquefois au-dessus de leurs forces. Dans les 3/4 des cas, le repos, une meilleure alimentation suffisent à ramener l'appétit, les forces et les couleurs, même sans ferrugineux. Les observations de M. Demurger sont donc peu concluantes, au moins en ce point-là.

Chez les tuberculeux, la persodine agit comme eupeptique ; le résultat est assez fréquent chez les malades à la première période et apyrétiques, et même au cours de la deuxième période. Mais elle n'agit pas mieux que les autres excitants de l'appétit : amers, absinthe, etc.

Moustiques et malaria.

M. Bouveyron apporte quelques faits qui lui semblent venir à l'appui de la théorie de la transmission de la malaria par les moustiques, et dont il fut témoin à l'asile de Saint-Robert.

Cet asile, élevé sur la rive gauche de l'Isère, comprend les bâtiments de l'asile proprement dit situés en un lieu assez élevé, et les bâtiments de l'exploitation agricole situés en contre-bas dans une région semée de marécages et très fréquentée des moustiques qui, par contre, sont inconnus à l'asile.

La ferme est un petit foyer de paludisme qui va diminuant à mesure que le défrichement s'avance. Contractent la fièvre ceux-là seuls qui habitent la ferme. Les malades qui viennent y travailler, qui bêchent, qui piochent, qui remuent le terrain ne contractent pas la maladie. Aucun d'entre eux ne réside à la ferme. Les terrains de culture sont abandonnés par les travailleurs dès le coucher du soleil.

Par cela même ils ne sont pas exposés aux piqûres des moustiques et restent indemnes, tandis que les surveillants et les chefs de culture qui habitent la ferme, exposés aux piqûres nocturnes de ces insectes, contractent facilement la maladie.

Cancer du rein avec tumeur de généralisation au niveau de la clavicule.

M. Fay montre un rein cancéreux provenant d'une malade qui était entrée à l'hôpital pour une tumeur abdominale dont l'origine ne put être tout d'abord déterminée. La malade présentait une assez grosse tumeur claviculaire secondaire à la tumeur abdominale. Le traitement par la quinine institué, chez elle, n'a pas donné de résultat.

De quelques procédés thérapeutiques en oculistique.

M. Grandclément appelle l'attention sur quelques procédés de traitement qui lui ont donné de bons résultats dans le traitement de certaines affections des yeux.

L'ulcère central de la cornée est une affection rare mais grave. On a beau le toucher avec toutes les substances antiseptiques possibles, on n'obtient rien et l'ulcère s'éternise. Dans ces ulcères on voit, au fond de la petite excavation, une plaque jaunâtre qui ressemble à un vrai séquestre, à une plaque nécrotique qui ne peut pas s'éliminer. Si on curette l'ulcération et qu'on enlève cet exsudat grisâtre, l'ulcère guérit rapidement en 8 ou 10 jours, en laissant une cicatrice peut-être plus transparente que celle qu'on obtient d'habitude.

Dans certaines kératites vasculaires, les vaisseaux s'éternisent. Les exsudats ne se résorbent plus. La kératite devient chronique. Il faut se débarrasser de ces intrus, les couper à la périphérie de la cornée. On ne peut qu'obtenir de bons résultats de ces sections vasculaires : la kératite guérit en quelques jours.

Dans les staphylomes partiels de la cornée, alors que l'iris n'est pas adhérent, M. Grandclément a vu souvent le tatouage faire affaisser le staphylome et quelquefois éclaircir la cornée.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 7 Janvier 1901.

Lésion du cône terminal de la moelle (hématomyélie probable).

M. de Fleury présente un malade, âgé de 29 ans, sans antécédents héréditaires, alcoolique avéré, qui, en proie à un accès d'éthylisme nocturne, avec cauchemars et crise ambula-

toire inconsciente, se précipita dans la rue d'une hauteur de 5 mètres environ.

Chute dans la position assise; pas de paraplégie, pas de signe de fracture de la région sacro-coccygienne, mais apparition d'une constipation opiniâtre et d'une rétention d'urine complète. 15 jours après, le malade éprouve une sensation pénible de constriction au niveau des bourses, et il se met à perdre ses urines involontairement. Vers la fin de novembre, apparition d'eschares à la région fessière.

Le malade entre le 26 décembre dans le service de M. Pitres. Il est atteint de constipation opiniâtre nécessitant l'emploi fréquent de laxatifs, et il est impuissant à retenir plus de quelques secondes son bol fécal quand le besoin de déféquer se fait sentir. Incontinence d'urine incomplète, puisqu'il peut commencer à uriner volontairement, mais reste impuissant à retenir ses urines par un effort volontaire: mictions spoutanées, involontaires à tout effort (toux, effort musculaire, etc.).

Les érections sont diminuées; le coït possible, mais l'éjaculation est précipitée. Le malade porte une eschare à la partie inférieure et interne de la fesse droite.

Aucuns troubles moteurs: marche normale. Les réflexes sont normaux, le testiculaire et le rotulien plutôt vifs. Trépidation épileptoïde rotulienne intermittente. Réflexe du tendon d'Achille aboli. Pas de réflexe contra-latéral.

Rien d'anormal à l'examen extérieur du corps, à part l'eschare fessière déjà signalée. Cependant les pieds présentent des modifications importantes. Ils sont comme diminués dans leur diamètre antéro-postérieur. La courbe de la voûte plantaire est exagérée. Les phalanges des orteils sont étendues, les phalangettes fléchies.

L'examen de la sensibilité montre qu'il n'existe aucune modification du sens du contact. En revanche, il existe à la piqûre et à la température une zone d'hypo-algésie occupant le sillon interfessier et la partie limitante de la peau des fesses, le périnée, un peu de la face interne des cuisses, le scrotum et le fourreau de la verge. L'eschare participe à l'hypo-algésie des parties voisines.

Cette observation a paru digne d'intérêt, comme relatant de façon typique le syndrome classique des lésions du cône terminal, lésions en somme assez peu fréquentes. En outre, l'état d'altération dans la forme et la disposition des pieds constitue un phénomène surajouté, particulièrement intéressant, comme étranger au tableau clinique habituel de semblables lésions.

Eu égard aux caractères des symptômes et des commémoratifs, la lésion causale paraît occuper le cône terminal lui-même, et cette lésion centrale est probablement de nature hémorrhagique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 Mars 1901.

Parasitophobie.

M. W. Dubreuilh présente un des membres d'une famille atteinte de parasitophobie.

Les accidents ont débuté en octobre dernier. Un des petits-fils, à la suite d'une fugue, revint, paraît-il, avec la gale, qu'il transmit à son petit frère, puis à la grand'mère. Actuellement, toute la famille se gratte. La grand'mère qui est incontestablement le véritable chef de famille, se gratte violemment; son prurit n'a pas cédé aux divers traitements de la gale. Les autres membres, interrogés séparément, n'accusent que peu de démangeaisons; ils ont subi l'influence de la suggestion de la grand'-mère. On ne constate chez eux aucune trace de parasites. Il s'agit là d'un de cas de contagion de prurit psychique dont le point de départ a probablement été parasitaire. Il est important de connaître ces cas, qui peuvent en imposer pour une affection cutanée même au médecin qui subit aussi l'influence des malades.

M. Régis signale comme particularité de ce genre de phobies la contagiosité, alors que les phobies ordinaires sont individuelles. Il rapporte une observation analogue où une femme a imposé son prurit à 8 membres de sa famille. Les dermatophobies évoluent toujours sur un terrain névropathique, mais leur pronostic est variable suivant qu'on a affaire à un hystérique ou à un neurasthénique. Chez l'hystérique, la phobie peut être de courte durée et disparaître sous l'influence de la suggestion; chez le neurasthénique, au contraire, elle dure très longtemps ou devient chronique.

M. Armaignac soigne une malade phobique qui croit être atteinte d'ophthalmie granuleuse, affection qu'a eue autrefois son mari et qui est guérie depuis 4 ou 5 ans. Il demande quelle est la gravité du pronostic.

M. Régis répond que le pronostic dépend, comme il l'a déjà indiqué, de la nature hystérique ou neurasthénique de l'élément nerveux.

Cécité hystérique.

MM. Cruchet et **Aubaret** présentent une fillette de 12 ans 1/2 atteinte d'hémi-anesthésie et d'hémiparésie gauche qui, en mai 1900, 5 jours après l'apparition de ses premières règles, tomba subitement aveugle. Cette cécité s'accompagna de phénomènes cérébraux qui purent faire croire tout d'abord à une méningite, mais qui disparurent rapidement. Dès le 5e jour, la malade recouvre brusquement la vue et perçoit un objet rouge. 15 jours plus tard, deuxième crise de cécité, sans troubles cérébraux, qui disparaît encore 4 jours après. L'examen des yeux, pratiqué le lendemain du jour où la malade a recouvré la vue, ne révèle rien de particulier, sauf cependant une diminution de l'acuité visuelle. Quelque temps après, nouvelle crise. A l'examen pratiqué à ce moment on voit que les pupilles réagissent très bien à la lumière; il n'existe aucune lésion du fond de l'œil. Depuis cette époque, il y a eu six nouvelles crises. Des examens nouveaux ont confirmé les faits anciens et révélé un certain nombre de faits nouveaux, entre autres des alternatives de micropsie et de macropsie du côté gauche, une altération de la vision des couleurs et l'absence de la vision binoculaire.

Tous ces phénomènes sont dus vraisemblablement à une hypoesthésie rétinienne.

M. Régis fait ressortir la corrélation qu'il y a eu entre l'apparition des phénomènes oculaires et de la menstruation. Il s'agit là d'une forme d'hystérie à type juvénile, différente du type infantile. Le point est important à déterminer au point de vue du traitement, car, dans le premier de ces types, on peut obtenir des résultats heureux par une thérapeutique spéciale, l'emploi de l'ovairine par exemple.

M. Armaignac rapproche de cette observation deux cas de cécité hystérique, dont l'un a guéri par la crainte d'une opération.

M. Brindel fait remarquer que la malade montrée par MM. Cruchet et Aubaret présente une surdité unilatérale gauche sans lésions objectives.

Endothélium des os simulant un anévrysme.

M. Lafarelle (de Ludon) rapporte l'observation d'un malade qui ressentit, au mois de mars 1890, des douleurs surtout accusées à la partie antéro-externe de la cuisse droite et s'irradiant dans toute la cuisse. Ces douleurs disparurent au bout de 15 jours pour reparaître en 1893. Pendant 3 semaines, les douleurs sont intolérables; pendant 7 mois, elles ont un caractère sourd; il existe de la raideur de la jambe et une insensibilité du gros orteil. Quelque temps après, tout semblait rentré dans l'ordre, lorsque apparurent subitement des douleurs très vives dans la région lombaire. Le malade, dans l'espace de 15 jours, a une véritable ceinture douloureuse avec irradiation dans les parties antéro-externes des deux cuisses.

La marche est très difficile; les divers traitements appliqués restent sans résultat. On porte alors sous toutes réserves le diagnostic de névrite de cause inconnue, le malade n'étant ni syphilitique, ni paludique, ni alcoolique, et n'étant soumis à aucune cause d'intoxication. Un examen soigneux de la colonne vertébrale reste négatif.

A partir de ce moment, les douleurs deviennent atroces; le malade ne peut bouger.

On pense qu'il peut s'agir d'une tumeur siégeant au niveau de la 4e vertèbre lombaire et comprimant la moelle et les nerfs qui émergent à ce niveau. L'hypothèse la plus vraisemblable, étant donnés les antécédents du malade, était celle d'un abcès consécutif à une ostéite tuberculeuse.

A l'examen de la colonne vertébrale, on constatait de plus à ce moment une légère voussure de la 4e lombaire. Quelque temps après apparaît, au niveau de la voussure, un point très net de pulsations. On pouvait donc se demander s'il s'agissait d'un anévrysme ou d'un abcès froid soulevé par les battements de l'aorte. L'examen sphygmographique fut alors pratiqué par M. Pachon, qui repoussa l'idée d'anévrysme; mais une ponction exploratrice ayant ramené du sang, on s'arrêta au diagnostic d'anévrysme de l'aorte abdominale ayant détruit les vertèbres et comprimant la moelle et les origines des nerfs des membres inférieurs.

On fit alors des injections de sérum gélatinisé et quelques séances d'électrolyse, mais la tumeur augmente, la paralysie des membres inférieurs est complète; le malade ne souffre plus cependant.

A ce moment, des phénomènes de tuberculose pulmonaire présentés autrefois se réveillent en même temps qu'apparaît, au niveau de la 2e côte, une voussure légère animée de battements très nets. Il existe du côté du cœur un souffle au premier temps.

A dater de cette époque, les accidents marchent avec une extrême rapidité. La tumeur vertébrale devient énorme, occupant tout l'abdomen et comprimant l'estomac et l'intestin. Les battements sont perceptibles à la vue. La tumeur costale a le volume d'une pomme; le poumon droit est caverneux, et le malade est emporté en janvier 1901.

L'autopsie complète ne fut pas autorisée par la famille, qui permit d'enlever seulement la tumeur costale.

L'examen de la tumeur montra qu'il ne s'agissait point d'un anévrysme, et le diagnostic microscopique fut celui d'endothélium des os.

L'histoire de ce malade montre combien était grande la difficulté du diagnostic et combien aussi l'erreur était permise.

Parasitophobie.

M. Méneau rapporte un cas très net de parasitophobie. Il s'agit d'une malade qui, mise en garde par son médecin sur les dangers de la contagion de la tuberculose dont son fils était atteint, eut d'abord la phobie du bacille tuberculeux, puis de la parasitophobie pour les parasites les plus variés : acare, poux, etc., dont elle se croyait atteinte. Elle eut enfin la phobie des insectes les plus divers, qui tombaient constamment, disait-elle, dans sa chevelure.

Conjonctivite diphthérique et sérum.

M. Fromaget montre un enfant de 16 mois qui présentait, le 20 mars dernier, une conjonctivite diphthérique intense. Les deux paupières, fortement gonflées et difficiles à relever, étaient tapissées de fausses membranes épaisses. Une injection de 15 centimètres cubes de sérum est immédiatement injectée, avant le résultat de l'examen des membranes. Vingt-quatre heures après, le gonflement a considérablement diminué, et 48 heures plus tard, l'enfant ouvre les yeux; les fausses membranes n'existent plus. Le jeune malade est actuellement guéri.

Le sérum a permis d'obtenir une cure rapide, mais pour qu'il donne un résultat parfait, il faut l'appliquer tout de suite, avant l'opacité des cornées. On doit également proscrire tout traitement local énergique, l'usage des antiseptiques violents étant plus nuisible qu'utile. De simples lavages de propreté à l'eau bouillie suffisent.

M. Sous partage l'avis de M. Fromaget sur l'opportunité d'une inoculation rapide. Il rappelle le cas d'un enfant qu'il a pu guérir d'une conjonctivite diphthérique; mais les yeux, atteints déjà avant l'inoculation de sérum, n'ont pu être sauvés.

M. Fromaget ajoute que l'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles longs. La diphthérie du jeune malade était une diphthérie grave.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 26 Mars 1901.

Angiocholite chez une femme enceinte.

M. Chambrelent. — Femme de 21 ans, secondipare, dont la deuxième grossesse débute 27 jours après le premier accouchement; son père est sujet aux coliques hépatiques; sa mère en bonne santé; le 15 juillet, un mois avant l'époque fixée pour l'accouchement, la malade ressent une violente douleur dans l'hypocondre droit, douleur s'irradiant à l'épaule droite en même temps qu'elle présentait une légère teinte subictérique. Trois jours après, la malade entre en travail et accouché d'un enfant de moins de 3 kilogrammes.

Le soir, la température est de 38°,8; le lendemain matin, 39°,9; le soir, 40°,2. On fait des lavages intra-utérins; mais sous l'influence de la quinine, la température s'abaisse le quatrième jour et retombe à la normale. Les selles étaient décolorées, les urines riches en pigments biliaires, mais sans albumine. L'enfant diminue de poids pendant 15 jours, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il commença à augmenter.

M. Chambrelent insiste sur ce fait :

1° Que l'angiocholite a déterminé l'accouchement prématuré;

2° Qu'on aurait pu, si l'on eût été appelé après l'accouchement, mettre sur le compte d'une infection utérine la fièvre produite par l'infection des voies biliaires.

M. Fieux croit que, dans ces conditions, si l'accouchement ne se produit pas spontanément il faut le provoquer.

SOCIÉTE CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 22 Mars 1901.

Note sur un cas d'accouchement trigémellaire.

M. Oui lit, au nom de **M. Hémery** (de Morbecque), l'observation suivante :

W... Marie, 42 ans, secondipare, enceinte de 6 mois 1/2. Un accouchement prématuré spontané à 7 mois. Aucun antécédent héréditaire.

Elle entre en travail le 12 février 1901, à 2 heures du soir. Rupture des membranes à 2 h. 30, à 3 heures, expulsion d'un premier fœtus vivant, se présentant par le sommet : poids 925 grammes, sexe féminin; à 3 h. 18, rupture d'une deuxième poche des eaux : immédiatement après, expulsion d'un second fœtus se présentant par le sommet : poids 1 060 grammes, sexe féminin. Enfin, à 3 h. 40, expulsion d'un troisième fœtus se présentant également par le sommet : poids 950, sexe féminin.

Délivrance complète par extraction simple, 20 minutes après.

Deux placentas réunis par un pont membraneux. Un des fœtus répond au petit placenta; l'autre placenta, beaucoup plus volumineux, est destiné aux deux autres fœtus. De ce placenta commun part un cordon qui se bifurque bientôt en deux tiges, chacune des tiges se rendant à l'ombilic d'un fœtus.

M. Oui insiste sur la rapidité extrême du travail, qui n'a duré que 2 heures, délivrance comprise, tandis que généralement le travail évolue avec lenteur dans les cas de grossesse trigémellaire, et sur la bifurcation du cordon ombilical inséré au gros placenta et dont chaque branche se rendait à un fœtus différent.

Contribution à l'étude expérimentale du procédé Maydl.

M. Druchert a opéré deux chiens par ce procédé, qui consiste dans l'abouchement de l'uretère au rectum, en conservant autour de l'uretère une collerette de paroi vésicale renfermant le sphincter. L'un est mort le 12e jour après l'opération, de néphrite ascendante unilatérale; son autopsie permit de

constater l'absence de péritonite, de dilatation et d'ulcération du rectum. L'autre a survécu 91 jours et offrait une dilatation du rectum, des uretères et du bassinet droit; les reins, en outre, étaient mous, blanchâtres et augmentés de volume.

M. Drucbert déclare que, dans les opérations d'abouchement de l'uretère au rectum, on s'efforce d'obtenir une sorte de clapet qui reproduise la disposition normale de l'uretère dans la vesssie et qui s'oppose à l'infection ascendante. Dans les expériences, il a respecté les vaisseaux nourriciers de l'uretère et, par conséquent, il ne croit pas que celui-ci ait subi des modifications; il incrimine plutôt une sorte d'atrophie de la paroi vésicale entourant l'uretère transplantée et la septicité du milieu intestinal. Il rappelle que Duval et Tesson, qui ont pratiqué chez 3 chiens l'abouchement de l'uretère au rectum, sans lui conserver une collerette vésicale, ont également noté l'existence de lésions de néphrite ascendante.

M. Carlier déclare qu'il faut faire des réserves sur la valeur du procédé de Maydl, car malgré la conservation du sphincter urétéral au moment de la transplantation de l'uretère sur le rectum, il se produit une infection rénale ascendante. En outre, l'urétéro-entérostomie, qui est surtout indiquée dans les cas de cancer vésical, ne saurait être pratiquée par ce procédé, quand la tumeur a envahi la région péri-sphinctérienne.

Il faut alors faire l'urétéro-colostomie, c'est-à-dire l'abouchement de l'uretère dans le colon, et plus particulièrement dans le colon transverse; ou encore faire, dans le cas de délabrement considérable de l'uretère, comme cela s'observe au cours d'hystérectomie, la ligature de l'uretère afin de s'opposer à la néphrite ascendante. Toutefois, l'implantation de l'uretère dans l'intestin constitue un véritable procédé de traitement chirurgical des tumeurs vésicales et même de l'extrophie vésicale, mais son emploi deviendra réellement efficace quand les recherches auront permis de reconnaître le meilleur mode d'abouchement des uretères dans l'intestin, non seulement au point de vue de la facilité opératoire, mais surtout en vue d'écarter les infections ascendantes.

M. Drucbert ajoute que le procédé de Maydl expose la femme, devenue enceinte après l'opération, à une hydronéphrose, par suite de la compression de l'uretère exercée par les trompes.

M. Oui ne le croit pas, car les trompes s'accolent sur les parois latérales de l'utérus en voie de développement et ne peuvent comprimer l'uretère abouché dans le rectum.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 Mars 1901.

Le régime végétarien au Japon.

M. Baelz (de Tokio) fait, au sujet de la récente discussion sur le régime végétarien, une communication relative à l'alimentation des Japonais.

Ce peuple est bien trop observateur pour n'avoir pas reconnu que le régime carné convient parfaitement à l'homme; et, de fait, sur les côtes le poisson entre pour une bonne part dans l'alimentation; mais dans l'intérieur du pays, qui est très montagneux, on ne peut se procurer de poisson; d'autre part, le laitage fait défaut. Aussi des millions de Japonais se nourrissent-ils en majeure partie de végétaux, non par principe, mais par habitude et par nécessité.

M. Baelz fait remarquer que les recherches classiques de Voit, qui ont porté sur le régime habituel en Europe, ont eu pour résultat de faire condamner tous les modes d'alimentation qui diffèrent de celui-ci. Cependant les Japonais, malgré la pauvreté en albumine et en graisse de leur nourriture ordinaire, sont dans un état de nutrition fort satisfaisant; chez les lutteurs, une certaine obésité est même de bon ton, ce qui prouve que les hydrates de carbone sont susceptibles de se transformer en graisse. Au total, M. Baelz estime que les chiffres de Voit devraient être diminués de 20 à 30 p. 100.

En ce qui concerne la manière d'apprécier la valeur d'un régime alimentaire, M. Baelz fait observer que les données de l'analyse chimique ne sont pas tout; il faut encore tenir compte de la sensation de fatigue dont s'accompagne la transformation en travail des calories fournies par les aliments, en d'autres termes, de la facilité, variable suivant le régime, du travail habituel. En réalité, un mode d'alimentation n'est bien supporté que s'il permet la même somme de travail qu'antérieurement, avec la même facilité, et sans perte de poids.

A ce sujet, l'orateur a fait l'expérience suivante : chaque jour pendant 3 semaines, deux pousse-pousse l'ont traîné (il pèse 80 kilos) sur un parcours de 40 kilomètres; ils prenaient leur nourriture ordinaire, consistant en châtaignes, en racines et en autres substances végétales; ces aliments ne contenaient même pas la moitié de la quantité de graisse que Voit juge nécessaire; le déficit d'albuminoïdes y était de 20 à 40 p. 100; naturellement les hydrates de carbone comblaient la différence. Au bout de 2 semaines, l'un de ces individus avait le même poids qu'au début, l'autre avait gagné une 1/2 livre; M. Baelz leur donna alors de la viande en remplacement d'une certaine quantité d'hydrates de carbone; ils l'acceptèrent avec plaisir, mais, au bout de 3 jours, ils demandèrent qu'on la leur supprimât, et, à la fin de l'expérience, ils déclarèrent qu'à ce moment-là ils s'étaient sentis fatigués et ne pouvaient plus courir aussi bien. Ainsi, ces deux individus ont accompli ce travail colossal durant 3 semaines, avec une alimentation qui est théoriquement insuffisante.

L'orateur cite encore l'exemple d'un pousse-pousse, également végétarien, qui a fait en courant les 110 kilomères séparant Tokio de Nipo, en 14 heures et 1/2; avec une voiture changeant 6 fois de chevaux, il ne faut qu'une 1/2 heure de moins pour accomplir ce trajet.

Mais c'est une erreur de croire, déclare M. Baelz, que l'on peut se mettre brusquement au régime végétarien; il faut, au contraire, s'y habituer très progressivement. En terminant, l'orateur attire l'attention sur un légume qui entre pour une bonne part dans l'alimentation des Japonais; c'est la graine de soya, qui contient deux fois plus d'albumine que la meilleure viande de bœuf, et renferme 20 p. 100 de graisse; il l'a employée avec succès chez des diabétiques.

Adénome malin du corps thyroïde.

M. Helbig communique l'observation d'une femme de 51 ans, qui présentait, il y a 17 ans, une tumeur grosse comme une noisette au niveau de la poignée du sternum. Dix ans plus tard, cette tumeur avait acquis le volume d'une pomme; elle était soulevée de battements dans tous les sens et diminuait de volume par la compression; on crut à un anévrysme de l'aorte ayant traversé le sternum, mais l'acupuncture permit de reconnaître l'intégrité de cet os.

La malade se fit recevoir à l'hôpital au mois de septembre dernier pour une fracture spontanée du fémur, siégeant à un travers de main au-dessus des condyles; on constata, à ce moment, que la tumeur sternale avait acquis les dimensions d'un poing d'adulte et que le lobe droit du corps thyroïde était atrophié; depuis 3 ans étaient apparus les symptômes d'une myélite par compression (douleurs dorsales et lombaires, parésie des membres inférieurs, incontinence des réservoirs). La mort survint par infection urinaire.

L'autopsie et l'examen histologique montrèrent qu'il s'agissait de dégénérescence colloïde du corps thyroïde, avec métastases au niveau du sternum, de la 7e vertèbre dorsale et du fémur. C'est là une forme rare de néoplasme bénin au point de vue microscopique, mais malin quant à son évolution.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 Mars 1901.

Les troubles du langage dans la surdité.

M. Gutzmann. — La correction du langage est assurée par la comparaison entre les mots prononcés par le sujet et ceux qu'il entend autour de lui; cette comparaison est faite d'abord par l'ouïe, et aussi par le sens tactile, qui intervient non tant par la sensibilité musculaire de l'organe du langage que par la sensibilité au contact, laquelle renseigne sur la position de la langue dans chacun des mouvements qu'elle accomplit dans l'acte de parler.

Il suit de là que, selon l'importance relative à ce point de vue, des sens auditif et tactile, la perte ou l'affaiblissement de l'ouïe a sur la correction du langage une influence très variable.

Le plus fréquent des troubles que l'on observe en pareille occurrence est la monotonie, résultant du manque d'alternance entre les sons élevés et bas, forts et faibles; parfois se produisent des changements brusques et sans motif dans la hauteur et l'intensité du débit; certains sourds parlent très haut; d'autres, au contraire, s'expriment à voix basse. Enfin, les sons primitifs sont modifiés, ce qui nuit beaucoup à la clarté du langage; les voyelles sont employées les unes pour les autres, les consonnes sont altérées, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 19 Mars 1901.

Les hémorrhagies cérébrales dans l'endocardite verruqueuse.

M. Simmonds a constaté que les hémorrhagies cérébrales sont beaucoup plus fréquentes dans l'endocardite ulcéreuse qu'on ne l'admet généralement. Pour sa part M. Simmonds a observé cette complication dans 7 cas d'endocardite ulcéreuse chez des individus dont les artères étaient en bon état et qui n'étaient nullement prédisposés aux hémorrhagies. Ces 7 cas se sont terminés par la mort.

Dans 3 cas il s'agissait d'hommes âgés de moins de 40 ans qui ont succombé à une hémorrhagie cérébrale foudroyante dont le point de départ n'a pu être élucidé. Dans 2 autres cas, il s'agissait de jeunes femmes qui ont succombé à la rupture des anévrysmes des artères de la fosse sylvienne. Enfin les deux derniers cas ont trait à des enfants qui ont succombé à la rupture des anévrysmes des artères de la pie-mère, l'hémorrhagie ayant amené une destruction étendue de la matière cérébrale.

Dans ces 2 cas on trouva, dans les thrombus voisins des anévrysmes, des microcoques identiques à ceux qui se trouvaient sur les dépôts des valvules frappées d'endocardite. Il s'agissait donc dans ces 2 cas d'embolies microbiennes parties des valvules et ayant pénétré dans les vaisseaux de la pie-mère dont elles ont détruit secondairement la paroi et donné lieu à la formation des anévrysmes.

Il est probable que dans les autres cas aussi, où la recherche des microbes fut négative, il existait le même rapport entre l'endocardite verruqueuse et l'hémorrhagie cérébrale.

M. Simmonds suppose donc que dans l'endocardite ulcéreuse grave avec micro-organismes nombreux et virulents, ceux-ci lorsqu'ils pénètrent dans les vaisseaux, en détruisent rapidement les parois et provoquent des hémorrhagies.

Par contre dans l'endocardite ulcéreuse relativement bénigne, les agents pathogènes agissent lentement sur les parois vasculaires et provoquent la formation des anévrysmes. Il est donc possible que ces anévrysmes restent silencieux et ne se rompent que longtemps après la guérison de l'endocardite.

Guérison opératoire de la péritonite aiguë.

M. Prochownik n'a obtenu que deux fois la guérison de la péritonite aiguë lorque l'intervention a été retardée plus de 24 heures après l'accident. Dans le premier cas, la péritonite suppurée était le résultat de la rupture d'une salpingite gonorrhéique survenue au cours d'un accouchement. Dans le second cas, la situation était plus compliquée.

Il s'agissait dans ce cas d'une femme de 34 ans, n'ayant jamais eu d'enfant, qui, depuis plusieurs mois, était soignée pour des métrorrhagies. Celles-ci, après l'extirpation d'un fibromyome, furent reconnues dépendre d'une annexite gonorrhéique double, de date ancienne, ayant amené une rétroflexion de l'utérus qui se trouvait fixé par des adhérences au rectum.

Au cours du traitement auquel la malade était soumise à la clinique, il survint une métrorrhagie abondante qui, pour une raison extra-médicale (la malade était obligée de sortir le lendemain), il a fallu arrêter à tout prix. On eut recours au perchlorure de fer, et malgré toutes les précautions avec lesquelles la petite opération a été exécutée et un repos absolu de 24 heures, il survint, 2 jours après, une périmétrite localisée à gauche et accompagnée de fièvre. Comme la situation s'aggravait, on se décida à examiner la malade sous le chloroforme pour voir s'il existait un abcès et s'il était possible d'intervenir d'une façon radicale.

Pendant l'exploration on sentit une petite tumeur se déchirer sous la main. Dans l'idée que l'abcès pouvait contenir du pus gonorrhéique, on n'intervint pas immédiatement. Mais 12 heures après, la température monte à 39°, l'état général devient mauvais, le ventre douloureux, et le lendemain matin le tableau de péritonite aiguë est au complet.

La laparotomie faite à ce moment a montré la présence, dans la cavité abdominale, d'un exsudat abondant et des fausses membranes sur les anses intestinales. Le point de départ de la péritonite était la rupture d'un petit abcès de l'ovaire gauche.

Après lavage de la cavité abdominale avec une solution physiologique de sérum, on établit un drainage par le vagin, et un mikulicz en haut. La malade guérit après avoir présenté de l'anurie, de la néphrite et un érysipèle de la face.

Le pus de l'abcès renfermait des staphylocoques; à l'examen microscopique on n'y trouva pas de gonocoques.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE MANCHESTER

Séance du 30 Mars 1901.

Papillome du gros intestin.

MM. Bannister et Southam ont montré un papillome du gros intestin provenant d'une femme de 71 ans.

Depuis 3 ans cette malade avait 3 ou 4 selles par jour, dont les premières étaient formées ordinairement de mucosités, et la dernière de scybales dont l'expulsion provoquait des douleurs très vives dans le rectum. Il y a un mois elle fut prise de diarrhée avec selles sanglantes, de vomissements et de douleurs vives dans l'abdomen. Le toucher rectal permit de constater la présence dans le rectum d'une grosse tumeur en choux-fleur qui ne fut plus retrouvée le lendemain.

Les accidents s'étant renouvelés quelque temps après, on parvint à saisir la tumeur avec une pince et à l'extraire. La tumeur des dimensions d'une mandarine était un papillome.

Pneumonie pesteuse.

M. Powel White a montré les coupes de poumons provenant de malades ayant succombé à la pneumonie pesteuse. Les lésions sont les mêmes que dans la pneumonie croupale, et l'exsudat se compose de fibrine, de leucocytes, d'hématies et cellules épithéliales. La trame conjonctive du poumon est infiltrée de fibrine. Les bacilles se trouvent dans les alvéoles, les lymphatiques sous-pleuraux et les lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 29 Mars 1901.

Symptômes anormaux de la lithiase rénale.

M. Sternberg a appelé l'attention sur certaines formes atypiques de lithiase rénale : il s'agit de ces cas où des troubles gastro-intestinaux, tels que nausées, vomissements, anorexie, constipation, météorisme, douleurs gastriques, etc., l'emportent sur les symptômes rénaux. Le siège de la douleur, en pareille occurrence, donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic. Ainsi, chez plusieurs malades observés par l'orateur, elle occupait le 10e espace intercostal, chez d'autres le point de Mac Burney.

Ces accidents du côté du tube digestif disparaissent généralement avec la crise lithiasique; quelquefois, cependant, ils persistent dans les intervalles de calme, mais ils sont alors moins prononcés. Ils reconnaissent pour cause en partie un processus d'auto-intoxication ou une altération secondaire des organes de la digestion, en partie une irritation réflexe du nerf splanchnique ou d'autres nerfs intestinaux, irritation que traduit aussi l'élévation simultanée de la pression sanguine.

La localisation de la douleur au point de Mac Burney peut s'expliquer par le coude que forme l'uretère dans cette région ; normalement, l'appendice vermiforme croise l'uretère, de telle sorte que lorsque celui-ci est douloureux à la pression, on est tenté d'admettre une affection appendiculaire.

M. J. Pal attribue également les symptômes gastro-intestinaux à une irritation du sympathique; il a observé fréquemment, en cas de lithiase, de la tachycardie et de l'arythmie dépendant de la même cause.

Thrombose veineuse consécutive à la fièvre typhoïde.

M. S. Schwarz a présenté un garçon de 14 ans qui a été atteint, il y a plusieurs années, de fièvre typhoïde et, quelque temps après, d'un œdème des deux membres inférieurs qui disparut rapidement du côté gauche, mais persista très longtemps à droite, où il reparut même à la suite d'un excès de marche. Il existe actuellement, à la face externe de tout le membre droit, un réseau veineux très développé, dont une partie aboutit à la veine mammaire interne par l'intermédiaire de l'épigastrique, tandis que l'autre se perd dans la région lombaire. L'orateur croit que ces accidents sont dus à une thrombose de la veine iliaque droite.

M. H. Schlesinger fait remarquer que, quoique l'œdème soit limité à un seul des membres inférieurs, il n'est pas impossible que l'oblitération réside dans la veine iliaque primitive, ou même dans la veine cave inférieure. On a, en effet, observé des faits où une telle altération n'avait produit que des troubles circulatoires unilatéraux.

Lymphangiome caverneux récidivant du pharynx.

M. Weil a présenté une jeune fille atteinte, pour la quatrième fois depuis 5 ans, d'une tumeur du pharynx. L'examen histologique a permis de constater que les néoplasmes précédemment extirpés étaient constitués par un tissu fibreux dont les mailles étaient remplies de lymphe.

Endothéliomes multiples de la moelle osseuse.

M. K. Sternberg a montré des pièces anatomiques provenant d'une femme de 66 ans ayant succombé avec tous les symptômes de l'anémie pernicieuse. A l'autopsie, on trouva dans la moelle des os longs et spongieux de petites nodosités blanches, formées d'un fin stroma peu vascularisé et de cellules vésiculeuses à noyau périphérique. Ces derniers éléments sont analogues à ceux qui ont été décrits par Krukenberg dans certaines tumeurs des ovaires. Il existait, en outre, dans les vaisseaux capillaires du foie et de la rate, de grands myéloplaxes. Le point de départ de ces néoplasies n'a pu être déterminé.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 1er Mars 1901.

Abcès du triangle pharyngo-maxillaire.

M. Van Engelen fait observer que les cas de ce genre sont excessivement rares, surtout en présence de la grande fréquence des origines de natures diverses qu'on retrouve d'ailleurs dans l'étiologie de ces graves abcès du cou. Le cas actuel est remarquable par l'abondance du pus trouvé à l'incision, alors qu'un des caractères du phlegmon du triangle pharyngo-maxillaire est précisément la faible quantité de pus collecté, se réduisant souvent au volume d'un dé à coudre.

Il s'agit d'un homme souffrant depuis quelques jours de mal de gorge, avec fièvre peu élevée; le pharynx présentait une légère voussure, et à la partie latérale correspondante du cou existait un léger empâtement; il y avait dysphagie; la respiration était un peu sifflante. L'intervention ayant été décidée, à peine le sujet eut-il respiré quelques gouttes de chloroforme, qu'une cyanose rapide s'établit : l'asphyxie était imminente; une trachéotomie en un temps, suivie de canulisation, rétablit la respiration et permit de pratiquer l'opération suivant la technique habituelle; une énorme quantité de pus distendait le triangle pharyngo-maxillaire. Aussitôt après l'opération le sujet fut débarrassé de la canule trachéale; il a parfaitement guéri.

Grossesse tubaire.

M. Van Engelen rapporte une observation montrant la tolérance étonnante de certains organismes vis-à-vis de lésions de la plus haute gravité. Une femme se rend à pied à la consultation du Dr Spehl, dont l'adjoint, en présence des symptômes et de l'habitus de la malade, fait admettre celle-ci d'urgence à l'hôpital. M. Van Engelen l'examine peu après et lui trouve un pouls rapide à 120, un facies un peu grippé, un léger ballonnement du ventre; trois ou quatre jours auparavant, elle a ressenti une vive douleur dans le flanc gauche, avec des tendances syncopales, qui l'ont forcée à s'aliter, pour quelques heures seulement. Quinze jours plus tôt, elle a eu des règles abondantes, qui n'ont duré que 48 heures. L'utérus est mou, assez volumineux, comme à deux mois de grossesse; à droite, on sent une tumeur assez développée et haut située; à gauche, on ne peut rien percevoir à cause de la douleur et du ballonnement. On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine, probablement tubaire.

La laparotomie est pratiquée; on trouve un épanchement de sang dans l'abdomen; à gauche de l'utérus, une tumeur, grosse comme deux points, et perçue peu avant l'intervention grâce à la narcose opératoire, est constituée par les annexes, dont le pédicule est tordu, noirâtre et sphacélé; le pavillon y est le siège d'un suintement sanguin continu; à droite existe un kyste ovarien, uniloculaire et gros comme le poing. Il s'agissait bien d'une grossesse tubaire; la torsion de la trompe avait provoqué la vive douleur syncopale avec avortement consécutif. Les annexes ont été extirpées des deux côtés, et la malade est actuellement en voie de guérison.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MEDICALE

Sur un cas de rhumatisme articulaire aigu avec endo-péricardite, pleurésie, congestion pulmonaire, rhumatisme cérébral et hémichorée, chez un enfant de 11 ans (1),

Par M. le Dr E. Ausset,

Professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille,

et M. le Dr Vincent (d'Armentières).

Le 22 janvier 1901, le Dr Vincent, d'Armentières, est appelé auprès du jeune Robert C..., âgé de 11 ans, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu. (Il y a déjà un an, cet enfant avait été pris pour la première fois de cette affection.) Les deux épaules, le coude, le poignet et le genou gauche sont un peu tuméfiés, douloureux; quelques petites articulations des doigts sont aussi atteintes. Rien du côté du cœur, ni aux poumons. Sueurs profuses très odorantes. La température est de 38°,8. On prescrit le salicylate de soude à la dose de 2 grammes.

Le 23, la température est de 39° le matin, 39°,5 le soir. Les 24, 25 et 26 même état, il n'y a pas de rétrocession.

Le 27, la température est à 39°,5 le matin, 40° le soir. L'enfant est un peu dyspnéique. A l'auscultation du cœur, on constate un bruit de frottement d'origine péricardique, assez doux, simulant presque un souffle, mais ayant bien nettement son maximum d'intensité vers la base du cœur, au niveau du troisième espace intercostal.

Le 28, le bruit péricardique est plus intense, très râpeux; de plus, en auscultant la pointe du cœur, on constate un souffle nettement systolique, se propageant dans la direction de l'aisselle, et ayant bien manifestement à la pointe son maximum d'intensité. Frottement et souffle se distinguent facilement l'un de l'autre; en effet, à mesure qu'on se rapproche de la base, le bruit de souffle systolique s'atténue progressivement et est bientôt remplacé par le bruit râpeux du frottement péricardique. Au reste, ce bruit de frottement subit de grandes modifications, suivant que nous faisons varier les attitudes du malade ou que nous exerçons une pression un peu énergique à l'aide du stéthoscope; le souffle de la pointe ne se modifie pas.

La température est de 39°,2 le matin, 39°8 le soir.

Dans la nuit du 28 au 29, l'enfant a une épistaxis très abondante.

C'est alors que le 30, au matin, le Dr Ausset est appelé en consultation et continue, par la suite, à voir le malade avec le Dr Vincent. Outre tous les signes notés plus haut, on note, ce jour-là, des signes très nets d'un épanchement pleurétique double. A gauche, le liquide remonte environ jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; à droite, il est très peu abondant et n'existe guère que sur une hauteur de 3 à 4 travers de doigts. La dyspnée est considérable; le pouls très rapide, presque filiforme. Il y a eu du délire toute la nuit; la température oscille constamment entre 39°,8 et 40°,5.

On pratique des enveloppements des membres avec du salicylate de méthyle: l'enfant recevra deux injections de sulfate de spartéine. Boissons très abondantes. Vessie de glace sur la tête et sur la région précordiale.

La nuit du 30 au 31 fut très mauvaise; l'enfant n'eut pas un instant de repos, en proie à un délire très violent.

Le 31, au matin, la température est de 40°,2. Le malade est étendu dans le décubitus dorsal, indifférent à ce qui l'entoure, ne répondant plus à nos questions. De temps à autre, il parle d'une façon incohérente et presque inintelligible. Cependant, les yeux sont largement ouverts, les pupilles dilatées, les conjonctives fortement injectées. Il n'y a pas de raideur de la nuque; les articulations ne semblent plus douloureuses, elles sont à peu près complètement dégonflées.

Du côté du cœur, nous notons les mêmes signes que la veille; le pouls est toujours très rapide et très mou. Les urines sont très rares, presque nulles; on y constate un très léger nuage albumineux.

Les deux épanchements pleuraux existent toujours; mais, point à noter, le liquide est descendu du côté gauche, il s'est en partie résorbé, tandis qu'à droite il a beaucoup augmenté.

Le soir, notre malade est pris très rapidement d'une violente dyspnée, la respiration est très rapide, anxieuse. A l'auscultation, on entend dans les deux poumons, mais sur une plus grande étendue du côté gauche, en avant et en arrière, des râles très fins, une véritable pluie de râles, qui nous démontrent qu'il vient de se faire une double congestion pulmonaire. La température est de 40°,7.

Le 1er février, les phénomènes nerveux n'ont pas rétrocédé, pas plus du reste que les phénomènes pulmonaires. La température reste toujours très élevée: 40°,1.

Le soir, cependant, sous l'influence d'une révulsion très énergique, la respiration est moins anxieuse, les poumons se perméabilisent, et le 2 au matin, l'auscultation nous montre que la congestion a à peu près disparu. Mais en revanche, dans la nuit, est survenu un ensemble de signes tout à fait nouveaux. En même temps que les phénomènes cérébraux s'amendaient, que le malade reprenait connaissance, qu'il pouvait répondre, il est vrai assez péniblement, aux questions qu'on lui posait, s'installaient des symptômes choréiques exclusivement limités au côté gauche du corps et de la face. L'aspect du malade est très bizarre; les divers muscles gauches de la face sont de temps à autre la proie de contractions brusques qui font grimacer étonnamment tout le côté de cette face; les membres sont animés de mouvements désordonnés si violents, si fréquents et si brusques que nous sommes obligés de les faire attacher au plan du lit. Tout le côté droit du corps est absolument immobile. La température est de 39° le matin et 39°,6 le soir.

Le 3 février, les phénomènes cérébraux sont à peu près complètement dissipés. L'hémichorée persiste. La température est de 38°,9 le matin et 39°,2 le soir. Tout signe de congestion a

1. *Écho médical du Nord*, 7 avril 1901.

complètement disparu ; le côté droit ne contient plus de liquide ou à peine, à gauche il est au même niveau que la veille. Le souffle et le frottement persistent ; le pouls est un peu moins rapide et la tension artérielle un peu relevée ; l'enfant a uriné environ 500 grammes dans les 24 heures. Les articulations des deux poignets sont un peu douloureuses et légèrement tuméfiées.

Le 4, pas de changement appréciable à signaler.

Le 5, la température est de 37°,9 le matin et 38°,3 le soir. Il n'y a plus dans la poitrine qu'un peu d'obscurité respiratoire tout à fait aux deux bases. Les bruits anormaux persistent du côté du cœur, mais il convient de noter que le frottement péricardique semble s'atténuer. Le pouls est bon, quoique encore un peu rapide.

Quant aux phénomènes de rhumatisme cérébral, ils se sont dissipés. L'enfant a complètement recouvré son intelligence, son facies est redevenu ce qu'il était avant cette complication. L'hémichorée semble aussi rétrocéder, les mouvements sont peut-être un peu moins fréquents et moins violents.

Nous n'insisterons plus sur les détails de l'observation dans les jours suivants, car ils ne présentent plus qu'un intérêt secondaire. Nous nous contenterons de dire que les symptômes choréiques s'amendèrent progressivement, et à la date du 15 février ils avaient complètement disparu. Aujourd'hui, 5 mars, le malade est en pleine convalescence ; il ne lui reste plus que, du côté du cœur, un souffle systolique très net d'insuffisance mitrale ; le bruit de frottement péricardique a disparu, la péricardite semble être tout à fait guérie.

Il ne nous paraît pas possible de relater un cas aussi intéressant sans insister un peu longuement sur les diverses complications présentées par notre petit malade. Toutes les complications du rhumatisme s'étaient donné rendez-vous chez lui, et nous croyons que les phénomènes observés dans ce cas nécessitent quelques considérations d'un intérêt pratique tout particulier. Le rhumatisme infantile est chose toujours très grave, même dans ses manifestations les plus bénignes ; l'un de nous a montré ailleurs (1) avec quelle facilité les séreuses cardiaques étaient touchées même dans les cas frustes de rhumatisme, à l'occasion de ces vulgaires douleurs erratiques des membres si communément appelées à tort douleurs de croissance. Il importe donc d'attirer l'attention des praticiens sur les manifestations diverses du rhumatisme infantile, afin qu'ils soient bien prévenus qu'à l'occasion des manifestations les plus anodines les complications les plus graves peuvent surgir.

Chez notre petit malade, il y a eu un certain nombre d'articulations envahies, bien que la tuméfaction et la douleur à leur niveau fussent très modérées. Il n'en est généralement pas ainsi. Le plus souvent, comme dans notre cas, les douleurs et les tuméfactions articulaires sont peu accentuées, mais aussi il n'y a qu'un petit nombre d'articulations d'envahies. On voit même un assez grand nombre de malades où, seules, les synoviales tendineuses sont prises.

Il faut bien être prévenu de ces formes anormales du rhumatisme, car elles peuvent, dès la première attaque, donner naissance à des complications viscérales, dont les plus fréquentes sont la péricardite et l'endocardite. On devra donc, à l'occasion de toute douleur vague un peu persistante soit au niveau des muscles, soit au niveau des articulations, ausculter minutieusement le cœur des enfants.

Dans notre observation, c'est la péricardite qui a ouvert le cortège des complications. On la rencontre bien plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Elle est ordinairement sèche, aussi faut-il la rechercher et ne pas s'attendre à la voir se manifester par des symptômes généraux. C'est à la base du cœur, près de l'origine des gros vaisseaux, lieu de prédilection des fausses membranes, qu'on entendra le bruit de frottement caractéristique. Mais il convient d'ajouter immédiatement que chez les tout jeunes enfants, chez les maigres surtout, la propagation de ce bruit anormal peut se faire jusque dans l'aisselle ; si l'on joint à cela qu'on a parfois affaire à un bruit ressemblant à un souffle, au point qu'on l'a appelé souffle-frottement, on conviendra qu'il faut une certaine habitude de l'auscultation, pour bien limiter le maximum d'intensité et préciser qu'il s'agit d'une péricardite et non d'une endocardite. Ce diagnostic est important, car si l'endocardite avec ses conséquences d'insuffisance valvulaire est parfaitement tolérée par le myocarde de l'enfant, il n'en est pas toujours ainsi pour la péricardite qui constitue un gros danger pour le muscle cardiaque de l'enfant. Et il ne s'agit pas ici de faire simplement œuvre de clinicien portant un diagnostic exact ; il s'agit d'instituer une thérapeutique rapidement active contre cette péricardite sèche, qui, d'un instant à l'autre, peut se transformer en péricardite avec épanchement, ou dont les fausses membranes, en se multipliant, en s'épaississant, vont constituer des adhérences étendues qui conduiront à la symphyse cardiaque.

Comme nous le disions tout à l'heure, c'est souvent la péricardite qui ouvre la scène ; mais elle reste rarement isolée, et l'on voit très vite se manifester les signes d'une endocardite, puis d'une insuffisance valvulaire. Chez notre petit malade, le souffle mitral s'est montré au lendemain du bruit péricardique ; il est bien évident qu'ici il s'agissait d'une endocardite ayant produit une insuffisance de la valvule mitrale. Mais il convient de faire observer que, dans certaines circonstances, on peut parfaitement constater un souffle mitral, une insuffisance de la valvule, sans que pour cela il y ait d'endocardite. Ces faits se remarquent surtout dans les péricardites graves, lorsque les fausses membranes sont épaisses et que, la péricardite datant déjà de plusieurs jours, des adhérences se sont établies entre les deux feuillets du péricarde ; alors il se produit une véritable dilatation du cœur, portant sur les cavités et les orifices, et particulièrement l'orifice mitral ; l'orifice étant dilaté, la valvule devient insuffisante et l'on entend alors un souffle systolique que l'on croit souvent lié à une endocardite. On doit avoir toujours ces faits présents à l'esprit, afin d'éviter des erreurs de pronostic. Chez notre enfant, un tel diagnostic ne pouvait se poser, non seulement parce qu'aucun des signes de la dilatation cardiaque n'existait, mais parce que la péricardite était de date encore trop récente pour avoir ainsi influencé le muscle cardiaque.

La pleurésie double que nous avons observée chez notre jeune malade mérite également d'attirer quelques instants notre attention. Pleurésie double, voilà qui, tout d'abord, nous donne un des caractères spéciaux de la pleurésie rhumatismale de l'enfance. Bien qu'on ait l'habitude d'appeler cette pleurésie bilatérale pleurésie double, il est incontestable qu'il existe là deux pleurésies absolument indépendantes l'une de l'autre. Ainsi que cela se voit le plus habituellement, chez notre malade les deux côtés ont été pris successivement, les pleurésies n'ont pas marché parallèlement, le liquide subissant des alternatives d'augmentation et de diminution variables dans les deux côtés ; il s'est produit une de ces oscillations bizarres entre les deux collections séreuses que Cadet de Gassicourt comparaît aux oscillations des plateaux d'une balance. Ce sont là des caractères tout par-

1. Ausset, Leçons cliniques sur les maladies des enfants (t. III).

ticuliers qui ont leur importance au point de vue diagnostic, et qui permettent d'affirmer presque à coup sûr la nature rhumatismale de ces épanchements pleuraux, même s'ils se produisaient en dehors de toute fluxion articulaire. Bien entendu, nous ne voulons pas dire par là que toutes les pleurésies rhumatismales se comportent ainsi, mais lorsque l'on rencontre des épanchements avec ces caractères si particuliers, on peut en affirmer la nature rhumatismale, ce qui, on en conviendra, a une importance toute spéciale, au point de vue thérapeutique, lorsque la lésion pleurale précède la fluxion articulaire.

Si l'on veut bien se reporter aux détails de notre observation, on verra de quelle bénignité a été cette pleurésie double; c'est là un fait habituel. Mais il n'en est plus de même pour les complications que le rhumatisme amène du côté des poumons. On voit quelquefois éclater au milieu d'une attaque de rhumatisme une congestion pulmonaire suraiguë très violente qui peut emporter très rapidement le malade. Chez notre enfant, la congestion double fut si intense que nous avons redouté un instant une issue fatale. Le 1er février, particulièrement, la dyspnée était telle, la faiblesse du pouls si marquée, que nous crûmes devoir avertir la famille du danger imminent. Heureusement tous les symptômes alarmants cédèrent très rapidement. Il faut bien connaître ces congestions graves et étendues de nature rhumatismale, afin de diriger contre eux une thérapeutique très active dont dépend la vie du malade.

Nous avons hâte d'arriver à cette complication si grave qu'a présentée notre petit malade, aux accidents de rhumatisme cérébral.

Le rhumatisme cérébral proprement dit, tel que celui qu'on observe chez l'adulte, est assez rare dans l'enfance. D'Espine et Picot n'ont pu en réunir que 15 observations. Nous n'en avons jamais observé aucun cas parmi les nombreux enfants rhumatisants qu'il nous a été donné de soigner à tous les deux. Cadet de Gassicourt signale aussi cette rareté particulière du rhumatisme cérébral semblable à celui de l'adulte. Ce que l'on observe plus souvent chez l'enfant, ce sont des cas où le rhumatisme cérébral est intimement lié à la chorée et s'accompagne toujours d'accidents choréiques plus ou moins accentués. H. Roger n'a jamais observé que ces faits auxquels nous faisons allusion. « La chorée est cliniquement l'accompagnement presque nécessaire du rhumatisme cérébral chez l'enfant, si même elle n'en est pas l'expression symptomatique. Jamais je n'ai vu celui-ci sans celle-là. »

Les phénomènes se manifestent le plus habituellement tels qu'ils se sont déroulés chez notre petit malade : au cours d'une attaque de rhumatisme compliquée d'affection cardiaque, on voit apparaître du délire, des hallucinations, une température très élevée pouvant atteindre et même dépasser 41°; puis au bout d'un jour ou deux, ou plus rapidement même, les yeux, la face et les membres deviennent le siège de mouvements désordonnés se continuant jusqu'à la mort ou persistant après la guérison. D'après D'Espine et Picot, cette forme de rhumatisme cérébral guérirait souvent, mais laisserait après elle un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Chez notre malade, ce qu'il y a de tout particulier, c'est la limitation absolue des mouvements choréiques au côté gauche du corps; tout le côté droit était absolument indemne. Nous ferons également remarquer que ces phénomènes choréiques ont disparu assez rapidement sans laisser la moindre trace sur l'intelligence de l'enfant.

Nous ne voulons pas ici entreprendre de discussion au sujet de la nature de la chorée; nous ferons simplement observer que les accidents choréiques étaient bien fonction de rhumatisme, et que le système nerveux cérébro-spinal était touché par le rhumatisme au même titre que les séreuses cardiaques et articulaires. La rapidité d'évolution de ces accidents, leur guérison absolue en quelques jours, nous permet aussi d'affirmer qu'il ne peut s'agir ici que de troubles fonctionnels et qu'on ne peut invoquer une altération anatomique quelconque des centres nerveux, même le gonflement et l'opacité, d'ordre banal pour toutes les infections mortelles, que Turner a rencontrés, dans quelques cellules pyramidales de la couche profonde corticale de la substance cérébrale. Nous ne croyons pas non plus qu'il soit besoin de chercher, dans une infection surajoutée, l'explication de ces phénomènes nerveux. Le rhumatisme, se localisant sur les centres nerveux, suffit ici très largement pour nous expliquer l'apparition des troubles convulsifs. Et la nature nettement rhumatismale nous en paraît encore bien plus démontrée par la façon dont ont évolué les accidents : à mesure que les phénomènes cérébraux apparaissaient et s'accentuaient, les symptômes articulaires s'atténuaient et disparaissaient, comme par une sorte de métastase, qu'on nous permette l'emploi de cette vieille expression, alors que nous les voyions réapparaître lors de la sédation des complications nerveuses.

Ce que valent les signes prodromiques précoces de la rougeole.

Communication à la *Société de Pédiatrie*,

Par M. L. Guinon,

Médecin de l'hôpital Trousseau.

Quand on attend pour isoler un enfant, dans une famille ou une salle d'hôpital, le développement complet du catarrhe oculo-nasal, il est trop tard; le malade a déjà contagionné une bonne partie de son entourage. Aussi s'efforce-t-on de tous les côtés de trouver un signe très précoce de la maladie.

Depuis quelques années on en a fait connaître un certain nombre, tous bons assurément, mais bien souvent insuffisants.

Je ne parle pas du signe classique du piqueté palatin, sur lequel ont insisté Sevestre et d'Espine, celui-ci a une véritable valeur, mais il est souvent très tardif et n'apparaît qu'avec l'éruption.

Henri Meunier (*Gaz. hebdom.*, nov. 1898) a signalé un abaissement notable du poids survenant pendant la période d'inoculation; cet abaissement se voit chez des enfants en pleine santé, dont l'accroissement a été jusque-là régulier; il commence aux 3e, 4e ou 5e jour de l'inoculation; il atteint une valeur moyenne de 310 grammes et dure six jours en moyenne. Certes, voilà un phénomène important, et dont la constatation, au milieu d'un état général bon, avec une température normale, prend une signification précise. Mais il faut pour cela que l'on pèse l'enfant, et combien de services d'hôpitaux dans lesquels l'insuffisance du personnel ne permet pas de faire une pesée quotidienne de tous les enfants.

J'en dirai autant du signe d'ailleurs très intéressant et original étudié par M. Courbe, de Lausanne (*Arch. de méd. int.*, juin 1899). Il est constitué par l'hyperleuco-

cytose de la période d'inoculation, et plus exactement par une hyperleucocytose polynucléaire, alors que pendant l'éruption on constate, au contraire, une hypoleucocytose. Mais, quelle que soit la valeur de ce signe, il n'est pas véritablement clinique, parce que sa recherche est compliquée.

C'est justement parce que les deux signes suivants ont véritablement cette qualité qu'ils ont immédiatement trouvé un accueil des plus favorables. Je veux parler de la stomatite érythématopultacée signalée par Courbe (*Soc. méd. des hôp.*, 22 nov. 1895) et des productions épithéliales punctiformes de Koplitz (*Med. Rec.*, 9 avril 1898). Le second a eu certainement une beaucoup plus grande vogue que le premier, évidemment parce qu'il n'est pas d'origine française et, cependant, il n'est certainement qu'un aspect de la stomatite érythémato[illegible]acée, et, d'autre part, le premier m'a paru beaucoup [illegible]quent que le second. Voyons donc quelle est leur [illegible]r :

On sait que le signe de Koplitz consiste dans la production, sur la muqueuse des joues et des lèvres, de petites taches irrégulières, efflorescences blanches, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourées d'une auréole rouge ; au nombre de 6 à 10, quelquefois 20 et même plus, elles commencent, en général, trois jours avant l'éruption pour disparaître le jour ou le lendemain de la première poussée éruptive. Si l'on en croit l'auteur, et nombre de publications qui ont suivi l'œdème de différents côtés, ce signe est extrêmement fréquent, on a dit 95 p. 100. A Paris toutefois, on ne l'a pas trouvé avec cette constance ; est-ce mauvais vouloir (peu propable), est-ce méconnaissance d'un symptôme très minime, est-ce mauvais éclairage? Toujours est-il qu'on ne le considère pas comme un symptomètre sûr. Dernièrement à la Société de pédiatrie (déc. 1900), MM. Variot, Méry et moi-même étions d'accord pour reconnaître que ce signe est inconstant, difficile à voir. J'ajoute que, quand il existe, il n'est qu'un aspect très atténué et difficile à reconnaître d'un symptôme beaucoup plus évident, parce qu'il est beaucoup plus étendu, la stomatite érythématopultacée.

Celle-ci est constituée par un léger gonflement et une rougeur violacée de la muqueuse des joues et des gencives, et une production épithéliale opaline qui la recouvre et s'en détache facilement ; cet aspect est la règle dans la rougeole au moment de l'éruption : il la précède souvent et devient alors un signe exultant prémonitoire, et, s'il ne la précède pas, il aide au moins au diagnostic dans les cas douteux. Tel était du moins le résultat de mon observation, corroborant les affirmations de M. Comby.

Mais depuis quelque temps un certain nombre de faits contradictoires sont venus diminuer ma confiance dans ce signe.

Premier fait. — J'ai constaté ce signe chez un enfant atteint d'érythème morbiliforme après une injection de sérum antidiphthérique. Voici en deux mots son histoire :

Mad. Car..., 6 ans, entre à Trousseau le 11 novembre pour une angine diphthérique, à Löffler long, et reçoit immédiatement 20 centimètres cubes de sérum, puis une deuxième injection, le lendemain 12.

Le 14, la gorge est saine et la température à 37°.

Jusqu'au 19, pas d'accidents. Ce même jour apparaissent quelques signes de paralysie du voile du palais.

Le 24, au matin, treize jours après la première injection, élévation légère de la température à 37°,8 et le soir, 39°,8. En même temps, éruption d'un érythème morbiliforme d'emblée généralisé au tronc et aux membres inférieurs, respectant la région rétro-auriculaire ; la conjonctive est rouge, l'œil larmoyant.

Sur les gencives inférieures production épithéliale continue, s'arrêtant au collet des dents et que le frottement détache facilement.

En deux jours la température tombe à la normale. Il ne s'agissait pas là de rougeole ; l'érythème s'était produit brusquement et avait atteint d'emblée son maximum d'étendue et d'intensité. Enfin il était apparu dans les limites de temps habituelles à l'éruption sérothérapique. La stomatite érythématopultacée peut donc s'observer en dehors de la rougeole.

Les deux faits suivants montrent que la grippe peut donner lieu à ce symptôme ; dans les deux cas j'ordonnai l'isolement des malades, et deux fois inutilement ; je ne m'en repens pas, et en pareil cas j'agirais encore de même, mais cela prouve que le signe qui m'occupe en ce moment peut être trompeur.

Deuxième fait. — Un garçon de 4 ans, malade depuis trois jours, arrive à l'hôpital avec des vomissements, de la constipation, et même une convulsion dans la salle de consultation.

Le lendemain, je constate de la conjonctivite, un peu de photophobie, et sur les gencives une production épithéliale continue, un peu déchiquetée au voisinage des dents, facile à enlever par frottement. La gorge est un peu rouge mais sans piqueté. L'enfant est constipé, il tousse un peu.

En présence de ces phénomènes, j'envoie l'enfant à l'isolement d'où il en revient bientôt guéri, sans éruption.

Troisième fait. — Une fille de 3 ans 1/2 arrive, malade depuis cinq jours. Elle aussi a eu des vomissements verdâtres, de la constipation et de la fièvre ; elle s'est plainte du ventre et a toussé.

Le lendemain, je constate sur tout le tronc un érythème rosé très peu foncé et très mince, les conjonctives sont très rouges ; sur les gencives, production pultacée continue ; muqueuse buccale rouge ; sur la lèvre supérieure existe une production épithéliale punctiforme blanchâtre qui donne l'impression du signe de Koplick ; enfin le voile du palais est rouge piqueté.

Je ne crois pas qu'on puisse voir prodromes de rougeole plus complets. Je fis donc passer l'enfant au pavillon spécial d'où on me le renvoya au bout de cinq jours avec le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Il n'avait pas eu de rougeole.

La broncho-pneumonie était simplement grippale, car elle guérit après une rechute compliquée d'otite.

Je conclus donc que tous les signes précédemment énumérés ont une certaine valeur diagnostique, mais qu'il ne faut pas avoir en eux une confiance absolue. L'inconvénient est minime d'ailleurs, puisque leur présence ne peut qu'exagérer les précautions, chose dont on n'a jamais à se repentir. Pourvu qu'il soit bien entendu qu'en pareil cas le malade n'est pas isolé au milieu d'autres morbilleux, mais dans un service de suspects, où il ne courra lui-même aucun danger.

De l'angine pultacée comme signe précoce avertisseur de la rougeole,

Par le Dr R. Saint-Philippe (1).

Dans une épidémie récente de rougeole, il m'a été donné d'observer un phénomène pathologique sur lequel

1. *Journal de médecine de Bordeaux*, 7 avril 1901, p. 237.

l'attention n'a pas encore été attirée et qui peut avoir des conséquences, prochaines et éloignées, des plus intéressantes. Il s'agit d'une angine pultacée précédant de quelques jours l'invasion de la rougeole. J'ai observé cette angine une quinzaine de fois sur une centaine de rougeoleux à la ville et à l'hôpital.

Elle se caractérise cliniquement par des petits points blancs, isolés, à apparence bleuâtre plutôt que sale, rarement par une plaque véritable, avec ou sans engorgement ganglionnaire, par de la fièvre, de la dysphagie, quelques phénomènes réactionnels sans gravité. Tantôt elle évolue 8 ou 10 jours avant la période d'invasion, tantôt elle précède cette période seulement de quelques jours, et il y a encore quelques taches blanches quand apparaissent la stomatite érythémato-pultacée, le signe de Köplik et le pointillé rouge du voile du palais.

L'analyse bactériologique a révélé dans quelques cas la présence, dans d'autres cas, plus fréquents, l'absence du bacille de la diphthérie. Dans un cas, où l'analyse avait été positive, l'enfant fut dirigé vers le pavillon de la diphthérie où il apporta la rougeole.

Ces faits pourraient expliquer ce qui se passe à la suite, et parfois au début de la rougeole. On connaît la diphthérie secondaire. On sait moins que les phénomènes d'invasion de la rougeole peuvent prendre des proportions telles, une telle intensité en ce qui concerne le larynx qu'on croit au croup, et que la trachéotomie, le tubage ou l'injection de sérum sont pratiqués d'urgence. Il y a 20 ans, j'ai publié des faits de ce genre dans les *Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*. A l'exemple de ce qui se passe trois fois sur quatre pour le croup « dit d'emblée » ou pour le croup fruste, c'est l'angine du début, qui a pu être assez légère pour passer inaperçue, qui est alors la cause du méfait. Ce sont ces rougeoles, précédées d'angine blanche, qui s'accompagnent sans doute le plus fréquemment de croup secondaire.

Dans le numéro de juillet dernier des *Archives cliniques de médecine infantile*, M. Comby signale — sans y insister d'ailleurs, — dans les 4 cas de rougeole qu'il rapporte, 2 cas où il y a eu une angine à points blancs.

On ne peut donc pas dire absolument, comme Trousseau, que la rougeole n'aime pas le pharynx. Il faudra regarder avec soin, au contraire, la gorge des enfants en danger ou en passe d'avoir cette fièvre éruptive. La notion d'épidémie régnante aura ici une importance facile à saisir.

La constatation de cette angine pourra avoir, en de certaines circonstances, la valeur d'un symptôme prémonitoire, véritablement avertisseur, et servira à prendre quelques mesures de prophylaxie générale.

D'autre part, il faudra éviter, si cette angine se présente en temps d'épidémie ou si elle s'accompagne déjà du catarrhe oculo-naso-laryngé, de diriger l'enfant vers un service de diphthérie, et en tous cas de le réunir à d'autres enfants atteints de rougeole simple.

Enfin, son apparition, suivie de l'apparition de la rougeole, devra éveiller l'attention du médecin, pour que l'enfant soit maintenu dans les meilleures conditions d'hygiène et d'antisepsie, au point de vue du greffage précoce ou ultérieur des accidents du croup.

Quel rapport faut-il voir entre cette angine et la rougeole? Y a-t-il relation de cause à effet ou simple coïncidence? Je ne suis pas en mesure de le dire aujourd'hui. Mais l'avenir nous l'apprendra sûrement.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Artaud (Marcel). *Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures.* N° 214. (Boyer.)

M. Couréménos (Michel). *Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception.* N° 215. (Boyer.)

M. Maltrait (P.). *De la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1900 (Etude statistique et clinique).* N° 196. (Boyer.)

M. Pitti-Ferrandi. *Le paludisme et l'assainissement des régions palustres en Corse.* N° 206. (Boyer.)

M. Bont[illegible] (Joseph). *La fièvre aphteuse chez les animaux et chez l'*[illegible] N° 213. (Michalon.)

M. Ro[illegible] (F.). *Influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'évolution des êtres vivants.* N° 193. (Boyer.)

M. Courgeon (Jules-Ernest-Constant Joseph). *L'exploration physiologique et clinique du sens musculaire.* N° 217. (Lib. Jacques).

Les phénomènes nerveux d'ordre moteur que l'on rencontre le plus souvent au cours de la fièvre typhoïde sont des phénomènes de dépression. M. Artaud admet qu'ils sont dus à l'action de la toxine typhique qui, d'après les expériences faites sur les animaux, a un rôle déprimant très net sur les centres nerveux.

Les contractures et les phénomènes d'excitation motrice que l'on observe parfois, supposent au contraire une irritation des cellules motrices des centres.

Au lieu de rattacher cette irritation à une action de la toxine typhique, action paradoxale due à une susceptibilité spéciale des cellules motrices par le fait d'une prédisposition héréditaire ou acquise, M. Artaud admet de préférence qu'il y a dans le sang des typhiques des substances toxiques d'origine réactionnelle, ayant sur les centres nerveux un rôle irritant, diamétralement opposé à celui de la toxine.

D'après M. Couréménos, la varioloïde se comporte chez une femme enceinte comme chez celle qui ne l'est pas.

L'avortement est exceptionnel.

Dans la variole discrète, l'avortement n'est pas aussi fréquent qu'on le signale jusqu'ici, comme l'indique la proportion de 2 avortements et 1 accouchement prématuré pour 16 malades.

Dans la forme confluente, cette fréquence augmente mais sans atteindre la proportion admise par les auteurs (1 accouchement prématuré et 2 avortements sur 10 cas).

Mais par contre, la forme hémorrhagique amène à coup sûr l'interruption de la grossesse, terminaison sur laquelle tous sont d'accord.

Les périodes d'invasion et d'éruption apparaissent, comme plus nocives pour la vitalité du fœtus, que les périodes suivantes.

Les chances d'avortement sont d'autant plus grandes que la grossesse est plus avancée.

Le facteur principal dans l'interruption de la grossesse tient avant tout à l'infection variolique; les autres causes paraissent très secondaires.

La gravidité, état physiologique, ne prédispose pas la femme à être atteinte d'une variole grave.

M. Couréménos n'a pas vu non plus, après l'avortement, l'infection prendre un caractère de malignité spéciale, ni modifier sa nature au point de devenir hémorrhagique.

Le parasite de MM. Roger et Weil peut traverser le placenta et alors devient la cause immédiate de la variole congénitale.

Au point de vue de l'influence des différentes formes de la maladie sur l'avortement, de chaque période, de l'âge de la grossesse, du mécanisme probable, de l'expulsion du fœtus, et surtout de l'avenir du produit, les plus étroites analogies peuvent être poursuivies entre le processus variolique et le processus syphilitique.

De l'analyse des cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1900, M. Maltrait conclut que, d'une façon générale, la scarlatine a évolué comme les années précédentes. Les complications pulmonaires exceptionnelles dans la scarlatine ont été relativement fréquentes pendant le mois de décembre. La scarlatine a eu une affinité très marquée pour l'appareil lymphatique, comme le prouve la fréquence des adénopathies.

On connaît la fréquence du paludisme en Corse. M. Pitti-Ferrandi étudie les caractères particuliers qu'il y présente et cherche les mesures propres à en enrayer le développement. Pour cela il demande la création de nombreux dépôts gratuits de sulfate de quinine dans les zones palustres; la distribution, par les soins de l'administration, de moustiquaires et de châssis; l'application immédiate des nouvelles découvertes en ce qui concerne l'usage du pétrole et, d'une manière générale, la destruction par tous les moyens des moustiques et des larves; l'adduction d'eau potable et la création de dépôts d'eau minérale, dans les plaines marécageuses; l'extension à toute la Corse et la réalisation rapide des travaux d'assèchement proposés par les Ponts et Chaussées. La plantation sur une grande échelle des eucalyptus et le reboisement de la montagne; la restauration du pénitencier de Casabianaa, et la création sur d'autres points de fermes écoles ou autres établissements agricoles.

M. Bontant conclut qu'il existe chez l'homme une véritable fièvre aphteuse, qui présente de si grandes analogies avec la cocotte des animaux, qu'elles ne semblent être qu'une seule et même maladie.

La transmissibilité peut se faire de l'animal à l'homme : *a*) par l'ingestion du lait; *b*) par contact de matières virulentes avec les muqueuses; *c*) par une solution de continuité des téguments.

Les faits de contagion sont peu fréquents, par rapport au grand nombre de personnes exposées; le virus ne semble pas avoir beaucoup d'affinité pour l'espèce humaine.

Le lait devra être bouilli et réservé à l'usage des grandes personnes; même stérilisé, on ne devra pas s'en servir pour les enfants nourris au biberon.

La viande des animaux gravement atteints n'est peut-être pas sans danger.

De grands soins de propreté sont absolument nécessaires pour tous ceux qui sont en contact avec les animaux.

La lumière, conclut M. Rogovine, a une influence incontestable sur le développement des êtres vivants. Elle active et augmente l'énergie des phénomènes de nutrition. Il en est de même pour les organismes inférieurs. La conséquence de cette évolution plus rapide est que la durée de la vie des microbes est diminuée par la lumière.

De tous les rayons constituants de la lumière, ce sont les rayons chimiques (bleu, violet, ultra-violet) qui paraissent avoir l'action la plus efficace et agir dans le même sens que la lumière.

De nombreuses expériences paraissent démontrer que les rayons verts ont une tendance à ralentir plutôt le développement et l'évolution des êtres vivants et qu'ils sont ainsi antagonistes des rayons violets.

M. Courgeon définit le sens musculaire : la somme des perceptions que nos organes à muscles striés, en particulier nos membres, nous fournissent sur leurs positions, leurs mouvements passifs et actifs, la pesanteur et la résistance des objets et l'effort corrélatif qui en résulte : — perceptions dont les éléments nous sont transmis, à des degrés divers, par les nerfs sensitifs de la peau, des muscles, des tendons, des aponévroses, des articulations.

Ces sensations afférentes, périphériques, et leurs images suffisent pour expliquer les données psychologiques du sens musculaire, y compris le sentiment de l'effort.

Les notions du sens musculaire peuvent être abolies, émoussées ou perverties, en totalité ou en partie, chez les tabétiques, les hémiplégiques par lésion cérébrale, les hystériques.

La perception des positions dans l'immobilité complète longtemps conservée devient très confuse, même chez les sujets normaux.

La perception des mouvements passifs paraît présenter une sensibilité décroissante dans les divers segments des membres, de la racine à la périphérie.

La perception des mouvements actifs présente une sensibilité variable suivant l'amplitude, la vitesse et la direction de ces mouvements et le côté du corps qui les exécute.

La perception des mouvements passifs ou actifs de l'écriture, véritable lecture par le sens musculaire, peut suppléer, chez les malades atteints de cécité verbale sans agraphie, à la lecture par la vue.

La mémoire des mouvements, très développée chez les sujets appartenant au type psychologique dit moteur, est susceptible de devenir par l'éducation, même chez les sujets ordinaires, un adjuvant utile de la mémoire visuelle.

La perception des poids, combinée à la perception visuelle ou tactile du volume des objets, donne lieu à certaines illusions parfaitement normales, dont l'absence ou le renversement semble même pouvoir servir au diagnostic précoce de l'idiotie du premier degré.

Thèse de la Faculté de Nancy.

Année 1899-1900.

M. Gentil (Émile-Nicolas). *De la peste en Lorraine.* N° 44. (Imp. Crépin-Leblond.)

M. Roussel (Charles-Émile-Arsène). *Quelques procédés pour la production de la toxine diphthérique.* N° 33. (Imp. Crépin-Leblond.)

Mlle Kovatcheva (Kalina). *Blastomycètes et tumeurs.* (Imp. Crépin-Leblond.)

M. Henry (Albert-Joseph-Lucien). *Étude histologique de la fonction sécrétoire de l'épididyme chez les vertébrés supérieurs.* N° 20. (Imp. Nancéienne.)

Dans une rapide étude d'histoire médicale, M. Gentil retrace ce que fut la peste en Lorraine aux diverses époques de notre histoire, et quels terribles ravages elle y fit. La plus terrible des épidémies de peste fut celle de 1635 qui ne causa pas à Nancy moins de 1 720 décès ; ce fut d'ailleurs la dernière épidémie de peste qui ravagea ces contrées; elle coexistait avec la famine, et ainsi s'explique la terrible mortalité de la Lorraine de 1635 à 1637 (600 000 habitants). L'auteur donne quelques détails intéressants sur les mesures, bien sommaires d'ailleurs, prises au moment de ces épidémies.

M. Roussel a contrôlé les divers procédés préconisés par la production de la toxine diphthérique, et cette revision expérimentale l'a amené à la conclusion qu'après bien des tâtonnements, on possède actuellement des méthodes qui permettent d'obtenir sûrement des toxines très actives. Mais ses recherches lui font penser que, de toutes ces méthodes, c'est la méthode de Martin qui réunit les meilleures conditions : destruction de la glycose de la viande, degré d'alcalinisation déterminé, production d'une peptone identique à elle-même, bacille toxigène ou rendu toxigène.

Mlle Kovatcheva conclut, d'une longue étude entreprise sous la direction de Vuillemin que les blastomycètes sont pathogènes au moins dans certains cas. Les espèces pathogènes sont multiples, mais la diversité des effets pathologiques l'emporte encore sur la multiplicité des espèces botaniques, puisque chaque espèce est susceptible de déterminer des affections variées.

Beaucoup de lésions présentent cependant les caractères communs des lésions inflammatoires et les blastomycètes semblent exercer en général une simple action mécanique. Etudiant ensuite le champignon donné par le Dr Bra comme le parasite du cancer, l'auteur conclut que c'est un blastomycète, le cryptococcus ruber.

S'il contribue à produire des tumeurs, il semble que ce soit par irritation mécanique au même titre qu'un corps étranger,

mais on peut admettre aussi l'action de produits de sécrétion expliquant certains phénomènes toxiques précoces observés après l'injection des produits de culture constituant le sérum de Bra. En tout cas le pouvoir pathogène de cet agent vis-à-vis du cœur n'est nullement démontré.

Le remarquable travail de M. Henry, élève de Prenant, complète les travaux de Bouin, de Garnier, sur les modifications histologiques des cellules glandulaires au cours des phénomènes sécrétoires. Il montre que l'épididyme est le siège de phénomènes sécrétoires bien nets, et l'on ne doit plus considérer cet organe comme un simple canal vecteur, mais comme une glande. La sécrétion s'y effectue suivant un cycle comprenant 4 stades : 1° présécrétion ; 2° sécrétion ; 3° reconstruction, et 4° repos, comme le montrent les planches annexées à ce travail.

Ces stades peuvent s'adresser à des tubes tout entiers (reptiles et oiseaux) ou simplement à un certain nombre de cellules d'un même tube (mammifères).

Le produit de sécrétion se présente sous forme de boules se colorant d'une manière élective par les couleurs basiques (safranine, gentiane, violet de méthyle). Ces boules s'éliminent par suite de la destruction partielle de la cellule. Ce produit de sécrétion tombe dans la lumière épididymaire et vient se mélanger aux spermatozoïdes pour servir probablement à la nutrition de ces derniers.

La garniture ciliée des cellules épididymaires des mammifères et des oiseaux est très contingente. Elle disparaît au moment de l'excrétion, mais se reforme ensuite. Les corpuscules basaux ne naissent pas de la division des corpuscules centraux. Les cellules munies de pièces basales peuvent également posséder un micro-centre. Il n'y a pas de relation génétique entre les corpuscules basaux et les centrosomes. La cellule a le pouvoir d'élaborer indépendamment ou simultanément l'une ou l'autre de ces deux formations kinétogènes. Les pièces basales seraient donc dues à des modifications spéciales du cytoplasme et seraient des formations nouvelles, cytoplasmiques, indépendantes, douées de vibratilité.

La division amitotique, si fréquente dans l'épididyme, n'est pas une division qui intéresse le corps cellulaire. C'est simplement une amitose nucléaire destinée à fournir plusieurs noyaux à une même cellule afin de subvenir aux besoins de la nutrition. Ces divisions amitotiques ont donc un caractère négatif au point de vue de la division cellulaire.

Cependant les cellules où l'on rencontre des amitoses nucléaires ne sont pas nécessairement vouées à une mort certaine, car elles peuvent être le siège de cycles sécrétoires répétés.

Le noyau a une part prépondérante dans la sécrétion. L'acte sécrétoire débute par des modifications chimiques du noyau. Celui-ci augmente de volume, les nucléoles plasmatiques deviennent plus nombreux et le noyau tout entier peut même parfois prendre une coloration rougeâtre. C'est la sécrétion nucléaire. Puis le noyau se fragmente, diminue de volume, perd sa chromatine, soit par exosmose, soit par déchirure de la membrane nucléaire. Peu à peu le noyau se vide totalement et ne peut plus se colorer faute de substance chromatique. Il y a donc eu excrétion nucléaire. En même temps, grâce à l'intervention du cytoplasme, de nombreuses boules de sécrétion font leur apparition. Quand la cellule en est remplie, la membrane cellulaire se rompt et l'excrétion commence. L'acte sécrétoire se divise donc en trois phases : *a*) sécrétion urinaire ; *b*) excrétion nucléaire et phase cytoplasmique ; *c*) excrétion cellulaire.

Les boules de sécrétion se retrouvent intactes dans la lumière des tubes.

Lorsqu'on pratique la ligature du canal déférent ou qu'on en résèque une portion, on voit l'épididyme s'atrophier. Cette atrophie tient sans doute à une absence d'excitation fonctionnelle. Dans le cas particulier, cette excitation vient du testicule. La dégénérescence de l'épididyme après vasectomie consiste en une suppression de la fonction sécrétoire, en une diminution de hauteur de l'épithélium avec perte des cils vibratiles, et en phénomènes de nécrobiose à l'égard du noyau.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Monmayou (Louis-Marc-Camille). *De la symphyséotomie à Bordeaux*. N° 9.

M. Bellamy (Ernest-Louis-Eugène). *Hallucinations érotiques. Etude séméiologique*. N° 12.

M. Devillard (Jean-André-Guillaume). *La sensibilité oculaire à la pression dans la paralysie générale*. N° 29.

M. Alain (Joseph-Albert). *Du fœticide thérapeutique*. N° 28.

M. Monmayou admet pour la symphyséotomie les mêmes indications que Varnier :

Enfant vivant, dilatation complète et déviation du bassin osseux rendant les efforts d'expulsion impuissants ;

Excès de volume de la tête ;

Certaines présentations vicieuses (Ex. variétés frontales de la face).

Les diverses statistiques que donne l'auteur (Clinique Baudelocque, Ecole obstétricale de Naples, Universitäts Frauenklinik de Leipsig et Clinique obtétricale de Bordeaux) prouvent que c'est une opération légitime qui donne d'excellents résultats. Ceux-ci sont d'autant meilleurs pour la mère et pour l'enfant, qu'il n'y a aucune infection préexistante et qu'aucune opération de force n'a été tentée.

Le manuel opératoire suivi à la Clinique de Bordeaux est celui qu'a si bien décrit le professeur Farabeuf. Néanmoins, la suture, au lieu d'être faite en masse, est faite en 3 places : l'une qui unit les parties fibro-périostiques, l'autre les plaies aponévrotiques et la troisième la peau.

On trouve en outre dans ce travail la description du lit employé par le professeur Lefour, avec sangle destinée à rapprocher les pubis. Les résultats sont bons même lorsque les malades sont maintenues au lit sans appareil.

Les hallucinations érotiques occupent une place importante dans les maladies mentales. Elles peuvent être extragénitales et se manifester par la vue, l'ouïe, etc., ou génitales proprement dites. Elles ont des rapports étiologiques avec la puberté, la ménopause, la menstruation, les pertes séminales, l'impuissance sexuelle, les malformations et les affections génitales. Ce sont les causes prédisposantes.

Les causes adjuvantes sont : le premier sommeil, le réveil, la méditation intensive, l'extase, etc.

M. Bellamy nous montre les nombreuses formes que prennent les hallucinations érotiques, depuis la sensation la plus légère de contact, jusqu'aux voluptés et aux douleurs qui accompagnent les actes sexuels, la parturition, etc. Tous ces malades décrivent leurs sensations avec un grand luxe de détails et de néologismes pittoresques. Certains perdent même la notion de leur personnalité et de leur sexe.

Dans les névroses et surtout dans l'hystérie, les hallucinations sont aussi souvent extra-génitales que génitales. Le sens de la vue est souvent affecté, mais il est rare que les autres sens n'y participent pas.

Les hallucinations se produisent dans l'état d'onirisme ou de subconscience, le jour ou la nuit. Souvent douloureuses, elles peuvent être parfois voluptueuses. Les malades les rapportent avec tant de détails qu'elles ont pu en imposer parfois. Elles se propagent fréquemment par contagion.

Les hallucinations se rencontrent encore dans les obsessions. Dans l'obsession jalouse, elle est visuelle et nocturne sous forme de tableaux lubriques qui renforcent l'idée fixe ; dans l'obsession scrupuleuse, elle survient le jour, et par une sorte de contraste, les visions les plus obscènes surviennent juste au moment où les malades accomplissent leurs exercices religieux.

Dans les folies systématisées, les hallucinations érotiques affectent tous les sens. Cependant celles de la vue sont plus rares et impliquent un fond hystérique ou alcoolique.

Celles de l'odorat, du goût et surtout de l'ouïe sont des plus fréquentes et des plus variées, ainsi que les hallucinations génitales. Dans le délire de persécution, elles sont pénibles et pro-

voquent, dans la forme génitale, des moyens de défense caractéristiques.

Les dégénérés sont rarement hallucinés, sauf les hypochondriaques. Il en est de même des mystiques. Ces hallucinations, essentiellement oniriques, sont génitales ou extra-génitales et dans ce cas, voluptueuses ou douloureuses, et regardées comme une faveur ou une torture selon qu'elles ont trait à un être céleste ou diabolique.

Parmi les délirants toxiques, les alcooliques ont aussi des hallucinations érotiques, visuelles surtout, colorées, multiples, mobiles et se rapportant souvent à des idées de jalousie. Ces hallucinations sont plus rares dans les délires chloroformique, haschischique et d'inanition.

La sensibilité spéciale à la pression du globe oculaire qui se traduit à l'état normal par une douleur *sui generis* comparable aux sensibilités spéciales de certains organes (trachée, épigastre, testicule, glande mammaire) est modifiée fréquemment dans la paralysie générale.

M. Devillard ne l'a trouvé que quatre fois normale sur 50 malades.

Ces modifications de la sensibilité oculaire affectent les mêmes caractères que dans le tabes. C'est tantôt de l'hypo-algésie, tantôt de l'analgésie, d'autres fois, enfin, de l'hyperalgésie.

L'analgésie oculaire se rencontre dans les trois cinquièmes des cas. Elle est plus fréquente que l'analgésie testiculaire, aussi fréquente que l'analgésie trachéale, mais elle l'est moins que l'analgésie épigastrique profonde. L'hyperalgésie se rencontre dans un peu plus du cinquième des cas. On l'observe surtout à la phase de déclin ou dans la période d'aggravation de la paralysie générale progressive.

Le fœticide est un acte par lequel on provoque la mort du fœtus à une époque quelconque de la gestation.

Aucune loi civile ni religieuse ne défend le fœticide thérapeutique, c'est-à-dire pratiqué dans le but de sauver la mère. Ces lois semblent plutôt le prescrire.

Mais on ne doit y recourir qu'au cas de nécessité absolue, quand le médecin est convaincu que l'intérêt de la mère en dépend.

Il est à désirer, nous dit M. Alain, que cette opération disparaisse au plus tôt de la pratique obstétricale, mais il serait imprudent de l'interdire, même au cas de viciations pelviennes, dans certaines circonstances dont l'accoucheur est seul juge. Celui-ci devra, autant que possible, réunir une consultation avant de prendre une telle décision.

Il ne devra, en aucun cas, passer outre au refus de la malade de laisser pratiquer sur elle une opération chirurgicale.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Contribution à l'étude des ostéomalacies, par Gayet et Bonnet (*Rev. de chir.*, 1901, vol. XXI, nos 1 et 2). — Conclusions :

1° L'ostéomalacie est un trouble de la nutrition des os consistant dans l'insuffisance de sa teneur en sels de chaux et amenant le ramollissement du squelette. Ce trouble de nutrition peut rester local ou se généraliser;

2° L'ostéomalacie locale s'observe à la suite des traumatismes, des infections osseuses et aussi dans certaines affections nerveuses;

3° Les lésions anatomiques sont semblables dans les formes locales et les formes généralisées. Ces lésions ne sont pas univoques, mais présentent des variétés qui ne sont en rapport ni avec l'étiologie apparente, ni avec les variétés cliniques, ni avec le degré de généralisation de la maladie;

4° La pathogénie des ostéomalacies n'a rien de spécifique;

5° Il y a des causes prédisposantes évidentes tenant à l'âge, au sexe, au climat, etc.;

6° Quant aux causes déterminantes, elles restent obscures, mais l'ensemble des faits tend à faire jouer le plus grand rôle aux troubles du système nerveux;

7° Une explication plausible des résultats satisfaisants de la castration réside dans ce fait que la sécrétion interne ovarienne a pour effet d'activer l'élimination des phosphates.

Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite, par Villard et Vignard (*Rev. de chir.* 1901, vol. XXI, nos 1 et 2, p. 84. — L'auteur rapporte dans ce travail 4 cas d'appendicite aiguë avec phlébite du membre inférieur gauche, dont deux terminées par la guérison.

D'après l'auteur, il faut considérer la phlébite survenant au cours de l'évolution d'une appendicite comme compliquant celle-ci en n'étant que la manifestation à distance d'une infection générale de l'organisme, infection partie d'un foyer péritonéal et appendiculaire primitif. Cette interprétation pathogénique semble justifiée par les faits cliniques qui montrent que les phlébites donnent à l'appendicite un caractère de gravité particulière relevant probablement de l'intoxication générale de l'individu. D'un autre côté, ces faits montrent encore que l'apparition d'une phlébite au cours d'une appendicite doit rendre le pronostic plus sombre et en tout cas plus réservé. Quant au traitement de la thrombose elle-même et des accidents consécutifs auxquels elle peut donner naissance, il ne comporte pas d'indications thérapeutiques autres que celles habituellement utilisées.

De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin, par Delore et Patel (*Rev. de chir.* 1901, vol. XXI, n° 3). — L'étude de deux observations personnelles amène les auteurs à formuler les conclusions suivantes :

1° L'exclusion unilatérale rentre dans la catégorie des opérations intestinales qui, sans s'attaquer directement à la lésion, cherchent sa guérison en la mettant au repos; comme toutes les anastomoses, elle constitue une intervention peu dangereuse, souvent très efficace;

2° Appliquée à la cure des fistules intestinales, elle est variable suivant qu'on l'applique sur l'intestin grêle et sur le gros intestin : dans le premier cas, elle aboutit au même résultat que l'entéro-anastomose, c'est-à-dire que les matières s'accumulent dans le segment inférieur et la fistule persiste; dans le second cas, ses résultats sont définitifs, souvent curatifs.

3° La suppression de la circulation des matières fécales est définitive, comme dans l'exclusion bilatérale; la fistule purulente a moins de raison pour se prolonger que dans l'exclusion bilatérale et les chances d'infection par propagation paraissent peu à craindre;

4° L'exclusion unilatérale peut même être employée pour la tuberculose cæcale non fistuleuse, dans un but curatif et préventif d'une fistule stercorale.

Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et de ses séquelles (Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwür und seiner Folgezustände), par W. Körte et J. Herzfeld ((*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIII, p. 1). — L'étude très détaillée d'une cinquantaine d'observations personnelles, qui sont rapportées *in extenso* à la fin de leur travail, amène les auteurs à formuler les conclusions suivantes :

1° Le traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac et de ses séquelles peut donner des résultats très appréciables, même dans les cas pour lesquels a échoué le traitement médical convenablement conduit;

2° L'opération est indiquée en premier lieu dans les sténoses cicatricielles du pylore et dans les dilatations secondaires de l'estomac. Une fois le diagnostic de sténose cicatriciel fait, l'opération doit être faite sans retard, et cette opération sera la gastro-entérostomie;

3° L'opération est encore indiquée dans les troubles durables et accentués (douleurs, hématémèses répétées) de l'ulcère, quand ces troubles résistent au traitement médical. L'opération doit consister en résection quand celle-ci est possible; mais le plus souvent c'est la gastro-entérostomie qui sera faite et qui aidera à la cicatrisation de l'ulcère. En cas de persistance de l'hyperchlorhydrie, la récidive est à craindre;

4° Comme procédé de choix on doit s'adresser à la gastro-entérostomie rétro-colique de Von Hacker, à laquelle on ajoutera l'entérostomie en cas d'atonie considérable de l'estomac;

5° Dans les hématémèses aiguës et abondantes, les résultats de l'intervention chirurgicale sont incertains.

Les corps étrangers du cœur (Beitrag zur Frage der Fremdkörper im Herzen), par A. Von Oppel (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIII, p. 87). — Ce travail comprend deux parties : une partie expérimentale dans laquelle l'auteur relate ses expériences faites sur des lapins; une partie clinique où la question des corps étrangers du cœur est étudiée d'après les observations cliniques.

Dans ses expériences, l'auteur a constaté que l'introduction d'une aiguille dans les parois cardiaques est mieux supportée par les lapins quand cette introduction a été faite à travers les parois thoraciques que lorsque le cœur avait été préalablement mis à nu. Dans les deux cas, la position que prend l'aiguille est très variable : elle reste tantôt verticale, tantôt parallèle, tantôt oblique par rapport à l'axe du cœur. Si l'aiguille est introduite au niveau du bord gauche du sternum, elle se place ordinairement dans le cœur gauche. Une aiguille introduite dans les poumons ne pénètre jamais dans le cœur. Lorsqu'une aiguille se trouve à l'intérieur de la paroi cardiaque, elle s'entoure d'un thrombus auquel fait place, au bout de quelque temps, une cicatrice. Si la pointe de l'aiguille pénètre dans la cavité cardiaque, une endocardite apparaît sur la paroi opposée du cœur. Contrairement à ce qui s'observe chez l'homme, l'introduction d'une aiguille dans la paroi du cœur n'amène pas d'hémorrhagie primitive appréciable.

Chez l'homme, quand une aiguille pénètre dans le cœur, elle doit être extraite, et cette extraction n'est pas dépourvue de danger. Comme chez le lapin, l'aiguille peut s'enkyster dans les parois du cœur chez l'homme. La mise à nu du cœur est indispensable quand il s'agit d'extraire des corps étrangers volumineux.

Les affections de la hanche (Erkankungen der Huftgelenks), par Kœnig (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 3, p. 65). — Ce travail comprend deux parties dont l'une est consacrée à la coxite gonorrhéique, l'autre à l'arthrite déformante de la hanche.

La coxite gonorrhéique, dont l'auteur a observé une dizaine de cas, débute parfois pendant la période de gonorrhée et est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, si bien qu'une partie des coxites qu'on observe dans l'infection puerpérale serait d'origine gonorrhéique.

Cette coxite est caractérisée par la tuméfaction de l'articulation, l'apparition brusque d'une douleur excessivement vive et enfin par une fièvre modérée. Le membre inférieur se met en abduction et il existe un raccourcissement réel avec élévation du trochanter. Malgré l'existence des symptômes plutôt bruyants, la vie du malade n'est pas menacée. Comme traitement l'auteur préconise l'extension, les badigeonnages avec la teinture d'iode; s'il persiste des contractures, il faut faire disparaître par le redressement forcé.

Quant à l'arthrite déformante dont l'auteur a observé une vingtaine de cas, son étiologie est encore obscure. Elle apparaît vers l'âge de 40 ans, plus rarement chez l'homme que chez la femme, et se termine par une ankylose plus ou moins fixe de l'articulation. Le traitement est médico-mécanique ou, dans les cas avancés, opératoire.

Affection non encore décrite de l'angle externe de l'œil (Ueber eine bisher nicht beschriebene Affection des äusseren Augenwinkels), par C. Husch (*Centralblatt f. Augenheilkunde*, novembre-décembre 1900). — L'auteur décrit une maladie caractérisée par une déviation particulière des cils. Normalement les cils s'arrêtent à 1 millimètre 1/2 environ de la verticale menée par le sommet de l'angle externe de l'œil. Entre la cessation des cils et le sommet de l'angle, la paupière s'amincit, un fin duvet remplace les cils. Or, il peut arriver qu'au lieu de cela, les cils se continuent sur la paupière supérieure, jusqu'à l'angle externe. Ils se dirigent alors en dehors et en bas, et lorsqu'ils sont longs s'introduisent derrière le bord aminci de la paupière inférieure. Il en résulte une irritation permanente de la conjonctive avec spasme de l'orbiculaire. A la longue, un sillon se creuse sur la paupière inférieure, d'où ulcérations pénibles. Cliniquement on a les signes d'une conjonctivite avec prédominance des symptômes douloureux à l'angle externe de l'œil. Presque toujours bilatérale, l'affection passe souvent inaperçue par ce fait que le médecin, en examinant l'œil, relève la paupière et fait par là même disparaître la déviation des cils. L'auteur décrit 4 degrés : *a*) déviation du cil sans lésion; *b*) déviation avec empreinte linéaire sur la lèvre postérieure du bord libre; *c*) la fente est devenue gouttière, les bords bourgeonnent; *d*) les bourgeons se rejoignent, le cil est pris dans le canal ainsi créé.

Amaurose monoculaire, suite de traumatisme cranien, par Froidbise (*Archives médic. belges*, 2 février 1901). — L'auteur dit que l'amaurose monoculaire constitue, tant au point de vue de la pratique médicale générale que médico-légal, un signe important qui, dans un traumatisme cranien, doit faire penser en dehors d'autre signe à l'existence d'une fracture. L'auteur a recueilli trois observations de fracture du crâne où la lésion a été péri-orbitaire; dans les deux premières, la fracture passait par le canal optique et avait déterminé la division du nerf optique, d'où l'explication de l'amaurose. Dans le troisième cas, au contraire, c'est par la névrite optique consécutive à l'inflammation des méninges qu'on a pu diagnostiquer la fracture du crâne.

MÉDECINE

Étude du diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaum et Jäger et de la méningite cérébro-spinale chez les enfants (Contributo allo studio del diplococco intra-cellulare di Weichselbaum et Jäger et della meningite cerebro-spinale epidemica nei bambini), par Longo (*Policlinico*, janvier 1901). — Voici les conclusions de ce travail important :

Le diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaum est l'agent spécifique de la méningite cérébro-spinale. Malgré les variations que présentent ses cultures, les modifications morphologiques qui le caractérisent, c'est une espèce bien déterminée et non une variété du pneumocoque. La ponction lombaire ne donne pas toujours dès la première fois un résultat positif et a besoin d'être répétée. Le pneumocoque est dans la méningite cérébro-spinale d'un pronostic plus grave que le diplocoque de Weichselbaum.

Leucocytose digestive dans le cancer de l'estomac (Digestive leucocytosis in cancer of the stomach), par Carstairs Douglas (*British med. Journ.*, 16 mars 1901, p. 633). — Cette question a déjà été étudiée par différents auteurs. Muller, en 1897, a publié 5 cas de cancer sans leucocytose; Schweyer, sur 18 cas de cancer de l'estomac, a trouvé absence de leucocytose dans tous les cas; à son tour, l'auteur sur 11 cas de cancer, a trouvé : absence de leucocytose 6 fois (54,54 p. 100), présence de leucocytose 4 fois (36,36 p. 100); leucocytose intermittente 1 fois (9,16 p. 100).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 9 Avril 1901.

Les moustiques de Paris.

M. Debove. — Les moustiques de Paris, s'ils ne transmettent point la malaria, sont cependant l'origine de grandes incommodités dont il est très difficile de se garantir; peut-être même sont-ils capables de transmettre certaines maladies infectieuses.

Pour faire disparaître les moustiques de Paris, il faudrait supprimer complètement les eaux stagnantes des jardins publics et privés, ou bien, si la Ville n'est pas assez riche pour entretenir les bassins d'eau courante, verser à la surface de ces bassins une minime quantité de pétrole nécessaire pour arrêter le développement des larves de moustiques.

J'espère que l'Académie voudra bien accueillir ma proposition et attirer sur elle l'attention de l'autorité compétente.

M. Proust et **M. Laveran** appuient la proposition de M. Debove.

L'Académie renvoie l'examen de cette proposition à la commission du paludisme.

Recherches sur la composition minérale de l'organisme du fœtus humain et de l'enfant nouveau-né.

M. L. Hugounenq. — La recherche de la teneur en potasse et en soude montre que ces deux substances s'accroissent à mesure que l'embryon se développe.

La soude prédomine constamment sur la potasse; elle augmente surtout à la fin de la grossesse. Pendant la seconde moitié de la gestation, la fixation de l'acide phosphorique ne subit pas de grandes variations; elle est cependant plus marquée quand le fœtus est à terme. Au contraire, la proportion de chaux s'accroît notablement pendant les derniers mois.

Abstraction faite des bases alcalines, de l'acide phosphorique et de la chaux, dont les variations sont dues à la genèse des globules rouges et à la formation du tissu osseux, la composition centésimale des cendres reste à peu près constante pendant les cinq derniers mois de la vie intra-utérine.

MEDECINE PRATIQUE

De la gymnastique respiratoire (1).

Par M. le Dr Ch. Vuillemin.

La gymnastique est la pratique régulière des exercices corporels dans le but de développer les forces physiques, de consolider, de fortifier la santé de l'homme et d'augmenter sa résistance vitale et ses moyens de défense.

Elle utilise la contraction musculaire et cultive le mouvement volontaire.

L'action directe de la gymnastique ne peut s'exercer que sur les organes soumis à l'influence de la volonté, c'est-à-dire sur les muscles striés volontaires; par eux, en les contractant, en provoquant des mouvements, elle agit indirectement sur les différents appareils de notre organisme et sur la nutrition générale. Parmi les muscles soumis à l'influence de la volonté et que nous pouvons contracter à notre gré, il en est qui concourent à l'accomplissement d'une fonction importante entre toutes; ce sont les muscles qui se fixent sur la poitrine et qui assurent la respiration. La volonté a une influence puissante sur la respiration : elle peut l'entraver, la suspendre un instant, mais elle ne peut l'arrêter et, ce qui est plus important à constater, elle peut l'accélérer, l'activer, l'amplifier. Savoir utiliser toute la surface respiratoire des poumons, augmenter leur capacité vitale; exercer et fortifier l'élasticité du tissu pulmonaire; inspirer largement, profondément et expirer fortement; c'est soulager le jeu du cœur, c'est faciliter la circulation; c'est assurer l'épuration du sang et sa revivification; c'est reculer les limites de la fatigue, de l'essoufflement et du surmenage; c'est augmenter la chaleur et la force; c'est, en un mot, activer la nutrition de tous les organes. Il faut donc avant tout et toujours cultiver la part de la volonté dans l'acte respiratoire. Apprendre à respirer, tel doit être le premier principe de la gymnastique.

1. *Comptes rendus Soc. Kinisithérapie*, 1901.

La respiration est la plus importante des fonctions de nutrition; durant toute l'existence et de 16 à 18 fois par minute environ, elle apporte au sang l'oxygène de l'air et le débarrasse de l'acide carbonique, résidu des combustions incessantes dans l'intimité de nos tissus et de nos organes.

Absorber vite beaucoup d'air pur et éliminer vite beaucoup d'acide carbonique, tel est le but de la gymnastique respiratoire. Il faut que le foyer générateur de la chaleur fonctionne bien avant d'essayer l'énergie de la machine : il faut savoir respirer, c'est-à-dire s'approvisionner en combustible et se débarrasser des déchets de la combustion avant d'exercer les rouages et d'utiliser les puissances motrices.

Dans l'étude des mouvements capables d'agir sur la respiration, il importe tout d'abord de bien définir les conditions à remplir. L'homme respire en moyenne 16 à 18 fois par minute et un mouvement respiratoire complet se décompose en deux temps : 1° l'inspiration ou l'entrée de l'air dans la poitrine; 2° l'expiration ou la sortie de l'air chargé d'acide carbonique. Le mouvement d'inspiration, ainsi que le mouvement d'expiration, peuvent s'accomplir à notre insu comme pendant le sommeil; mais la volonté peut les accélérer à son gré.

Pour que son intervention soit efficace, elle doit tenir compte du rhythme de la respiration normale qu'elle cherche à perfectionner. En conséquence, les mouvements respiratoires qu'elle peut produire doivent correspondre aux mouvements respiratoires ordinaires dont elle s'efforce d'augmenter l'amplitude, et être toujours exécutés à la cadence type de 16 à 18 par minute.

D'autre part, pour respirer largement, il est nécessaire d'utiliser toutes les voies d'entrée et de sortie de l'air, et par conséquent de respirer par la bouche entr'ouverte aussi bien que par le nez.

Tous les mouvements qui mobilisent la poitrine et modifient ses dimensions et sa capacité peuvent être utilisés comme mouvements respiratoires; mais il est indispensable :

1° Qu'ils soient toujours exécutés suivant le rhythme de la respiration normale, c'est-à-dire 16 à 18 fois par minute (l'instructeur trouvera la cadence convenable);

2° Qu'ils ne comprennent que deux temps : le premier temps favorisant l'inspiration doit être en principe deux fois au moins plus lent que le second qui correspond à l'expiration;

3° Que l'ampliation et le retrait de la cage thoracique soient aussi complets que possible pour bien gonfler et bien vider les poumons;

4° Enfin que, dans l'exécution de ces mouvements, l'élève se garde bien de compter à haute voix. Sa principale préoccupation doit être de prendre l'habitude de la cadence respiratoire normale et d'agrandir le jeu de son soufflet thoracique.

Suivant l'intensité de leur action et l'effort qu'ils exigent, les mouvements respiratoires exécutés de pied ferme sont : doux, modérés ou énergiques. L'inspiration et l'expiration volontaires renforcées, avec les mains sur les hanches, est le plus simple, le plus recommandable à l'enfant, au convalescent aussi bien qu'au soldat dans le rang. Debout, de pied ferme, les mains largement ouvertes et bien appuyées sur les hanches, les pouces en arrière et les coudes effacés pour dégager la poitrine et la porter en avant, faire de profondes inspirations et agrandir tous les diamètres de la poitrine, d'une part en soulevant les côtes et les épaules au maximum et d'autre part en tendant le diaphragme qui s'abaisse et refoule en bas et en avant les organes intra-abdominaux, puis faire de brusques et énergiques expirations en relâchant vivement les muscles inspirateurs en contraction. Le propre poids des épaules qui retombent et des côtes qui s'abaissent suffit pour chasser l'air et vider les poumons. On peut du reste compléter l'expiration en contractant les muscles expirateurs. Il faut éviter de resserrer la glotte et de produire une expiration bruyante. Cet exercice respiratoire doit être répété 16 à 18 fois par minute, toujours avec la même énergie.

La gymnastique respiratoire constitue la base de toute bonne gymnastique : c'est même, jusqu'à 5 à 7 ans, la seule gymnastique à imposer à l'enfant, dont il faut avant tout développer la puissance respiratoire et fortifier les poumons et le cœur pour le préserver des affections thoraciques si fréquentes et si graves à cet âge et le préparer à des exercices plus fatigants et plus compliqués.

D'ailleurs, la gymnastique respiratoire n'exige pas d'efforts prolongés; pourvu que les mouvements choisis soient exécutés avec méthode et conviction, une séance d'une minute matin et soir, de 5 minutes au plus, est bien suffisante; mais la pratique de ces exercices doit être régulière, constante, persévérante et devenir une habitude aussi naturelle que celle des soins de toilette chaque jour. Au milieu des jeux et des distractions qui lui conviennent, il faut que l'enfant, haletant et suant, apprenne à respirer convenablement comme il apprend à s'essuyer, à se laver, à se désaltérer; il faut que sa jeune volonté soit exercée à satisfaire les besoins naturels. Les adolescents et les jeunes gens peuvent facilement exécuter tous les exercices respiratoires dans une seule séance; mais ils doivent les répéter souvent, prendre l'habitude de les pratiquer avec énergie et suivant la cadence normale, et surtout en bien comprendre le but et l'utilité pour savoir les appliquer comme il convient dans le cours ou après tout exercice qui fatigue ou essouffle. Après des efforts violents, l'essoufflement qui survient avertit que l'organisme éprouve le plus pressant besoin de se débarrasser des résidus gazeux de la combustion et de se ravitailler en combustible : c'est un signe qu'il ne faut jamais négliger sous peine de forcer la machine et d'en détraquer les rouages si délicats. C'est alors qu'il importe de savoir amplifier l'inspiration, et surtout compléter l'expiration pour éliminer au plus vite l'acide carbonique en excès qui gêne e fonctionnement de la machine, et augmenter la quantité d'oxygène qui va revivifier le sang et lui permettre de reproduire de la chaleur et de continuer le travail. La respiration étant ainsi plus large et les échanges gazeux mieux assurés et plus complets, la circulation est plus active, l'essoufflement disparaît vite et le cœur n'a pas le temps de se fatiguer, puisque l'embarras de la circulation est de courte durée : il se fortifie au contraire en luttant contre un obstacle passager. D'autre part, les poumons, dans ces grands mouvements d'expansion et de retrait, exercent leur élasticité et deviennent à la longue plus résistants, moins exposés aux congestions passives et moins impressionnables aux variations atmosphériques. Enfin, il est facile de comprendre que l'habitude de ces mouvements respiratoires, en augmentant la capacité vitale des poumons et en activant l'entrée et la sortie de l'air, ne facilite pas seulement la disparition rapide de l'essoufflement, elle permet encore de reculer son apparition et, par contre-coup, elle accroît la puissance de travail et la résistance à la fatigue.

En clinique, la gymnastique respiratoire trouverait encore maintes occasions d'exercer son action bienfaisante. En général, on respire mal, on ne sait pas bien manier son soufflet thoracique : c'est là une vérité d'observation qui, je crois, sera facilement acceptée par la grande majorité des praticiens et qu'il est d'ailleurs facile de contrôler sur les malades de chaque jour.

Celui-ci inspire pas saccades, sa poitrine ondule incessamment, et il est difficile de distinguer l'inspiration de l'expiration; celui-là respire vite, comme s'il était essoufflé, l'inspiration est rapide et superficielle et l'expiration exagérée et bruyante; son voisin ouvre démesurément la bouche pour inspirer et la ferme pour expirer, en sorte que l'expiration par le nez est brusque, soufflante et semble un éternûment; un autre plus malin inspire largement, profondément, comme il convient, puis, pour expirer, il contracte sa glotte et produit une expiration sifflante, trachéale, étranglée et comme râlante.

En résumé, quand on recommande à un malade d'accentuer son souffle et de respirer avec énergie, il augmente d'ordinaire la fréquence des mouvements respiratoires au lieu d'augmenter leur amplitude; il accélère la cadence tandis qu'il faut exagérer l'ampleur, de là, une source de fausses indications et par conséquent de fausses interprétations pour un observateur non prévenu. Ainsi l'inspiration est trop rapide et pas assez profonde, tandis que le plus souvent l'expiration est exagérée dans sa durée et son intensité. C'est sur ce second temps de la respiration que le sujet exerce l'effort qu'on lui demande, mais c'est l'inspiration qu'il est surtout nécessaire de surveiller et de bien diriger.

Tous les malades ont le plus grand intérêt à acquérir une respiration régulière et profonde. D'abord, l'auscultation est plus facile et plus sérieuse, le diagnostic plus exact et l'intervention plus rationnelle et plus efficace. D'autre part, des respirations amples et énergiques permettent de dissiper l'obscurité de certains points de la poitrine et en particulier des sommets des poumons qui sont comme des points morts, non ventilés, où les bacilles de Koch se réfugient et pullulent à l'aise.

Il est à remarquer, en effet, que ce sont les parties les moins mobiles, les moins aérées des poumons qui sont le siège de prédilection des lésions tuberculeuses. En les mobilisant, en les ventilant par de profondes inspirations, les alvéoles pulmonaires se déplissent, se distendent, leur élasticité entre en jeu et se développe grâce à cette gymnastique régulière et journalière; les poumons se fortifient à la longue, résistent mieux aux infections microbiennes et deviennent moins exposées aux congestions passives et moins impressionnables aux variations atmosphériques.

Souvent la diminution du murmure vésiculaire qu'on observe sous une clavicule et qui peut faire craindre une infiltration tuberculeuse provient tout simplement d'une insuffisance de ventilation, et en apprenant au patient à amplifier souvant ses inspirations, il suffit de 2 à 3 jours pour que le bruit respiratoire s'accentue et dissipe toute inquiétude.

Pendant la défervescence des maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, dès que le malade reprend la conscience de ses actes et sa force de volonté, il est très important de lui apprendre à amplifier sa respiration dans le décubitus dorsal, et plusieurs fois par jour pour prévenir ou dissiper les congestions passives des poumons si fréquentes et parfois si graves et agrandir le champ de l'hématose et activer la nutrition générale. Avec ces respirations renforcées, la convalescence est plus régulière et la guérison est solide et m'a paru plus prompte.

Enfin la gymnastique respiratoire est tout indiquée et m'a semblé surtout efficace dans le décours d'une pneumonie pour en hâter la résolution et favoriser le retour de la perméabilité des poumons; dans la pleurésie à son déclin pour provoquer l'expansion vésiculaire et enrayer le retrait des côtes et la déformation thoracique; dans les affections organiques du cœur en soulageant ses efforts, en activant l'hématose et en favorisant l'hypertrophie compensatrice, et même dans la péricardite en voie de résolution, en enrayant la symphyse cardiaque et en mobilisant les adhérences.

En somme, pour rétablir la santé aussi bien que pour l'améliorer, il faut d'abord savoir bien respirer.

La discipline de la toux chez les tuberculeux,

Par le Dr F. Lalesque (1),

Correspondant de l'Académie de médecine.

I. — Après examen d'un tuberculeux venu pour se soumettre à la cure climathérapique, j'ai coutume de résumer, en quelques formules concises, les règles fondamentales de cette cure. Au nombre de ces formules figure la suivante : Ne pas tousser sans cracher. Qu'est-ce à dire?

La toux est un phénomène réflexe, un acte respiratoire modifié — tout comme l'effort, le bâillement, le hoquet, le rire, l'éternuement — que caractérise une expiration brusque, faisant vibrer les lèvres de la glotte rétrécie, ébranlant le thorax de secousses variables en leur fréquence, en leur intensité.

Elle est « une réaction de défense de l'organisme à une excitation périphérique dont le point de départ est presque toujours une des terminaisons sensitives du pneumogastrique, étalées de la muqueuse des cordes vocales aux dernières ramifications bronchiques » (Martinet).

Mais le point initial de cette excitation périphérique — qu'elle prenne la voie centripète du vague, du trijumeau ou de tout autre nerf sensoriel — peut siéger en dehors des voies respiratoires proprement dites. Telles les excitations parties de la plèvre, des ganglions médiastiniques, du pharynx, des fosses nasales, de l'estomac, de l'intestin, etc.

La toux provoquée par les excitations venues de ces divers organes est dite toux réflexe, terme certainement impropre,

1. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 10, p. 165.

car la toux est toujours réflexe, mais consacré par l'usage. Mieux vaudrait physiologiquement la qualifier toux extra-respiratoire, par opposition à la toux provenant de l'arbre laryngo-broncho-pulmonaire : toux respiratoire. Dans la pratique, cette désignation nouvelle, loin de préciser les choses, y apporterait la confusion.

Le tuberculeux subit les secousses expiratoires de ces deux variétés de toux. Mais la variété la plus fréquente, chez lui, est la toux qui relève uniquement de l'excitation du nerf sensible des voies respiratoires, à sensibilité variable il est vrai; obtuse au-dessous de la glotte, exquise au-dessus de celle-ci, dans le larynx en particulier.

Seule cette dernière variété de toux peut être disciplinée; la toux dite réflexe échappant à toute action autre que l'action médicamenteuse.

II. — Trois ordres de phénomènes, dans la tuberculose pulmonaire, provoquent l'irritation des extrémités sensitives du pneumogastrique. Deux sont communs à toutes les maladies des voies respiratoires : inflammation de la muqueuse, présence des produits de sécrétion morbide. Le troisième relève du tubercule même, jouant le rôle de corps étranger (petite toux sèche du début, en particulier).

Quel que soit celui de ces trois agents — inflammation, produit de sécrétion, tubercule — qui provoque les filets sensoriels du vague, la sensation accusée par le malade est identique. Selon sa propre expression, il éprouve, dans la gorge, un picotement pénible, un chatouillement agaçant qui le force de tousser. S'il pouvait faire cesser ce picotement, arracher de sa gorge ce qui tant l'incommode, il ne tousserait plus, lui semble-t-il. Et de fait, « la plupart des malades livrés à eux-mêmes prennent l'habitude inconsciente de tousser par quintes dès qu'ils sentent vers le larynx, la trachée ou la partie supérieure de la poitrine, le moindre chatouillement » (Sabourin).

On prévoit d'ici le résultat immédiat. Ou bien l'irritation résulte, soit de l'inflammation, soit de la présence du tubercule; en ce cas, la toux n'aboutit pas, elle est sèche; ou bien l'excitation dépend des sécrétions morbides; en ce cas, le violent courant d'air expiratoire produit, au travers de la glotte rétrécie, par les secousses de la toux, amène le rejet d'une expectoration : la toux est humide.

La toux sèche est inutile parce que sans but, sans résultat. La toux humide poursuit un but, atteint un résultat, elle est utile. D'où l'indication de supprimer la première, et de réduire au strict nécessaire, au minimum possible, la seconde.

L'importance de cette double indication a-t-elle besoin d'une démonstration? Je ne le pense pas. Chez le tuberculeux, la toux, d'où qu'elle vienne, humide ou sèche, utile ou inutile, détermine un ébranlement de tout l'appareil broncho-pulmonaire infecté ou ramolli. A la deuxième et à la troisième période anatomique de la maladie, le tuberculeux est — qu'on me passe la hardiesse de la comparaison — un fracturé pulmonaire chez lequel tout effort respiratoire, si modéré soit-il, retarde la consolidation.

Si, dans bien des maladies, le repos de l'organe constitue une pratique de première valeur, cela est surtout vrai en phthisiothérapie. Plus on laissera au calme l'arbre broncho-pulmonaire, plus le tuberculeux en tirera bénéfice pour sa guérison. Cela est d'observation tellement courante qu'on doit non seulement interdire le chant, le cri, la course, l'ascension d'un escalier — tous phénomènes susceptibles de provoquer la toux — mais souvent aussi imposer un silence vocal relatif ou absolu.

III. — Comment remplir la première de cette double indication : suppression de la toux sèche, inutile? Faut-il avoir recours aux nombreuses médications tant prônées, parmi lesquelles la narcotisation figure au premier rang? Nullement. Ce serait une mauvaise action thérapeutique, hors les cas de toux dite réflexe, dont nous ne nous occupons pas ici.

On supprime la toux sèche, inutile, en la disciplinant. Pour cela, il faut rappeler au malade que les efforts de toux qu'il provoque se terminent le plus souvent par rien du tout, sinon par une fatigue énorme, de la congestion céphalique et même par un vomissement, sans faire cesser leur chatouillement laryngé ou trachéal; il faut lui faire comprendre que cet effort « de toux soi-disant destiné à faire cesser son chatouillement a simplement pour effet d'irriter, de congestionner les voies respiratoires supérieures et d'entretenir la quinte. Il n'y a pas de raison pour que cela finisse » (Sabourin).

Après démonstration au malade de l'inutilité et des inconvénients de ses efforts, le médecin doit le convaincre de la nécessité et de la possibilité, pour lui, d'arrêter la toux par l'exercice de la volonté. C'est l'action inhibitoire centrale exercée par suggestion à l'état de veille.

Le malade doit tendre toute sa volonté à résister et non plus à répondre à la sensation du chatouillement. On connait la formule, aujourd'hui classique, de Detweiler à ses malades : « Quand vous avez une démangeaison en public, vous ne vous grattez pas. Eh bien! la toux sans crachats, c'est le grattage de la gorge qui démange; ne vous grattez pas la gorge en public. »

Cette intervention énergique de la volonté agit parfois avec une extrême rapidité. Tel le fait rapporté par Knof : « Lors de ma visite à Falkenstein, j'étais assis à la table du dîner; on m'avait donné la place d'honneur, près du maître; pas loin de nous était assis un confrère phthisique. Il toussait, toussait et continuait à tousser. M. Detweiler me dit à voix basse : « Vous voyez ce confrère quinteux, eh bien! je lui dirai après dîner de ne plus tousser ou de prendre seul ses repas chez lui, car il n'a pas besoin de tousser. » Le soir même, pendant le souper, notre malheureux confrère était à sa place, mais il ne toussa pas une seule fois pendant toute la durée du repas. »

Cette discipline de la toux peut s'obtenir partout. S'il est vrai que dans les sanatoria les tuberculeux ne toussent pas, cela est non moins vrai en clientèle privée. Le climat ou la claustration n'a rien à faire ici. Seule la conviction du médecin, seule sa puissance suggestive, née de sa conviction, seule sa ténacité dans le but à atteindre, constituent les facteurs de ce résultat.

Aussi bien l'intervention de la volonté peut-elle être infructueuse, parce que maladroite. Certains malades, au début, tout en faisant appel à leur volonté, se contractent, suspendent tout mouvement respiratoire, arrivent à suffoquer, et tout d'un coup laissent éclater leur toux en éclaboussant l'entourage. Il y a donc lieu d'enseigner au malade comment il doit respirer quand le chatouillement laryngé se produit et que l'action inhibitoire de la volonté intervient. A ce moment précis, il fermera la bouche doucement, sans contraction, et par la voie nasale fera une série d'inspirations lentes, calmes, profondes, qui ne devront cesser qu'avec la sensation laryngée elle-même.

Tout cela est aussi simple dans la pratique qu'en théorie. Que si, dans « les premiers jours, le patient est obligé d'avoir son attention à tout instant éveillée pour cette petite manœuvre, bientôt cela devient purement instinctif et inconscient » (Sabourin). En la disciplinant, il a supprimé la toux sèche, la toux inutile.

IV. — Reste la toux humide, la toux utile et même peut-on ajouter : toux bienfaisante, qui déblaye les voies respiratoires d'un produit morbide.

Plus encore que pour la toux sèche, toute intervention médicamenteuse serait malséante en prolongeant, dans les bronches, la stagnation des crachats. La toux humide veut être respectée. Au surplus, elle échappe à toute intervention psychique. Elle doit fatalement aboutir : la volonté, tel mode respiratoire qu'on adoptera, sont impuissants à l'enrayer.

Mais encore y a-t-il lieu de la modérer. Que, pour expectorer un crachat, le tuberculeux donne plusieurs coups de toux, c'est une faute. La fatigue pulmonaire qui en résulte est hors de proportions avec le bénéfice réalisé. Là encore, le malade doit s'étudier à ne pas répondre au picotement de la gorge, à se retenir lorsque l'expectoration va se produire. Il attend, avec calme, que le crachat se détache seul et n'ait plus besoin que d'une ou deux secousses pour être expulsé : un coup de toux pour un crachat : tel est l'idéal, souvent réalisé d'ailleurs. Certains malades arrivent à un résultat tout à fait remarquable, qui se débarrassent de leurs crachats, sans tousser, par simple expulsion.

Voilà comment, par la discipline, le tuberculeux supprime la toux sèche et inutile; respecte, modère la toux humide et utile. Il ne tousse que pour cracher.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. Gangolphe.

Un cas de tumeur linguale d'origine glandulaire,

Par M. Charles Viannay,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons observé, dans le service de notre maître M. Gangolphe, un homme atteint d'une tumeur linguale qui, enlevée une première fois, récidiva *in situ*, 3 ans 1/2 plus tard. L'examen histologique de cette seconde tumeur, fait par M. le Professeur agrégé Paviot, médecin des hôpitaux, montra que c'était une tumeur ayant pour point de départ les glandes de la muqueuse linguale.

C'est là une variété très rare d'épithéliome de la langue; nous n'en avons trouvé aucun exemple dans la littérature chirurgicale. Les traités classiques, d'ailleurs, ne signalent pas cette variété de tumeurs; ils rejettent, d'un commun accord, l'existence des épithéliomes linguaux d'origine glandulaire, en se fondant sur les recherches de Robin et de Thiersch.

« Deux origines sont *a priori* possibles pour l'épithéliome lingual, écrit M. Broca, dans le *Traité de chirurgie* (Duplay et Reclus) :

« Ou bien il naît aux dépens de l'épithélium de la muqueuse;

« Ou bien il naît aux dépens de l'épithélium qui revêt les glandes annexées à cette muqueuse. Mais cette variété glandulaire ou folliculaire semble ne pas exister, d'après les recherches de Ch. Robin, de Thiersch. »

M. Morestin (1) fait à ce sujet quelques réserves. « ... On a admis, écrit-il, que tous les cancers (de la langue) prennent naissance aux dépens de l'épithélium de la muqueuse. Cependant, tout n'est peut-être pas dit là-dessus. Certains cas semblent établir d'une façon nette l'existence d'un cancer d'origine glandulaire; ces faits doivent être assez rares, mais la question mériterait d'être reprise, et de nouvelles recherches apporteraient peut-être sur ce point délicat une solution définitive. »

Or le cas que nous allons rapporter justifie pleinement les prévisions de M. Morestin.

Nous le donnons à titre de document pouvant servir à l'histoire, à peine ébauchée, des épithéliomes linguaux d'origine glandulaire.

Notre malade est un cultivateur de l'Ardèche, actuellement âgé de 67 ans. Il n'a aucun antécédent pathologique. On ne découvre dans son passé aucune trace de syphilis; il nie l'alcoolisme mais avoue être un *fumeur* invétéré.

Sa dentition est depuis longtemps défectueuse et il a toujours été, dit-il, un peu sujet aux maux de dents. Ceux-ci sont devenus plus fréquents et plus intenses depuis une dizaine d'années. Le siège de prédilection de ces névralgies dentaires était la moitié gauche de la mâchoire inférieure. Le malade, s'étant fait arracher en ce point 4 dents successivement, se trouva notablement soulagé.

Il insiste sur ces particularités, ne doutant pas qu'il existe une relation entre ses anciennes douleurs dentaires et l'apparition de sa tumeur.

Celle-ci débuta dans le bord gauche de la langue, en regard des anciennes dents, mais 5 ou 6 ans après leur avulsion.

Cette tumeur, petite au début, augmenta lentement de volume et devint bientôt le siège de quelques douleurs, Au bout d'un an, ces douleurs augmentant, ainsi que la gêne de la mastication et de la déglutition, le malade vint se présenter à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il fut admis dans le service de M. Gangolphe, le 24 juillet 1897.

On constatait alors, au niveau du bord gauche de la langue, près de sa pointe, une tumeur, pas très bien limitée, ayant environ le volume d'une grosse noix, lisse et arrondie. Sa coloration rosée contrastait avec la teinte saburrale du reste de la langue.

Cette tumeur faisait, sur le dos de la langue, une légère saillie qui s'étendait jusqu'à la ligne médiane et la dépassait même quelque peu. Le maximum de saillie de la tumeur se voyait en bas et à gauche du côté de la face inférieure de la langue. En ce point existait une petite ulcération arrondie, dont le diamètre égalait à peine celui d'une pièce de 50 centimes. Ses bords étaient réguliers et de coloration blanchâtre; son fond très peu creusé, gris rosé du côté de la pointe, était recouvert, en arrière, d'un léger enduit jaunâtre. Cette ulcération n'était la source d'aucune hémorrhagie, et donnait naissance à un suintement presque nul et sans odeur.

Au palper, la tumeur donnait une sensation de dureté, assez voisine de la consistance ferme normale de la langue. Cet examen était peu douloureux; la tumeur, d'ailleurs, était à peu près indolore lorsque la langue restait au repos. En revanche, les mouvements de traction et de torsion exercés sur cet organe éveillaient une vive douleur.

1. Le Dentu et Delbet (*Traité de chirurgie*, t. VI, p. 240).

Le malade souffrait également dans sa gencive inférieure gauche et cette douleur était plus pénible que celle qui lui venait de sa langue.

L'examen de la région sus-hyoïdenne permettait de sentir un ganglion du côté gauche et trois du côté droit.

L'état général était relativement bon; cependant cet homme avait maigri depuis l'apparition de sa tumeur qui gênait la mastication et la déglutition.

M. Gangolphe fit l'ablation de cette tumeur et des ganglions suspects. Le malade guérit rapidement et retourna chez lui.

Après 3 ans et 1/2 (novembre 1900), cet homme recommença à éprouver des douleurs dans le bord gauche de la langue et vit se développer, au niveau de sa cicatrice linguale, une nouvelle tumeur en tous points semblable à la première.

Le 1er février 1901, il entrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Gangolphe.

A son entrée on constate, sur le bord gauche de la langue diminuée et déformée par la première intervention, une petite tumeur arrondie, du volume d'un gros marron. Elle forme sur le dos de la langue une voussure dont l'œil reconnaît assez aisément les limites. Sa surface est absolument lisse : la muqueuse qui la recouvre, colorée en rose vif, apparaît distendue par la tumeur sous-jacente, et comme dépourvue de papilles; il n'existe à son niveau aucune ulcération. Elle offre au palper une consistance ferme.

On ne sent aucun ganglion dans les régions sous-maxillaires.

Cette tumeur est le point de départ de douleurs peu vives lorsque la langue est au repos, qui cependant diminuent le sommeil et gênent la mastication.

Le 8 février, M. Gangolphe pratique l'ablation pure et simple de la tumeur à coups de ciseaux, sans faire l'amputation totale de la langue. Pour dépasser les limites du mal, on doit entamer la base du pilier antérieur du voile, et sculpter la tumeur en plein plancher de la bouche.

On lie la linguale sectionnée au cours de ces manœuvres et l'on suture la muqueuse du plancher de la bouche à celle du dos de la langue.

Les suites opératoires furent simples. Le malade fit de fréquents lavages de la bouche à l'eau boriquée; il n'eut presque pas de fièvre. Le 4e jour, il avalait assez bien les liquides; peu à peu, il put recommencer à prendre des aliments solides. Le 20 février il fut présenté guéri à la Société des sciences médicales (1), et le lendemain il quittait l'hôpital.

La tumeur enlevée, sur une coupe, apparaissait à l'œil nu, formée d'un tissu gris rosé, mais surtout gris et dont la coloration tranchait avec celle du muscle lingual sain. Il n'y avait pas continuité entre le tissu pathologique et le tissu sain. Leurs limites respectives étaient très nettes : la tumeur, nettement encapsulée, était entourée par le tissu musculaire qui se faisait concave pour la recevoir, et sur elle passait la muqueuse qu'elle avait distendue sans l'ulcérer.

L'examen histologique (2) a été fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, par M. Paviot, qui nous a remis la note suivante.

« Bien séparée par une coque fibreuse épaisse du muscle lingual sous-jacent est une *tumeur glandulaire* qui se présente sous l'aspect suivant et qui n'a en rien la constitution de l'épithélium ectodermique de la muqueuse de revêtement de l'organe.

« Dans des alvéoles d'assez grandes dimensions, on voit des amas de cellules groupées en amas secondaires; ces nappes sont perforées par des espaces circulaires très clairs, complètement hyalins; ces espaces donnent vaguement l'aspect de tubes glandulaires coupés en travers, mais il n'en est rien, car les cellules qui tapisseraient ces tubes seraient plus ou moins nombreuses suivant que le tube est plus ou moins grand. De plus, fréquemment et sur les plus petits espaces, on voit qu'il s'agit de boules claires, car en baissant le point, on voit la couche de cellules qui environnent la boule dans la profondeur.

« Ce sont en somme des cellules épithéliales de petites dimensions, à protoplasma jaunâtre, faiblement granuleux, qui sont écartées par une sécrétion d'aspect muqueux; cette sécrétion forme des amas sphériques qui grandissent en écartant les cellules.

« Selon toute probabilité, *c'est une tumeur provenant des glandes muqueuses du bord de la langue.*

« Est-elle maligne?

« On voit des nappes continues de ces cellules épithéliales; on en voit qui sont, au contraire, transformées en une nappe de grandes cavités muqueuses, chaque cavité étant entourée d'une enveloppe de deux ou trois cellules seulement.

« Il n'y a pas d'hémorrhagie. *Une capsule fibreuse nette sépare le tissu pathologique du muscle.*

« En somme, d'après ces caractères, il est probable que la tumeur n'est susceptible que d'une récidive *in situ*, si tout n'a pas été enlevé ».

Cette observation nous a paru intéressante d'abord par les résultats de l'examen histologique, ensuite par l'évolution clinique de la tumeur.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une variété très rare de tumeur de la langue : un *épithéliome d'origine glandulaire.*

De plus, il a permis de tirer de la structure de cet épithéliome des déductions extrêmement intéressantes au point de vue pronostique.

C'était une tumeur *encapsulée*. A l'œil nu, on avait bien vu qu'il n'y avait pas continuité entre le tissu pathologique et le tissu sain; mais l'examen histologique est venu mettre l'encapsulement hors de doute, en montrant qu'une *capsule fibreuse nette* séparait le tissu morbide du muscle lingual. En somme, d'après les caractères observés sur les coupes, M. Paviot conclut que la tumeur n'était susceptible que d'une récidive *in situ*, si tout le tissu néoplasique n'avait pas été enlevé.

Il est intéressant de constater que toute l'histoire antérieure du malade concorde parfaitement avec cette manière de voir.

L'évolution clinique de notre tumeur a présenté un certain nombre de particularités intéressantes qui méritent d'être mises en relief.

C'est tout d'abord la lenteur de la repullulation néoplasique : la récidive n'a eu lieu que 3 ans 1/2 après la première ablation; de plus, cette récidive a été exclusivement locale, il n'y a pas eu de nouvelle infection ganglionnaire.

A vrai dire, les symptômes de la tumeur, aussi bien il y a 4 ans que lors de la dernière intervention, étaient plutôt ceux d'une tumeur bénigne, que ceux d'un cancer de la langue.

C'était une tumeur bien limitée, et non point infiltrée dans l'épaisseur de la langue. Elle avait bien amené l'ulcération de la muqueuse, mais *sans l'envahir*. On n'avait pas affaire à une véritable ulcération cancéreuse, mais à une ulcération *mécanique*, par excès de pression excentrique de la part de la tumeur. En effet, cette ulcération était petite, peu profonde, n'avait aucune tendance envahissante et ne donnait naissance qu'à un écoulement insignifiant et sans odeur.

De plus les douleurs étaient bien moins intenses qu'elles ne le sont habituellement dans le cancer de la langue. Notre malade ne souffrait presque pas, lorsque sa langue était au repos. Les mouvements seulement étaient douloureux, mais surtout, semblait-il, à cause des tiraillements et des heurts auxquels ils soumettaient la tumeur. La pression des doigts sur cette dernière était également douloureuse.

Cet ensemble de signes était, comme on le voit, assez

1. Voir *Province médicale*, 23 février 1901, p. 93; ou *Lyon médical*, ou *Gaz. hebd.*, 14 mars 1901, p. 248.

2. Lors de la première intervention, l'examen histologique de la umeur et des ganglions enlevés n'a pas été pratiqué, ou a été égaré.

en faveur de la bénignité, et cadrent très bien avec l'évolution ultérieure de la tumeur. C'est en se basant sur eux que M. Gangolphe, en face de la récidive et sans être en possession des précieux renseignements que devait fournir l'examen histologique, pressentant cependant un processus peu malin, se décida à pratiquer encore l'ablation pure et simple de la tumeur, et non point l'amputation totale de la langue.

Cette opération sera pour le malade une dernière ressource, si une seconde récidive survient. Car bien que le pronostic définitif soit plutôt bon, il ne faut pas oublier que notre tumeur était après tout un épithéliome, qu'elle a récidivé une fois, que la seconde tumeur a eu acquis en peu de mois un volume égal à celui de la première.

Tous ces caractères, opposés à ceux que nous avons énumérés plus haut, semblent faire de cet épithéliome glandulaire, un type de tumeur de malignité relative, intermédiaire entre le cancer proprement dit, ou épithéliome ectodermique et les tumeurs bénignes de la langue, telles que les lipomes et les fibromes.

L'observation prolongée de notre malade et la publication de cas analogues diront si cette hypothèse est exacte et si ces épithéliomes glandulaires de la langue ne sont pas susceptibles de réveils dangereux et de récidives sous une forme plus maligne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 5 Avril 1901.

Déformations coxalgiques du bassin.

M. Ménard et **Chalochet** apportent des bassins d'enfants coxalgiques qui présentent une déformation du type oblique ovalaire avec aplatissements du côté sain. Il est facile d'y constater que l'ossification prématurée du cartilage en Y et l'atrophie de la ligne innominée malade, signalée par les auteurs comme premiers effets de la coxalgie, sont tout à faits exceptionnels. Dans 2 cas seulement le cartilage est ossifié; il s'agit de coxalgie fistuleuse avec infection secondaire intense, et c'est l'ostéite infectieuse qui a déterminé cette ossification. En revanche, le cartilage en Y est le siège d'une suractivité fonctionnelle, d'où hypertrophie et allongement des os au voisinage de l'articulation; la ligne innominée malade est souvent allongée, jamais raccourcie; à distance de l'articulation, l'os est atrophié dans toutes ses dimensions.

Le bassin présente la déformation générale suivante : le grand bassin est asymétrique, l'aile iliaque malade est redressée, relevée et aplatie. Le détroit supérieur est oblique ovalaire, aplati du côté sain. L'excavation présente une voussure au niveau du cartilage en Y sain; elle est aplatie latéralement et offre une saillie des épines sciatiques. Le détroit inférieur est beaucoup plus déformé que ne le signalent les auteurs. L'ischion malade est repoussé en dedans et en arrière, l'ischion sain attiré en avant, la pointe saine déviée vers le côté sain; sa forme est oblique ovalaire, mais il est aplati du côté malade, alors que le détroit supérieur était aplati du côté sain; il est rétréci transversalement et souvent d'avant en arrière. Son centre est transporté vers le côté sain.

Volumineux calculs rénaux latents.

M. Poulain a trouvé, à l'autopsie d'un tuberculeux mort de ramollissement cérébral et de thrombose de la sylvienne, un rein totalement atrophié par lithiase latente : des calculs volumineux remplissent le bassinet et les calices, envoyant des prolongements dans les diverticules. Cette lésion était demeurée absolument latente. L'autre rein ne présentait pas de lithiase.

Ostéome de la faux du cerveau.

M. Poulain apporte une autre trouvaille d'autopsie : une petite tumeur de consistance osseuse occupant la partie inférieure de la faux du cerveau, dans un cas de méningite tuberculeuse. Au microscope, cette tumeur a la constitution d'un ostéome; les lames osseuses s'enroulent autour des vaisseaux.

Le rein dans la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot.

M. Milian rappelle qu'il est classique d'écrire que la bile est une substance très toxique pour le rein et que son élimination par les urines provoque l'albuminurie. Or l'étude du rein dans la maladie de Hanot démontre précisement le contraire. Dans cette maladie, en effet, où la cholurie persiste pendant des années, l'albumine est constamment absente, même aux périodes terminales, et la quantité de matériaux solides reste normale lorsque la fonction hépatique n'est pas trop profondément atteinte.

Bien mieux, la polyurie est la règle; le taux des urines oscille autour de deux litres en 24 heures.

La bile n'est donc pas un poison pour le rein, et le virus qui produit ici la lésion hépatique n'est pas non plus toxique pour le rein.

L'autopsie confirme ces données : les reins sont sains macroscopiquement et même hypertrophiés. Il peuvent peser à eux deux 610 grammes, tandis que normalement ils pèsent ensemble 280 grammes. Il y a donc une augmentation de volume de plus du double, ce qui paraît une hypertrophie fonctionnelle en rapport avec la polyurie.

Au microscope, comme on peut le voir sur la préparation que nous apportons ici, le rein est indemne aussi; glomérules et tubes sont intacts. Il n'existe pas la moindre trace de sclérose ni d'infiltration cellulaire.

Éosinophilie, réaction des parasites animaux.

M. Milian présente des coupes microscopiques de sarcosporidiose de muscles de bœuf. Le parasite est détruit par une violente réaction leucocytaire; il n'en persiste que de rares individus.

Or la réaction leucocytaire locale est représentée par des mononucléaires, des mastzellen, et surtout un nombre considérable d'éosinophiles.

Cette éosinophilie locale est à rapprocher de l'éosinophilie sanguine observée par l'auteur avec M. Tuffier dans plusieurs cas de kyste hydatique de l'homme, notion qui peut cliniquement servir au diagnostic étiologique.

L'éosinophilie a été observée aussi par MM. Achard et Lœper dans un cas de ladrerie humaine.

Peut-être l'éosinophilie appendiculaire est-elle en rapport avec l'infection vermiculaire qui a été récemment invoquée par M. Metchnikoff.

Il semble donc bien que l'éosinophilie soit souvent une réaction provoquée par les parasites animaux.

SOCIETE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 Mars 1901.

Séméiologie des hémorrhagies orbitaires spontanées.

M. Morax. — Une femme de 58 ans est prise brusquement, à 7 heures du matin, et sans cause apparente, d'une très légère douleur de la région sourcilière droite, en même temps que se produisent de l'exophthalmie avec perte complète des

mouvements de globe oculaire de ce côté et de la diplopie. L'examen ophthalmoscopique pratiqué le jour même montre qu'il s'agit d'une exophthalmie axile irréductible, avec ophthalmoplégie externe complète sans aucun trouble de la pupille et sans modifications apparentes de la circulation intra-oculaire. L'acuité visuelle est de 5 p. 20 dans l'œil droit et de 5 p. 7 à gauche, mais la malade ne peut dire si la vision était semblable dans les deux yeux avant le trouble actuel. Ces différents symptômes persistent pendant 48 heures, puis disparaissent complètement, et le globe oculaire retrouve tous ses mouvements.

En discutant le diagnostic, on voit que seule une hémorrhagie veineuse dans l'entonnoir musculaire de l'orbite peut expliquer la production brusque de ces symptômes et leur disparition rapide aussi complète. Ce qui fait penser à la nature veineuse de l'hémorrhagie, c'est le peu de retentissement qu'elle a eu sur la circulation intra-oculaire.

M. Jocqs trouve qu'un tableau clinique semblable peut être produit par l'emphysème. Dans un cas de fracture des os propres du nez, il a vu l'emphysème de l'orbite se produire sous ses yeux au moment d'un éternuement : au bout de 24 heures, la résorption était complète.

M. Antonelli. — L'absence de troubles circulatoires du fond de l'œil ne suffit pas à démontrer qu'il s'agit d'une hémorrhagie veineuse plutôt qu'artérielle de l'orbite. En effet, les branches collatérales fournies par l'artère ophthalmique après l'artère centrale de la rétine pourraient donner un hématome modéré dans le cône musculaire, sans entraves de la circulation papillaire.

M. A. Terson. — Dans les cas de ce genre, il y a intérêt à rechercher avant tout l'état du système circulatoire, des artères et du cœur, aussi bien dans le but de retrouver l'étiologie de l'hémorrhagie que pour instituer un traitement et une hygiène prophylactique. Il peut être même utile d'apprécier l'état de la tension artérielle à la temporale ou à la radiale. Les hautes tensions coexistent souvent avec l'artériosclérose généralisée, d'où des vaisseaux friables et toujours sous une pression dangereuse.

M. Morax fait remarquer qu'en admettant que l'air puisse ne pas s'infiltrer dans les paupières, il donne toujours lieu à un refoulement en masse du contenu orbitaire. Dans ce cas d'ailleurs, l'infiltration d'air serait inexplicable puisqu'il n'y a eu ni traumatisme, ni éternuement violent, ni effort pour se moucher. Il n'est pas nécessaire d'admettre que la quantité du sang épanché soit très considérable, car nous savons que l'exophthalmie provoque une tumeur même très petite logée dans l'entonnoir musculaire, et cette faible quantité de sang épanché nous explique la rapidité de la résorption.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 23 Janvier 1901.

Moignon artificiel en vaseline pour la prothèse oculaire.

M. Rohmer présente un opéré qui a subi l'énucléation de l'œil gauche il y a 15 jours et à qui il injecta de la vaseline liquide dans le tissu cellulaire sous-conjonctival.

S'inspirant du travail de Gersuny (de Vienne) qui recommande ce procédé pour remplacer un testicule absent, pour soutenir et renforcer le voile du palais après suture d'un bec de lièvre, pour relever les cicatrices déprimées de la face, enrayer les varices, remplacer un sein amputé, oblitérer un orifice herniaire, enfin renforcer les sphincters vésicaux et rectaux, M. Rohmer a pensé qu'on pourrait peut-être par ce moyen remplacer le moignon de l'exentération destiné à soutenir l'œil artificiel et à éviter la difformité si repoussante que présente l'individu ayant subi une énucléation, difformité que la plus belle prothèse n'arrive pas souvent à atténuer. La vaseline, injectée dans le tissu sous-conjonctival, y demeure indéfiniment en place sans s'altérer et sans produire d'irritation. Ainsi se trouve résolue aussi en même temps qu'éliminée la question des greffes de corps étrangers (boules de métal, de verre, pelotes de soie, d'éponges, yeux d'animaux, etc.), destinés à produire un moignon devant remplacer celui de l'exentération et soutenir l'appareil prothétique.

Chez le patient opéré et présenté par M. Rohmer, c'est 15 jours après l'énucléation que l'auteur fit une première injection d'environ 2 centimètres cubes de vaseline liquide dans le centre de la cicatrice conjonctivale. 8 jours après, seconde injection d'environ 1 centim. cube 1/2; celle-ci date de 2 jours. Aujourd'hui même on a appliqué l'œil artificiel, et on peut dire que, comme aspect, le résultat est parfait. On ne voit surtout pas le fameux sillon cadavérique de la paupière supérieure, et l'œil de verre est doué de mouvements assez étendus.

Les suites des injections ont été extrêmement simples. L'opéré n'a ressenti qu'une douleur très modérée et pendant quelques instants seulement. Il n'est survenu ni gonflement ni œdème consécutifs. L'injection doit être faite avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, telles que les a recommandées Gersuny, et après cocaïnisation de la conjonctive.

Cœur avec persistance du trou de Botal.

M. Spillmann présente le cœur d'une jeune fille de 20 ans, atteinte de maladie bleue avec persistance du trou de Botal.

Cette malade était venue plusieurs fois au service depuis l'âge de 12 ans; elle avait subi un arrêt de développement très marqué avec scoliose vertébrale : la face et les membres étaient fortement cyanosés, bleuis depuis la naissance.

Le 8 janvier dernier, la malade arrive à l'hôpital la face bouffie, noire, les conjonctives injectées; jugulaires saillantes, énormes; pouls petit, dépressible. Membres inférieurs œdématiés. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal. Roulement présystolique et souffle systolique à la pointe. Dédoublement du premier bruit au niveau de l'appendice xyphoïde.

Le soir même de son entrée la malade tombe dans un état comateux avec déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Urines involontaires (non albumineuses). On applique des sangsues derrière les oreilles et à l'anus. La malade succombe le 10 janvier au matin.

A l'autopsie on trouve les oreillettes distendues, gorgées de gros caillots récents. Le trou de Botal a la dimension d'une pièce de 2 francs; il est recouvert d'une membrane très mince, fenêtrée, ressemblant à une vraie toile d'araignée; les orifices de communication sont nombreux, allongés, ovalaires. Les valvules mitrales et tricuspides sont suffisantes. Muscle cardiaque pâle. L'artère pulmonaire est plus volumineuse que l'aorte qui est athéromateuse. Foie muscade. Reins congestionnés. Poumons très congestionnés avec quelques nodules tuberculeux aux sommets. Adénopathie trachéo-bronchique. Les méninges sont congestionnées. Congestion très marquée de l'encéphale. A la coupe de Flechsig, piqueté hémorrhagique intense du centre ovale. Dans les ventricules latéraux, sérosité offrant une teinte hémorrhagique.

M. Guillemin, à l'examen de la pièce, attire pour sa part l'attention sur l'existence en avant du trou de Botal du côté de l'oreillette droite d'une sorte de valvule à une seule valve munie de cordages tendineux et semblable aux valves de la mitrale ou de la tricuspide. Il se demande si, du vivant de la patiente, elle n'obstruait pas en tout ou partie l'orifice interauriculaire au moment de la contraction des oreillettes.

Déformation consécutive à la résection du genou chez un enfant.

M. P. André. —Il s'agit d'un garçon âgé aujourd'hui de 14 ans qui avait été réséqué du genou à l'âge de 6 ans pour tumeur blanche. Il est resté guéri de sa tuberculose, et son membre était parfaitement solide 3 mois après l'opération. Depuis cette époque, l'enfant marche sans appareil. Mais, environ au bout d'un an, la jambe commença à se fléchir et peu à peu, bien que la soudure osseuse fût parfaite, la flexion augmenta progressivement. Il s'y joignit en même temps du valgus avec rotation en dehors. La flexion était arrivée à un angle très aigu, ce qui obligeait le malade pour marcher à fléchir d'autant la jambe saine. Il marchait accroupi en s'aidant d'une petite canne.

D'après les cas très nombreux que M. André a recueillis,

cette flexion est certainement due à l'opération et résulte d'une croissance irrégulière de l'os aux dépens des cartilages de conjugaison voisins du genou. M. André a dû pour redresser le membre pratiquer une résection cunéiforme étendue. Le membre est aujourd'hui rectiligne et solide, mais raccourci d'environ 12 centimètres. Ce fait montre, comme bien d'autres analogues, qu'on ne doit jamais faire de résection du genou chez l'enfant au-dessous de 14 à 15 ans.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

REUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 12 Mars 1901.

Invagination de l'intestin.

M. Helbing. — Une femme de 39 ans est prise brusquement de douleurs abdominales avec constipation et vomissements. Au bout de 5 jours, quand elle entre à l'hôpital, on trouve le ventre affaissé et les muscles de l'abdomen contractés et douloureux au toucher. Au toucher vaginal, on sent, à droite, un corps allongé, mobile, sans connexion avec les organes génitaux.

On fait la laparotomie et on constate que le corps qu'on sentait au toucher vaginal est formé par deux anses intestinales invaginées un peu au-dessus du cæcum. La désinvagination n'était pas possible, on fait une résection des parties invaginées. Guérison.

Depuis le début des accidents, la malade n'a pas eu de selles sanguinolentes.

Déchirure de l'appareil ligamentaire du genou.

M. Körte a reçu dans son service un cocher qui, après avoir reçu un coup de pied de cheval au niveau du genou, ne pouvait plus étendre son genou. Au-dessus de la rotule existait nettement un enfoncement, et à la palpation on sentait un petit corps dur dans le tendon des triceps. On admit donc l'existence d'une fracture de la rotule, mais la radiographie montra que la rotule était intacte.

Lorsqu'au bout de 12 jours l'épanchement du sang fut résorbé, M. Körte sutura le tendon du triceps ainsi que les parties latérales de la capsule articulaire également déchirée. Les résultats fonctionnels furent excellents.

M. Israël, qui a eu à intervenir dans un cas analogue, a constaté à cette occasion que le tendon était brunâtre et moins brillant qu'à l'état normal. Il pense donc que cet aspect particulier correspond à des modifications pathologiques qui favorisent la rupture du tendon.

Etranglement intestinal par l'appendice enflammé.

M. Hermes. — Une jeune fille sujette depuis son enfance à des maux de l'estomac, survenant principalement après l'ingestion de certains aliments, est prise un jour de douleurs abdominales violentes et de vomissements. Elle garde le lit pendant quelques jours, puis, se sentant mieux, se lève, reprend ses occupations, mais 3 jours plus tard, les vomissements et les maux du ventre reviennent, et elle se décide d'entrer à l'hôpital.

A l'examen, fait par conséquent au 8e jour après le début des accidents, on ne trouve pas de météorisme abdominal ni de matité, mais une douleur localisée à la région épigastrique et des vomissements. Le lendemain les vomissements devinrent plus fréquents; les douleurs s'étendirent à tout l'abdomen qui devint ballonné, l'état général s'aggrava. Bien que la malade n'ait jamais vomi de sang, on pensa à une péritonite par perforation d'un ulcère stomacal, ou bien encore un iléus, car depuis 24 heures la malade n'a pas eu de selles ni d'émission des gaz par l'anus.

On fit donc la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen on ne trouva pas de péritonite ni de lésions du côté de l'estomac. L'intestin grêle était distendu, le cæcum affaissé, et dans la cavité abdominale se trouvaient 200 grammes environ de liquide sanguinolent. Dans la fosse iliaque droite on sentait une tumeur et une bride.

L'examen de la région montra que la tumeur était formée par un paquet d'anses intestinales, et que la bride était constituée par l'appendice recourbé dont le sommet était soudé au cæcum.

L'appendice, à l'intérieur duquel se trouvait un abcès, fut extirpé, et l'obstacle à la circulation des matières ainsi levé. La malade guérit.

M. Helbing a observé un cas analogue.

Il s'agissait d'une femme de 68 ans qui avait maigri depuis quelque temps et présentait de temps en temps de la constipation qui cédait au bout de quelques jours.

Il y a 8 jours, cette malade a eu sa crise de constipation qui, cette fois, se compliqua de vomissements, lesquels vomissements devinrent fécaloïdes au bout de 48 heures. D'après l'examen de la malade dont le ventre était considérablement augmenté, on a conclu à l'existence d'un carcinome. On fit la laparotomie et on trouva une péritonite tuberculeuse avec brides sur lesquelles s'était étranglé l'intestin grêle. La section de quelques brides fit disparaître les accidents d'obstruction intestinale et la malade guérit en même temps de sa péritonite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 1er Avril 1901.

Acromégalie.

M. A. Fränkel. — On sait que, relativement à la pathogénie de cette affection, certains auteurs soutiennent avec Mendel que l'hypophyse ne joue pas un rôle spécial et qu'elle est lésée seulement au même titre que nombre d'autres organes glandulaires (corps thyroïde, mamelle, glandes génitales, pancréas, etc.).

Or, dans un cas observé dans son service par M. Fränkel, il s'agissait d'une femme de 53 ans, chez qui la ménopause était survenue à 36 ans et qui présenta, 7 années plus tard, les premiers signes de l'acromégalie. En plus des symptômes classiques, on notait chez elle des sueurs très abontantes ; le cœur était extrêmement dilaté par suite d'artériosclérose; l'épreuve de la glycosurie alimentaire fut régulièrement positive, et on trouva parfois même du sucre dans l'urine en dehors de toute ingestion de substances sucrées. La sclérose des artères cérébrales ayant entraîné la mort, l'autopsie permit de reconnaître, outre une grosse tumeur de l'hypophyse, un goitre, une dégénérescence du pancréas et un ovaire kystique.

Une seconde observation de M. Fränkel a trait à un homme de 50 ans, chez lequel l'acromégalie était de toute évidence, et qui mourut d'un cancer de l'estomac. On trouva aussi chez lui une tumeur de l'hypophyse. Fait remarquable, le père et deux frères ou sœurs de ce malade sont également acromégaliques, et un de ses fils a un nez très développé et une bouche « en groin », sans autres manifestations d'acromégalie.

M. Stadelmann a eu deux acromégaliques dans son service l'année dernière. L'un d'eux, un homme de 42 ans, succomba dans le coma diabétique ; et à ce sujet M. Stadelmann tient à faire remarquer que si la glycosurie n'est pas rare dans l'acromégalie, il n'en va pas de même du diabète vrai : Naunyn n'a pu rassembler que 12 exemples d'une telle coïncidence.

Chez le même patient, M. Stadelmann a constaté que l'augmentation de volume des extrémités tient uniquement à l'hypertrophie des parties molles, les os n'étant nullement intéressés, comme on le voit sur cette préparation de l'un des pieds du malade. Malgré son diabète, cet homme n'avait aucune altéra-

tion du pancréas. Au contraire, chez le second malade, il existait, en l'absence de toute glycosurie, une pancréatite interstitielle très avancée. La femme qui fait l'objet de cette seconde observation, comme celle dont M. Fränkel résumait l'histoire tantôt, portait un goître; elle succomba, le jour même de son entrée, à une néphrite. Elle était atteinte, d'ailleurs, d'une forme de passage entre le gigantisme et l'acromégalie, plutôt que d'acromégalie pure, car certains os étaient épaissis chez elle (sternum, clavicules, fémur, humérus).

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 13 Février 1901.

Emploi de l'eau oxygénée en chirurgie.

M. Thiriar présente quelques observations relativement à la communication faite par M. Moreau, à la dernière séance, à propos d'un accident mortel que celui-ci voudrait imputer à l'eau oxygénée.

Comme M. Moreau, M. Thiriar pense que c'est un excellent antiseptique, mais il n'a jamais observé les dangers signalés par M. Moreau.

En ce qui concerne la douleur ressentie à la suite de son application, elle est due à un excès d'acide chlorhydrique que l'eau oxygénée du commerce renferme trop souvent et que l'on peut neutraliser par de la craie ou du bicarbonate de soude.

Quant au danger d'hémorrhagie secondaire, il n'existe pas, et si l'opéré de M. Moreau a succombé, le huitième jour après l'opération, à une hémorrhagie foudroyante, cet accident est dû, non à la désorganisation du catgut produite par l'eau oxygénée, mais à l'infection de la plaie. On sait, en effet, dit M. Thiriar, que l'hémorrhagie secondaire, arrivant ordinairement du huitième au quinzième jour, est due à une seule cause : l'infection.

Lorsqu'on obtient la réunion par première intention, la cicatrisation se fait en deux ou trois jours, et il n'existe aucun danger d'hémorrhagie. Mais s'il arrive de l'infection, un peu de suppuration par exemple, celle-ci peut empêcher le processus de réparation; elle produit même de la désorganisation. Les lèvres de l'orifice artériel se désunissent, le caillot se désagrège et l'hémorrhagie survient.

L'eau oxygénée qui ne renferme pas trop d'acide chlorhydrique n'a, du reste, aucune action sur le catgut.

M. Desguin donne lecture d'une note de M. Gunzburg (d'Anvers), relatant les expériences qu'il a faites sur l'action de l'eau oxygénée sur le catgut.

De ces expériences, il résulte que, dans l'eau oxygénée, le catgut est modérément gonflé et altéré; dans le formol, il reste inaltéré; dans l'acide phénique, il est un peu aminci; dans l'eau stérilisée, légèrement gonflé; dans le sérum artificiel, très peu gonflé.

La résistance de ces fils, après dix jours d'immersion, était la suivante : eau stérilisée, 3 800 grammes; eau oxygénée, 1 600 grammes; acide phénique, 4 050 grammes; formol, 4 000 grammes; sérum artificiel, 4 150 grammes.

L'hémorrhagie relatée par M. Moreau pourrait être attribuée, d'après M. Gunzburg, à ce que le nœud du catgut se serait desserré et aussi à la résorption du fil par les leucocytes. Ce qui tend à faire admettre cette action, c'est la désorganisation du caillot, qui suppose de la suppuration ou l'exagération de la phagocytose, car l'eau oxygénée est reconnue comme un excellent hémostatique.

Les autres inconvénients signalés par M. Moreau, l'irritation et la violente douleur provoquées par l'irrigation d'eau oxygénée, contrairement à l'observation de nombreux auteurs, appellent l'attention sur la composition de ce liquide, qui contient parfois, pour assurer sa stabilité, une proportion trop forte d'acide chlorhydrique.

Il y a donc lieu de surveiller la préparation et la purification de l'eau oxygénée.

M. Depaire signale la grande importance de la dernière phrase du travail lu par M. Desguin en ce qu'elle signale l'impureté de l'eau oxygénée du commerce. Lorsqu'on veut employer l'eau oxygénée en médecine, il est nécessaire d'avoir un produit de composition normale, et l'auteur du travail a donc surtout raison de dire qu'il faut veiller à ce que l'eau oxygénée soit pure et de bonne qualité.

SOCIETE BELGE D'UROLOGIE

Séance du 3 Février 1901.

Tuberculose vésicale latente décelée par la tuberculine de Koch.

M. Morelle relate l'histoire d'un malade ayant souffert, en 1898, de bronchite grave et présentant, à l'examen fait en 1900, des signes de tuberculose pulmonaire. L'expectoration, d'ailleurs muqueuse, ne renfermait pas de bacilles de Koch. Dans le but de voir s'il n'existait pas chez ce malade de foyer de tuberculose en activité, l'auteur pratiqua plusieurs injections d'ancienne tuberculine de Koch. La température, qui était normale, monta le 4e jour à 38°,1, à la suite d'une injection de 1 milligramme. Elle atteignit 38°,8, le 6e jour, après une injection de 5 milligrammes. En même temps, le malade accusa de violentes douleurs à la miction et urina même quelques gouttes de sang.

L'auteur conclut qu'il a dû se produire dans la vessie une congestion autour de foyers tuberculeux latents; il pense que l'ancienne tuberculine de Koch peut donc servir de moyen de diagnostic de certains cas de catarrhe vésical.

M. Laruelle n'a observé aucune modification à la suite d'injection dans trois cas de cystite nettement tuberculeuse.

M. Le Clerc-Dandoy, chez un malade atteint de cystite tuberculeuse démontrée par le cystoscope, pratiqua des injections de tuberculine T. R. et a pu suivre, par des examens répétés, la guérison progressive des ulcérations de la vessie, la cicatrisation s'obtenant par sclérose.

Extirpation de la vessie et des organes génitaux pour tumeur de la vessie.

M. Hogge. — Il s'agit d'un malade opéré à l'âge de 45 ans de tumeur vésicale. Cette première intervention, datant de 3 ans, consista en une taille sus-pubienne suivie de l'ablation aussi complète que possible d'un papillome largement implanté, La récidive se montra bientôt, et le professeur von Winiwarter. avec l'aide de l'auteur, extirpa dans leur totalité les organes génito-urinaires, à l'exception des reins et des uretères.

M. Hogge décrit les différents temps de l'opération, détails qui ont été donnés antérieurement.

Actuellement, 3 ans après l'opération, la santé du malade est très satisfaisante. Il urine par un méat périnéal, dont la perméabilité est entretenue par un petit drain,

Vertige et syncope d'origine vésicale.

M. Bock a eu l'occasion d'observer chez 5 sujets un syndrome nerveux d'origine vésical, assez rare.

Le sujet se lève au milieu de la nuit, afin de satisfaire un pressant besoin d'uriner, La miction tarde à se faire, malgré les efforts, ou bien elles est lente. Subitement, le sujet est pris de vertige, et, s'il ne se couche pas, le vertige se transforme en syncope; celle-ci a une durée variable; elle peut reparaître si le sujet tente de se relever trop rapidement.

Il s'agit d''un état d'anémie cérébrale, non pas d'une forme d'épilepsie.

L'auteur pense que la cause de ce syndrome doit être rattachée à des excès de table ou à l'abus du tabac.

Prostatite parenchymateuse chronique.

M. Hogge relate l'histoire d'un malade qui, après avoir souffert de plusieurs atteintes de blennorrhagie avec symptômes

de prostatite, présenta tous les signes de pyélo-néphrite 4 ans après la première blennorrhagie.

A ce moment, la prostate était fortement augmentée de volume, et par la palpation on faisait sourdre du méat un flot de matière jaunâtre (pus, cylindres ayant les caractères des cylindres rénaux).

Le salol et la diète lactée amenèrent une sédation des symptômes. Mais l'urine émise après le massage de la prostate renfermait toujours des cylindres et de l'albumine, et avait une réaction alcaline. L'auteur se borna à appliquer les lavages de l'urèthre et le massage prostatique, et guérit complètement son malade.

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 15 Février 1901.

Un cas de tumeur encéphalique.

M. Glorieux. — Il s'agit d'un garçon de 6 ans, ne présentant rien du côté de l'hérédité, et qui s'est développé normalement jusqu'à l'âge de 4 mois. Il a présenté depuis environ 2 ans des troubles de la marche; depuis 3 mois celle-ci est devenue impossible; depuis quelque temps, il ne peut plus guère se tenir assis ni debout; il a de l'incontinence nocturne et diurne, des vomissements, des maux de tête, de la névrite optique double, plus prononcée à gauche qu'à droite. Le tremblement intentionnel est plus marqué à droite qu'à gauche; il n'y a pas de nystagmus. Quand l'enfant est couché, il ne peut se relever; il a eu des mouvements de rotation de la tête du côté gauche. Les pupilles sont mobiles. Les réflexes rotuliens sont exagérés; les cutanés testiculaires existent; le réflexe de Babinski est net. Il y a du clonus du pied à gauche, une ébauche de clonus à droite. Les mains et les pieds sont cyanosés. Légère atrophie du mollet gauche. Sphincters intacts. Le malade sait lire et parler; il entend bien. Il n'y a rien à la respiration ni au pouls, si ce n'est de la fréquence.

Ces symptômes ont fait poser le diagnostic de tumeur du cervelet; mais l'état des yeux faisait croire à une tumeur cérébrale. La nature probable est syphilitique, malgré le défaut de renseignements. Le traitement au sirop de Gibert a produit une certaine amélioration : les vomissements, les maux de tête et l'incontinence ont disparu.

Un cas d'anesthésie généralisée.

M. Féron. — Le malade est un ouvrier maçon de 38 ans, ne présentant rien du côté de l'hérédité. Il a eu 2 enfants mort-nés et sa femme a eu 2 fausses couches. La maladie a débuté il y a 3 ans 1/2 par de la difficulté de la marche, de l'œdème des membres inférieurs, des douleurs dans les os, une marche ébrieuse, de la céphalalgie en bandeau. Actuellement, ce qui frappe, c'est l'anesthésie généralisée partout, sauf à la région du mamelon droit sur une étendue correspondant à celle d'une pièce de 5 francs; la sensibilité thermique est également supprimée partout, sauf au même endroit. Le malade oscille s'il se tient debout, et l'oscillation augmente s'il ferme les yeux. La vue est affaiblie; il y a du rétrécissement du champ visuel, de la névrite optique des deux côtés et un commencement d'atrophie de la papille à gauche. Les paupières et la conjonctive sont insensibles. Il y a une légère anesthésie buccale. Il y a de la parésie et de la raideur à gauche dans le membre inférieur; la flexion de la jambe sur la cuisse est difficile. Le sens musculaire est très affaibli; la sensibilité à la pression a presque totalement disparu. Les réflexes sont normaux. L'odorat est supprimé, le goût et le sens génital également.

Il y a 3 mois, le malade a eu une éruption spécifique des mieux caractérisées. Le malade a, en outre, de l'anesthésie osseuse généralisée, sauf au crâne. A ce propos, M. Féron rappelle les travaux de Egger, qui, se basant sur ce que les os sont sensibles à la douleur, a eu l'idée de rechercher s'ils n'étaient pas le siège d'une sensibilité spéciale et a, en effet, découvert qu'ils perçoivent spécialement les vibrations du diapason. Egger cite des cas où il a vu cette anesthésie être moins étendue que l'anesthésie cutanée. Dans le tabès, ces vibrations sont moins bien senties, ainsi que dans la syringomyélie. L'auteur pense qu'il y aurait à contrôler les travaux de Déjerine et Egger à ce sujet.

M. Sano. — Il existe une affection cérébrale qui semble correspondre à ce cas : l'apraxie. Les malades voyant des objets ne peuvent en reconnaître l'usage ni la raison d'être, à moins de les toucher. Ce cas-ci serait de l'apraxie musculaire. Toutefois, on voit des gens insensibles à la piqûre être des simulateurs. Au sujet de la sensibilité osseuse, il est remarquable que l'on peut avoir la perception auditive des sons sur le crâne et pas la sensation osseuse. Ainsi un diapason vibrant à 2 800 oscillations par seconde sera entendu, mais non senti, tandis que l'inverse se produit avec un diapason vibrant à 60 ou 70 oscillations. Quant au siège de cette sensibilité, nous pouvons le reporter dans le périoste ou l'os lui-même. Mais comme l'os nécrosé donne encore une sensation, il se peut que la sensibilité articulaire entre en jeu.

Un cas de brûlure du cubital.

M. de Croly. — Le malade était occupé à réparer des conducteurs électriques quand il est tombé sur les rails et a formé court circuit : tout l'avant-bras gauche a été brûlé; à droite, le coude et le cubital ont été atteints; une eschare s'est formée, et chaque fois qu'on le pansait, le malade éprouvait de violentes douleurs. Dans la suite, un névrome a semblé se former, mais ce n'était que du tissu cicatriciel très dur, blanc, étranglant le nerf; ce tissu a dû être enlevé. A la suite de l'opération, la sensation d'engourdissement a disparu complètement, la motilité s'est améliorée. Les muscles de la main sont restés fortement amaigris. A l'autre bras, il s'est formé un névrome d'amputation qui, irritant constamment le cubital, provoquait de la douleur et des contractions du muscle cubital. Le courant subi était de 550 volts.

Un cas de sénilité avec symptomes de sclérose en plaques.

M. Crocq. — La malade a 81 ans; son affection aurait débuté, il y a 2 ans, à la suite d'une frayeur, mais il est probable qu'antérieurement elle existait déjà. Le facies de la malade est spasmodique; elle présente des oscillations lentes de la tête, d'avant en arrière, latéralement, des propulsions des lèvres, des contractions rhythmiques, lentes dans les mains, ressemblant aux mouvements parkinsoniens; il y a des contractions fibrillaires dans les 4 membres. La parole est spasmodique. Il y a un peu de confusion mentale. La malade présente du tremblement intentionnel. Ces contractions ne sont pas celles du *paramyoclonus multiplex*; ce n'est ni de l'athétose ni de la chorée fibrillaire; en somme, il y a du tremblement sénile correspondant aux oscillations lentes, de la sclérose en plaques se rattachant au tremblement intentionnel. Il y aurait donc deux affections différentes cliniquement, tandis qu'en réalité, il n'y a que de la sclérose disséminée, due à l'artério-sclérose.

M. Glorieux. — La sénilité seule explique tous les symptômes, et il est inutile de parler de sclérose en plaques.

M. Sano. — La sclérose en plaques est, en effet, une entité clinique bien différente, tandis qu'ici il y a sclérose à la suite d'artério-sclérose. En conséquence, les plaques sont ici d'origine conjonctive, alors que dans la sclérose en plaques le processus atteint primitivement le cylindre-axe.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 26 Février 1901.

Paraplégie hystérique.

M. Maréchal présente une jeune fille de 21 ans, atteinte de paraplégie depuis un an et demi. Le père était alcoolique. Elle a 8 cousines hystériques.

Personnellement, elle a souffert de méningite à l'âge de 3 ans et de chorée à l'âge de 13 ans. De temps en temps, elle s'est

plainte de troubles visuels passagers avec diminution considérable de la vision, mais disparaissant spontanément et rapidement.

Actuellement le champ visuel dénote un rétrécissement notable suivant l'axe vertical et surtout marqué pour le vert et le rouge. Cette particularité, rare chez les hystériques, ne fait cependant pas régulièrement défaut chez elles.

Depuis quelque temps, une amélioration légère et brusque est survenue, qui permet à la malade de faire quelques pas au bras d'une personne. Le réflexe rotulien est fortement exagéré. Le phénomène de Babinski est très accusé : il est reconnu aujourd'hui que ce fait ne peut plus exclure le diagnostic d'hystérie.

L'état de la nutrition est satisfaisant. Il n'existe pas d'incontinence. M. Maréchal conclut de l'ensemble et de la variété des symptômes à une paraplégie hystérique.

A propos de la peste.

M. d'Haenens demande à M. Voituron si, avant de procéder à l'examen bactériologique, on peut soupçonner l'affection dans les cas de peste ambulatoire.

M. Voituron. — Il est rare que l'on doive poser ce diagnostic de peste ambulatoire. Mais si un malade présente une atteinte dans l'aine ou dans l'aisselle, il faut établir son origine vénérienne ou autre. Quand il s'agit d'un bubon pesteux, le début brusque avec frisson et fièvre, les troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), la céphalalgie sont des symptômes habituels, et il importe de faire l'examen bactériologique.

Mais, dans la peste, le bubon peut n'apparaître que tardivement. On verra d'abord la température s'élever à plus de 40°, le pouls très précipité, la langue blanchâtre avec les bords et la pointe tuméfiés et rouges, les yeux congestionnés, un facies d'hébétude spéciale, du délire, etc.

Dans la forme pneumonique, l'état du patient dénote une infection plus grave que ne le comportent les quelques lésions pulmonaires disséminées dans la poitrine. L'examen des crachats doit être fait. Au début, on trouvera une véritable purée de bacilles pesteux; plus tard, les associations microbiennes nécessiteront souvent l'inoculation de l'expectoration au cobaye.

La peste septicémique ne pourra s'établir que par le microbe.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tenu à Nancy du 9 au 13 Avril

SOUS-SECTION DE MÉDECINE ET HYGIÈNE

Une nouvelle théorie du système nerveux.

M. Prenant. — En face de la théorie classique du neurone s'est élevée une autre doctrine due à Apathy, à Bethe. Tandis que, dans la théorie du neurone, chaque cellule nerveuse avec ses prolongements, cylindre-axe et dendrites, forme un tout autonome, une individualité, les préparations d'Apathy et de Bethe leur ont montré qu'à travers l'organisme courent sans interruption des conducteurs nerveux représentés par des fibrilles nerveuses très fines, qui sont plongées dans les prolongements de la cellule nerveuse et traversent même, d'outre en outre, le corps de cette dernière. La cellule nerveuse est simplement interposée sur le trajet des fibrilles conductrices, avec lesquelles elle n'a nécessairement aucun rapport intime et qui, génétiquement, sont indépendantes d'elle. L'ensemble du système nerveux est comparable à un appareil électrique dans lequel les fibrilles seraient les fils conducteurs et où les cellules fonctionneraient comme stations électriques. On peut donc donner à cette conception le nom de « théorie fibrillaire » ou électrique du système nerveux.

Cette théorie fibrillaire n'a pas encore fait ses preuves ; elle rencontre certaines difficultés, en particulier d'ordre embryologique, qu'elle ne peut pour le moment écarter.

De son côté la théorie du neurone est susceptible de divers reproches : c'est ainsi qu'elle a tort de considérer la cellule nerveuse comme une cellule banale, et de ramener le fonctionnement des éléments nerveux à des phénomènes de contractilité commune, sans tenir compte des détails de structure si nombreux démontrés par l'analyse histologique, notamment l'existence des fibrilles.

Ces deux théories, celle du neurone et celle de la théorie électrique, ont donc le tort d'être trop exclusives et de ne pas tenir compte de tous les faits d'observation. Celle que nous proposons s'impose de tenir compte à la fois des faits principaux qui sont : d'abord, la forme ramifiée, très spéciale, de la cellule nerveuse; l'existence de corps chromatiques, dits de Nissl, dans le corps cellulaire; enfin la présence des fibrilles conductrices, plongées dans la cellule et dans ses prolongements, et s'étendant sans interruption depuis la périphérie sensible jusqu'à la périphérie motrice. Voici comment nous comprenons le fonctionnement de cet appareil anatomique.

Sous l'excitation apportée du dehors et conduite par les fibrilles, la cellule nerveuse ébranlée subit une modification chimique, dont les signes apparents sont les changements offerts par les corps chromatiques, ainsi que les changements de forme et de volume que le corps cellulaire et les dendrites présentent à ce moment. Les premiers montrent que la cellule nerveuse se comporte comme un élément glandulaire en sécrétant quelque chose de matériel qui modifie l'excitation qu'elle a reçue et lui ajoute quelque chose d'elle-même; ils sont la seule traduction apparente d'une équation chimique dont la cellule nerveuse est, à ce moment-là, le siège, et dont les deux termes résument la nutrition d'une part, le fonctionnement d'autre part. Les changements de forme et de volume, qu'on peut attribuer à des phénomènes électro-capillaires dont la cellule nerveuse est alors nécessairement le théâtre, auront pour effet, comme dans la théorie du neurone et de l'amiboïsme nerveux, de rapprocher les cellules voisines les unes des autres, et de rendre ainsi possible une excitation réciproque des cellules, une sorte d'induction vitale, sans laquelle certains actes physiologiques, comme la sommation et l'association nerveuses, demeurent inexplicables.

En somme, le courant est fourni par l'excitation extérieure; les fibrilles le transmettent; les cellules le modifient par leur activité glandulaire propre; les cellules, grâce à une activité amiboïde, s'induisent et se solidarisent dans la fonction nerveuse.

Contribution à l'étude des hernies lombaires.

M. Demoulin (Paris). — Il s'agit d'un homme de 55 ans, maçon, qui, en faisant un effort pour soulever une pierre, éprouva une douleur dans les reins; il dut interrompre son travail, mais il le reprit après plusieurs jours de repos, seulement il éprouvait une souffrance quand il inclinait le tronc; en même temps, il s'aperçut de la présence d'une grosseur dans la région douloureuse. Il vint alors à l'hôpital demandant, même au prix d'une opération, à être remis en état de gagner sa vie.

L'examen révèle dans la région lombaire droite, à la partie supérieure, dans l'angle rentrant formé par la 12e côte et le bord externe du sacro-lombaire, une tumeur du volume d'un œuf de poule, pâteuse, lobulée, crépitante quand elle se réduit (mais partiellement) et aussi quand elle augmente un peu de volume sous l'influence des efforts de toux.

Ces caractères permirent de dire qu'il s'agissait d'un lipome crépitant réductible, par conséquent d'une hernie graisseuse. L'opération montra, en effet, qu'il s'agissait d'un lipome développé aux dépens de la capsule adipeuse du rein, lipome dont le pédicule passait par un trou de l'aponévrose du transverse dans l'aire du triangle de Grynfelt-Lesshaft.

Dans le cas de Gosselin, la hernie était complètement réductible ; dans le nôtre, elle ne l'était que partiellement. Dans l'un et l'autre, il s'agit de hernie acquise.

Les malades atteints de ce genre de hernie souffrent quand ils font des efforts. Peut-être cela est-il dû à ce que le péritoine,

adhérant au feuillet antérieur de la capsule adipeuse du rein, est entraîné par la masse graisseuse, d'où la formation d'un sac où viendrait se loger une certaine quantité d'intestin. C'est l'opinion de Gosselin.

L'insuffisance rénale dévoilée par l'étude graphique de l'appareil respiratoire chez le vieillard.

MM. Mayer et **Parisot** (Nancy) ont étudié certains vieillards qui présentent une arhythmie périodique rappelant un type atténué de la respiration de Cheyne-Stokes.

En examinant, par les procédés cliniques habituels, ces vieillards, il est impossible de soupçonner la moindre arhythmie respiratoire. Par l'exploration graphique prolongée, au contraire, à vitesse très lente, on est surpris de constater, chez le vieillard respirant alors sans se savoir observé, c'est-à-dire dans des conditions normales, des groupes de respirations graduellement croissantes et décroissantes, se succédant avec plus ou moins de régularité et pouvant quelquefois aller presque jusqu'à la pause, en un mot, un type atténué de Cheyne-Stokes.

Comment ces renseignements fournis par l'exploration physyologique échappent-ils à une investigation clinique minutieuse?

C'est que le sujet, se sachant inspecté, palpé, ausculté, engagé à respirer fort, à tousser, etc., donne, sous les yeux ou sous l'oreille de l'observateur, à sa respiration, le rhythme ordinaire, normal; ce résultat est dû soit à l'influence de la volonté du malade, soit aux impressions périphériques engendrées par les manœuvres de l'examen clinique.

En effet, lorsqu'on combine les deux procédés d'investigation, que l'on enregistre le graphique respiratoire pendant qu'un observateur se livre à l'exploration clinique dans la forme ordinaire, on voit immédiatement le graphique changer de caractères: de nettement périodique et inégal, il devient plus régulier, plus ample, plus égal; il revêt, dès lors, sensiblement, le type normal.

L'attention que le sujet met à respirer, la mise en jeu de sa volonté ou les impressions périphériques suffisent à modifier la respiration et à transformer un type respiratoire habituellement périodique chez certains vieillards, en une respiration aux apparences normales.

L'existence de ce type de respiration périodique, forme atténuée et, à vrai dire, latente de Cheyne-Stokes, qui disparaît sous l'influence de l'activité psychique, est intéressante à connaître. En l'absence d'autres symptômes de brightisme, elle révèle une insuffisance rénale, permet d'interpréter certaines crises dyspnéiques des emphysémateux et de les combattre par une thérapeutique pathogénique. Enfin, cet état, au point de vue du pronostic, peut laisser craindre l'éclosion soudaine, sous l'influence de causes banales, d'une crise de véritable Cheyne-Stokes, par exagération du type latent et atténué que les méthodes de physiologie clinique nous ont seules permis de mettre en lumière.

Action réductrice du sang chloroformé « in vivo » et « in vitro ».

M. Garnier. — Des hypothèses fournies pour expliquer l'augmentation du pouvoir réducteur du sang saturé d'air chloroformé, les deux seules qui paraissent acceptables sont la transformation partielle du chloroforme en acide formique au contact des alcalins du sang et, en second lieu, la mise en liberté possible de molécules réductrices, de la famille des sucres, par suite de la suractivité des phénomènes de régression physiologique des matières albuminoïdes. Mais à ces deux hypothèses vient s'ajouter celle de l'hydrolyse du glycogène du sang, dont la proportion augmente dans toutes les circonstances où il y a hyperleucocythémie.

Or M. Garnier a vérifié que l'action réductrice de l'extrait de sang chloroformé ne peut être attribuée à l'acide formique, dont les sels alcalins sont sans pouvoir sur la liqueur cupro-potassique; en second lieu, la fermentation complète de sa solution dans le vide à 40°, en présence de levure de bière, pendant 2 jours, lui enlève toute propriété réductrice.

Dans ces conditions, il semble qu'on ne peut attribuer l'augmentation de l'activité réductrice du sang chloroformé qu'à la formation d'un sucre fermentescible de la famille des hexoses, sucre dont il reste à déterminer l'origine exacte.

Réaction physiologique du cœur à l'excitation thermique.

M. Meyer. — On sait, depuis Gaswell, que l'excitation thermique, pour produire l'accélération, doit toucher les oreillettes: cette condition particulière paraît avoir été moins étudiée, et sa connaissance est loin d'être classique. Elle a servi à Engelmann d'argument en faveur de sa théorie myogène du rhythme du cœur.

En faisant agir l'excitant thermique, d'une façon localisée sur la portion auriculaire et sur la portion ventriculaire du cœur de grenouille, il est facile de montrer que cette excitation n'influence pas seulement le rhythme, mais encore la dynamique du cœur.

a) Si l'excitation n'intéresse que la portion auriculaire, les systoles de celles-ci sont bien accélérées, mais le ventricule, non influencé par la température plus élevée, ne répond pas à chacune des sollicitations précipitées qui lui viennent de l'oreillette. Il y a arhythmie par asynergie auriculo-ventriculaire.

b) L'excitation localisée, au contraire, sur le ventricule ne modifie en rien le nombre des battements ventriculaires (Gaswell); mais, fait intéressant, l'amplitude des systoles, malgré la conservation du rhythme normal est considérablement diminuée, comme elle le serait si les systoles du cœur entier étaient accélérées.

L'étude des courbes ventriculaires montre que, sans modification de rhythme, la durée de chacune des systoles est réduite de près de moitié, la ligne d'énergie croissante plus brève, la période de contraction plus courte.

Sous l'influence de l'excitant thermique localisé sur le ventricule, ce muscle, sans modification de rhythme, modifie cependant son mode de contraction, de façon à l'adapter aux conditions nouvelles, de façon à lui permettre de répondre par une contraction plus brève et plus courte, en un mot de satisfaire aux excitations plus nombreuses, dans l'unité de temps, qui lui viendraient de la région veinoso-auriculaire.

L'excitant thermique permet donc de dissocier dans le cœur la fonction rhythmique et la fonction dynamique, de montrer les variations de cette dernière d'une façon indépendante de la première.

Absorption et résorption.

M. Lambert. — Les différentes phases de l'absorption des solutions par la peau peut être facilement suivie chez la grenouille, en supprimant l'excrétion, par administration de divers poisons paralysants. Elles sont indiquées par les variations de poids de l'animal. L'augmentation est la plus forte dans le cas d'immersion dans des solutions faiblement hypotoniques. Les solutions hypertoniques déterminent une diminution de poids. La tension des liquides varie faiblement dans le sens de l'égalisation.

La résorption des poisons introduits et leur élimination dépendent des courants de liquide qui s'établissent au sein des tissus. Elles se font plus difficilement quand ces courants aboutissent à la production d'œdème ou à des pertes de poids considérables. Les animaux placés au sec se rétablissent le plus rapidement.

Du développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage.

M. Jacques (de Nancy). — Contrairement à l'opinion généralement admise en France du moins, l'expression extérieure des sinus frontaux ne saurait être recherchée dans le degré de saillie des bosses sourcilières; cette saillie est, en effet, accentuée au maximum chez les nègres inférieurs, qui ne possèdent que des sinus très réduits ou absents. Le même fait peut être observé chez les Européens. Des recherches de M. Jacques

confirmant en partie celles de Hajek et de Zuckerkandl, il résulte ,

1° Que l'inspection de la face ne saurait renseigner d'une façon certaine sur la capacité totale des sinus frontaux : le développement des sinus pouvant se produire principalement en arrière, entre les deux lames du toit orbitaire jusqu'au sphénoïde;

2° Qu'elle peut fournir certaines présomptions sur le développement des sinus en hauteur qui, à l'inverse du développement en profondeur, s'accompagne constamment d'un certain degré de projection de la table antérieure de l'os frontal. Les vastes sinus s'observent d'habitude chez les individus à front régulièrement bombé, et continuant directement en haut des arcades orbitaires proéminentes par rapport à l'ensemble de la face.

Un certain nombre de pièces ostéologiques sont présentées à l'appui des dires de l'auteur.

Physiogénie de la régulation vaso-motrice chez l'animal nouveau-né.

M. Meyer. — Les animaux nouveau-nés (chien) dans les premiers jours qui suivent la naissance, et aussi longtemps que les paupières sont fermées, présentent à l'exploration graphique des courbes de pression artérielle sans les oscillations vasomotrices habituelles chez l'adulte. L'asphyxie qui fait contracter les vaisseaux chez l'adulte est, à ce point de vue, sans influence chez le nouveau-né.

On en conclut que les mécanismes régulateurs de la tension artérielle ne fonctionnent pas encore dans cette fin d'évolution qui constitue l'état physiologique des animaux nouveau-nés.

Ce fait permet d'expliquer la facilité avec laquelle les nouveau-nés se refroidissent : d'une part, la production de chaleur est chez eux moindre que chez l'adulte et, d'autre part, ils ne peuvent pas conserver la chaleur qu'ils ont produite.

Phénomènes histologiques de la sécrétion lactée.

M. Limon. — La glande mammaire fonctionne, à peu de chose près, comme une glande séreuse (glandes salivaires ou pancréas), c'est-à-dire que le produit élaboré est le résultat de l'activité propre des cellules glandulaires et non de leur mort.

L'acte sécrétoire peut se décomposer en un cycle de trois stades, se répétant toujours identiques : stades de sécrétion, d'excrétion et de reconstitution de la cellule.

Ce cycle se reconstitue pendant la lactation dans l'intervalle de deux tétées. La phase d'excrétion cellulaire correspond le plus souvent à la tétée et paraît, dans une certaine mesure, sous sa dépendance.

Les sanatoria d'altitude et les sanatoria marins.

M. Barthès cite, en faveur de l'extension des sanatoria d'altitude et des sanatoria marins, les résultats obtenus dans les établissements de ce genre déjà existants. Il proclame l'obligation, pour le corps médical, de marcher à la tête de ce grand mouvement d'opinion publique qui se dessine en faveur de la création de sanatoria pour tuberculeux. Pour raisons d'économie, il préfère les grands sanatoria aux petits, dans ceux-ci le lit revenant trop cher. Mais dans tous ces établissements, la direction doit être confiée aux mains des médecins, seuls compétents pour la mener à bien.

M. Sersiron. — 1° Pour parer au plus pressé de la lutte contre la tuberculose du pauvre, il est utile de placer les tuberculeux à l'air pur, hors des villes, dans des maisons aménagées à cet effet ou des hôpitaux cantonaux transformés en sanatoria de fortune;

2° Les sanatoria de fortune ne sont qu'une mesure transitoire, un pis-aller, que l'on doit adopter seulement dans le cas où l'on ne peut pas faire mieux;

3° Que le sanatorium populaire complet, tel qu'il existe à Hauteville pour 100 malades, doit être le modèle proposé, aussi bien aux sociétés particulières d'assistance qu'aux administrations hospitalières ou publiques, comme réunissant les meilleures conditions nécessaires à la prophylaxie et à la cure des tuberculeux, comme donnant, avec la dépense minime les meilleurs résultats;

4° Que s'il faut créer des sanatoria de fortune en attendant mieux, il faut aussi réformer nos hôpitaux insuffisants et construire des sanatoria populaires sur le type du sanatorium d'Hauteville, au voisinage des grands centres urbains ;

5° Qu'on doit subvenir aux besoins de la famille de l'ouvrier tuberculeux, pour lui permettre de se soigner au début de son mal, créer ainsi les bourses de santé que réclame M. Landouzy, et préserver les enfants de la contagion ;

6° Que le bénéfice moral, social, économique, obtenu par la cure des tuberculeux pauvres dans les sanatoria populaires, ne restera pas au-dessous des dépenses considérables qui s'imposent;

7° Que ces dépenses doivent être couvertes par voie d'emprunt d'hospitalisation, par une taxe sur l'alcool, ou mieux par une imposition spéciale applicable à tous les citoyens, comme le propose M. Calmette.

Cystostomie sus-pubienne temporaire chez un calculeux phosphatique secondaire.

M. Wissemans communique une observation personnelle suivie des conclusions suivantes :

Quand on est amené à pratiquer la taille hypogastrique chez un calculeux à vessie anciennement infectée, il convient de transformer la cystostomie simple en cystostomie temporaire; en d'autres termes, il faut drainer pendant plusieurs semaines la cavité vésicale maintenue largement ouverte, et ne permettre la cicatrisation de la plaie opératoire qu'après avoir obtenu la guérison définitive de cette cystite à tendance lithogène.

Étiologie et fréquence de la tuberculose infantile.

M. Haushalter. — A Nancy, parmi les enfants du peuple, depuis la naissance jusqu'à 12 ans, qui se présentent à la consultation, 12 p. 100 sont atteints de tuberculose; dans les autopsies pratiquées chez ces petits êtres, on trouve la tuberculose dans 32 p. 100 des cas.

Il s'agit là de contagion, car la tuberculose, exceptionnelle dans les premiers mois, va croissant avec l'âge pour atteindre son apogée entre 4 et 10 ans. La contagion est aérienne, et se fait le plus souvent dans le milieu familial au contact d'adultes tuberculeux, cracheurs. Par suite, toutes les mesures qui auront pour but d'isoler ceux-ci, les sanatoria en particulier, protégeront les enfants.

Pour ces petits malades s'impose l'hospitalisation prolongée à la campagne, dans un milieu bien ensoleillé, avec la vie au grand air et une alimentation appropriée.

En sortant de cet hôpital les enfants guéris devraient être maintenus dans des colonies agricoles, qui pourraient recevoir aussi les petits prédisposés.

Ce n'est pas là une conception chimérique, puisqu'elle est réalisée déjà par l'œuvre d'Ormesson, qui recueille et abrite chaque année plus de 500 de ces enfants.

Rôle accidentel des plantes dans la transmission de la tuberculose de l'homme aux animaux.

M. Clicquet (de Lisieux). — L'homme transmet un certain nombre de maladies aux animaux domestiques qui deviennent, à la suite, un nouveau foyer d'infection pour lui-même.

La tuberculose doit être comptée au nombre des maladies qui se transmettent le plus facilement de l'homme aux animaux, et inversement. La facilité de transmission est telle que l'on peut presque avec certitude assurer actuellement, c'est-à-dire en l'absence des précautions voulues, qu'il n'est pas de troupeau complètement indemne de tuberculose là où se trouve depuis un certain temps un tuberculeux. Dans la plupart des cas, la transmission est due uniquement à l'imprudence du malade. En voici un exemple :

M. Cliquet a été appelé à visiter une vache que la clinique et l'injection de tuberculine démontraient tuberculeuse. Il la fit abattre et l'autopsie démontra le bien-fondé du diagnostic.

L'animal supprimé était né à la ferme, de parents sains; dans le troupeau, aucun autre sujet suspect; donc pas de contagion possible du côté de la race ou du voisinage. Par contre, aucun doute sur la contagion par le fait de la femme de service. Des crachats jetés par elle sur le sol, inoculés à quatre cobayes, donnent des résultats positifs.

En somme, tout tuberculeux qui habite dans une ferme où pâturent des animaux doit s'abstenir d'une façon générale de cracher sur le sol, dans l'herbe, partout où les animaux peuvent se trouver, mais partout, surtout, où ces animaux doivent trouver leur nourriture. Il n'y a pas seulement danger pour l'animal qui contractera la maladie : une fois inoculée, la vache laitière pourra transmettre à son tour la tuberculose à quelques-uns de ceux qui se nourrissent de son lait ou de son beurre.

De ce fait, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les cas de contamination au pâturage sont exceptionnels dans la race pure normande;

2° Cette contamination est, le plus fréquemment, du fait de l'homme et due à des imprudences telles qu'elles constituent, pour ainsi dire, des faits volontaires;

3° Il importe de porter remède à cet état de choses, de chercher à diminuer, dans des proportions encore plus grandes, les cas de contamination, déjà fort rares, d'une race exceptionnellement résistante aux atteintes de la tuberculose;

4° Il y a lieu d'insister auprès des pouvoirs publics afin qu'ils prennent soin de faire connaître aux intéressés, en même temps que les dangers que peuvent faire naître leurs imprudences, les mesures d'hygiène propres à éviter la contagion de la tuberculose de l'homme aux animaux, avec retour possible partout où un contact existe, mais surtout là où les animaux pâturent en liberté.

Recherches sur la perméabilité rénale chez le vieillard.

MM. P. Parisot et **P. Jeandelize** (de Nancy) communiquent un travail que résument les conclusions suivantes :

L'étude de la perméabilité rénale, qui a une importance si considérable chez le vieillard, peut se faire en administrant par la bouche 0 gr. 20 d'iodure de potassium en capsule gélatinée, et en recherchant simultanément, dans la salive et dans l'urine, le début de l'élimination de l'iodure. A l'aide d'un papier réactif amidonné, trempé dans une solution de persulfate d'ammoniaque, suivant le procédé de Bourget, on apprécie facilement, par la réaction de l'iode sur l'amidon, le commencement de l'élimination.

Dans les trois quarts des cas chez le vieillard, le début de l'élimination de l'iodure de potassium par l'urine retarde sur le début de l'élimination de cette substance par la salive.

L'apparition simultanée de l'iodure de potassium dans la salive et dans l'urine n'entraîne pas la certitude absolue de la perméabilité du rein aux toxines, mais elle fournit une sérieuse présomption en sa faveur.

Chez quelques vieillards, l'élimination de l'iodure de potassium par la salive et par l'urine se prolonge au delà des limites normales et rappelle la manière d'éliminer de certains brightiques.

L'ensemble de nos recherches sur l'élimination de l'iodure de potassium vient à l'appui de ce fait, mis en lumière par l'étude de la toxicité urinaire, à savoir que le rein du vieillard est, dans la grande majorité des cas, moins perméable que celui de l'adulte.

Contribution à l'étude du sang chez le vieillard.

MM. Parisot et **Jeandelize** communiquent un second travail dont voici les conclusions :

1° Chez le vieillard, d'après nos recherches hématimétriques, la moyenne du nombre des hématies par millimètre cube tombe à 4 300 000 pour l'homme, et 3 400 000 pour la femme;

2° La diminution du nombre des hématies n'est pas exactement proportionnelle au nombre des années;

3° A un âge avancé, même dans le cas où le nombre des globules se rapproche de celui de l'adulte, la richesse globulaire (R) est notablement diminuée; la valeur globulaire (G) tombe à la moitié de sa valeur chez l'adulte ;

4° Dans la vieillesse, il se produit une anémie réelle qui, si elle n'est pas révélée toujours par la numération des globules, est mise en évidence par les résultats de l'épreuve chromométrique. C'est une véritable anémie sénile, qui peut être plus ou moins accentuée suivant les sujets, mais qui n'est pas forcément proportionnelle à l'âge. Chez certains vieillards, comme le prouvent quelques-unes de nos observations, l'anémie peut être plus accentuée, mais à cela rien d'étonnant, car l'évolution sénile, d'habitude, est loin d'atteindre tous les éléments organiques, tous les tissus, tous les organes avec la même rigueur; elle fait une sélection dont les lois nous échappent actuellement.

Quelques épidémies de fièvre typhoïde à Nancy étudiées dans leurs rapports avec la distribution des eaux.

M. Étienne (de Nancy). — Dans une épidémie typhoïde éclatant à Nancy en septembre 1899, 94 typhoïdiques entrent à l'hôpital civil; en en défalquant 7, habitant la banlieue, il reste 87 malades résidant sur le territoire même de Nancy; 82, soit 94 p. 100, habitent en pleine zone de distribution des eaux de Bondouville. En mai-juin de la même année une poussée épidémique amenait déjà à l'hôpital 84 malades, dont 70 (ou 84 p. 100) habitaient la zone de distribution des eaux de Bondouville.

Si on compare le repérage de ces cas de 1899 au plan de l'épidémie de l'Asnée en 1896, on voit que ces plans sont la contre-partie l'un de l'autre : dans l'épidémie de 1896, 175 typhoïdiques entrent à l'hôpital civil; parmi eux 142 habitent en pleine zone de distribution des eaux de l'Asnée, 18 en étaient tout proches; l'infection des eaux de cette source peut donc être incriminée dans 92 p. 100 des cas.

Dans ces deux séries, l'épidémie atteint de façon massive deux territoires de la ville. Dans un autre type épidémique, la contamination est due aux eaux de la Moselle; dans l'épidémie de janvier-février 1899, 31 malades entrent à l'hôpital civil, provenant indistinctement de tous les quartiers de la ville.

L'électrothérapie dans les maladies dites par ralentissement de la nutrition.

M. Guilloz, après avoir passé en revue les actions globales que les diverses modalités électriques exercent sur la nutrition, relate les influences favorables des courants d'autoconduction, des courants interrompus et surtout des courants continus sur la goutte, l'obésité et parfois le diabète.

M. Guilloz a étudié l'action des différentes modalités électriques sur un tissu isolé du corps d'un animal, tissu qui, continuant à vivre pour son compte propre, absorbe une quantité d'oxygène servant de mesure à son activité. Le courant continu y détermine une suractivité dans l'absorption d'oxygène se poursuivant, constante à elle-même, pendant un temps fort long après le passage du courant.

L'absorption d'oxygène augmente sous l'influence de la faradisation, pour diminuer ensuite. Elle reste constante sous l'action des courants d'auto-conduction, ce qui ne veut évidemment pas dire que ceux-ci sont sans action, mais seulement que les différentes modalités électriques aboutissant à un même résultat thérapeutique agissent par des mécanismes essentiellement différents.

Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse.

M. Raoult rapporte un certain nombre d'observations d'amygdalite ulcéro-membraneuse, dont trois sont surtout intéressantes en raison de la bilatéralité des lésions ou des récidives présentées par les malades. Ces cas semblent, en effet, devenir de plus en plus fréquents, au fur et à mesure que l'on observe et que l'on connaît mieux l'affection en question. De plus, cette maladie semble réellement, le plus souvent, présenter les deux ca-

ractères qui lui valent son nom : la production d'une fausse membrane et la formation d'une ulcération. Au contraire, l'aspect diphthéroïde proprement dit est rare.

A ce propos, l'auteur rappelle que M. Vincent a eu le grand honneur de découvrir le bacille fusiforme dont la présence est cause de la stomatite et de l'amygdalite ulcéro-membraneuse. Cependant on ne saurait, dit-il, donner à cette maladie le nom « d'amygdalite de Vincent ». Ce dernier auteur, en effet, a vu surtout le premier stade de la maladie : la période diphthéroïde. Dans sa première communication, en 1898, il ne cite l'ulcération que d'une façon incidente, en disant que dans les cas graves, la fausse membrane repose parfois sur un « ulcère anfractueux ». C'est dans ces deux mots seuls que réside sa description de la période ulcéreuse,

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Brossard (Pierre-François-Armand). *La thoracenthèse précoce, particulièrement de son action sur la température.* N° 32.

M. Testé (Maurice-Paul-Antonin). *Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.* N° 25.

M. Jousset (Henri-Marie-Alfred-Joseph). *Le signe de Robert Wreden (docimasie auriculaire).* N° 31,

M. Sorel (François-Pierre-Joseph). *Contribution à l'étude de la folie à deux. Rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux.* N° 8.

L'étude de M. Brossard s'adresse à la pleurésie aiguë, non compliquée, de l'adulte, qui est décrite en clinique comme pleurésie *a frigore* sans rien préjuger de sa nature intime.

Il nous montre les avantages qu'offre dans ce cas la thoracenthèse précoce.

Ces avantages sont de plusieurs ordres :

1° D'ordre mécanique (cessation des phénomènes inflammatoires, de la dysphagie ; absence de déplacement des organes et de déformation thoracique);

2° D'ordre anatomique (absence d'adhérences, d'atélectasie, d'atrophie musculaire) ;

3° D'ordre physiologico-pathologique (meilleure hématose après la ponction ; absence d'expectoration albumineuse et des phénomènes douloureux consécutifs à la pleurésie, augmentation de la sécrétion urinaire).

Mais les deux avantages sur lesquels insiste surtout l'auteur en faveur de la ponction précoce sont les suivants :

1° Une seule ponction suffit pour amener la guérison;

2° Elle fait cesser la fièvre.

Ces deux faits cliniques résultent bien des observations qu'il donne.

L'action de la ponction sur la fièvre s'explique par l'étude des échanges gazeux, et surtout par le rapport qualitatif de l'acide carbonique exhalé et de l'oxygène absorbé avant et après la thoracenthèse.

Le fibrome pur de l'ovaire existe et a été décrit dans d'assez nombreuses observations avec examens histologiques sérieux. M. Testé a pu en réunir 8 observations dans sa thèse.

Ces tumeurs se rencontre surtout chez les femmes d'un certain âge (plus de 35 ans), et il semble que les grossesses répétées jouent un certain rôle dans leur développement.

Elles évoluent comme un grand nombre de tumeurs abdomino-pelviennes, mais quelques signes, par leur groupement, autorisent à poser le diagnostic de fibrome de l'ovaire : ascite, mobilité et indépendance de l'utérus, sensibilité ovarienne, cessation des règles, lenteur de l'évolution et conservation de l'état général.

Le seul traitement rationnel c'est l'ablation du fibrome par la laparotomie, opération facile et simple, qu'on doit toujours tenter, même si l'on n'est pas sûr du diagnostic fibrome.

M. Jousset conseille, dans les recherches ayant pour but d'établir si, chez un nouveau-né, il y a eu ou non respiration effective, de pratiquer toujours la docimasie auriculaire. Elle peut confirmer les résultats fournis par les docimasies pulmonaire et stomacale. Elle est le seul signe capable d'éclairer l'examen médico-légal, quand la tête, séparée du tronc, est seule soumise aux recherches.

Si le signe de Wreden n'a pas une valeur absolue quand il est basé sur la présence du bourrelet muqueux, sa valeur devient incontestable quand le bourrelet a disparu et que la caisse présente de l'air, des matières fécales, du liquide amniotique, de l'eau, de la vase, etc.

Voici la technique qui semble la meilleure pour cette recherche.

On isole d'abord du reste de la tête l'oreille avec ses parties molles et la trompe. On obture l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache pour empêcher la pénétration de l'air. Il faut ensuite enlever les parties molles de l'oreille externe et le conduit externe jusqu'à la membrane du tympan, qui sera examinée. Le tympan sera ensuite piqué sous l'eau (épreuve de la bulle d'air).

Cette épreuve sera complétée par l'examen du contenu de la caisse, examen qui sera fait en soulevant le toit de la caisse.

On devra ensuite examiner le contenu de la trompe d'Eustache et enfin faire l'examen microscopique d'une parcelle du contenu de la trompe et de la caisse.

L'imitation est le facteur étiologique le plus puissant de la contagion en général, et les maladies mentales n'échappent pas à cette règle, et entre toutes la folie à deux qu'étudie M. Sorel.

Dans la folie simultanée, l'imitation, qui semble ne point exister, se trouve pourtant sous forme de mimétisme ou imitation inconsciente. C'est par l'imitation la plus franche et la plus classique que se propagent toutes les folies communiquées.

Cependant la folie gémellaire se classera d'une façon plus rationnelle dans le cadre des maladies mentales familiales, que parmi les folies à deux.

La folie à deux étant déclarée, on devra, pour la traiter, séparer d'abord les co-délirants et ensuite soigner le terrain hystérique chez les sujets que frappent les folies impressionnantes.

Comme moyen prophylactique, on doit avoir recours à l'éducation méthodique et rationnelle de l'intelligence et de la volonté.

CORRESPONDANCE

Lyon, 6 avril 1901.

Honoré Confrère,

M. Cazeneuve m'accuse de lui avoir fait tenir un langage qu'il n'a pas tenu.

Je crois avoir reproduit (sans le nommer) au moins le sens de ses paroles, sinon les mots, sauf celui de *patauger* que je crois avoir été réellement prononcé, à propos de la détermination des divers albuminoïdes du sang.

Cette expression énergique ne prouvait qu'une vive conviction.

Que mon collègue se persuade que j'ai pour ses travaux et son enseignement une profonde estime, et que je n'oserai jamais mettre ma compétence en parallèle avec la sienne en chimie biologique, alors même que je renonce pas à mon opinion sur les méthodes à appliquer à cette science.

S'il croit devoir me répondre, je ne lui répondrai moi-même que de vive voix.

Agréez l'assurance de mes sentiments confraternels.

Mayet.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Quelques cas de chorée traités par le cacodylate de soude,

Par M. le Dr LANNOIS,

Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

Pour la plupart des auteurs, la médication arsenicale reste la méthode de choix dans le traitement de la chorée. Parmi les partisans de l'arsenic, le plus grand nombre aussi se prononce pour l'emploi des doses fortes, que l'on prescrive la liqueur de Fowler ou celle de Boudin. Depuis Aran jusqu'à Marfan et à Comby, on pourrait citer de nombreux auteurs qui se sont prononcés dans ce sens, notamment Ziemssen en Allemagne, et Seguin en Amérique. A la suite de ce dernier, les médecins anglais et américains ont eu recours à des doses excessives de 8, 10, 15, 20 gouttes, et même plus, de liqueur de Fowler, répétées 2 ou 3 fois par jour.

J'ai essayé quelques rares fois de faire comme eux, mais ainsi que tous ceux qui ont été tentés de les imiter, j'ai été rapidement forcé d'y renoncer, en raison des troubles gastro-intestinaux qui se déclarent et sont l'indice d'une intoxication commençante. N'a-t-on pas signalé aussi, à la suite de ces doses massives, des éruptions cutanées, des névrites, des paraplégies? On trouvera un assez grand nombre de faits de ce genre, relevés dans la thèse récente de M. D. Lévy (1), inspirée par mon collègue et ami Weill.

1. L. LÉVY, Traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic associé aux corps gras (*Thèse* de Lyon, déc. 1899).

Ce dernier, frappé des inconvénients que nous venons de signaler, et se basant sur les recherches d'un ancien agrégé de la Faculté de Lyon, le Dr Chapuis, a conseillé de fortes doses d'acide arsénieux (jusqu'à 0 gr. 030) associées au beurre frais. Les résultats obtenus paraissent satisfaisants, bien que la preuve de l'absorption reste à faire dans ces cas, M. Lévy remarquant lui-même qu'il n'a décelé que tardivement de faibles traces d'arsenic dans les urines de ses malades, et n'ayant pas pratiqué l'analyse des matières fécales.

Dans ces conditions, on ne pouvait pas ne pas songer aux cacodylates, et on doit seulement s'étonner qu'ils n'aient pas été déjà plus souvent employés. L'acide cacodylique, en effet, renferme 54 p. 100 d'arsenic métallique, alors que l'arséniate de soude n'en renferme que 24 p. 100, de sorte qu'avec une dose de 10 centigrammes, on en donne autant qu'avec 22 centigrammes d'arséniate de soude.

Est-il nécessaire de rappeler, en outre, l'innocuité presque complète de ce remède à des doses relativement élevées? Letulle, Mercklen, etc., l'ont suffisamment démontré pour qu'il soit inutile d'insister.

Malgré cela, très peu de médecins semblent avoir usé du cacodylate de soude contre la chorée; quelques-uns cependant disent incidemment l'avoir employé chez les choréiques [notamment Renaut (1), Grasset, Rocaz]. Au commencement de l'année 1900, MM. Garand et Belbèze (2) ont rapporté trois cas de chorée chez des enfants guéris par des injections rectales de cacodylate de soude, sans aucun phénomène d'intolérance médicamenteuse. Les malades, âgés de 8, 12 et 14 ans, reçurent deux séries d'injections de 15 jours de durée, avec un repos intercalaire de 5 jours. La dose était de 0 gr. 0125 par injection; une seule était donnée pendant les 5 premiers jours, deux pendant les 5 jours suivants, trois pendant les 5 derniers, soit au total 0 gr. 75 pour un mois de traitement. Les enfants guérirent vite et complètement.

Le Dr Benoist (3) rapporte dans sa thèse l'observation d'un cas de chorée intense chez une fillette de 14 ans qui, mise en traitement le 8 mai, était complètement guérie le 11 juin. On lui avait fait 18 injections de 5 centigrammes avec une interruption de 6 jours après les 12 premières. L'amélioration s'était produite dès le début.

J'ai moi-même essayé, dans mon service des maladies nerveuses, le cacodylate de soude chez quelques malades atteints de diverses formes de chorée. Je me suis servi des injections sous-cutanées à la dose de 0 gr. 02 ou 0 gr. 04 tous les jours (sauf les deux premiers jours, où, par suite d'une erreur, il n'a été injecté que 0 gr. 01); après 15 jours, je laissais un intervalle de 4 à 5 jours et reprenais à la même dose.

OBSERVATION I (résumée). — *Chorée intense ayant débuté après l'ablation d'une dent. Guérison par le cocodylate de soude.*

Louise V..., 15 ans, couturière, sans antécédents nerveux héréditaires, a présenté des convulsions dix fois entre 1 et 3 ans, mais n'a jamais eu depuis ni crises, ni boule à la gorge. Elle a eu une scarlatine sérieuse à 13 ans, pendant laquelle elle a déliré. — Ses règles se sont installées pendant cette scarlatine, mais ne sont revenues que trois fois depuis.

1. In *thèse* de Charasse, Lyon, 1900.
2. GARAND et BELBÈZE (*Loire médicale*, 1900).
3. BENOIST, *Thèse* de Paris, 1900.

On s'apercevait depuis quelque temps que son caractère changeait (elle avait d'ailleurs eu des contrariétés pour le choix de sa profession) et elle se plaignait d'un peu de faiblesse du bras et de la jambe gauches, lorsque, le 13 juillet, elle se fit arracher une dent. Le lendemain, elle fut agitée, rit et pleura sans motif, délira plusieurs nuits de suite et commença à remuer du côté gauche : la nuit suivante elle fut agitée, délira et cet état dura 8 jours.

A l'entrée (11 août 1900), chorée intense, mouvements incessants des bras, du tronc, des membres inférieurs, très irréguliers et arythmiques. La tête est sans cesse en mouvement, la face grimaçante, la langue agitée de mouvements choréiques qui rendent la parole difficile, d'autant plus que de grandes inspirations viennent couper les phrases. Elle ne peut ni s'habiller ni manger seule, etc.

L'état psychique semble peu modifié, mais la mémoire est très diminuée.

Pas de troubles nets de la sensibilité, qui paraît cependant diminuée au niveau des avant-bras. Zones hyperesthésiques au niveau des ovaires, surtout à gauche, des seins, des régions sus-épineuses.

La malade a un léger disque d'albumine. De plus, elle présente un souffle systolique rude qui s'entend dans toute la région précordiale, et se propage du côté de l'aisselle. Elle a de la tachycardie : 110 à 120 pulsations, et même 140 dans la position d'Azoulay.

La malade était sans modifications appréciables malgré un traitement par le bromure et la liqueur de Fowler, à la dose de 10 gouttes, lorsque le 22 septembre elle fut mise aux injections sous-cutanées de cacodylate de soude. Celles-ci furent faites journellement à la dose de 0 gr. 02, puis de 0 gr. 04, et furent continuées sans interruption jusqu'au 8 octobre. En moins de 8 jours, l'état était redevenu presque normal, et la malade était complètement guérie lorsqu'on cessa les injections, malgré un reste d'instabilité générale. L'albumine a disparu.

La jeune malade revint à la consultation gratuite au commencement de novembre : quelques légers mouvements existaient encore dans les doigts. On lui prescrit alors 0 gr. 04 de cacodylate à prendre par la bouche, et tout rentre rapidement dans l'ordre.

Observation II (résumée). — *Hémichorée droite ayant débuté dans la convalescence d'une rougeole. Guérison par le cacodylate de soude.*

La nommée Marie Del..., âgée de 16 ans, domestique, a des parents nerveux et emportés. Elle qualifie de même plusieurs ascendants du côté paternel et maternel. Rien de particulier à signaler chez elle sinon, qu'ayant vu un mort à l'âge de 6 ans, elle en eut une vive impression et en est restée peureuse : elle n'ose passer seule dans un cimetière et ne sortirait pas seule dès la nuit tombée. Jamais de crises nerveuses et pas de stigmates hystériques en dehors de zones hyperesthésiques ovariennes et mammaire droite. — Réglée à 13 ans, régulièrement.

Le 23 juillet, rougeole pour laquelle elle fait un séjour à la Charité jusqu'au 13 août. 15 jours après la disparition de l'exanthème, alors qu'elle était encore à la Charité, apparition des mouvements choréiques. Elle n'a vu aucune personne présentant une affection semblable à la sienne.

Les mouvements ont débuté dans le membre supérieur droit : elle était maladroite, laissait tomber les objets. Puis son entourage a remarqué qu'elle grimaçait du côté droit, avait des battements des paupières, enfin la gêne de la parole... En même temps les mouvements s'étendaient au membre inférieur droit, avait des battements des paupières, enfin la gêne de la parole... En même temps les mouvements s'étendaient au membre inférieur droit, agitant le pied, le genou qui plie quand elle marche, etc. — Les mouvements sont restés très nettement limités au côté droit.

Caractère un peu changé : la malade se dit énervée, pleure facilement. La mémoire, l'attention, l'association des idées sont diminuées.

Entrée le 31 août, on lui prescrivit de la liqueur de Fowler (X gouttes), des bains sulfureux, des frictions alcooliques. Lorsque je repris le service il fut noté le 13 septembre que les mouvements n'étaient pas modifiés depuis l'entrée, mais qu'ils cessaient parfois un instant lorsqu'elle était assise et au repos complet.

Elle fut mise aux injections de cacodylate de soude le 22 septembre, comme il a été indiqué plus haut. L'effet fut très remarquable : dès la 4e ou 5e injection elle ne bougeait plus. Les injections furent cependant continuées pendant 15 jours : à ce moment la malade sortit complètement guérie.

Observation III (résumée). — *Chorée récidivante. Hystérie concomitante. Amélioration rapide par le cacodylate de soude.*

La nommée Joséphine H..., âgée de 16 ans, couturière, n'a pas d'antécédents névropathiques bien marqués : une tante est « tombée en enfance » à 45 ans, peu avant de mourir, et elle a un frère qui boite depuis qu'il a commencé à marcher, mais tout le reste de la famille paraît sain.

Elle a uriné au lit jusqu'à 6 ans. Réglée à 16 ans, elle a eu des métrorragies très abondantes, se renouvelant souvent tous les 15 jours, très douloureuses et s'étant accompagnées dès le début de crises hystériques. 15 jours avant son entrée elle avait eu ainsi deux grandes crises. Elle a d'ailleurs des zones hystérogènes évidentes, ovariennes, sous-mammaires, céphaliques, rachidiennes, une sensibilité cutanée irrégulière et un léger degré de rétrécissement du champ visuel.

De plus, la sœur qui l'accompagne (elle est dans une institution religieuse) raconte qu'à l'âge de 12 ans elle a eu de la chorée; elle ne pouvait rester immobile, jetait les bras, les jambes, etc. Cet état n'a pas duré longtemps, mais a reparu au moins deux fois, notamment au moment de l'apparition des règles.

La récidive actuelle a commencé il y a environ 1 mois : elle a des mouvements, peu étendus d'ailleurs, des bras et des mains, des mouvements irréguliers des doigts qui s'agitent isolément. Elle reste difficilement debout, remue tantôt une jambe, tantôt l'autre. Les mouvements ont cependant une prédominance marquée pour le côté gauche. Il en est de même à la face où les mouvements sont presque continuels, surtout au niveau de la commissure gauche; elle fait assez fréquemment entendre un bruit expiratoire et semble faire claquer la langue sur le voile du palais.

La respiration est un peu rapide, irrégulière et saccadée : 14 par minute. Il est facile de s'assurer que ces irrégularités sont produites par des secousses du diaphragme qui fait bomber l'abdomen d'une façon intermittente.

Durant son séjour (elle était entrée le 28 juin), la malade fut soumise à divers traitements par l'antipyrine, le bromure, le bleu de méthylène, mais elle était très peu modifiée lorsque le 22 septembre on commença chez elle les injections de cacodylate de soude. Au bout de 8 jours, il y avait une amélioration manifeste, les grimaces de la face avaient presque totalement disparu et il fallait lui tenir assez longtemps les mains pour percevoir encore quelques mouvements dans les doigts ou l'avant-bras. Toutefois ces mouvements atténués persistèrent encore plus de 3 semaines, mais la malade ne bougeait plus, lorsqu'elle sortit dans les premiers jours de novembre.

Le traitement semble avoir eu une action également très favorable sur l'état général de la malade qui était très anémiée par ses abondantes ménorrhagies.

Je rapporterai *in extenso* l'observation suivante en raison des troubles nerveux graves présentés par la malade. Pour connus qu'ils soient, les troubles psychiques portés à un si haut degré dans la chorée de Sydenham ne sont pas communs, et il y aurait certainement intérêt à publier toutes les observations de ce genre pour arriver à une connaissance plus exacte de l'état mental dans la chorée. La malade est restée plusieurs semaines dans un état de confusion mentale grave avec hallucinations, même après la disparition complète des mouvements choréiques.

Obs. IV. — *Chorée grave pendant la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu. Confusion mentale.*

C..., Marie, couturière, 20 ans, entre le 31 août (renseignements fournis par la mère).

Antécédents héréditaires : Père mort à 43 ans d'une attaque; pas d'alcoolisme au dire de la mère, pas de nervosisme. Mère 58 ans, un peu impressionnable; n'a jamais eu de crises de nerfs.

Grands-parents paternels : Grand-père mort à 34 ans de « coliques »; pas nerveux, probablement pas alcoolique. Grand'-mère morte à 72 ans, bonne santé habituelle. Un oncle paternel, mort d'une « attaque » à 50 ans.

Grands-parents maternels : Grand-père mort à 61 ans d'affection de l'estomac, pas nerveux, pas alcoolique. Grand'mère, morte à 84 ans, d'affection de poitrine, pas nerveuse, pas alcoolique.

Quatre tantes maternelles et un oncle maternel seraient morts de phthisie.

Frères et sœurs : 1° Un frère, âgé de 31 ans, en bonne santé; 2° et 3° deux frères morts à 14 et à 6 mois, le premier d'un transport au cerveau, le deuxième en nourrice; 4° un frère, 25 ans; 5° un frère, âgé de 22 ans, nerveux, vif; 6° une sœur âgée de 21 ans, impressionnable; 7° la malade; 8° un frère âgé de 17 ans, bonne santé, cependant un peu délicat et nerveux.

Jamais de fausses couches.

Antécédents personnels : La grossesse de la mère a été assez pénible. La mère a eu à ce moment le ver solitaire et a souffert pendant toute sa grossesse. L'accouchement s'est fait à terme, dans des conditions normales, sans asphyxie de l'enfant à sa naissance.

Age de la marche : 12 mois. Premières dents à 18 mois, après d'assez vives douleurs. Début de la parole à 15 mois.

L'énurèse nocturne a disparu de bonne heure.

Premières règles à 13 ans toujours régulières.

Maladies antérieures : Rougeole à 6 ans. Scarlatine à 7 ans. Pas de convulsions.

Bonne santé jusqu'à ces derniers mois.

La malade travaillait beaucoup, même trop, au dire de son entourage.

Pas de stigmates de syphilis héréditaire ni acquise. Pas d'alcoolisme.

Etat nerveux antérieur : La malade a toujours été impressionnable. Elle avait des terreurs dans l'obscurité, n'osait pas rester seule le soir. Elle a été élevée jusqu'à 14 ans par une tante, qui lui racontait des histoires de revenant qui paraissent l'avoir vivement impressionnée. A son retour dans sa famille, on parvint cependant à diminuer cette frayeur de l'obscurité sans la faire disparaître complètement. La malade n'a jamais eu d'ennuis, elle était d'un caractère gai.

Début de l'affection actuelle il y a 2 mois 1/2 par une douleur dans l'épaule gauche. La douleur a diminué par l'application d'un vésicatoire, mais elle est apparue ensuite à l'épaule droite et, depuis lors, a parcouru successivement les genoux, le cou-de-pied, les doigts. Les articulations n'ont pas sensiblement augmenté de volume. Cet état a duré 2 mois environ. La malade a pris du salicylate de soude pendant quelques jours seulement; elle a été traitée le reste du temps par des topiques. Après une amélioration de quelques jours, qui paraît avoir été sous la dépendance du salicylate, est apparue une vive céphalée frontale, avec douleur à la nuque et à la colonne vertébrale. En même temps la raison s'ébranla : la malade se mit à délirer. Elle s'imaginait qu'on disait qu'elle était folle; elle croyait voir des gens qui la regardaient par un trou. Cet état a persisté jusqu'à maintenant.

Par moments, la malade a des idées raisonnables; mais elle oublie presque aussitôt ce qu'elle voulait dire. La céphalée a diminué depuis 8 jours environ, à la suite de l'application d'une vessie de glace sur la tête et de l'ingestion de calomel. Au début de la céphalée, la malade a eu de violentes douleurs abdominales. Elle était à ce moment au début de sa période menstruelle.

Il y a 8 jours, lorsque la céphalée a diminué, sont apparus des mouvements choréiques, arhythmiques, d'abord à la figure et la langue. La malade faisait des grimaces avec les yeux et la bouche : la parole était notablement gênée. Puis les mouvements choréiques ont envahi les membres, surtout les membres supérieurs; le corps aussi a été pris de mouvements choréiques arythmiques.

A ces accidents, se sont ajoutées de véritables crises de nerfs. Le premier jour de la céphalée (il y a 15 jours), crise de hoquet ayant duré 1 heure environ; par moments, mouvements convulsifs avec cris, grincements de dents, sans écume aux lèvres, ni morsures de la langue, ni incontinence d'urine; des pleurs terminent la crise, qui évolue sans perte de connaissance. La malade a pris deux de ces crises au début; depuis ce temps, une tous les 2 jours, en moyenne.

La nuit, insomnie persistante, surtout pendant les 8 jours de céphalée; depuis ce moment, la malade dort peu; mais quand elle dort, son sommeil est paisible.

Depuis 15 jours, la malade n'a prit que du lait. Constipation, d'ailleurs habituelle.

La température, prise par le médecin traitant, n'a pas dépassé 38°,5.

Actuellement, la malade est dans un état d'agitation incessante, fait de grands mouvements dans son lit, remue les bras et les jambes, fait des grimaces, etc. Elle est couverte d'ecchymoses sur les bras et le tronc.

C'est à peine si on peut tirer d'elle quelques monosyllabes et lui faire tirer la langue après plusieurs injonctions. Elle paraît effrayée et irritée si on lui parle des hallucinations qu'elle a eues : elle semble d'ailleurs en avoir encore, car elle a parfois un geste d'effroi et se retourne brusquement pour regarder en arrière. — Insomnie presque complète.

Elle fait ses matières dans son lit ou à côté de son lit. Elle refuse de manger, et on est obligé de la nourrir à la cuillère en lui desserrant les dents.

La température est au-dessus de 38°,2 à 38°,9. — Pas d'albumine ni de sucre.

En prenant le service, à la date du 10 septembre, je trouve la malade dans le même état, non calmée par l'opium et la morphine. Prescription : 6 grammes de chloral.

Le chloral eut un effet sédatif vraiment extraordinaire sur les mouvements qui avaient presque totalement disparu au bout de 3 jours. Dès les premières cuillerées, la malade avait dormi et la température était redevenue normale pour ne plus se relever. Mais l'état psychique resta le même.

A la date du 20 septembre on note qu'elle a toujours ses hallucinations, appelle sa sœur sur un ton gémissant; dit qu'elle veut l'aller voir, ne répond pas aux questions, a encore souillé son lit. — A ce moment, on la met aux injections de cacodylate de soude, d'abord à 0 gr. 02, puis 0 gr. 04.

L'état mental se modifia nettement dans les jours qui suivirent : elle répondit aux questions de l'externe qui lui faisait les injections et on put la lever. Toutefois elle conserva jusqu'au 4 octobre ses hallucinations. Lorsqu'elle était debout, elle regardait autour d'elle d'un air un peu effrayé, disait voir des crapauds dans les coins de la salle, en avoir un dans la gorge. Un jour qu'elle retirait vivement un de ses pieds et qu'on lui en demandait la raison, elle répondit qu'un serpent venait de la piquer...

Dans la nuit du 15 au 16 octobre elle urina encore au lit. Mais à partir de ce moment, tout rentra dans l'ordre assez rapidement. La malade, qui avait beaucoup maigri, reprit de l'embonpoint : elle ne pesait que 46 kilos quelques jours après le commencement du traitement par le cacodylate, et 49 kilos 3 semaines après.

Il est à noter qu'à aucun moment elle ne prit de crises semblables à celles qu'on avait vues dans sa famille et qu'elle ne présentait aucun stigmate d'hystérie.

Le malade de l'observation suivante habitait loin de Lyon et ne pouvait pas être soumis aux injections hypodermiques. Le cacodylate lui a été prescrit sous forme pilulaire à la dose de 0 gr. 04, puis 0 gr. 08 par jour, avec repos de 3 jours après chaque semaine. L'amélioration fut très évidente, mais il faut faire remarquer que pendant les 15 premiers jours, il fut mis au repos, au régime lacté mitigé, aux frictions au gant de crin après

le drap mouillé, et enfin qu'il prit 2 grammes de chloral tous les soirs.

Obs. V (résumée). — *Chorée grave. Guérison par le cacodylate de soude et le chloral.*

M. C..., âgé de 15 ans, ayant échoué à un examen au mois de juillet, fut envoyé à Dijon dans une institution dans les derniers jours du mois d'août. Mais là on s'aperçut aussitôt qu'il était dans un état nerveux qui lui rendait tout travail impossible, et il fut renvoyé à sa famille au bout de 8 jours.

Il appartient à une famille névropathique. Le père est très nerveux, très emporté et violent; la mère a pris des crises de nerfs, et une sœur plus âgée est atteinte d'une neurasthénie grave pour laquelle elle a déjà fait deux séjours à Divonne.

On me montre le malade pour la première fois le 14 septembre. Ce n'est pas sans difficulté qu'on l'a amené à cause de son agitation incessante : les bras, le tronc, les jambes sont continuellement en mouvements. Il a des grimaces de la face, ne peut tirer la langue, etc. Il ne peut rester assis un instant.

Il s'exprime grossièrement contre son habitude : il a de l'insomnie, saute parfois à bas de son lit et court dans toutes les pièces de la maison. Il est devenu méchant, répond mal à sa mère, frappe un frère plus jeune, etc. Il est incapable de s'appliquer un instant et même de lire.

Le traitement indiqué ci-dessus lui fut prescrit (drap mouillé et frictions sèches, repos au lit, 1 litre 1/2 de lait par jour, deux pilules de cacodylate de soude de 0 gr. 02 et 2 grammes de chloral en raison de l'insomnie et de l'agitation nocturne).

Quinze jours après, lorsqu'on le ramena, amélioration très évidente de tous les symptômes : le cacodylate est porté à 0 gr. 08. A sa troisième visite, au bout d'un mois de traitement, le malade était complètement guéri depuis plusieurs jours.

Je dois ajouter que j'ai employé aussi les injections sous-cutanées de cacodylate de soude chez une femme âgée de 43 ans, atteinte de chorée hystérique revenant par accès : il s'agissait d'une sœur garde-malade ayant pris la chorée par imitation, en soignant une jeune fille atteinte de danse de Saint-Guy qui avait déjà rendu choréique une première garde-malade. C'était un beau cas de chorée dansante, et j'espérais agir sur elle par suggestion. Malgré l'amélioration dont elle était témoin chez ses voisines, j'ai complètement échoué. Je n'ai pas eu non plus de résultat appréciable chez une malade atteinte de chorée chronique progressive, probablement héréditaire (1).

Une double objection peut être faite aux observations que je viens de rapporter. D'abord que mes malades sont un peu âgées et que quelques-unes au moins sont entachées d'hystérie. Le fait est vrai, notamment pour mon observation III, mais cependant je ne crois pas que le fait d'être hystérique empêche d'avoir la chorée de Sydenham. C'est même précisément le contraire que soutenaient Charcot et ses élèves. Je ne crois pas non plus qu'on puisse dire que toute chorée rhythmique ou arhythmique, survenant chez une hystérique, est *ipso facto* hystérique, et dans l'espèce, j'estime que les cas ci-dessus appartenaient bien à la chorée mineure.

La seconde des objections est que mes malades, sauf le dernier, avaient des chorées qui duraient depuis longtemps déjà, et que l'amélioration rapide et la guérison obtenues dans ces cas n'ont rien qui doive étonner. Je ferai donc seulement remarquer que, dans tous les cas, l'amélioration n'avait pas été obtenue avec les moyens habituels et qu'elle se montra avec une rapidité uniforme vraiment frappante.

Mes cas sont d'ailleurs trop peu nombreux pour que je me permette des conclusions fermes sur ce sujet. J'ai l'impression très nette que j'ai amélioré et guéri mes malades par un traitement qui paraît rationnel d'après nos connaissances thérapeutiques sur ce sujet : le cacodylate de soude, soit par la bouche, soit en lavements, soit en injections sous-cutanées, me paraît donc mériter d'être essayé sur un plus grand nombre de sujets, pour juger de sa valeur thérapeutique dans la chorée de Sydenham (1).

1. Depuis la lecture de cette note à la *Société de médecine*, j'ai soigné deux autres chorées de Sydenham par les injections hypodermiques de cacodylate de soude : la première est améliorée actuellement, mais ne l'a pas été plus rapidement qu'avec une autre médication ; la seconde était une hémichorée droite qu'on peut considérer comme guérie après 3 semaines de traitement.

1. *Lyon médical*, 19 janvier 1901, p. 117.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Allanic. *Du rôle de certains médicaments et en particulier des anesthésiques dans la genèse des troubles labyrinthiques.* N° 273. (Michalon.)

M. Carpentier. *Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphthériques.* N° 287. (Jules Rousset.)

M. Pédeprade. *L'analgésie par injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire en chirurgie.* N° 240. (G. Steinheil.)

M. Mouras. *De la curabilité de la cirrhose alcoolique en particulier par l'opothérapie hépatique.* N° 278. (L. Boyer.)

M. Pannetier. *Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares très jeunes.* N° 257. (L. Boyer.)

M. Louvet. *De l'intervention précoce et préventive dans les cas de délivrance incomplète,* N° 292. (L. Boyer.)

M. Henriot. *De la conduite à tenir en cas de fœtus mort pendant la grossesse.* N° 258. (L. Boyer.)

M. Sueur. *Du bleu de méthylène chimiquement pur en poudre dans le traitement des métrites.* N° 298. (L. Boyer.)

M. Zimmern. *Hémorrhagies utérines. Indications et contre-indications de leur traitement électrique ; action excito-motrice de l'électricité.* N° 244. (Maretheux.)

M. Guéry. *Étude sur la suppuration des fibromyomes utérins.* N° 275. (Carré et Naud.)

L'action de certains médicaments, et notamment des anesthésiques, sur le système labyrinthique n'est pas douteuse. M. Allanic pense que cette action consiste en une perversion vaso-motrice se traduisant par de la congestion et même de l'apoplexie du labyrinthe. Ces complications se produisent surtout chez les sujets ayant présenté antérieurement des accidents auriculaires ou chez ceux qui sont atteints d'altérations vasculaires dues à l'artériosclérose, au brightisme, au saturnisme, à l'alcoolisme, à la syphilis, au diabète ou aux maladies infectieuses générales;

Que le meilleur traitement de ces lésions labyrinthiques est celui qui consiste à favoriser la résorption des exsudats de l'oreille interne, à diminuer la tension vasculaire et à faire la galvanisation du nerf auditif suivant la méthode tracée par Brenner.

Ainsi que le dit fort justement M. Carpentier, la trachéotomie hérite des contre-indications du tubage.

Ces contre-indications doivent être rangées en deux grands groupes suivant que l'enfant est ou n'est pas l'objet d'une surveillance constante.

Les contre-indications du tubage lorsque l'enfant est surveillé sont : *A*. Trachéotomie d'emblée : la mort apparente, l'intensité de l'angine, l'impossibilité de placer l'ouvre-bouche, l'œdème considérable des replis aryténoïdes, l'impossibilité de placer le tube ;

B. Trachéotomie secondaire : les fausses routes, l'obstruction du tube soit immédiate par les fausses membranes, soit tardive par les fausses membranes ou par les mucosités, le rejet incessant du tube, l'impossibilité pour l'enfant de se passer du tube.

La trachéotomie dans ces conditions donne des résultats peu favorables. Elle doit néanmoins être pratiquée : c'est l'unique chance de salut pour l'enfant.

Lorsque l'enfant ne peut être l'objet d'une surveillance constante, qu'il se trouve exposé de ce fait à des accidents graves, mortels même, dont la fréquence paraît avoir été méconnue par certains auteurs, dans ces cas le tubage semble devoir donner une mortalité supérieure à la trachéotomie, et c'est à cette dernière opération qu'il faudra recourir si l'on ne peut laisser auprès du malade une personne exercée au tubage.

M. Pédeprade, dans un excellent travail, établit nettement les indications et la technique de la cocaïnisation lombaire, qui est facile et sûre si l'on prend pour point de repère le point le plus élevé du bord postérieur de la quatrième apophyse épineuse lombaire et si l'on donne à l'aiguille une faible obliquité en haut et en dedans.

L'injection de cocaïne ne devra jamais être poussée qu'après avoir obtenu l'écoulement de 5 à 6 gouttes de liquide céphalo-rachidien très clair.

L'analgésie par voie sous-arachnoïdienne, faite dans de bonnes conditions de dose et de qualité, est constamment complète à la 10e minute dans toute la portion sous-ombilicale du corps, et par sa durée permet presque toutes les opérations portant sur cette zone.

La cocaïnisation lombaire tire ses indications les plus nettes du refus de l'anesthésie générale, de l'état de dépression ou de débilitation, des affections cardiaques, pulmonaires, et aussi, croyons-nous, rénales et hépatiques.

A défaut d'une supériorité marquée sur le chloroforme, ces titres sont déjà suffisants pour que la cocaïnisation lombaire soit enseignée et apprise tout comme les autres méthodes d'anesthésie.

M. Mouras admet que l'opothérapie hépatique associée au régime lacté et à l'hygiène est d'un grand secours dans le traitement de la cirrhose alcoolique.

Elle est efficace dans le cas d'insuffisance hépatique légère, elle n'agit pas lorsque la cellule hépatique est très dégénérée.

L'opothérapie hépatique agit probablement en excitant les fonctions du foie.

M. Pannetier, élève de M. Budin, donne une étude statistique des conditions dans lesquelles l'accouchement s'est effectué chez des primipares très jeunes. Son travail porte sur 281 cas de primipare pour 17 000 accouchements de toute espèce survenus à la clinique Tarnier en 11 ans. La mortalité pour les mères a été de 0,35 p. 100 et pour les enfants 7,4 p. 100, la durée moyenne du travail est de 14 h. 9 ; dans 97 p. 100 des cas il y a eu présentation du sommet dont 58,8 p. 100 en O.I.G.A., 23,04 en O.I.D.P., 7,8 p. 100 en O.I.G.P., 3,9 p. 100 en O.I.D.A., 1,7 p. 100 en O.I.G.T. et 1,7 p. 100 en O.I.D.T. Il y a eu 8 sièges sur 281 cas.

M. Louvet, élève de M. Bar, préconise l'intervention préventive, c'est-à-dire faite avant toute menace d'infection au cas de délivrance incomplète. Les résultats semblent être des plus satisfaisants.

Sur 389 cas, la mortalité fut de 2, soit de 0,51 p. 100. Quant à la morbidité, elle a été de 20 sur 126, c'est-à-dire de 15,87 p. 100 dans l'avortement, et de 62 sur 263, c'est-à-dire de 23,57 p. 100 dans l'accouchement.

Un fait est à relever qui a pu être considéré comme un danger de l'intervention. Dans l'avortement, sur les 20 cas de morbidité, 11 fois l'écouvillonnage amena le soir ou le lendemain une élévation de température ; et dans l'accouchement, cette ascension thermique fut notée 23 fois sur 62 cas.

Cette élévation de température ne persista pas plus de 24 heures. Ce n'est donc en réalité qu'un inconvénient d'importance tout à fait minime.

L'expulsion spontanée d'un enfant mort se fait habituellement quelques jours après le moment où le fœtus a cessé de vivre ; mais il est des cas où sa rétention dans l'utérus se prolonge et dépasse même le terme normal de la grossesse.

Cette rétention, qui généralement ne s'accompagne d'aucune complication, peut quelquefois être la cause de nombreux accidents. La rupture prématurée des membranes de l'œuf expose la femme aux dangers de la putréfaction fœtale, leur intégrité ne la garantit pas contre la possibilité de l'infection, ainsi qu'en font foi les observations récentes.

Aussi M. Henriot pense-t-il qu'en présence d'un diagnostic ferme de la mort du fœtus, et en considération de diverses raisons sociales et pathologiques, l'accoucheur, dans l'intérêt de la femme, pourra mettre un terme à cette grossesse physiologiquement terminée, en provoquant l'expulsion du produit de conception.

M. Sueur recommande le bleu de méthylène en poudre, chimiquement pur, dans les métrites.

Il diminue ou supprime la douleur et la leucorrhée. Il supprime les métrorrhagies. Il décongestionne les ectropions fongueux et saignants.

Les métrites d'origine gonococcique paraissent moins nettement et moins rapidement influencées par le bleu de méthylène que les métrites d'origine non gonococcique.

Les lésions annexielles sont heureusement influencées par le traitement.

La thèse de M. Zimmern est un excellent travail d'électrothérapie gynécologique dont les conclusions sont les suivantes :

1° Dans les hémorrhagies utérines dues à la rétention septique, le curettage est indiqué d'une façon absolue ;

2° Dans les hémorrhagies dues à l'endométrite récente :

A. La galvano-caustique doit être préférée au curettage, parce que : *a*) elle ne nécessite pas l'anesthésie ; *b*) elle n'impose pas le repos ; *c*) la récidive est rare ;

B. La galvano-caustique peut être préférée aux caustiques parce que : *a*) elle est plus aisément localisable, peut-être moins dangereuse, et permet d'éviter la cautérisation du col ; *b*) elle possède une action trophique, qui s'exerce sur la fibre musculaire, favorisant ainsi sa contractilité et régularisant par conséquent l'apport sanguin ;

3° Dans les formes d'endométrite anciennes, fongueuses, polypeuses, la galvano-caustique doit céder le pas au curettage ;

4° Dans les hémorrhagies dues à la subinvolution aseptique, le curettage et les caustiques doivent être bannis. La galvanisation, au contraire, par son action excito-motrice, devient ici le traitement de choix ;

5° Dans les hémorrhagies du fibrome, l'électrisation est le traitement palliatif le plus efficace (70 à 80 p. 100 des cas) ;

6° Dans les hémorrhagies qu'on rencontre au cours des affections génitales de nature congestive, et où le curettage et la cautérisation sont plutôt nuisibles, l'électricité sous forme de faradisation ou de galvanisation est utile ;

7° Lorsqu'il existe des lésions annexielles aiguës, subaiguës ou purulentes, les méthodes galvaniques sont contre-indiquées.

D'après M. Guéry, la suppuration des fibromyomes de l'utérus a pour causes prédisposantes les diverses dégénérescences des fibromes (surtout la dégénérescence œdémateuse et calcaire) et les modifications de nutrition produisant l'ischémie et la nécrose. Mais la grossesse, par les complications que le fibrome et l'utérus gravide sont susceptibles de produire l'un sur l'autre par une aggravation réciproque, est la cause prédisposante la plus importante.

La cause déterminante est, soit un traumatisme septique direct, soit, plus souvent, un processus infectieux parti de la cavité et de la muqueuse utérines et gagnant le fibrome par la voie lymphatique ou sanguine.

La suppuration des fibromes interstitiels et sous-péritonéaux se manifeste généralement par l'augmentation rapide du volume

de la tumeur, son ramollissement, la douleur spontanée et provoquée à son niveau, la fièvre et quelquefois l'écoulement de pus par l'orifice utérin.

Le pronostic des suppurations des fibromes est grave, par les complications qui peuvent se produire avant toute intervention chirurgicale et aussi au point de vue des interventions, car on doit opérer souvent sur un malade en état de septicémie, et enlever une tumeur le plus souvent compliquée d'adhérences.

Le traitement, une fois la suppuration produite, comprend :

Pour les fibromes interstitiels sous-péritonéaux, et même pour les fibromes polypeux restés intra-utérins, l'hystérectomie abdominale subtotale, avec fermeture soignée du moignon de col utérin;

Pour les fibromes sous-muqueux, polypeux, ayant déjà gagné la cavité vaginale, il vaut mieux enlever d'abord par la voie vaginale, dans une première opération, toute la masse sphacélée, désinfecter soigneusement la cavité vagino-utérine, et enlever (dans une deuxième opération, si c'est nécessaire) la masse restante, par une hystérectomie soit abdominale, soit vaginale, suivant le volume de cette masse.

Enfin, pendant la grossesse, on peut être appelé à faire, suivant les cas, soit la myomectomie, soit l'hystérectomie abdominale après avortement spontané; soit l'hystérectomie abdominale, après avoir provoqué l'accouchement prématuré, si l'enfant est vivant ; soit enfin l'opération de Porro.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Coquin (Louis-Pierre-Marie). *Hygiène et pathologie des pêcheurs de morue à Terre-Neuve et en Islande.* N° 27.

M. Montel (Marie-Louis-René). *Du rôle des leucocytes dans l'absorption de certains médicaments introduits par la voie hypodermique et péritonéale.* N° 2.

M. Grosfillez (Louis-Gaspard-Eugène). *Les déplacements congénitaux du cristallin.* N° 14.

M. Roustan (Étienne-Henri). *De la psychicité de la femme pendant l'accouchement (Etude de responsabilité).* N° 6.

M. La Folie (Alfred-Ernest-Arthur). *Une opération aseptique.* N° 4.

M. Margerie (Victor-Albert-Jean). *La cure radicale du varicocèle par la décortication du scrotum* (Procédé du Dr Piton, de Brest). N° 5.

M. Marchand (Albert). *La médication cacodylique chez les enfants.* N° 30.

M. Tel (Paul-Emile-Pierre). *De l'empyème aigu compliqué du sinus maxillaire.* N° 17.

M. Braud (Paul). *De l'existence du réflexe réno-rénal et de son rôle pathogénique.* N° 18.

M. Donnet (François-Anatole). *Essai sur les formes et les causes de quelques arthrites métatarso-phalangiennes du gros orteil.* N° 22.

M. Léger (Louis-Marie-Marcel). *Hématologie de la chlorose. Influence de certains agents médicamenteux sur la formule hémoleucocytaire.* N° 26.

M. Coquin étudie l'hygiène des pêcheurs de morue. Après nous avoir fait constater les bons résultats produits par les conférences des médecins de la marine, il nous montre qu'il reste beaucoup à faire.

Il demande, par exemple, une visite obligatoire pour tout homme qui veut s'embarquer; l'amélioration des bateaux (poulaine, suppression de la cloison intérieure des couchettes, couchette individuelle), propreté journalière du bateau et du poste, de l'équipage en particulier, propreté du corps obligatoire pour les hommes.

Ceux-ci devront avoir de bons vêtements, de bons cirés, une bonne alimentation avec quantité suffisante d'aliments gras et de légumes.

L'eau devra être l'objet de soins constants pour son captage ; à Terre-Neuve, les barriques seront remplacées par des caisses à eau; en Islande, les barils d'eau seront renouvelés tous les ans.

L'alcool fourni aux pêcheurs est de l'alcool d'industrie relativement pur, d'après l'analyse qu'en a faite l'auteur; il ne devrait pas en être délivré plus de 5 centilitres par jour et par homme.

Il ne devrait pas être absorbé pur, mais dans des boissons chaudes et sucrées.

Il faut au pêcheur le repos du dimanche.

L'auteur nous fait voir l'action bienfaisante et moralisatrice de la Société des Œuvres de mer. Mais elle leur est aussi d'un grand secours au point de vue médical. Les soins médicaux qu'elle leur procure sont fort appréciés et ont donné de bons résultats.

Si l'on n'a que peu de prise sur certaines affections telles que le rhumatisme ou la congélation, on peut du moins supprimer le scorbut, diminuer les conséquences de l'alcoolisme, empêcher la propagation de la tuberculose et voir tomber les cas de fièvre typhoïde.

M. Montel a étudié le mode d'absorption du calomel, de l'huile iodoformée et du salicylate de soude.

Le calomel injecté sous la peau ou dans le péritoine est, pour la plus grande partie, incorporé par les leucocytes soit sous forme de mercure réduit et de sublimé, soit sous forme de minuscules cristaux de calomel. Sous l'influence de l'activité cellulaire des leucocytes, le calomel se dédouble en sublimé et mercure réduit. Les nodus auxquels donne lieu l'injection sous-cutanée de calomel sont dus à un processus défensif de l'organisme. Sous la peau comme dans le péritoine, le calomel est absorbé pendant un stade d'hyperleucocytose due à une chimiotaxie positive des leucocytes qui est précédée d'un stade d'hypoleucocytose par chimiotaxie négative. Le stade d'hypoleucocytose est d'autant plus long que la dose injectée a été plus forte.

L'hyperleucocytose est l'évolution vers la guérison.

Ce sont surtout les polynucléaires et les gros mononucléaires qui s'emparent du sel mercuriel.

L'huile iodoformée est absorbée et transportée par les leucocytes. Cette absorption semble due surtout aux gros mononucléaires. Elle s'accompagne d'une hyperleucocytose marquée.

Chez un animal qui a subi une injection hypodermique de salicylate de soude, les globules blancs traités par le perchlorure de fer se parsèment de points noirs qui décèlent la formation de composés salicylés ferrugineux.

Pour ces diverses substances, l'absorption, presque exclusivement cellulaire, est due aux leucocytes qui, lancés dans le torrent sanguin, porteront le remède au point malade.

M. Grosfillez a fait une étude d'ensemble sur les déplacements congénitaux du cristallin. Il a étudié et classé les théories nombreuses qui ont été émises sur la pathogénie si obscure et si discutée de cette malformation.

Quant au traitement, l'emploi de verres correcteurs ne semble pas être d'une utilité appréciable, tandis que les opérations diverses qui ont été proposées ont donné des résultats satisfaisants.

L'extraction, trop dangereuse, ne semble indiquée que lorsque le cristallin déplacé est cataracté.

L'iridésis n'a été employée qu'une fois, ce qui est insuffisant pour apprécier sa valeur.

L'iridectomie est une bonne opération, lorsque, par suite de la position et de la mobilité du cristallin, la discision paraîtra difficile ou dangereuse, sinon cette dernière opération est l'intervention de choix, car elle est plus radicale, plus complète et elle supprime les complications.

Pendant l'accouchement, la femme peut présenter des modifications marquées du côté de son être psychique et ses modifications peuvent, pour M. Roustan, ôter à l'esprit une partie de sa lucidité et atténuer la responsabilité des actes commis.

Sous l'influence de l'accouchement, il peut se développer une psychose transitoire qui se relie souvent à un substratum hystérique, épileptique ou alcoolique.

La psychose transitoire de l'accouchement peut cependant être pure et due soit au shock, soit à une auto-intoxication, soit à l'action combinée de ces deux facteurs.

Le rôle de l'expert dans les cas de ce genre consistera à examiner si la psychose est réelle ou simulée. Si elle est réelle, il devra en établir aussi exactement que possible l'origine, les caractères et l'intensité, car de ces données découlera sa conclusion au point de vue de la responsabilité de l'inculpée.

Dans sa thèse, M. La Folie étudie les salles d'opérations des hôpitaux de Brest et de Bordeaux et démontre comment on peut se rapprocher le plus possible de l'asepsie idéale.

On peut rendre ses mains aseptiques et, pour cela, la méthode la meilleure semble être celle du permanganate. L'emploi des gants doit donc être rejeté.

La chaleur sèche est suffisante pour la stérilisation des instruments. Ceux-ci doivent plonger dans un liquide stérile pendant les opérations et ne doivent pas rester à sec sur les serviettes aseptiques. Il en est de même pour les catguts, les crins et les soies.

Le catgut stérilisé par le procédé Barthe-Soulard (dégraissage, déshydratation et stérilisation dans les vapeurs d'alcool sous pression à 120°) est stérile, mais il faut surveiller avec grand soin le manomètre métallique des autoclaves, dont le ressort faiblit souvent et donne ainsi des indications erronées.

Un autre point important, c'est qu'au début d'une opération tout est aseptique : catgut, instruments, serviettes, etc. Après un certain temps d'exposition à l'air, rien ne l'est plus. On retrouve partout des colonies microbiennes provenant de l'air ambiant, par conséquent de l'air de la salle d'opération. C'est du moins ce qui existe à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, où la même salle sert aux opérations septiques ou aseptiques et d'amphithéâtre pour les cliniques.

Après désinfection de la salle par les vapeurs de formol, le nombre des colonies microbiennes diminue dans des proportions très remarquables.

Le procédé du Dr Piton, que décrit M. Margerie, consiste à décortiquer une calotte sphérique de la peau et du dartos du scrotum. On ne sectionne que les capillaires cutanés, ce qui met à l'abri de l'hématome. Comme dans les autres méthodes de résection scrotale, on coupe trop afin de sectionner assez. La réunion transversale de la plaie est la meilleure, car elle l'éloigne des foyers d'infection (anus, verge).

Les résultats immédiats et éloignés sont excellents.

C'est, pour l'auteur, le procédé de choix de résection scrotale à cause de sa simplicité et de la sécurité qu'il donne relativement à l'hématome post-opératoire.

La médication cacodylique, que M. Marchand a étudiée particulièrement chez l'enfant, lui a semblé donner des résultats au moins aussi bons que chez l'adulte.

Ces résultats sont surtout appréciables dans la tuberculose au début et dans les diverses anémies infantiles.

Le médicament est bien supporté, s'il est donné à petite dose et d'une façon intermittente.

Il semble même que l'administration par les voies digestives ne donne pas lieu, chez les enfants, aux accidents imputés chez l'adulte à ce mode d'absorption.

L'empyème aigu compliqué du sinus maxillaire, tel que le connaissaient les anciens chirurgiens, n'est pas aussi rare que le prétendent certains auteurs.

Deux grands groupes de lésions dominent son étiologie : les lésions dentaires et les lésions des fosses nasales.

Au début le malade ressent de la lourdeur de tête et une douleur vague d'un côté de la face, jusque dans la région temporale, la région sus-orbitaire et l'angle interne de l'œil. Ce dernier point est presque pathognomonique. Plus tard surviennent des troubles du côté des fosses nasales (sensation de plénitude), de l'œil (œdème de la paupière inférieure, photophobie, etc.), de la gencive (œdème, pas de douleur à la pression de la dent, etc.). Puis arrive la période de suppuration, qui peut s'accompagner de phénomènes généraux intenses. Ces symptômes sont bien nets et il n'est pas besoin de l'éclairage électrique de la face pour les découvrir.

Au début, le traitement chirurgical ne s'impose pas toujours. Les inhalations mentholées sont parfois suffisantes en y joignant le cathétérisme qui permet d'éviter la rétention et de modifier les parois du sinus par le lavage.

En cas d'insuffisance de ces moyens, on aura recours soit au procédé de Lowper (ouverture de l'antre par la voie alvéolaire); soit à celui de Desault (trépanation de la paroi antérieure), soit à celui de Caldwell (voie nasale).

M. Tel préfère à ces divers procédés celui de son maître M. Moure, qui tient à la fois de celui de Desault et de celui de Caldwell.

Dans sa thèse, M. Braud nous démontre qu'il existe bien un réflexe réno-rénal perturbateur fonctionnel, dans les affections chirurgicales du rein.

Ce réflexe existe aussi pour certaines néphrites médicales unilatérales au début (l'auteur en rapporte deux observations) et peut amener une perturbation notable des fonctions.

L'hypothèse des modifications anatomiques déterminées du côté d'un rein sain par un rein malade est très vraisemblable.

L'existence de ce réflexe réno-rénal élargit le champ des interventions chirurgicales sur le rein : néphrotomie ou néphrectomie.

De toutes les arthrites de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, l'arthrite goutteuse est la seule, nous dit M. Donnet, qui présente des signes pathognomoniques.

Le tableau clinique des autres arthrites est à peu de chose près le même pour toutes : absence de troubles prémonitoires, intensité variable de la douleur, qui n'atteint cependant jamais celle de la goutte, absence de modifications de la peau enflammée, peu de gravité et même absence de phénomènes généraux et de complications viscérales, influence du traumatisme ou de la fatigue.

Pour les reconnaître entre elles, on devra penser aux signes suivants :

L'arthrite rhumatismale cède rapidement au salicylate de soude et ne s'accompagne jamais de tophus, ni des manifestations viscérales de la goutte.

Les arthrites pseudo-rhumatismales ne sont pas amendées par le traitement salicylé et seront distinguées entre elles grâce aux anamnestiques qui permettront de reconnaître la cause infectieuse : blennorrhagie, syphilis, tuberculose, etc.

L'analyse des urines, qui est ici indispensable, permettra de déceler l'arthrite albuminurique ou encore l'arthrite diabétique. Cet examen fera instituer un traitement général dont l'importance sera plus considérable que celle du traitement local.

Dans ce travail, sorti du laboratoire des cliniques, M. Léger nous fait voir d'abord que dans la chlorose le sang subit des modifications physiques, chimiques et histologiques :

1° *Modifications physiques* : le sang est pâle, de densité faible, mais sa coagulation est normale. Les hématies ont leur résistance affaiblie et le sérum possède une action globulicide;

2° *Modifications chimiques* : le sérum est normal, mais, dans les éléments figurés, on note une diminution notable des sels de potassium et des chlorures, et une diminution légère de l'albumine. Le pouvoir d'absorption de l'oxygène par le sang est amoindri et l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine est très prononcée. La lésion capitale est la déferrugination excessive du sang, la baisse énorme du taux de l'hémoglobine;

3° *Modifications histologiques* : les globules rouges sont diminués de nombre ainsi que la valeur globulaire. Microcythémie, poïkilocytose, polychromatophilie. Le nombre des hématoblastes est plus que double, tandis que les hématies à noyaux sont très rares.

L'auteur n'a jamais rencontré d'hématies à granulations basophiles, ni de leucocytes à granulations iodophiles.

Il existe une leucocytose légère (un peu plus de 10 000 leucocytes par millimètre cube).

Le rapport hémo-leucocytaire, toujours diminué, l'est parfois énormément.

Les leucocytes polynucléés neutrophiles sont augmentés dans leur nombre absolu par millimètres cubes et leur pourcentage. La moyenne est de 77,17 p. 100. Par contre, les lymphocytes

sont diminués. Leur pourcentage moyen est de 16,54 p. 100. Quant aux grands mononucléés, polynucléés éosinophiles, mastzellen, ils ne subissent pas de variations numériques appréciables.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur étudie l'action de divers médicaments sur la formule hémo-leucocytaire. Le sérum de lait en injections sous-cutanées augmente le nombre des hématies; l'hémoglobine s'élève rapidement, puis se maintient à un taux moyen, que ne fait plus accroître la continuation du traitement. Les leucocytes, augmentés au début, redescendent ensuite au nombre primitif. Il en est de même des polynucléés neutrophiles; les lymphocytes suivent une courbe inverse. Les autres types leucocytaires ne sont pas sensiblement modifiés.

Dans le traitement par le protoxalate de fer, les hématies augmentent ainsi que le taux de l'hémoglobine. Mais tandis que l'accroissement des premiers, très rapide au début, devient ensuite plus lent, l'ascension de l'hémoglobine, d'abord peu marquée, s'accentue après quelques temps. Les leucocytes diminuent ainsi que les polynucléés neutrophiles, alors que les lymphocytes augmentent. Les variations des autres types leucocytaires sont peu accusées.

La médication arsenicale (cacodylate de soude) abaisse manifestement le taux de l'hémoglobine, tout en n'augmentant que peu ou pas les hématies. La leucocytose est appréciable. Les polynucléés neutrophiles deviennent plus nombreux, de même des mononucléés, mais à un degré moindre. Les lymphocytes diminuent. Les autres formes ne sont pas modifiées.

Le fersan augmente les hématies et l'hémoglobine, mais diminue les leucocytes. Les polynucléés neutrophiles seuls s'accroissent; toutes les autres formes diminuent.

Le repos au lit seul donne, mais à un moindre degré, les mêmes résultats que le protoxalate de fer.

Les préparations ferrugineuses sont donc celles qui donnent les meilleurs résultats dans le traitement de la chlorose.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

L'épilepsie syphilitique, par Augusto di Luzenberger (*Pratica del medico*, an I, février 1901, n°. 7). — La syphilis peut être l'origine d'une épilepsie parasyphilitique, de lésions cérébrales faisant une épilepsie curable ou incurable. — Ce qui est à retenir au point de vue pratique, c'est que si, chez un adulte sans prédisposition, on voit survenir une épilepsie en tout semblable à l'épilepsie idiopathique, il ne faudra pas hésiter à soumettre le malade, à titre d'épreuve, au traitement spécifique, même si la syphilis est formellement niée.

Sur l'heure de l'accès épileptique, par Lambranzi, (*Bollettino del manicomio di Ferrara*, an XXIX, fasc. I, 1901). — L'auteur a tenu deux mois en observation 19 épileptiques, 13 femmes et 6 hommes, privés de bromure. L'heure de tous les accès diurnes et nocturnes a été soigneusement notée.

Tandis que pendant le jour aucune heure ne paraît plus favorable aux attaques épileptiques, la nuit présente nettement deux périodes de temps où les accès sont plus nombreux : c'est d'abord une première période comprenant les deux premières heures, puis une seconde correspondant à la 6e et à la 7e heure de la nuit.

Sur un cas de fracture de la colonne vertébrale par Silvio Rolando (*Gazzetta degli o spedali e delle cliniche*, 17 mars 1901, p. 343). — Fracture du corps de la 12e vertèbre dorsale, paralysie complète du sentiment et du mouvement dans le membre inférieur gauche, parésie de la jambe droite; guérison en assez peu de temps, sans traitement actif.

Dans les fractures de la colonne vertébrale siégeant assez bas, lorsque la paraplégie est incomplète, c'est-à-dire est l'effet de la commotion médullaire ou d'un peu de compression par un épanchement sanguin mais non d'une lésion directe de la moelle, l'auteur est d'avis qu'il est bon de s'abstenir d'une intervention chirurgicale.

La suture de l'accessoire de Willis au facial dans la paralysie faciale, par O. Barrago-Ciarella (*Il Policlinico*, vol. VIII-C, fasc. 3, p. 124, février, 1901). — L'auteur s'est proposé de résoudre la question suivante : étant donnée une paralysie faciale expérimentale par section du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, si l'on suture le bout périphérique du facial au bout central de l'accessoire réséqué au moment de son entrée sous la face interne du sterno-cléido-mastoïdien, est-il possible qu'il y ait une reprise de leur fonction par les muscles innervés par la VIIe paire?

Les expériences de l'auteur démontrent que, chez les chiens, si la suture du facial périphérique à l'accessoire central est pratiquée immédiatement après la section de l'un et l'autre nerf, le territoire du facial récupère au bout d'un temps ses fonctions motrices.

CHIRURGIE

Cathétérisme thérapeutique des uretères (Casuistische Mittheilungen zur therapeutischen Anwendung der Harnleiterkatheterismus), par Stockmann (*Wien. klin. Rundsch.*, 1900, nos 44 et 45). — L'auteur communique dans ce travail 5 cas de pyélite dont 2 d'origine gonococcique, 2 d'origine coli-bacillaire, 1 de nature indéterminée. Tous ces malades furent guéris par les lavages intra-urétéraux au nitrate d'argent. Le nombre de lavages qui a été nécessaire pour amener la guérison définitive (les malades ont été revus plusieurs fois après leur sortie) a varié entre 10 et 15.

L'auteur estime donc que, dans les pyélites chroniques qui résistent au traitement ordinaires, il faut essayer le cathétérisme thérapeutique des uretères avant de recourir à l'opération.

Prophylaxie de la gonorrhée chez les prostituées (Welche Punkte hat die Gonorrhoe-Untersuchung der Prostituirten zur berucksichtigen und wie ist sie auszuführen?), par Gumpertz (*Wien. klin. Rundsch.*, 1900, nos 41 et 44). — 1° L'examen rigoureux des prostituées au point de vue de l'existence de la gonorrhée ne pourra empêcher qu'une partie des infections, car les prostituées atteintes de gonorrhée incurable ou récidivante ne peuvent renoncer pendant longtemps à leur métier.

2° La recherche du gonocoque doit être faite chez toutes les prostituées, sauf chez celles qui ont déjà été atteintes de gonorrhée. Pour donner des résultats au point de vue de la prophylaxie publique, cette recherche doit être faite au moins deux fois par semaine.

Élimination de lombrics à travers l'intestin, avec explication anatomo-pathologique. Une observation, par H. Delagénière (du Mans) (*Arch. méd. d'Angers*, 20 mars 1901, p. 123). — MM. Lardennois de Reims, Valude de Vierzon, en 1893, ont signalé 2 cas ayant rapport à l'issue de lombrics à travers la paroi de l'intestin.

Si ces deux faits font admettre la nécessité d'une perforation de l'intestin, ils restent muets sur l'état antérieur de l'intestin, de telle sorte qu'on peut se demander si des lombrics peuvent, dans certains cas, perforer des parois intestinales saines, ou au contraire, s'il n'est pas nécessaire, pour que cette perforation ait lieu, que la paroi intestinale soit au préalable altérée.

M. Delagénière rapporte une observation qui permet d'affirmer la lésion préalable de l'intestin; lésion tuberculeuse avec foyers caséeux dont la fonte amène naturellement des perforations de volume très variable, mais habituellement petites. L'issue des ascaris s'est faite chez ce malade de la même façon que chez les malades de Lardennois et Valude, presque sans réaction et sans établir de fistule stercorale. Il a fallu des accidents d'occlusion intestinale pour que cette fistule s'établît, circonstance qui, en nécessitant une laparotomie, permit de contrôler l'existence des lésions de l'intestin.

Myome du testicule (Beitrag zur Kentniss der wahren Muskel-Geschwülste des Hodens), par Becker (*Virchow's Arch.*,

1901, vol. CLXIII, p. 244). — A l'autopsie d'un individu mort au cours de l'opération pour hernie étranglée, on trouva dans le testicule droit une tumeur grosse comme une noix, dont l'examen histologique a permis d'établir qu'il s'agissait d'un myome, c'est-à-dire d'une tumeur composée de fibres musculaires lisses. Le point de départ de cette tumeur étaient très probablement les fibres de la couche interne du crémaster.

Ulcération tuberculeuse primitive du pénis (Ueber einen Fall eines primären tuberculösen Hautgeschwürs aus Penis), par Tschlenoff (*Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, 1901, vol. LV, p. 25). — Cette observation a trait à un homme de 43 ans, marié, et dont la femme fut reconnue, après examen, bien portante.

Depuis 4 mois le malade présente une ulcération qui a débuté par la face interne du prépuce et avait envahi le gland. Le diagnostic d'ulcération tuberculeuse, qui s'imposait d'après l'aspect de l'ulcération, fut confirmé par la biopsie, qui a montré la présence des bacilles tuberculeux. Les inoculations à des animaux n'ont pas été faites.

L'excision de l'ulcération ayant été refusée par le malade, celui-ci fut perdu de vue.

Deux cas de gonorrhée rectale (Zwei Fälle von Rectalgonorrhœ als Folge von Entleerung gonorrhoischer Eiteranzammlungen ins Rectum), par Karo (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 4, p. 101). — L'auteur relate dans ce travail deux cas de gonorrhée rectale qui s'est produite dans les conditions suivantes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un étudiant qui, au déclin de la gonorrhée, fut pris de spermatocystite suppurée. La collection s'évacua en partie par l'urèthre, mais il y a eu en même temps formation d'une collection derrière la prostate, laquelle collection s'ouvrit dans le rectum dont la muqueuse fut atteinte de catarrhe gonorrhéique. Les choses se passèrent exactement de la même façon dans le second cas, mais avec cette différence que les troubles subjectifs ont été à peine accusés.

Suture de l'uretère sectionné (Ueber ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters mittels directer Vernähung desselben), par Gubaroff (*Centralb. f. Chir.*, 1901, n° 5, p. 121). — Au cours d'une hystérectomie pour fibrosarcome volumineux, l'auteur a coupé l'uretère et produit une perte de substance de 3 centimètres environ. Pour suturer l'uretère sectionné, l'auteur fit une incision longitudinale au bord du segment inférieur, y invagina le segment supérieur en le fixant par une série de sutures au catgut. Le résultat de cette suture fut parfait, et l'auteur l'attribue à ce fait qu'il a pu recouvrir exactement la suture d'un lambeau péritonéal.

Opération de Bottini dans l'hypertrophie de la prostate (Statistik der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie), par Freudenberg (*Centralb. f. Harn. u. Sexualorg.*, 1900, vol. XI, p. 513). — L'auteur a réuni dans ce travail 318 cas d'hypertrophie de la prostate traités par la méthode de Bottini. Sur ce nombre on compte 27 cas de mort, dont 12 ne peuvent être mis sur le compte de l'opération. Quant aux résultats fonctionnels on note 220 succès et 30 insuccès. En somme, l'opération de Bottini donne 77,75 p. 100 de succès, 13,75 p. 100 d'insuccès, et une mortalité de 4,75 à 8,50 p. 100.

Recherches cliniques et radiographiques sur six cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, par Reynaud et Audibert (de Marseille), (*Archive provinciales de chirurgie*, janvier 1901). — L'application toute récente de la radiographie aux déformations des extrémités a montré que l'épaississement de la phalangette se faisait aux dépens des parties molles dans le doigt hippocratique; au contraire, dans l'ostéo-arthropathie de Marie, la radiographie révèle le plus souvent des lésions squelettiques très nettes, qui peuvent cependant manquer quelquefois.

Lorsqu'elles existent, leurs manifestations se bornent parfois à de simples taches transparentes ou foncées, qui peuvent coïncider avec quelques déformations des phalanges dont les épiphyses paraissent épaissies.

Dans certains cas où, cliniquement, le processus atteint un développement complexe, on distingue à côté des lésions précédentes des ostéophytes disséminés sur la surface de l'os, et le périoste parait inégal et hypertrophié par endroit. A un degré encore plus avancé, les lésions périostées envahissent tour à tour les métacarpiens, les extrémités inférieures des os de l'avant-bras et de la jambe. Les phalangettes unguéales des doigts et des orteils, dont les bases sont latéralement élargies et encombrées de néoformations d'âges divers, offrent, en outre, au niveau de leur extrémité libre, l'aspect d'un capuchon volumineux, hérissé de fines aiguilles étroitement enchevêtrées.

La méthode de Rœntgen permet donc de contrôler, dans une certaine mesure, les lésions macroscopiques de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, et de suivre pour ainsi dire les diverses étapes de leur évolution.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 16 Avril 1901.

Les moustiques dans les environs de Paris.

M. Farabeuf, à l'occasion du procès-verbal, insiste sur l'abondance des moustiques aux environs de Paris, à Bourg-la-Reine et sur les bords de la Bièvre en particulier, et sur les accidents locaux pénibles causés par la piqûre de ces moustiques. Il pense que les moustiques hivernent dans les maisons, et par suite qu'il est fort difficile de les détruire. Certaines régions des environs de Paris sont tellement infestées qu'elles sont devenues inhabitables.

Traitement de la chlorose par les sels de cuivre.

M. Liégeois préconise le traitement des chloroses scrofulo-tuberculeuses par les sels de cuivre. Les résultats qu'il a obtenus auraient été confirmés par les travaux de certains médecins italiens et américains.

Lessivage aseptique du linge des hôpitaux,

M. Delorme, après avoir rappelé les procédés employés pour blanchir le linge, procédés qui ont les graves inconvénients d'une promiscuité entre les linges, d'employer un nombreux personnel et d'exiger de la place, préconise le blanchissage par les lessiveuses désinfecteuses, qui suppriment le personnel et donnent du linge vraiment propre. Une commission es nommée par l'Académie pour étudier la question.

Névrites optiques d'origine paludique.

M. Galézowski fait une communication sur les troubles optiques produits par le paludisme et qui sont rebelles à tout traitement général par le sulfate de quinine.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ileus par l'atropine.

Nous avons rapporté, dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* du 24 mars 1901, le résultat obtenu par différents auteurs

dans le traitement de l'ileus par l'emploi des injections sous-cutanées d'atropine.

Nous croyons intéressant de compléter cette communication en rapportant les résultats obtenus par d'autres auteurs.

M. le Dr Simon, de Merzig, rapporte dans le *Münchener med. Woch.* du 19 mars 1901, p. 462, le cas suivant :

Une femme de 29 ans accoucha dans la nuit du 7 au 8 décembre de son 7e enfant. L'accouchement se fit rapidement, en une heure. Rien de particulier les jours suivants. Le 16 décembre survinrent à la suite d'un écart de régime de fortes coliques, avec vomissements, puis frissons, douleurs dans le ventre. Le 17, le Dr Simon est appelé; pouls 130-140, température 38°,8. La malade se plaint de douleurs abdominales très vives, et vomit des matières verdâtres. Depuis la veille ni gaz, ni selle; ventre distendu extrêmement douloureux à la pression; écoulement fétide par le vagin. Pensant à une infection puerpérale, M. Simon fit des lavages, et débarrassa l'utérus. Le lendemain, devant la persistance des symptômes, vomissements, absence de gaz et de selle, il fit une injection de 1 milligramme d'atropine. La nuit suivante fut meilleure et la malade n'eut que deux vomissements. Le lendemain 19, pas de fièvre, les vomissements ont cessé, mais toujours ni selle ni gaz. M. Simon fit 3 injections de 1 milligramme d'atropine. A la suite, amélioration de l'état général, mais persistance des phénomènes d'occlusion. Un lavage de l'intestin fut fait sans résultat. Le 20 décembre, M. Simon réussit à faire un lavage d'estomac qui permit de retirer quelques masses verdâtres, puis quelques matières fécales. L'état subjectif s'aggravant et l'occlusion persistant, M. Simon fit une injection de 2 milligrammes d'atropine, sans résultat, puis quelques heures après une seconde injection de 2 milligrammes d'atropine. La malade fut alors tranquille, puis 2 heures après, elle fut prise de délire, de perte de connaissance pendant 1 heure, et enfin, 4 heures après cette seconde injection, pour la première fois elle rendit une selle abondante avec gaz. Les jours suivants, les vomissements cessèrent complètement et les matières reprirent leur cours normal. La malade guérit complètement.

Ce cas est intéressant, car il s'agissait d'une infection puerpérale compliquée d'occlusion. L'atropine au début resta sans résultat. Ce ne fut qu'après avoir donné ce médicament héroïque à dose toxique qu'un résultat fut obtenu.

Un second cas est rapporté dans le même numéro du *Münchener med. Woch.*, par M. W. Höchtlen de Dürkelsbühl.

Le 18 février dernier, il fut appelé auprès d'une femme de 71 ans qui souffrait du ventre et vomissait depuis 2 jours. Depuis 4 ou 5 jours, ni selle ni gaz. Les douleurs très vives depuis quelques heures s'accompagnaient d'un ballonnement considérable de l'abdomen.

L'huile de ricin, la glycérine en lavements, les enveloppements froids restèrent sans résultat.

Le lendemain, M. Höchtlen fit une injection sous-cutanée de 3 milligrammes d'atropine. A la suite les douleurs extrêmement vives jusqu'ici ne diminuèrent pas, et par contre la malade se montra très agitée. En outre, il n'y eut aucune évacuation. En présence de cet insuccès, M. Höchtlen n'osa pas renouveler la tentative, et la malade mourut 3 jours après. Ce cas est assez analogue à celui que publia Lüttgen (*Münchener med. Woch.*, 1900, n° 48) dans lequel, à la suite d'une injection de 5 milligrammes d'atropine, des symptômes toxiques graves apparurent et qu'il n'y eut pas de résultat favorable.

Traitement de la broncho-pneumonie aiguë de l'enfance,

D'après M. le Dr Ausset (1).

M. le Dr Ausset expose ainsi le traitement de la broncho-pneumonie infantile.

Dans la période fébrile il importe surtout de ne pas nuire au malade. Les agents physiques ont une bien plus grande efficacité que les agents chimiques, aussi ne fait-il prescrire ces derniers que lorsqu'il y a indication formelle.

Le meilleur moyen de décongestionner le poumon, c'est de faire de la révulsion; et la meilleure révulsion est celle que l'on obtient par l'emploi simultané des cataplasmes sinapisés et des bains chauds.

Dans les cas de moyenne intensité, on prescrira un cataplasme sinapisé très chaud à appliquer toutes les douze heures; dans les cas graves, on en mettra un toutes les huit heures.

Le bain devra être prescrit à une température de 35°-36° d'une durée de 5 à 10 minutes, suivant l'âge et la réaction de l'enfant, et il faudra le renouveler toutes les trois heures, jusqu'à sédation des phénomènes locaux et abaissement de la température. Si on s'aperçoit que cette sédation ne s'effectue pas, on abaissera la température de l'eau jusqu'à 32°, 30° et même 28°, et l'on sinapisera deux bains par 24 heures. Les bains sinapisés sont particulièrement indiqués quand il existe de la tendance au collapsus et de la cyanose.

Dans les cas très graves, dans les broncho-pneumonies doubles très étendues, dans les formes pseudo-lobaires, on se servira, dans l'intervalle des bains, de compresses froides, appliquées sur le thorax et recouvertes d'un taffetas gommé. Ces compresses amènent une rubéfaction de la peau, absolument comme le sinapisme, et font par suite une révulsion continuelle. En outre, par action réflexe, elles rendent la respiration plus active et plus profonde.

On ne cessera jamais brusquement les bains, on les espacera de plus en plus, afin d'éviter des retours offensifs.

S'abstenir du vésicatoire, car si, ultérieurement, on voulait baigner le malade, la plaie cutanée risquerait de s'infecter dans l'eau du bain : d'autre part, le vésicatoire peut avoir une fâcheuse influence sur les reins des petits enfants déjà sous le coup de la maladie infectieuse primitive.

Se garder aussi de mettre des ventouses scarifiées, les broncho-pneumonies étant d'autant plus fréquentes que l'enfant est plus jeune, il s'ensuit qu'on devrait les appliquer dès la première enfance; à cet âge, toute soustraction de sang est absolument désastreuse.

Il faut absolument s'abstenir de vomitifs. Il n'existe pas de plus mauvaise pratique, et il n'est pas besoin d'avoir vu beaucoup de broncho-pneumonies pour constater que l'ipéca et *a fortiori* l'émétique augmentent l'affaiblissement des malades, leur prostration, les dépriment alors qu'il faudrait les stimuler, et parfois même les conduisent au collapsus et à la syncope. Les expectorants eux-mêmes devront être abandonnés, et l'on devra réserver l'emploi du kermès, de l'oxyde blanc d'antimoine, pour le moment où l'alvéole pulmonaire est libérée, où la bronchite reste seule; ces deux médicaments sont trop nauséeux, le premier surtout est trop actif, et le plus souvent ils suffisent à faire vomir l'enfant.

Pour agir sur les sécrétions, rien ne vaut les bains et cataplasmes sinapisés qui, en activant la circulation pulmonaire, en facilitent la résorption.

Le transport des sécrétions pulmonaires est aussi facilité par des fumigations et des pulvérisations antiseptiques. On fait bouillir en permanence, sur un réchaud, dans la chambre du malade, la mixture suivante.

Acide thymique.	1 gr.
Teinture d'eucalyptus.	} àâ 50 gr.
Teinture de benjoin.	
Eau.	1 litre.

On pulvérisera très fréquemment de l'eau boriquée à 30 p. 100 à l'aide de la marmite de Lucas-Championnière. L'atmosphère est ainsi incessamment imprégnée de vapeurs antiseptiques et balsamiques; la liquéfaction et l'expulsion des mucosités sont ainsi facilitées.

Evacuer les poisons. — Dans le but d'exciter l'activité des émonctoires naturels à l'élimination des toxines, il sera très utile, au début de la maladie, de purger le malade. Le calomel devra être choisi. On en prescrira de 10 à 20 centigrammes suivant l'âge du petit malade.

1. *Echo méd. du Nord*, 3 fév. 1901.

Les reins devront être ménagés et surveillés avec attention. Dans ce but, on doit s'abstenir de prescrire des narcotiques, de la belladone ou de l'aconit, des médicaments actifs.

On poussera à l'urination par le régime lacté, les boissons abondantes; on se trouvera aussi très bien, pour atteindre ce but, d'injections sous-cutanées de sérum artificiel à la dose de 100 grammes répétées trois fois par jour. Ces injections de sérum ont non seulement une action diurétique remarquable, mais encore une action tonique évidente sur le système nerveux et la circulation.

On prescrira avec avantage les bains et les inhalations d'oxygène.

Il faut être très parcimonieux de quinine et d'antipyrine.

Le bain sera le meilleur antithermique à prescrire.

Dès que la maladie prendra un certain degré de gravité, on administrera à titre préventif des toniques du cœur. La caféine est un excellent médicament, mais elle a l'inconvénient de beaucoup exciter le système nerveux et d'amener de l'insomnie. Il vaudra mieux employer la spartéine, dont on fera matin et soir une injection de 5 milligrammes.

Sulfate de spartéine.	0 gr. 05
Eau distillée bouillie. . . .	10 grammes

Un centimètre cube représente 5 milligrammes de médicament.

Si la fatigue du cœur se manifeste, on corsera les doses et on injectera 1 centigramme matin et soir.

Les inhalations d'oxygène (3 à 4 litres par heure) rendent les plus grands services pour remonter le muscle cardiaque, et parer aux accidents d'asphyxie et de collapsus. En ce cas, on joindra aux injections de spartéine des injections d'huile camphrée, un gramme matin et soir de la solution à 1 p. 10.

L'indication des toniques et des stimulants est formelle. S'il n'y a que peu ou pas d'albumine dans les urines, on prescrira une cuillerée à café de champagne toutes les heures, dans un peu d'eau sucrée; il importe, en effet, de fractionner beaucoup les doses, mais de les répéter souvent. On y joindra la potion suivante.

Teinture de kola	āā 2 grammes.
Teinture de cannelle . .	
Acétate d'ammoniaque . .	4 —
Julep gommeux.	q. s. pr 120 gr.

A prendre par cuillerées à dessert toutes les 2 heures.
Pour un enfant de 3 à 4 ans.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel trouvent encore ici leur indication. Mais alors il convient de les injecter à doses fractionnées et souvent répétées; 40 à 50 grammes toutes les 4 heures.

Hygiène thérapeutique. — On veillera à la propreté extrême de la peau; on désinfectera la bouche par des lavages à la liqueur de Labarraque en solution à 50 p. 1000 dans 1 litre d'eau bouillie; on fera des instillations dans le nez d'huile mentholée à 1 p. 100; on se souviendra qu'une solution plus concentrée serait trop caustique : il vaut mieux répéter les instillations que d'employer les solutions fortes. Du lait, des tisanes abondantes et du bouillon constitueront l'alimentation.

La convalescence est habituellement très lente. On prescrira une alimentation réparatrice, adaptée, bien entendu, à l'âge de l'enfant, pour éviter la dyspepsie ou la gastro-entérite. Pour prendre un exemple : s'il s'agit d'un enfant de 3 ans, on donnera des purées de légumes, des œufs, du lait, de la viande pulpée, du poisson maigre bouilli, des cervelles, des crèmes, des fruits cuits, des fromages frais. On prescrira des médicaments toniques et reconstituants : le sirop de raifort iodé, à la dose de 3 ou 4 cuillerées par jour.

Lorsqu'il y a catarrhe bronchique, on prescrira des modificateurs des sécrétions bronchiques. On ordonnera un suppositoire matin et soir avec 1 centigramme de carbonate de gaïacol; on emploiera les sulfureux à l'intérieur et en pulvérisation, et si la situation sociale le permet, on enverra les enfants dans le Midi, à Cannes, à Menton.

On doit toujours avoir présent à l'esprit que la broncho-pneumonie commence par une infection bronchique. Donc, dans tous les cas où un enfant présentera du catarrhe bronchique, on mettra tout en œuvre pour éviter cette complication. Comme c'est le plus habituellement du nez, de la bouche et des premières voies respiratoires que viennent les microbes coupables, on désinfectera avec soin le nez et la bouche; et, à l'occasion de la moindre bronchite rubéolique, grippale ou autre, on fera des lavages antiseptiques de la bouche et du nez; de cette façon on empêchera souvent la broncho-pneumonie de se produire. Lorsque dans une famille, un enfant sera atteint de broncho-pneumonie, on l'isolera de ses frères et sœurs.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association des médecins de France.

(42e assemblée générale).

Tous ceux qui ont pu lire, depuis dix années, dans l'*Annuaire de l'Association générale*, les rapports qui exprimaient le vœu qu'une union puisse être établie entre les diverses Sociétés qui ont en vue la prévoyance, l'assistance ou la défense professionnelles; tous ceux qui ont pris connaissance des articles récemment publiés (*Gaz. heb.*, 1901, pp. 10 et 143) dans ce journal, comprendront la joie que j'éprouve à rendre compte de la 42e assemblée générale de notre Association.

C'est, en effet, à l'unanimité des membres présents que les propositions d'entente avec l'Association amicale des médecins français et avec la Caisse des retraites du corps médical ont été votées par cette assemblée.

Si, comme l'a affirmé dans un discours très applaudi M. le Président Lannelongue, l'indépendance administrative et financière des œuvres qui vont s'unir à nous est un principe fondamental, cette indépendance n'exclut nullement un patronage moral et des subsides financiers qui donneront toute sécurité aux œuvres de prévoyance et toute garantie aux membres de l'Association, qui voudront y souscrire. Comme l'a si bien dit encore M. le Président, il n'appartenait pas à l'Association de s'ériger en rivale et de disposer de ses moyens, même matériels, pour établir une concurrence qui eût certainement fait du tort à des œuvres recommandables à tous égards.

Dans la première partie de mon rapport, je n'ai eu qu'à développer les idées défendues ici même il y a trois mois et à prouver, par des arguments irréfutables, que l'union était possible, désirable et utile entre l'Association et les deux Caisses qui ont accepté son patronage et la condition de ne plus se recruter que parmi ses membres.

Cette union peut donc être considérée dès aujourd'hui comme accomplie. Les formalités à remplir pour la rendre définitive et officielle ne sont plus rien auprès des difficultés qu'il a fallu résoudre pour décider une refonte des statuts des deux Caisses de prévoyance et faire voter par leurs sociétaires une adhésion unanime aux statuts de l'Association générale.

Je ne crois plus utile d'insister à cet égard.

Mais les applaudissements qui ont accueilli la partie de ce rapport où, rappelant des événements douloureux à tous les points de vue, j'ai insisté sur la nécessité d'une assistance toujours prête à soulager des infortunes imméritées, ont prouvé que le but principal de l'Association devait être toujours le même. Sa fortune, aujourd'hui

considérable (1), peut servir à faciliter aux uns les actes de prévoyance en les aidant à verser des cotisations assez lourdes pour un maigre budget, à aider les autres en leur assurant sur leurs vieux jours une modeste aisance. Elle doit surtout servir à augmenter dans de grandes proportions les subsides à accorder aux veuves et aux orphelins. Il conviendra donc de diminuer le chiffre des économies qui sont trop considérables chaque année (2) et d'arriver plus vite à des résultats plus conformes aux intérêts de ceux qui souffrent.

Dans la deuxième partie de mon rapport j'ai résumé les services rendus, grâce aux conseils de M. Liouville, à ceux de nos confrères qui ont besoin d'être éclairés dans les conjonctures si difficiles que soulève l'application des lois nouvelles.

Partout, aussi bien en France qu'à l'étranger, les mutualités diverses, si utiles d'ailleurs à d'autres points de vue, tendent à abaisser le juste salaire des médecins, et souvent il arrive que de mauvais confrères rendent absolument inefficaces les mesures de défense solidairement prises par les Associations syndicales. Il importe donc, pour tous ceux qui ont à lutter contre d'injustes vexations, de comprendre et combien l'union est nécessaire, et combien il faut que cette union ne s'applique qu'à défendre des causes justes et juridiquement défendables. Nos conseils judiciaires nous rendent à ce point de vue les services les plus signalés, et l'Association, qui s'est trouvée maintes fois en mesure de faire rendre de ces arrêts souverains qui fixent la jurisprudence, tiendra toujours à honneur d'aider les syndicats pour défendre les justes revendications du corps médical.

Une réunion qui s'était tenue à la Faculté de médecine, la veille du jour où l'Association générale devait tenir ses assises annuelles, a voté une résolution qui contribuera peut-être elle aussi à faire quelque bien.

On n'a pas oublié que le dernier Congrès de médecine professionnelle et de déontologie médicale a décidé la création d'un Comité permanent. Ce Comité que j'ai l'honneur de présider se trouve chargé non seulement d'étudier toutes les questions professionnelles et déontologiques, mais encore de s'entendre avec les médecins qui font partie du Parlement, en vue de modifier le texte souvent obscur de certaines lois qui ne paraissent pas en rapport avec les besoins de la corporation médicale ou bien de proposer des amendements aux lois en préparation. Il a été décidé dans la dernière séance que ce Comité qui comprend une délégation de toutes les associations professionnelles centraliserait les demandes appuyées par celles-ci et, parlant au nom du Corps médical tout entier, s'efforcerait de faire prévaloir en haut lieu de légitimes revendications.

Ainsi sera cimentée l'union de toutes les bonnes volontés.

Les syndicats et les sociétés locales prépareront les questions d'ordre général, tandis que l'œuvre du *Sou médical* s'occupera de préférence des questions personnelles à ses membres. Le Comité de défense professionnelle institué près l'Association générale donnera son avis à tous ceux qui, membres de l'Association générale, feront appel à ses conseils judiciaires. Le Comité permanent de médecine professionnelle centralisera pour les transmettre aux pouvoirs publics et tâcher de les faire aboutir les protestations contre des articles de loi mal rédigés ou les propositions en vue de faire voter des lois nouvelles.

Peu à peu, on arrivera à sérier ainsi toutes les questions et à défendre énergiquement toutes les causes justes.

En même temps les œuvres de prévoyance, ne se recrutant plus que parmi les membres de l'Association, assurées de son patronage et de ses subsides, certaines de ne jamais être exposées ni à des revers de fortune, ni à des vexations administratives, pourront adoucir en faveur de quelques-uns les sévérités de leur règlement et admettre que des subventions renouvelables permettent à ceux qui se trouvent momentanément gênés de payer leur cotisation. Le cumul des indemnités de maladie et des pensions de retraite avec les allocations fournies par l'Association générale assurera aux médecins qui auront fait acte de prévoyance un revenu suffisant pour qu'ils puissent vivre dans l'aisance. Les femmes de sociétaires qui comprendront l'utilité de l'assurance et de l'épargne jouiront des mêmes avantages. Les orphelins pourront être adoptés par les Sociétés locales et pensionnés régulièrement jusqu'à leur majorité par la Caisse des veuves et orphelins à qui, sur ses fonds généraux, l'Association pourra allouer chaque année de plus larges subsides.

Et, peu à peu, toutes les objections que l'on faisait à nos statuts nouveaux s'éteindront d'elles-mêmes, toutes les oppositions s'apaiseront, tous les projets mal étudiés et peu viables seront retirés par leurs auteurs, parce que tout le monde dans le Corps médical saura comprendre que c'est à l'aide de concessions réciproques que l'on arrive à faire le bien.

Telles sont les espérances que font naître les votes émis à deux jours de distance par le Comité permanent de médecine professionnelle et par l'Association générale des médecins de France.

Nous aurons à revenir souvent encore, non sur les mesures à prendre en vue d'assurer à tous les médecins soit une indemnité de maladie, soit une pension de retraite garantie, soit une allocation en cas d'infortune — tout a été dit et redit à cet égard, — mais sur les mesures de défense professionnelle et sur la nécessité d'une entente commune pour arriver à un résultat utile.

Il nous suffira d'appeler l'attention de tous les médecins français sur ce que nous leur avons si souvent répété. Isolées, ne possédant qu'un revenu insuffisant, n'ayant ni l'influence que donnent les conseils autorisés de jurisconsultes éminents, ni l'autorité que possèdent les présidents de nos Associations professionnelles qui sont toujours appelés, toujours écoutés dans les Conseils du gouvernement, les Sociétés ou Associations dissidentes se heurteront en vain à l'inertie administrative ou à l'hostilité de ceux qui veulent exploiter le Corps médical. La formule « chacun chez soi; chacun pour soi » n'est pas seulement blâmable au point de vue confraternel. Elle est condamnable au point de vue social. « Aimons-nous les uns les autres », répétait l'excellent H. Roger. Si ces paroles paraissent aujourd'hui vieilles de plusieurs siècles, que l'on comprenne tout au moins combien l'union est nécessaire et utile même au point de vue de l'intérêt individuel qui malheureusement semble devoir aujourd'hui primer tous les autres.

L. Lereboullet.

1. Le rapport de M. Blache montre qu'elle s'élève à 2 280 431 francs sans compter la fortune des sociétés locales qui dépasse 1 200 000 francs et celles des nues propriétés et du legs Marjolin. On peut affirmer que la fortune totale de l'Association et des sociétés locales atteint près de 4 millions.

2. Elles ont été de 76 680 francs cette année.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MEDICALE

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon. — M. Debove.

Forme tardive de l'ictère émotif (1).

L'ictère émotif n'est pas admis sans conteste par tous les pathologistes : tous en parlent, mais plusieurs avec un scepticisme qu'ils ne cherchent pas à déguiser, c'est donc avec une grande réserve que l'on doit aborder un tel sujet, et ce n'est qu'après avoir envisagé toutes les hypothèses possibles, que je me suis rattaché, dans le cas particulier, au diagnostic d'ictère émotif. Mais, selon notre habitude, nous allons d'abord vous exposer les faits cliniques avant de nous engager dans la voie des hypothèses et des théories toujours discutables, si elles ne sont pas appuyées sur des faits précis.

La malade qui fait aujourd'hui l'objet de notre leçon est une femme de 23 ans qui, à part une pneumonie qu'elle a eue il y a quelques années, ne présente aucun antécédent morbide digne d'intérêt.

Au mois de juillet 1899 elle a accouché d'un enfant aujourd'hui bien portant, puis elle est venue à Paris se placer comme nourrice.

1. Leçon recueillie par le Dr J. Castaigne.

Le 27 décembre dernier, — à cette époque elle était encore nourrice, — elle s'est aperçue qu'elle était jaune, que ses garde-robes étaient décolorées et ses urines foncées, puis elle eut les jours suivants des vomissements alimentaires survenant après chaque repas, ce qui ne l'empêchait nullement de manger de bon appétit, d'ailleurs elle ne ressentait aucun autre malaise.

Elle ne serait pas entrée à l'hôpital si ses maîtres ne l'avaient obligée à venir s'y faire soigner et ne lui avaient retiré son nourrisson sous prétexte que son lait était devenu jaune.

Cette coloration du lait par la bile est contestée, dans tous les cas elle est exceptionnelle, et les patrons qui ont renvoyé leur nourrice paraissent avoir été plus influencés par des considérations théoriques que par la constatation directe d'une coloration anormale du lait.

Voici dans quel état se trouvait la malade à son entrée à l'hôpital (22 janvier), plus de 3 semaines après le début des accidents.

L'ictère est généralisé et d'une teinte foncée, il est facile à constater sur la peau et les muqueuses. Les urines ont une coloration foncée et les garde-robes sont décolorées.

Le pouls bat à 76 pulsations.

La température axillaire oscille entre 37° et 37°,8.

Il n'y a pas d'augmentation de volume du foie.

Les vomissements ont disparu dès l'entrée de la malade, sous l'influence du repos et du régime lacté. Cependant un jour nous avons constaté un phénomène paradoxal en apparence, il y a eu un vomissement de matière très nettement colorée par la bile, ce qui montre que l'excrétion de la bile n'était pas suspendue, mais qu'elle ne se faisait pas en quantité suffisante pour colorer les garde-robes.

Notons encore que celles-ci nous paraissaient d'autant plus décolorées que le régime lacté donne lieu à des garde-robes peu colorées.

De ce petit fait, nous pouvons tirer un enseignement intéressant; dans un ictère très accentué, alors même que les matières sont décolorées, il ne faut pas conclure que l'excrétion de la bile est totalement empêchée.

Je ne m'attarderai pas à l'examen des divers appareils de la malade, leur exploration ne nous ayant donné que des renseignements négatifs; si bien que, après une enquête clinique minutieuse, nous avons conclu qu'il y avait ictère sans aucune autre espèce de troubles d'aucun appareil.

Quelle pouvait être sa cause?

Plusieurs d'entre vous ont pensé qu'il s'agissait peut-être d'une colique hépatique, mais le syndrome colique hépatique comprend deux symptômes : la douleur et l'ictère, encore ce dernier signe manque-t-il fréquemment, et bien des crises gastriques ne sont que des coliques hépatiques incomplètes ; en revanche la douleur manque si rarement, que je ne puis, dans ce cas, me résoudre de faire le diagnostic d'ictère dû à une obstruction par un calcul.

Je ne veux pas repasser avec vous toutes les causes d'ictère, je le ferais si j'étais chargé d'un cours de pathologie interne, ici, nous faisons de la clinique, nous ne devons jamais perdre de vue notre malade, et nous devons discuter seulement les diagnostics qui, dans le cas particulier, semblent tant soit peu vraisemblables. Je n'en vois que deux : l'ictère émotif et l'ictère catarrhal.

Je ne ferai pas de diagnostic différentiel, car, comme je vous l'expliquerai, suivant moi l'émotion et le catarrhe ont probablement tous deux joué ici un rôle.

Le 24 décembre, notre malade était seule dans sa cuisine, avec un enfant de 2 ans, elle entendit mettre une clef dans la serrure de la porte, il était nuit (6 heures du soir), la porte s'ouvrit, elle crut que c'était un cambrioleur. C'était simplement une bonne qui s'était trompée d'étage, mais dont la clef allait par hasard à la serrure d'une cuisine qui n'était pas la sienne. Pardon de ces détails, mais lorqu'on parle d'ictère émotif, il faut toujours donner des détails qui puissent renseigner sur l'intensité de l'émotion.

Se conformant à l'opinion populaire, la malade attribue à sa peur la jaunisse qui apparut 8 jours plus tard. Selon moi, elle n'a pas tort.

L'ictère émotif semble, au premier abord, une exception clinique, mais cependant il est de toute évidence, que les impressions psychiques agissent activement sur les organes sécréteurs : vous rappellerai-je les larmes, les vomissements, les crises de diarrhée, la polyurie qui se développent sous l'influence d'une émotion. Pourquoi la sécrétion de la glande hépatique échapperait-elle seule à cette règle générale? L'expression populaire « se faire de la bile » semble donc reposer sur un fond de vérité.

Mais combien de temps après l'émotion peut survenir l'ictère? Il semble quelquefois pouvoir être instantané. En voici deux observations :

La première est de Villeneuve (article *Ictère* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*).

« Un jeune militaire reçoit un soufflet dans un lieu public, et dans la fureur qui le transporte, tire son épée et se précipite sur son agresseur. Retenu par les témoins de la scène, il s'épuise en vains efforts pour se dégager et tirer vengeance de l'outrage qu'il venait de subir. Presque au même instant, il devint jaune. »

En voici une autre empruntée à mon regretté prédécesseur, le professeur Potain (*Gazette des Hôpitaux*, 1884).

« Un pauvre homme ayant été pris par les insurgés, pendant la Commune de 1871, et tenu en joue pendant quelques instants pour être fusillé, devint jaune tout à coup, par suite de la violente émotion qu'il venait de ressentir. Le fait fut constaté, par les divers témoins de cette scène, et notamment par sa femme, qui, quelques instants plus tard, l'amenait à l'hôpital Necker. »

L'ictère en pareille circonstance est-il véritablement instantané, je n'oserais l'affirmer, car il est probable que la paleur cadavérique d'un sujet angoissé est confondue avec la couleur de l'ictère qui arrive rapidement, mais peut-être jamais instantanément.

En tout cas, je puis vous montrer par une observation inédite, de M. Talamon, qui m'est rapportée par M. Castaigne, notre chef de laboratoire, une preuve de la rapidité avec laquelle surviennent ces ictères.

Cette observation peut être ainsi résumée :

« Une jeune fille âgée de 18 ans était soignée dans le service de M. Talamon, pour un ictère survenu au cours d'accidents syphilitiques secondaires. Sa mère, ignorant l'état dans lequel se trouvait sa fille, vint la voir le dimanche à l'hôpital. Elle trouve sa fille toute jaune, elle tombe évanouie, on la transporte dans un lit, une demi-heure après, elle était franchement jaune et resta ainsi pendant une huitaine de jours. »

Je vais maintenant vous citer une autre observation d'un médecin que je connais pour vous prouver que l'ictère émotif peut être tardif.

« M. X... — quand vous connaîtrez son histoire vous verrez pourquoi il m'est impossible de le nommer avec plus de précision, — faisait son service militaire, comme simple soldat; il fut surpris en flagrant délit de... conversation criminelle par le mari. Ce mari était en même temps le capitaine de X... Vous concevez l'émotion de ce dernier, émotion inséparable d'un pareil accident, aggravé par le fait d'un manquement grave aux lois de la hiérarchie militaire.

« Huit jours plus tard, X... ressentait de vagues douleurs épigastriques accompagnées de lassitude générale, et 16 jours après l'émotion survenait un ictère qui a duré 3 semaines et qui a été suivi d'une longue convalescence ».

Je noterai en passant, dans l'observation de notre confrère un phénomène rare, il eut de la xanthopsie.

Pendant une demi-journée, tout lui apparut éclairé par une lumière jaune. C'est un phénomène rare, nié à tort par certains auteurs. La constatation en est ici d'autant plus intéressante, qu'elle a été faite par un médecin qui s'observait lui-même. L'année dernière je vous ai montré dans le service un malade atteint d'ictère catarrhal qui affirmait avoir eu de la xanthopsie temporaire.

Il s'agit donc là d'un phénomène très rare, mais indéniable.

Revenons aux ictères émotifs.

Une autre observation vient de m'être rapportée au début de ma leçon par un des médecins qui suit habituellement notre clinique. Son fils, âgé de 10 ans, éprouva une grande contrariété à l'occasion d'une prétendue injustice commise à son préjudice par son professeur qui ne lui avait pas décerné la place de premier. 4 à 5 jours après cette vive émotion, l'enfant présenta une teinte jaune manifeste, d'abord localisée aux yeux, puis qui s'étendit à tous les téguments et dura 15 jours.

Si maintenant nous cherchons à résumer ces observations, il semble donc que l'on doit distinguer deux sortes d'ictères émotifs : les uns instantanés ou rapides, les autres tardifs. J'appelle, de ce dernier nom, ceux dans lesquels il s'est écoulé plusieurs jours entre la cause et l'effet.

On a donné plusieurs théories des ictères instantanés ou rapides. Aucune d'elles n'est satisfaisante. En supposant qu'il y ait un spasme des voies biliaires, on ne comprend pas comment il peut y avoir un ictère beaucoup plus rapide qu'avec l'obstruction subite et complète des voies biliaires; or, l'ictère, en pareille circonstance, n'est perceptible qu'au bout d'une douzaine d'heures.

Constatons le fait sans essayer de l'interpréter, ce que nous ne saurions faire utilement dans l'état actuel de nos connaissances.

Les ictères tardifs sont ceux de notre malade (3e jour), de notre médecin (16 jours), et de notre dernière observation (4 ou 5 jours).

Il n'est pas rare de voir les émotions avoir des effets éloignés; la semaine dernière encore, vous pouviez le constater dans notre service : un malade avait eu une émotion vive à la suite d'une rixe où il avait été assez malmené, 3 jours après il était frappé d'une hémiplégie que je vous ai déclarée de nature hystérique pour des raisons sur lesquelles je ne reviendrai pas. Il avait couvé son hémiplégie 3 jours; de même, les malades à ictères tardifs, peuvent donc avoir couvé leur maladie un nombre de jours variable.

Mais je serais assez tenté d'admettre une autre théorie. Les ictères émotifs instantanés ne durent ordinairement que quelques jours, les ictères émotifs tardifs plu-

sieurs semaines; peut-être ces derniers ont-ils une pathogénie différente, ils sont peut-être dus à un catarrhe des voies biliaires : je m'explique.

Sous une influence nerveuse, il peut y avoir une modification dans les sécrétions et les mouvements de l'estomac et du duodénum, une paralysie du sphincter du cholédoque, un arrêt dans l'écoulement de la bile ou une altération de sa sécrétion qui favorise l'infection des voies biliaires. Je sais bien qu'en émettant cette opinion, je suis en pleine théorie, et que je serais bien embarrassé de vous fournir des preuves à l'appui, mais cette théorie me permet tout au moins de comprendre pourquoi l'ictère catarrhal et l'ictère émotif ont tant de ressemblance, pourquoi tant d'ictères qui ont manifestement une origine catarrhale ont souvent été précédés d'un trouble nerveux, et en étudiant soigneusement les faits d'ictère catarrhal, je suis convaincu qu'on trouvera souvent une cause émotionnelle rejetée à tort à cause du temps assez considérable séparant la cause de l'effet.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er Avril 1901.

Sur le mécanisme des réactions lipolytiques.

M. Hanriot a montré qu'il est possible d'expliquer le rôle de la lipase dans le dédoublement des graisses en considérant ce ferment comme une base faible, susceptible de se combiner avec l'acide contenu dans la graisse pour former un composé aisément dissociable en acide gras et en lipase. Or il a pu s'assurer que certains oxydes, notamment les sesquioxydes de fer et d'aluminium, qui remplissent les conditions précédentes, se comportent en effet, *in vitro*, comme des ferments lipolytiques.

Sans que l'on puisse affirmer, en se basant sur ces expériences, que la lipase soit un sel de fer, il faut reconnaître que cette hypothèse concorderait avec certains faits connus, tels que la précipitation simultanée du fer et de la lipase dans le sérum auquel on ajoute du sulfate d'ammoniaque, la diminution du pouvoir lipasique du sérum agité avec de la poudre de zinc (ce qui transforme les sels ferriques en sels ferreux) et le retour de ce même pouvoir par agitation du sérum avec l'air, etc.

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 12 Avril 1901.

Main bote congénitale.

M. Péraire présente, au nom de M. Longuet et du sein, une radiographie de main bote congénitale non héréditaire. Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans. A l'avant-bras on remarque une absence complète du radius. Le cubitus est incurvé et se termine inférieurement en massue. Au niveau du carpe, il n'existe que le scaphoïde, le pyramidal, le trapèze et l'os crochu. Il n'y a pas trace de pouce, ni comme métacarpien, ni comme phalanges.

Cliniquement, le pouce n'est représenté que par une sorte de petit tubercule cutané ressemblant à une verrue. La main est déjetée en dehors vers le bord radial. Les mouvements d'extension et de flexion de la main sont très limités; mais il se passe dans l'articulation cubito-carpienne une sorte de mouvement de rotation de la main qui montre tantôt sa face dorsale, tantôt sa face palmaire.

Pas d'abduction, ni d'adduction de la main. Les articulations des doigts ne donnent que des mouvements peu étendus. Malgré cette ectromélie, par une sorte d'éducation, la malade est devenue assez adroite de ce membre et s'en sert avec habileté. Par suite de la saillie externe du poignet, une bourse séreuse s'est développée à ce niveau.

Dégénérescence polykystique des reins chez un fœtus; étude histologique.

MM. Lenoble, Cordes et Le Bot envoient des préparations de dégénérescence polykystique des reins chez un fœtus, où l'on peut étudier les altérations histologiques de la substance glandulaire.

Il s'agit d'une secondipare qui, au cours d'une grossesse parvenue au septième mois, s'aperçut que les mouvements du fœtus avaient cessé. 15 jours après, accouchement difficile nécessitant une éviscération abdominale. La cause de la dystocie était due à la présence de deux reins polykystiques avec ascite légère. Ces reins hypertrophiés étaient constitués par une masse tremblotante, blanchâtre, parsemée de kystes sur les coupes. L'examen histologique fit reconnaître que la substance parenchymateuse était convertie en une quantité prodigieuse de petits kystes, limités par une enveloppe fibreuse parsemée de noyaux, constitués par une membrane cellulaire formée de cellules cubiques représentant un revêtement continu. Leur cavité était remplie d'une substance gélatineuse, tremblotante, analogue à de la gomme. La partie vasculaire (glomérules, vaisseaux du parenchyme) était indemne, ou à peu près, de toute altération. On se trouvait en présence d'un *épithélioma mucoïde* analogue à ceux que Malassez a décrits dans les parenchymes glandulaires, qui peuvent se rencontrer chez l'adulte où ils sont compatibles avec une longue survie. Chez le fœtus observé, l'insidiosité avait été remarquable, et la mère n'avait constaté d'autre symptôme insolite qu'un développement du ventre plus accusé que lors de la première grossesse. Quant au début de l'affection, on peut, en se basant sur le développement des reins, le faire remonter au troisième mois de la vie intra-utérine, c'est-à-dire au moment où l'organisation du rein a revêtu à peu près son organisation définitive, en se basant sur la présence des glomérules normaux, de figures rappelant l'aspect des tubuli contorti et sur une partie de la substance rénale où la conformation normale des pyramides se laisse deviner.

Hernie inguino-interstitielle.

M. Jeanbrau (de Montpellier) rapporte l'observation et montre les photographies d'un homme de 27 ans, atteint d'une volumineuse hernie inguino-interstitielle gauche. La cure radicale permit de reconnaître les particularités suivantes : 1° l'orifice externe du canal inguinal faisait complètement défaut, et l'aponévrose du grand oblique, distendue et amincie, ne présentait pas de solution de continuité; 2° le sac qui s'étalait sous cette aponévrose contenait de l'épiploon, une anse grêle, et le testicule atrophié situé à sa partie supéro-externe; 3° le collet du sac suivait la direction du canal inguinal, c'est-à-dire plongeait en haut et en dehors, et présentait un renflement dans sa partie profonde; ce renflement avait décollé le transverse du fascia transversalis, et comme il était rattaché à la partie superficielle du sac par un collet rétréci, la hernie avait la forme dite pour les abcès « en bouton de chemise ». Ce cas est donc une vérification clinique et anatomique de la théorie soutenue par M. Tillaux pour expliquer la pathogénie de la hernie inguino-interstitielle.

Bassin coxalgique oblique ovalaire.

M. Chalochet présente un bassin d'enfant coxalgique, envoyé par M. Ménard (de Berck). Ce bassin offre le type oblique ovalaire avec aplatissement très marqué du côté malade. L'os iliaque est très atrophié, ce qui est en partie en rapport avec l'atrophie fonctionnelle déterminée par la désarticulation.

Bassin coxalgique triangulaire.

M. Chalochet présente deux bassins d'enfants coxalgiques

qui offrent un type de déformation non décrit. Ces bassins sont du haut en bas aplatis des deux côtés, et rétrécis transversalement; l'orifice inférieur du bassin est rétréci dans tous les sens. On pourrait appeler ce type de déformation : type triangulaire avec aplatissement bilatéral.

Kyste congénital du cou à paroi lymphoïde.

M. Jeanbrau montre les coupes d'un kyste congénital du cou enlevé à un jeune homme de 19 ans. Ce kyste, gros comme un œuf, développé dans la partie supérieure de la région carotidienne gauche, extirpé par M. le professeur Forgue, était adhérent à la jugulaire interne sur une longueur de 4 centimètres. Il contenait de la matière sébacée, et sa paroi examinée histologiquement présentait : 1° un épithélium stratifié à type épidermique; 2° une couche de tissu lymphoïde infiltrant ou tissu conjonctif fasciculé, et aboutissant à la formation de véritables follicules lymphoïdes.

Ce kyste correspond à ce qu'on appelait les « kystes ganglionnaires », parce qu'on les considérait comme des ganglions lymphatiques ayant subi la dégénérescence kystique.

Sur la pathogénie de la grenouillette commune.

MM. Léon Imbert (de Montpellier) et **Jeanbrau** montrent des préparations de grenouillette sublinguale. La paroi comprend dans son épaisseur une couche de tissu conjonctif dense ressemblant à du tissu lymphoïde. On ne trouve aucune trace de la dégénérescence muqueuse décrite par Suzanne. MM. Imbert et Jeanbrau concluent, après avoir étudié les cas de grenouillette publiés au point de vue histologique et pathogénique, que cette affection est probablement d'origine congénitale et peut être rattachée à l'histoire de dérivés branchiaux.

Botryomycose humaine.

MM. Savariaud et **Deguy** présentent des préparations de 2 cas de botryomycose humaine, l'un occupant la lèvre supérieure, l'autre le doigt. De l'étude de ces préparations, on peut conclure que la lésion est différente du champignon de castration du cheval, et, d'autre part, que le microbe décrit récemment sous le nom de botryococoque n'est autre qu'un staphylocoque vulgaire de la peau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 Avril 1901.

Examen cryoscopique des urines du nourrisson à l'état normal et au cours des gastro-entérites.

MM. E. Lesné et **Prosper Merklen**. — L'examen cryoscopique de l'urine, si fréquemment pratiqué dans ces derniers temps, n'a pas encore fait l'objet de travaux spéciaux chez les nourrissons. Les caractères particuliers de l'urine à cet âge permettaient cependant de penser que la cryoscopie dût fournir des résultats différents de ceux qu'on observe chez l'adulte.

Une série de recherches entreprises chez les nourrissons atteints de gastro-entérite nous a conduit à étudier comparativement la cryoscopie des urines du nourrisson à l'état de santé et au cours de cette maladie.

Le nourrisson bien portant émet des urines claires, peu denses et pauvres en matériaux constituants; l'absence d'alimentation chlorurée rend compte de la faible teneur en chlorures. A, dans ces conditions, ne saurait s'éloigner de O.

Cytodiagnostic de la péritonite tuberculeuse et du kyste de l'ovaire.

MM. Tuffier et **Milian**. — Le cytodiagnostic différencie d'une manière absolue la péritonite tuberculeuse du kyste de l'ovaire dont le diagnostic clinique est souvent si difficile. Le liquide de péritonite tuberculeuse à forme ascitique est à lymphocytes; le liquide du kyste de l'ovaire, renferme une très grande variété de cellules dont les plus caractéristiques sont de grosses cellules rondes ou ovalaires pourvues d'une multitude de vacuoles et de cellules cylindriques dont l'un des pôles présente une touffe de cils vibratils. L'examen direct du liquide sans coloration est le meilleur procédé pour mettre en évidence ces différents cellulaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 Avril 1901.

Section du nerf radial par écrasement.

M. Sieur communique, à l'occasion du rapport fait par M. Lejars, un cas de section du nerf radial par écrasement, à la suite d'un coup de pied de cheval, dans lequel les phénomènes de paralysie étaient aussi nets que dans les cas de section par instrument tranchant. Le blessé était entré dans son service 4 jours après l'accident avec une paralysie complète des muscles extenseurs et long supinateur. Le traitement par le massage et l'électricité, institué aussitôt, ne donna aucun résultat; 4 mois après, la paralysie persistait s'accompagnant d'une atrophie musculaire considérable.

Dans ces conditions, M. Sieur se décida à intervenir chirurgicalement. Une incision au niveau du point où avait porté le traumatisme le fit tomber sur une gangue fibreuse qui, dissociée, montra un nerf radial plus grêle, moins ferme qu'à l'état normal, mais sans solution de continuité et sans névrome. Or, au bout de 10 jours, on pouvait noter de faibles mouvements des extenseurs; mais après 6 mois, le retour de la motilité n'avait guère fait de progrès.

Le malade, réformé, retourna sur ces entrefaites dans ses foyers. Il y a 6 ans de cela. Cet homme a écrit à M. Sieur récemment, en déclarant que, peu après son départ, et en l'espace d'un mois, les mouvements de la main avaient peu à peu repris leur étendue en même temps que l'atrophie musculaire avait disparu. Très rapidement ensuite, les forces étaient revenues et le malade avait pu reprendre ses occupations habituelles.

Résection étendue des os de la jambe et du pied pour suppuration diffuse de la région tibio-tarsienne.

M. Nélaton analyse une observation qui a été adressée par **M. Savariaud.** La suppuration, partie de l'articulation tibio-tarsienne, avait gagné toute la partie inférieure de la jambe et une grande partie du pied. Une amputation de jambe semblait indiquée : néanmoins, M. Savariaud pensa qu'on pourrait peut-être se contenter d'une opération moins radicale. Faisant deux longues incisions de chaque côté du cou-de-pied, il pratiqua, à l'aide de la curette, l'extirpation de tous les os malades, évidant l'astragale et enlevant plus de 11 centimètres de tibia et de péroné. Cette opération fut couronnée de succès. Au bout de 6 mois, les mouvements du pied étaient possibles, le malade fut muni d'un appareil à tuteurs latéraux; au bout de 9 mois, M. Savariaud présentait ici le malade parfaitement guéri.

Résection du ganglion de Gasser pour névralgie faciale rebelle; guérison.

M. Gérard-Marchand analyse une observation adressée par **M. Bouglé**. Il s'agit d'une femme de 40 ans qui souffrait depuis 12 ans d'une névralgie faciale, rebelle à tous les traitements. L'intensité des douleurs était telle que cette femme n'hésita pas à accepter l'intervention qu'on lui proposait, bien qu'on lui en eût montré tous les dangers. L'extirpation du ganglion de Gasser fut pratiquée par M. Bouglé le 23 octobre dernier; elle se fit assez facilement. Un seul incident marqua l'opération : ce fut l'ouverture du sinus sphénoïdal. Le gan-

glion fut enlevé en grande partie, sinon en totalité; l'incertitude où nous sommes à ce sujet provient de ce que la pièce a été égarée. Les suites opératoires furent bonnes; au 3e jour, apparut une ulcération de la cornée qui se cicatrisa rapidement. Quant aux douleurs, elles disparurent complètement, la malade recouvra l'appétit et le sommeil, et aujourd'hui, à part encore une légère gêne de la mastication, elle se porte parfaitement bien.

Des réflexes pyélo-vésical et urétéro-vésical.

M. Bazy. — S'il est parfois facile d'affirmer, en présence de symptômes inflammatoires, qu'il ne s'agit que d'une cystite, d'autres fois on reste dans le doute en ce qui concerne une lésion concomitante du rein. La palpation bi-manuelle peut certainement fournir des renseignements, mais ils sont inconstants. Il en est de même du réflexe pyélo-vésical, qui est rare et que l'on provoque en pressant sur le ventre, un peu en dehors de la ligne médiane.

Un autre réflexe présente plus de valeur, surtout chez la femme où il est plus fréquent que chez l'homme et plus facile à déterminer. C'est le réflexe urétéro-vésical. En explorant la vessie par le toucher vaginal, si l'on provoque une douleur au niveau du point qui correspond à l'embouchure de l'uretère, on peut affirmer qu'avec la cystite le rein est également en cause. S'il n'y a pas de douleurs, la vessie est seule malade.

De l'anesthésie par injection intra-rachidienne de cocaïne.

M. Tuffier a continué depuis 18 mois d'expérimenter cette méthode d'anesthésie générale, préconisée par Cornille et vulgarisée par Bier, sur environ 400 malades. Il se sert d'une aiguille à biseau court et fait la ponction au-dessus de l'espace sacro-lombaire. La solution à 2 p. 100 est préférable, pour n'avoir pas à en injecter une trop grande quantité. L'injection doit être faite très lentement. L'analgésie débute par les membres inférieurs et les organes génitaux.

Les deux principaux inconvénients de cette méthode sont de provoquer parfois des vomissements et de la céphalalgie et, jusqu'à ce jour, on n'a signalé aucune lésion à longue échéance. Quant à la mortalité pendant l'opération, on n'en a relevé aucun cas, les 8 morts post-opératoires mentionnées par M. Reclus n'étant pas, en réalité, imputables à la méthode, ainsi qu'il ressort de la lecture attentive des observations.

Plaie du cœur par instrument tranchant, suture, mort.

M. Mignon. — Cette observation est celle d'un jeune soldat de 23 ans, en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce pour une pneumonie et qui, dans un accès de délire, se porta un coup de canif dans la région précordiale. M. Mignon vit le blessé 3/4 d'heure après. Il était cyanosé, le pouls était petit, à peine perceptible et difficile à compter. M. Mignon résolut aussitôt d'intervenir chirurgicalement. Il aborda le cœur par une incision portant au niveau de la plaie, qui était très petite, il réséqua les 4e, 5e, 6e et 7e côtes, sur une longueur de plusieurs centimètres, et tomba ainsi sur la face antérieure du péricarde et sur le cul-de-sac pleural gauche. Celui-ci était intact, mais le péricarde était perforé; on l'incisa largement et on enleva un énorme caillot qui le remplissait et comprimait le cœur. Aussitôt, par une petite plaie du ventricule droit, M. Mignot vit jaillir un flot de sang. Il arrêta l'hémorrhagie en affrontant les lèvres de la plaie ventriculaire à l'aide de petites pinces à griffes; puis, ayant attiré le tout dans la plaie péricardique, il put faire assez facilement la suture du cœur mi-partie en bourse, mi-partie en points séparés, en ayant soin de passer les fils dans la paroi musculaire, en dehors de l'endocarde. Nettoyage et suture du péricarde, suture de la paroi thoracique sans drainage; toute l'opération avait duré 3/4 d'heure. A la fin de l'opération, la cyanose avait disparu, le pouls était très net et le malade semblait pouvoir être considéré comme sauvé, lorsqu'une heure et demie après, il fut pris d'un violent accès de toux à la suite duquel il succomba immédiatement.

L'autopsie montra que la suture du cœur avait parfaitement tenu et que le péricarde ne contenait pas le moindre épanchement; dans le ventricule droit, il y avait un caillot allongé partant de la plaie cardiaque et se dirigeant vers la valvule tricuspide. Le cœur gauche était intact. En somme, cet homme avait succombé à sa congestion pulmonaire.

Section des nerfs médian et cubital; suture nerveuse, guérison.

M. Reynier présente un homme qui s'était sectionné accidentellement, au niveau du poignet, en même temps que tous les tendons fléchisseurs, les nerfs médian et cubital, et chez lequel il pratiqua à la fois la suture des tendons et celle des nerfs. La restauration complète des fonctions nerveuses fut assez longue à se produire, car si le retour à la sensibilité se manifesta dès le premier mois, la motilité mit plus de 6 mois à reparaître; actuellement, les mouvements de la main sont parfaits.

Ectopie testiculaire.

M. Kirmisson présente un petit garçon qu'il a récemment opéré d'une ectopie testiculaire, pour montrer les résultats du procédé qu'il emploie dans la cure de cette infirmité. Il y a 4 ou 5 ans déjà que M. Kirmisson a renoncé à la fixation du testicule, parce qu'elle est presque toujours suivie d'insuccès. Il se contente de maintenir le testicule éloigné de l'anneau inguinal, en constituant des plans de suture du cordon à l'aide des débris de la tunique celluleuse. Ce procédé a toujours donné de bons résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 Avril 1901.

Lumbago guéri instantanément par une injection intra-arachnoïdienne de cocaïne.

MM. Pierre Marie et G. Guillain. — Il s'agit d'un homme de 43 ans ayant, 3 jours auparavant, en soulevant une solive en fer, éprouvé dans la région lombaire une douleur qui alla en augmentant et l'empêcha de travailler le lendemain et le jour suivant. Il éprouvait une grande difficulté à marcher et se tenait courbé en avant; il était resté deux nuits sans sommeil. Tous les mouvements du tronc étaient fort pénibles, la pression des masses sacro-lombaires déterminait une vive douleur. Le 6 avril on pratiqua une injection intra-archnoïdienne de 5 milligrammes de cocaïne (solution à 1/100 c. stérilisée à l'autoclave); les membres inférieurs et le bassin avaient été placés sur un plan incliné surélevé. Trois minutes après l'injection cet homme accusait une amélioration manifeste; en examinant le malade 8 minutes après l'injection on constate que les masses sacro-lombaires ne sont plus douloureuses à la pression. 2 minutes plus tard on permet au malade de se lever; il s'habille sans aucune gêne et lace ses chaussures sans même se servir d'une chaise. Il rentre chez lui guéri et marche une partie de la journée. A aucun moment on n'a constaté d'anesthésie dans les membres inférieurs.

Nous avons soumis au même traitement un cas de névralgie récente de la région scapulaire droite sans obtenir aucun résultat; le résultat a été également négatif dans un cas de rhumatisme subaigu de la région lombaire du rachis.

Notre conclusion est que la méthode des doses minimes peut être tout particulièrement recommandée pour les affections douloureuses à détermination primitivement nerveuse ou musculaire portant sur les membres inférieurs, les lombes et la partie inférieure du tronc.

Nous insistons sur ce fait que la méthode des doses minimes a pour but et pour principe d'agir uniquement sur l'élément « douleur » et nullement de provoquer l'anesthésie que recherchent au contraire les chirurgiens. C'est donc essentiellement une méthode « médicale ». Tout en se montrant remarquablement efficace, cette méthode est dépourvue des inconvénients

qui s'observent parfois quand on fait usage de doses plus fortes.

M. Debove dit que, malgré le résultat remarquable obtenu par MM. Marie et Guillain, il ne voudrait pas ériger la ponction lombaire en traitement régulier du lumbago.

M. Merklen a obtenu de très bons effets dans un assez grand nombre de cas de névralgies par les injections sous-cutanées de sérum artificiel simple, à petites doses, injections préconisées il y a quelque temps par M. Bernard. Elles représentent, évidemment, un procédé infiniment plus simple que la ponction lombaire.

M. Rendu rappelle, à ce propos, qu'on s'est bien trouvé, autrefois, dans les mêmes circonstances, des injections sous-cutanées d'eau distillée, procédé encore plus simple et plus économique.

Influence des ponctions lombaires sur les crises gastriques.

M. Debove rapporte l'observation d'un malade de son service chez lequel une crise gastrique atrocement douloureuse, ressemblant beaucoup aux crises gastriques du tabes — on peut, du reste, se demander si ce malade ne commence pas un tabes — a été supprimée instantanément par une simple ponction lombaire, ayant soustrait 30 centim. cubes de liquide céphalo-rachidien, qui s'écoula en jet par la canule. La pression de ce liquide était donc augmentée.

M. Debove ajoute, à ce propos, qu'il a été conduit à faire cette ponction précisément parce qu'il croit qu'un certain nombre de phénomènes douloureux viscéraux sont dus à une augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien, et que de ce nombre sont peut-être les crises fulgurantes tabétiques.

Son malade a eu, depuis, une autre crise, mais M. Debove s'empresse de dire que, s'il a coupé la crise par la ponction, il n'a eu nullement la prétention de supprimer la cause.

Il ajoute que son chef de clinique, M. Castaigne, a obtenu par le même procédé un résultat semblable sur un malade chez lequel des crises analogues très douloureuses s'accompagnaient de vomissements porracés. Douleurs et vomissements cessèrent brusquement après la ponction.

Ces faits, conclut M. Debove, ne permettent pas de conclure; ils sont, en effet, trop peu nombreux et leur diagnostic est trop obscur; mais ils appellent des recherches ultérieures qui permettront de savoir si, vraiment, la ponction lombaire modifie les crises fulgurantes tabétiques, les crises gastriques tabétiques et les crises gastriques dites essentielles.

Applications médicales de l'injection intra-rachidienne de cocaïne.

M. Achard. — Depuis sa communication à la Société de neurologie sur les applications médicales de la cocaïnisation médullaire, il a employé ce procédé dans deux nouveaux cas.

Un malade, atteint de zona abdomino-crural, a été soulagé par l'injection de 2 centigrammes de cocaïne dans le rachis et a pu retourner à pied chez lui 2 heures après. L'autre cas concerne un sujet atteint de myélite syphilitique et présentant depuis plusieurs années des crises de priapisme douloureux qui lui avaient valu, il y a quelques mois, d'être arrêté par un agent de police, inculpé d'outrage public à la pudeur, et incarcéré pendant un mois jusqu'à ce qu'un rapport médico-légal vînt motiver une ordonnance de non-lieu.

L'injection intra-arachnoïdienne de 1 centigramme de cocaïne donna lieu chez lui aux inconvénients fréquents et passagers de la méthode (fièvre, céphalalgie, vomissements), mais supprima complètement le priapisme et les douleurs, et l'effet se maintenait encore 3 semaines après, lorsque le malade quitta l'hôpital.

On pourrait se demander, en présence des cas de sciatique améliorés par une dose minime de cocaïne, si la suggestion ne joue pas un rôle dans la guérison. M. Achard a, en effet, décrit, il y a quelques années, avec M. Soupault, une sciatique hystérique, curable par suggestion. Toutefois, dans les cas qu'il a rapportés, il croit pouvoir mettre hors de cause l'hystérie et attribuer à la cocaïne l'effet thérapeutique.

Il lui semble donc que la cocaïnisation médullaire, employée surtout par les chirurgiens et les accoucheurs, se recommande aussi à l'attention des médecins, d'autant plus qu'il n'est pas nécessaire, comme en chirurgie, d'obtenir une analgésie complète et durable, ni d'employer, par conséquent, des doses exposant à des dangers.

Le zona pneumonique.

M. Ch. Talamon. — M. Hallopeau a communiqué récemment, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 15 février), une observation de pneumonie précédée et suivie d'une éruption de zona crural. M. Hallopeau semble admettre un simple rapport de coïncidence entre l'affection pulmonaire et l'affection cutanée. Il croit qu'il faut envisager autrement l'association de la pneumonie et du zona, et sans revenir à l'idée émise jadis par M. Fernet que la pneumonie est un zona du pneumogastrique, il estime que les deux affections peuvent avoir entre elles certaines connexions microbiennes, qu'il n'est pas sans intérêt de chercher à éclaircir.

A l'appui de cette opinion il citera un fait qu'il vient d'observer et dans lequel une pneumonie du sommet droit a coexisté, chez un homme de 33 ans, avec un zona ophthalmique gauche.

Dans deux autres observations, qu'il a recueillies à l'hôpital Tenon il y a quelques années, le zona a été intercostal et s'est produit du même côté que la pneumonie.

Cela fait donc, en comptant l'observation de M. Hallopeau, quatre cas de zona développé chez des pneumoniques, à savoir : un cas de zona crural, un cas de zona ophthalmique et deux cas de zona intercostal. L'éruption s'est faite du même côté que la pneumonie dans les deux cas de zona intercostal, du côté opposé dans les deux autres cas. Elle a précédé la pneumonie d'une dizaine de jours chez le malade de M. Hallopeau ; elle a coïncidé avec la pneumonie dans ses deux premières observations ; elle a suivi la pneumonie chez son troisième malade, à un intervalle de deux mois, mais en s'y reliant par des douleurs persistantes de névrite intercostale, évidemment consécutive à la lésion pulmonaire.

Si l'on admet, avec M. Landouzy, qu'il existe un zona spécifique et des éruptions zostériformes, comme il existe une scarlatine et des éruptions scarlatiniformes, ces zonas pneumoniques peuvent être considérés comme des éruptions zostériennes dues à l'action du microbe de la pneumonie. Ils n'ont pas trouvé ce microbe dans le contenu des vésicules, et il est peu probable qu'on l'y trouve. Il est bien évident que la vésicule du zona n'est pas produite directement par l'agent microbien. Elle est l'expression du trouble trophique cutané, conséquence de l'irritation ou de l'inflammation des filets nerveux.

Si le zona est intercostal et se superpose à la pneumonie, comme dans deux de ses observations, on peut supposer qu'il y a propagation par voisinage de l'infection pneumonique du poumon au nerf. Si le zona se produit à distance, on ne peut guère incriminer que l'action de la pneumotoxine sur le système nerveux. C'est, du reste, l'hypothèse émise par M. Hallopeau pour expliquer la deuxième poussée de zona crural observée chez son malade au cours de la pneumonie. Mais je crois que la première éruption pré-pneumonique reconnaît la même pathogénie.

Il faut donc renverser la proposition de M. Fernet, et au lieu de dire que la pneumonie est un zona du pneumogastrique, il faut dire que le zona est, dans certains cas, une pneumococcie de la peau.

Il est même probable que, sans pneumonie concomitante, bien des cas de zona reconnaissent la même pathogénie et ne sont que la localisation tropho-cutanée d'une pneumococcie. Comme, d'autre part, la grippe, la tuberculose, et aussi, sans doute, d'autres maladies infectieuses microbiennes, peuvent déterminer des éruptions zostériennes, on est amené à se demander si la distinction de M. Landouzy est exacte et s'il existe réellement un zona spécifique dû à un agent pathogénique spécial.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable.

MM. Sicard et **Brécy** signalent qu'à côté des méningites

cérébro-spinales latentes, révélées seulement à l'autopsie par la présence de nappes purulentes sous-méningées, il y a place pour des méningites cérébro-spinales à forme ambulatoire et qui sont curables. Ils en ont observé un exemple chez un malade du service de M. Brissaud qui souffrait, depuis quatre semaines, de légères céphalées et de quelques douleurs de la nuque. Le diagnostic ne put être porté que grâce à la ponction lombaire et surtout à l'examen cytologique qui révéla la présence de nombreux polynucléaires.

Pendant l'évolution de cette méningite, qui dura plus de six semaines, il n'y eut ni vomissements, ni constipation, ni céphalée, ni contractures marquées. Le malade ne garda le lit que 24 heures.

M. Debove, à propos de cette communication, dit que la classification habituelle des méningites cérébro-spinales en tuberculeuses et non tuberculeuses n'embrasse certainement pas tous les faits cliniques observés. La classe des non tuberculeuses comprend très probablement plusieurs variétés. C'est ainsi qu'il a vu récemment un cas où la méningite aurait probablement mérité l'épithète de syphilitique, attendu qu'elle apparaît en pleine poussée syphilitique tertiaire grave.

Hémorrhagies multiples d'origine hystérique.

M. Paul Sainton présente une malade, âgée de 25 ans, qui a eu, depuis 8 jours, des hémorrhagies multiples d'origine hystérique, survenues à la suite d'une émotion. Elles ont commencé par une perte utérine abondante qui ressemblait à une fausse couche; après quoi, épistaxis, otorrhagies et hémorrhagies mammaires.

Les deux faits intéressants dans ce cas, sont: 1° la multiplicité des hémorrhagies; 2° l'existence d'hémorrhagies mammaires se faisant par le mamelon et par les deux seins.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 15 Avril 1901.

Traitement du lupus par le permanganate de potasse.

M. Leredde fait remarquer que, dans la dernière séance, M. Hallopeau a présenté plusieurs malades atteints de lupus améliorés par le permanganate de potasse à 12 p. 1 000 selon la méthode de M. Butte. Mais aucun de ces malades n'était guéri; or le but de tout traitement doit être la guérison du malade, et, puisqu'il existe des méthodes vraiment curatives, comme celle de Lang et celle de Finsen, les méthodes purement palliatives doivent être réservées aux cas incurables. Nous avons tous vu des malades sur lesquels on a épuisé tous les modes de traitement pendant 10 et 20 ans sans arriver à un résultat définitif, il n'y a donc pas grand intérêt à chercher de nouvelles méthodes palliatives et, en présence des résultats qu'on obtient par le procédé de Finsen, le traitement par le permanganate de potasse n'aura de valeur que s'il permet, comme l'espère M. Hallopeau, de diminuer la durée du traitement photothérapique.

Atrophie cutanée en plaques érythémateuses.

M. Du Castel a montré une femme chez laquelle l'affection a débuté il y a 4 mois, sur le front, par de petits points noirs et saillants, puis par des taches érythémateuses violacées à centre un peu décoloré et atrophique. A la périphérie, il y a une bordure plus nettement congestive et légèrement saillante. L'aspect des lésions rappelle un peu le lupus érythémateux.

MM. Besnier et **Brocq** sont d'avis qu'il s'agit de l'affection rare qui a été décrite sous le nom d'atrophodermie érythémateuse et dont M. Thibierge a publié une observation il y a quelque temps.

Urologie de la pelade.

M. Jacquet a montré, à la dernière séance, un homme atteint de plaques multiples de pelade, chez lequel l'examen de l'urine, pratiqué par M. Portes, a fait constater notamment de l'hypophosphaturie, de l'hyperchlorurie et de l'albuminurie. Cet homme vient d'avoir une poussée rénale, l'albuminurie a beaucoup augmenté et les chlorures ont atteint le chiffre de 31 grammes par litre. Profitant d'une application de ventouses scarifiées, M. Jacquet a fait de nouveau l'analyse du sang et y a trouvé, comme précédemment, une notable diminution de la proportion des chlorures. Il croit donc devoir insister à nouveau sur l'importance de cette hypochlorhémie en opposition avec la teneur énorme de l'urine en chlorures.

Enorme eschare de la fesse consécutive à une injection d'huile bi-iodurée.

M. Brocq présente une volumineuse eschare fessière qui s'est produite à la suite d'une injection de bi-iodure de mercure.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, alcoolique, qui est entrée dans le service de M. Brocq avec une abondante éruption de syphilides papuleuses. Sans être cachectique, cette malade était dans un état de faiblesse assez accentué, qui fit renoncer aux injections de calomel. La préparation que M. Brocq lui fit injecter est une huile bi-iodurée spécialisée, qui renferme 10 gr. 010 de bi-iodure d'hydrargyre par centimètre cube au lieu de 0 gr. 004. Les deux premières piqûres, chacune de 1 centimètre cube, furent pratiquées dans la fesse à l'aide d'une aiguille longue de 6 centimètres; il ne survint rien d'anormal. La troisième injection, qui fut faite avec une aiguille de 4 centimètres seulement, avait été précédée de tous les soins antiseptiques habituels. Immédiatement après, la malade se plaignit d'une douleur effroyable, qui lui arracha des cris durant 3 ours. Une demi-heure plus tard, une tuméfaction considérable apparaissait au niveau de la piqûre. Au 8e jour, il s'était développé en ce point une tache noirâtre, qui fut bientôt cernée par un sillon d'élimination. L'eschare n'est tombée qu'au bout de 6 semaines. Elle présente 15 centimètres de long sur 9 de large et 6 de profondeur; elle comprend des fibres musculaires ayant appartenu au grand fessier, ce qui prouve que, malgré la brièveté de l'aiguille, l'injection avait bien été faite dans le muscle même. L'eschare s'est détachée aseptiquement, sans suppuration, mais la plaie s'est ensuite infectée et il s'est produit une fusée purulente assez étendue.

Des faits analogues sont tout à fait exceptionnels. Cependant, en septembre 1898, Lesser a rapporté à Berlin l'observation d'une femme ayant présenté une eschare fessière après la 15e injection de sublimé; il a rappelé en même temps qu'un accident semblable était survenu chez une autre de ses malades après la 36e injection de sublimé. D'après lui, cette complication gangreneuse serait due à l'introduction du liquide injecté dans le muscle et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. On voit que cette opinion est absolument opposée à celle qui a généralement cours en France, où l'on conseille le plus souvent de pratiquer les injections mercurielles dans le tissu musculaire et non sous la peau. Dans le cas observé par M. Brocq, peut-être faut-il attribuer les accidents à la blessure d'un petit tronc nerveux. Quoi qu'il en soit, la possibilité de provoquer des phénomènes gangreneux aussi étendus semble commander la prudence dans l'emploi des injections mercurielles pour le traitement de la syphilis; il convient peut-être de les réserver aux cas graves dans lesquels les autres modes d'administration du mercure sont insuffisants.

M. Bruchet se demande si, en pareil cas, il n'y a pas lieu d'incriminer la préparation spéciale de bi-iodure dont M. Brocq s'est servi. Chez un malade qui avait bien supporté 15 injections de la solution ordinaire de bi-iodure, M. Bruchet a employé pour la 16e injection la préparation en question. Cette piqûre a été suivie de douleurs très vives et a laissé une induration persistante.

M. Jullien s'est aussi servi du médicament spécialisé dont il s'agit : il a pu s'assurer que, s'il est vrai qu'il ne détermine généralement pas de douleurs immédiates, il a le grave défaut de provoquer ultérieurement une réaction assez violente, se traduisant par des indurations sensibles à la pression; c'est ainsi qu'une de ses malades porte, consécutivement à 23 injec-

tions, 23 *nodus* très douloureux. En somme, cette préparation a des inconvénients sérieux.

En ce qui concerne le cas particulier, M. Jullien se demande si l'accident observé par M. Brocq n'est pas imputable à l'état semi-cachectique de sa patiente. Pour sa part, M. Jullien donne la préférence aux injections insolubles, parce que, étant renouvelées tous les 8 ou 15 jours seulement, elles répètent moins fréquemment les causes d'irritation locale.

M. Barthélemy ne croit pas qu'il y ait lieu, à propos d'un fait aussi exceptionnel que celui de M. Brocq, de mettre en suspicion le traitement de la syphilis par les injections mercurielles, d'autant que M. Barthélemy a vu se développer récemment une eschare analogue à la suite d'une simple injection de sérum artificiel. Dans le cas relaté par M. Brocq, on peut admettre qu'il y a eu lésion vasculaire; le gonflement immédiat de la région s'expliquerait alors par un épanchement sanguin.

M. Barthélemy est partisan des injections mercurielles intramusculaires; il faut introduire l'aiguille en arrière du grand trochanter, de façon à rejoindre obliquement la masse musculaire. Pour des raisons analogues à celles que nous a exposées M. Jullien, il donne la préférence à l'huile grise qui n'est injectée qu'à longs intervalles et, de plus, à la dose de quelques gouttes. Il croit avoir ainsi beaucoup moins d'occasions de provoquer une eschare qu'avec les solutions qu'on injecte chaque jour et à la dose de 1 centimètre cube.

M. Gaucher a recours aux injections de sels solubles et les fait dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il emploie surtout les solutions aqueuses, et ne se sert que d'aiguilles très fines, réduisant ainsi le traumatisme au mimimum.

M. Sabouraud a le souvenir d'une femme à laquelle on avait eu la malencontreuse idée de faire des injections de biiodure de mercure aux bras. On voyait aux points où avaient porté les piqûres des altérations absolument comparables aux lésions de la tuberculose cutanée verruqueuse ou ulcéreuse.

M. Hallopeau. — Le traitement par les injections mercurielles ne répond qu'à des indications spéciales. Dans la très grande majorité des cas, on se trouve bien de l'emploi des frictions.

Tuberculose cutanée diffuse, à la suite d'une rougeole.

M. Du Castel présente un jeune garçon dont le corps, les membres et la face sont parsemés de lésions de tuberculose cutanée. A la suite d'une rougeole, survenue il y a 2 ans, cet enfant a d'abord eu de la gourme, puis une éruption de nodules tuberculeux avec du *lichen scrofulosorum*. La rougeole paraît bien avoir eu une influence très marquée sur cette efflorescence tuberculeuse.

Mélanodermie arsenicale persistante.

M. Gaucher a observé de la mélanodermie arsenicale chez une femme qui, pendant 6 ans, avait absorbé chaque jour de la liqueur de Fowler pour s'éclaircir le teint. Au bout de 3 ans, elle présenta de la pigmentation de la nuque, mais ce ne fut que 3 années plus tard que cette coloration anormale s'étendit aux téguments du corps et des cuisses.

Bien que cette femme ait cessé depuis près d'un an de prendre de l'arsenic et qu'elle se soit soumise à des traitements multiples et variés, la mélanodermie ne paraît aucunement vouloir rétrocéder.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 16 Avril 1901.

Cirrhose biliaire an-ictérique.

M. P. Lereboullet rapporte l'observation d'un garçon de 16 ans, atteint de cirrhose biliaire, ainsi que l'ont prouvé les lésions trouvées à l'autopsie, qui ne s'est pas accompagnée d'ictère cliniquement appréciable et où la cholémie n'existait qu'à l'état d'ébauche. Quelques signes cliniques traduisaient néanmoins cette cholémie (prurit, somnolences, hémorrhagies). Cette cirrhose s'accompagnait d'une hypertrophie considérable du foie et de la rate sans ascite, mais avec circulation veineuse notable traduisant l'hypertension portale qui explique en partie les hémorrhagies gastro-intestinales abondantes présentées par le malade. L'affection hépatique avait entraîné un arrêt de développement des plus nets, l'enfant ayant cessé de grandir depuis le début de la maladie, c'est-à-dire depuis l'âge de 12 ans; ses neuf frères et sœurs s'étaient, au contraire, normalement développés.

L'enfant, qui présentait des accidents respiratoires pouvant faire penser à de la tuberculose, mourut avec une légère ascite due à une pyléphlébite terminale; l'autopsie, en même temps qu'elle révéla l'absence de toute tuberculose, montra, outre les lésions hépatiques et spléniques, une adénomégalie considérable et un certain degré d'hypertrophie des reins et du pancréas. L'examen histologique révéla des lésions de cirrhose biliaire évidentes où l'on pouvait facilement saisir l'origine biliaire du processus scléreux. Ce cas de cirrhose biliaire an-ictérique, à l'évolution et au degré des lésions près, se rapproche des faits d'angiocholite an-ictérique déjà décrits par MM. Gilbert et Lereboullet.

Cryptorchidie et infantilisme dysthyroïdien.

M. Apert. — M. Variot a présenté à la dernière séance un jeune enfant, obèse et cryptorchide, avec état eunuchoïde, qu'il se propose de traiter par l'extrait de testicule. Dans un cas semblable, j'ai obtenu, par l'extrait de corps thyroïde, la guérison de la cryptorchidie, et une transformation de l'état général. Ce qui m'avait porté dans ce cas à essayer l'extrait thyroïdien, ce sont les travaux de M. Hertoghe et de M. Brissaud sur l'influence du corps thyroïde sur la croissance, et la constatation, chez la mère et chez la sœur de l'enfant, de signes de dysthyroïdisme. Au bout d'un mois de traitement, les testicules étaient à leur place dans les cuisses; la transformation de l'état général se fit ultérieurement, et l'état eunuchoïde, la placidité spéciale, firent place à un aspect physique et à une intellectualité se rapprochant de l'état normal à cet âge.

Dans une seconde observation d'infantilisme, mais sans cryptorchidie, le corps thyroïde amena également une transformation. Néanmoins il ne faudrait pas croire que tout infantilisme est dû à des lésions thyroïdiennes. Dans un cas dont j'ai pu faire l'autopsie (homme de 22 ans qui en paraissait 8, — 1m 14 de taille), le corps thyroïde était infantile au point de vue de son volume et de sa constitution histologique, mais il n'avait aucune lésion morbides pas plus que le testicule, la surrénale et le corps pituitaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 15 Avril 1901.

Les autopsies à la guerre, à la marine et aux colonies.

M. Granjux. — La question des autopsies est réglée, dans l'armée de terre, par l'article 138 du règlement sur le service de santé à l'intérieur, qui arme le médecin-chef du droit de pratiquer lui-même ou de faire pratiquer sous sa direction, et toutes les fois qu'il le juge opportun, des autopsies cadavériques.

Dans la pratique, la chose se limite aux cas suivants : mort imprévue, subite; décès en dehors de l'hôpital, soit en ville, soit à la caserne; mort survenue à la suite d'accidents ou imputée à de mauvais traitements ou manque de soins.

Le procès-verbal de ces autopsies est joint à l'enquête toujours prescrite dans ces cas par l'autorité militaire.

Dans la marine, on s'inspire des mêmes sentiments; en outre, comme nombre de matelots sont mariés, lorsque l'un d'eux succombe, l'autopsie est pratiquée en vue d'établir, s'il y a lieu, les droits de la veuve ou des orphelins à une pension de retraite.

Dans les hôpitaux de la marine, la question a d'abord été réglée par la dépêche du 31 mai 1875, puis par celle du 26 août 1889. Cette dernière rend l'autopsie obligatoire; elle rappelle que les médecins ne doivent jamais négliger de l'accomplir et dans toutes ses parties.

Cette dépêche a été motivée par une réclamation faite par une famille contre un refus de pension basé sur ce que le Conseil de santé n'avait pu se prononcer, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée en raison de ce que le corps avait été immédiatement réclamé par les parents.

A bord des bâtiments, la question a été tout dernièrement réglée par une dépêche du 16 mars 1899 disant que « à moins d'empêchement absolu, l'autopsie doit être faite, lorsque les individus sont morts de maladies mal déterminées. Cette mesure est surtout importante quand les décédés sont mariés, afin que les droits des veuves et orphelins à une pension puissent être établis en toute connaissance de cause ».

Aux colonies, on suit les mêmes errements que dans la marine.

En somme, à la guerre, à la marine et aux colonies, les autopsies, d'une part, en établissant les responsabilités, protègent les individus contre les mauvais traitements ou le manque de soins et, d'autre part, sauvegardent les droits des familles aux pensions de retraite. Elles constituent donc une mesure de défense et de protection sociales.

M. Gilbert Ballet. — Il serait à désirer que les choses se passassent dans les hôpitaux civils comme dans les hôpitaux de la marine, et cela au grand profit de tous. Les rois et les empereurs, les hommes illustres sont autopsiés, un certain nombre de personnes font partie de sociétés d'autopsie mutuelle. C'est un encouragement à lutter contre le préjugé regrettable qui règne contre les autopsies.

M. Christian cite, à l'appui de ce que vient de dire M. Granjux de l'utilité que les autopsies peuvent avoir pour les familles, le fait suivant :

Un médecin de la marine, envoyé en mission en Afrique, à peine débarqué dans cette région, est atteint d'une congestion cérébrale attribuée à une insolation. Malheureusement pour lui, sur les pièces médicales le concernant, on inscrivit que les accidents étaient d'origine spécifique. Peu à peu la situation s'aggrava et le malade entra à Charenton pour paralysie générale. Il y mourut au bout de 3 ans, n'ayant présenté aucun phénomène se rattachant à la syphilis. L'autopsie n'en révéla aucune trace. La malheureuse veuve put donc s'appuyer sur cette autopsie dans sa lutte pour obtenir une pension qu'on lui refusait en raison de la syphilis évoquée par le premier certificat.

Un moyen de reconnaître la présence du sang humain dans une tache de sang.

MM. Ogier et **Herscher** sont arrivés à caractériser la présence de sang humain dans une tache de sang en opérant de la façon suivante :

Ils injectent 10 centimètres cubes de sérum humain sous la peau d'un cobaye. Au bout de 2 jours, ils renouvellent l'injection, la font suivre de 2 jours de repos et ainsi de suite à six reprises. Après la dernière injection, le lapin est laissé au repos pendant 6 jours, puis saigné, et l'on recueille son sérum, qui servira à l'examen de la tache de sang.

Celle-ci est dissoute dans de l'eau physiologique; cette solution étant placée dans un tube à expérience, on y verse un demi-centimètre cube de sérum du lapin. S'il s'agit de sang humain, il se produira un coagulum, il n'y en aura pas s'il s'agit du sang d'animaux.

Les auteurs ont constaté que du sérum datant de 3 semaines et conservé par le froid avait gardé sa propriété comme réactif du sang humain.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

AUTRICHE

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 1er Avril 1901.

La simulation de quelques accidents nerveux.

M. Erben a appelé l'attention sur les moyens de dépister la simulation de quelques accidents nerveux.

En ce qui concerne les phénomènes douloureux, la réalité de douleurs prétendues consécutives à un traumatisme, en l'absence de toute lésion objective, peut être démontrée en exerçant une pression au niveau du point douloureux et en examinant en même temps la pupille et le cœur : si les douleurs sont réelles, on constate une accélération du rythme cardiaque et une dilatation de la pupille; par contre, si l'expérience reste négative on n'est en droit d'en tirer aucune conclusion. De même, les douleurs des membres reconnaissant pour cause une lésion nerveuse ou osseuse sont généralement accompagnées de spasmes vasculaires. La contracture est aussi la preuve de la réalité de certaines douleurs, surtout de celles qui siègent au niveau des articulations; mais encore faut-il tenir compte de ses caractères. Un individu, par exemple, qui, pour prouver l'existence d'un lumbago, immobiliserait complètement sa colonne vertébrale devrait être considéré comme un simulateur, car on peut très bien incliner le rachis en élevant les hanches, même lorsqu'on est atteint de lumbago.

Il est possible de reconnaître l'existence de certaines paralysies par des procédés analogues. Ainsi, lorsqu'on veut savoir si un malade a réellement une paralysie du deltoïde, il suffit de lui étendre le bras horizontalement et de lui ordonner de le laisser retomber doucement; si cette expérience réussit, on peut affirmer qu'il n'y a pas paralysie du deltoïde. Une épreuve identique a été utilisée par Sachs et par Freund pour dépister la simulation d'une paralysie des élévateurs du bras : le malade étant couché à plat ventre sur une table avec le bras tombant en dehors de la table, on lui commanda d'élever le bras, ce qu'il prétendit ne pouvoir faire, ignorant que, dans cette position, le bras est élevé par la seule action de la pesanteur.

Les tremblements qui s'accompagnent d'une accélération de la respiration, d'une exagération de la pression sanguine, etc., peuvent être considérés comme le fait de la simulation. Lorsqu'un tremblement de la main est authentique, on n'observe, par l'immobilisation d'un doigt, aucun changement dans le tremblement des autres doigts; le tremblement persiste aussi pendant qu'on fixe l'attention du malade en lui ordonnant, par exemple, de tracer des caractères en l'air. Un tremblement des jambes qui cesse lorsque le patient est couché sur le ventre, les genoux fléchis, et qui recommence quand le malade se couche naturellement, est, au contraire, un tremblement volontaire.

L'anesthésie vraie est souvent accompagnée d'un abaissement de la température. Pour la reconnaître, Goldscheider conseille de piquer la zone soi-disant anesthésique et de toucher en même temps avec le doigt une zone saine. Si la piqûre seule est sentie, l'anesthésie n'existe pas ou, du moins, elle est légère.

Le signe de Romberg est souvent simulé par les malades, mais ils l'imitent assez mal. Ce symptôme s'atténue, en effet, chez les ataxiques, lorsqu'on leur permet de prendre un point d'appui avec la main; c'est là une particularité que les simulateurs ignorent. Le vertige est encore un accident dont la simulation est assez fréquente; pour s'assurer de l'existence de ce trouble, on peut essayer de faire apparaître des sensations vertigineuses par des changements brusques de position, et rechercher les symptômes des affections qui coexistent habituellement avec le vertige.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 16 Février 1901.

Mort sous le chloroforme dans un cas de massage du cœur.

M. Depage communique deux cas de mort sous le chloroforme par arrêt du cœur.

Dans le premier cas il s'agissait d'un malade atteint d'une hernie énorme, descendant jusqu'aux genoux, devenue irréductible et déterminant des souffrances morales et physiques telles, que l'opération était venue nécessaire. Il existait une dilatation du cœur droit; les battements du cœur étaient irréguliers et présentaient un souffle au premier temps, à la pointe. L'urine renfermait de l'albumine, du pus, des cellules rénales et des cylindres épithéliaux.

A peine avait-on administré quelques grammes de chloroforme versé très prudemment goutte à goutte, que le malade pâlit brusquement, la respiration devint superficielle, puis cessa. Toutes les tentatives faites pour le ramener à la vie restèrent infructueuses : respiration artificielle avec tractions rhythmées de la langue, pointes de feu dans la région précordiale et enfin le massage direct du cœur pratiqué concurremment avec la respiration artificielle. Le massage direct du cœur provoqua quelques contractions spontanées qui, malgré la continuation de la manœuvre, diminuèrent progressivement pour cesser complètement au bout de 20 minutes à une 1/2 heure.

Dans le second cas, il s'agissait d'un alcoolique sujet au *delirium tremens*; il était atteint d'une luxation du pied avec fracture du tibia et ulcérations de la peau recouvrant le trait de fracture. Il était nécessaire d'immobiliser sous chloroforme, mais l'état de la circulation et du cœur parut si peu rassurant que, dans le but de diminuer la période d'excitation, on pratiqua au préalable une injection de morphine. A peine la narcose était-elle commencée que la circulation et la respiration s'arrêtèrent brusquement. Des tentatives semblables à celles signalées plus haut furent faites, mais inutilement, pour sauver le malade.

M. Hendrix a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie du malade dont M. Depage a parlé en second lieu. Il présentait une hypertrophie du cœur avec dégénérescence et une insuffisance mitrale, une dégénérescence graisseuse du foie, de l'athérome aortique très prononcé ainsi que des différents vaisseaux.

A propos de massage direct du cœur, M. Hendrix se demande si, le cœur étant à nu, on ne pourrait tenter de l'exciter directement au moyen d'un courant électrique dont les interruptions seraint isochrones des battements à l'état normal.

M. Depage croit, en effet, que l'électrisation, pratiquée même à distance, c'est-à-dire dans la région précordiale, peut, dans certains cas, donner un résultat favorable; c'est ainsi que chez deux malades, dont l'un a guéri, il a pu ramener les battements du cœur et les entretenir pendant plusieurs heures. Malheureusement, l'appareil nécessaire pour ce mode de traitement n'étant guère portatif, il serait difficile de l'avoir toujours à sa disposition.

M. Lebrun emploie, dans les cas de faiblesse ou de dégénérescence cardiaque, l'anesthésie par injection sous-arachnoïdienne de cocaïne, et il est d'avis que cette méthode est indiquée dans les cas où il existe une lésion du cœur.

M. Goris est fort défiant dans l'emploi de la cocaïne, car il a vu des doses très minimes, appliquées en badigeonnages, provoquer des syncopes chez certains malades.

Technique de la colpo-périnéorrhaphie.

M. Depage décrit une nouvelle technique qui comporte les temps suivants :

1° Incision contournant la moitié postérieure de la vulve, à la limite de la muqueuse et de la peau;

2° Séparation de la cloison recto-vaginale sur toute la hauteur du vagin;

3° Incision transversale de la vulve à la moitié de sa hauteur et suture immédiate de la portion antérieure. La division est continuée sur toute la hauteur du vagin, et au fur et à mesure qu'on incise, la portion antérieure du canal est suturée; la portion postérieure servant de rétracteur est attirée en bas et en arrière. On arrive ainsi au col de la matrice, au niveau duquel on résèque définitivement le lambeau formé par la paroi postérieure du vagin;

4° Suture étagée de la plaie périnéale. Toutes les manœuvres se font par la plaie périnéale. Après la fermeture du vagin, une suture en étages bien faite de la plaie périnéale consolide fortement le plancher pelvien.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tenu à Nancy du 9 au 13 Avril

SOUS-SECTION DE MÉDECINE ET HYGIÈNE

Les formes fébriles de la coli-bacillose dans les pays chauds.

M. E. Legrain (Bougie) montre que le coli-bacille est susceptible d'acquérir une virulence spéciale dans ces régions où les conditions de vie sont si particulières.

Le diagnose de ces affections se base sur la présence d'un coli-bacille très virulent et prédominant, sur la constatation d'une séro-réaction positive et sur les bons résultats d'une sérothérapie anti-coli-bacillaire, en même temps que sur l'observation clinique de modalités variées.

M. Legrain a observé des coli-bacilloses associées à la fièvre intermittente.

Par des considérations étiologiques, cliniques, anatomiques, bactériologiques, l'auteur est amené à identifier la rémittente bilieuse algérienne avec la fièvre jaune des régions équatoriales.

Le coli-bacille, hôte normal de l'intestin, par l'exaltation de sa virulence sous l'influence de causes encore mal élucidées, peut donner lieu, dans les pays chauds, à des formes fébriles présentant une gamme de gravité depuis la simple rémittente si bénigne jusqu'aux formes foudroyantes du *vomito negro*,

Au point de vue épidémiologique, en supprimant la spécificité du germe de l'infection amarile, on est conduit à admettre l'importance de l'action des forces de temps et de lieu, l'inconnue *y* de Pettenkoffer. Si l'on ne discute plus l'existence du bacille de la fièvre typhoïde et du microbe du choléra, on sait cependant que ces microbes ne sont pas tout, que leur présence n'est pas la condition suffisante de l'apparition d'une épidémie de typhoïde ou de choléra.

La genèse des coli-bacilloses vient à l'appui des idées de l'Ecole de Munich contre l'Ecole de Berlin; un bacille essentiellement ubiquitaire et banal, hôte inoffensif de l'intestin en temps normal, peut acquérir tout d'un coup une virulence extrême. Comme l'éclosion du typhus abdominal et du choléra, l'éclosion des affections coli-bacillaires est donc soumise à des conditions de temps et de lieu dont la connaissance complète est nécessaire pour résoudre les problèmes complexes de la pathologie et de l'hygiène coloniales.

Empoisonnement par l'émail plombifère d'un hache-viande.

M. Garnier. — M. le professeur Simon soignait un enfant de 8 ans pour une entérite rebelle au régime lacté. Il le mit aux purées de légumes et au jus de viande, quand tout à coup le petit malade fut pris d'accidents graves, caractérisés surtout par de l'ictère hémaphéique et de l'endicanurie.

Ces troubles firent songer à une intoxication, mais laquelle? En examinant le hache-viande employé dans la famille, on con-

stata que l'émail qui tapissait l'intérieur de l'appareil avait été enlevé par le frottement du ressort et on songea à examiner cet émail.

M. Garnier constata que 7 grammes de cette substance contenait 0 gr. 26 de plomb. D'un autre côté, lorsque cet émail est pulvérisé, le plomb qu'il renferme peut être attaqué par les sels alcalins de l'intestin.

Ces données éclairent la genèse des accidents présentés par le petit malade; il a fait de l'intoxication plombique n'ayant porté que sur la glande hépatique, en raison, sans doute, de la faible quantité de substance toxique ingérée.

De la prophylaxie de la tuberculose bovine.

M. Jacquot signale que la législation sanitaire en vigueur entraîne les cultivateurs à vendre leurs bêtes tuberculeuses aux boucheries non surveillées qui avoisinent les grandes villes. Il y a là un danger pour la santé publique.

On y remédierait : 1° en attirant les propriétaires vers les abattoirs surveillés, en les indemnisant largement pour les bêtes sacrifiées et en réduisant au minimum les formalités; 2° en rendant obligatoire l'épreuve par la tuberculine en surveillant jusqu'à l'abattoir les animaux qui auraient réagi à l'injection.

Les maladies contagieuses dans les crèches et les moyens d'y remédier.

M. F. Ledé estime que, pour éviter l'apparition des maladies contagieuses dans les crèches, il faut recourir à la désinfection permanente et journalière. Il a obtenu ce résultat au moyen d'un vestiaire à désinfection. Il consiste en un local clos dans lequel on place les vêtements des enfants chaque jour à leur arrivée à la crèche; puis on désinfecte au moyen du formo-chloral. A la sortie, on remet aux enfants leurs vêtements désinfectés et inodores.

Les eaux d'alimentation à Nancy.

M. Imbaux. — Les deux sources captées pour les besoins de la ville de Nancy ont été, à différentes reprises, contaminées, depuis que dans le voisinage de leur origine — primitivement inhabité — se sont élevées des habitations. De plus, elles sont devenues insuffisantes, en raison de l'accroissement progressif de la population, et on a été obligé de recourir à l'amenée d'eau de la Moselle à travers les galeries filtrantes. En somme, Nancy ne dispose pas chaque jour de plus de 400 mètres cubes d'eau pure. C'est là un fait commun aux grandes agglomérations, qui ne pourront jamais assurer leurs besoins avec de l'eau immaculée et immaculable, et sont condamnées à la double canalisation.

Essai de sérothérapie dans un cas de morve humaine.

MM. A. Dupuy et G. Thiry. — Un cultivateur des environs se blesse, le 30 avril 1898, à la pulpe du médius de la main droite en nettoyant la mangeoire de son cheval. Il se produit une lymphangite de la main et de l'avant-bras avec ulcérations dont les bords sont décollés et taillés à pic et d'où s'échappe un pus oléiforme.

Le diagnostic de morve est bien et dûment établi par des cultures et des inoculations de contrôle (cobayes, cheval).

Parmi les divers moyens de traitement on employa des injections de sérum de bœuf, sérum de réfractaire. Treize injections sous-cutanées furent pratiquées en un mois. La première détermina de la polyurie; dès la seconde il y eut malaise général et hyperthermie; à la suite de la troisième on constata de l'urticaire, du vertige, des nausées. Ces phénomènes s'accentuèrent à la douzième et surtout à la treizième injection, et donnèrent lieu à une dyspnée si intense, qu'on cessa dès lors cette médication.

Le 15 mars 1899, le malade sortait convalescent de l'hôpital. Le 1er janvier 1900, la guérison paraissait acquise. Le 1er janvier 1901, elle ne s'était pas démentie.

Quelques remarques à propos du bacille morveux.

M. A. Dupuy a remarqué que :

1° Le bacille morveux pousse remarquablement sur salsifis glycériné, où il donne une culture grisâtre, boueuse, luisante;

2° Il verdit l'artichaut;

3° La coloration de Crouch, préconisée pour mettre en relief les grains du bacille diphthérique, réussit pour mettre en évidence les grains du bacille morveux;

4° Le bacille morveux est, comme on sait, assez fragile, d'habitude, en milieux nutritifs artificiels.

MM. Löffler, Straus, etc., ne l'ont pas vu vivre plus de 4 mois en cultures. Or M. Dupuy a constaté que des cultures sur salsifis glycériné sont, parfois, vivantes au bout de 7, 8, 9 et même 10 mois. (Le 11e mois l'ensemencement est resté négatif.)

Bien plus, une culture de 8 mois sur salsifis glycériné n'avait pas perdu sa virulence, car elle a provoqué la mort d'un cobaye mâle (injection intra-péritonéale) en 7 jours, avec symptômes et lésions de la morve classique.

Sur le diagnostic de la tuberculose par les injections de sérum artificiel.

M. Fink (de Nancy). — En 1895, M. Hutinel attirait l'attention sur l'élévation thermique considérable que l'on observait chez les enfants tuberculeux traités par les injections de sérum artificiel. De ses observations il concluait que l'intensité de l'élévation de température, observée dans ces cas, pouvait faire soupçonner la tuberculose sans cependant donner un signe de certitude.

En 1897, M. Sirot, de Beaune, posa en fait démontré que la réaction fébrile due aux injections de sérum artificiel est un signe pathognomonique de la tuberculose.

Les recherches expérimentales de M. Terre confirmèrent absolument ces résultats.

En 1898, MM. Ardin-Delteil et Carrien, MM. Fraikin et Bisard réfutèrent totalement les affirmations de M. Sirot.

En 1899, MM. Combemale et Mouton, de Lille, contrôlant les résultats obtenus par le sérum à l'aide de la tuberculine, en arrivèrent à conclure que la réaction thermique, fournie par le sérum salé donne, non pas une preuve irréfutable, mais une présomption très forte dans le cas de tuberculose.

Sauf M. Hutinel, qui opérait dans des conditions particulières, presque tous les auteurs avaient constaté la parfaite innocuité, chez les tuberculeux, d'une injection isolée de 20 centimètres cubes de sérum artificiel.

Dans le milieu militaire, le diagnostic précoce de la tuberculose est d'une importance capitale, puisque le double but que se proposent les médecins militaires est de favoriser la guérison des lésions en rendant le plus rapidement possible le soldat à la vie civile, et d'empêcher la contagion par la caserne.

Aussi, pensant trouver dans le sérum salé un moyen sinon infaillible, du moins d'une grande utilité, M. Fink a pratiqué systématiquement des injections de sérum salé chez les hommes suspects de tuberculose. Avant l'injection, les malades sont mis pendant quelques jours au repos absolu, et leur température est prise très régulièrement. La veille de l'injection, ils restent couchés pour qu'aucune fatigue ne puisse influencer la marche de la température. S'ils sont apyrétiques, on leur injecte sous la peau du flanc, à l'aide d'une seringue de Roux, 20 centimètres de sérum salé (eau 1 000 ; sulfate de soude, 10 ; chlorure de sodium, 5) soigneusement stérilisé à l'autoclave.

La température est prise 3, 6, 9 heures après l'injection. A la troisième heure, elle ne diffère guère de celle prise avant l'injection. Mais vers la sixième heure, chez les tuberculeux, l'ascension est déjà de plus de 1 degré; la température s'élève encore jusqu'à la neuvième heure ; le lendemain matin elle est redescendue à la normale.

Après l'injection, pendant la réaction, outre la sensation désagréable produite par la piqûre, on constate chez les tuberculeux un peu de céphalée, de lassitude ; le pouls est accéléré, fort et plein, la diurèse abondante ; aucune modification dans les signes stéthoscopiques ; le lendemain matin tout a disparu.

Des observations prises M. Finck en a retenu vingt-deux. Il a suivi ces vingt deux malades pendant un an et davantage, et certains le tiennent d'une façon suivie au courant de leur état.

Dans seize cas de tuberculose absolument fermée, la concordance entre la marche de la température, les signes stéthoscopiques et l'évolution ultérieure a été parfaite. Il s'agissait, la plupart du temps, d'hommes chez qui l'examen du thorax révélait soit un peu de submatité, soit une expiration prolongée ou une inspiration rude et grave sous la clavicule.

Dans quatre cas, où certains symptômes, soit généraux, soit locaux, pouvaient faire penser à l'existence d'un foyer de tuberculose débutante, les résultats donnés par le sérum et ceux qu'ont fournis les examens ultérieurs ont encore concordé.

Il s'agissait, en particulier dans l'un de ces cas, d'un jeune soldat de 22 ans, cultivateur, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, dans le courant de l'été 1900, avait maigri très rapidement et toussait un peu le matin. A l'auscultation on constatait, sous la clavicule, une inspiration rude et grave. L'épreuve du sérum artificiel ne donna lieu à aucune réaction. L'examen des crachats fut négatif. Maintenu au corps, ce soldat a repris de l'embonpoint et a parfaitement supporté les rigueurs de l'hiver et les fatigues de la vie militaire. S'il avait été tuberculeux, sa tuberculose aurait certainement évolué au régiment.

Il en a été de même dans les trois autres cas, quoique les symptômes suspects aient été moins accentués.

Par contre, deux hommes, jeunes soldats arrivés avec le dernier contingent, porteurs de lésions tuberculeuses avec bacilles dans les crachats, et réformés à leur arrivée au corps, n'ont pas donné de réaction thermique à la suite d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum artificiel.

De ces observations, il ressort que l'injection de sérum artificiel est un procédé commode et facile. Pratiquée une seule fois à la dose de 20 centimètres cubes; elle ne donne aucune réaction fébrile chez les individus indemnes de tuberculose; elle détermine chez les tuberculeux, aussi bien dans la tuberculose confirmée, une forte ascension de température dans les neuf heures qui suivent l'injection; elle permet très souvent un diagnostic précoce; elle peut, cependant, manquer chez certains tuberculeux. De sorte que si l'existence de ce signe permet de conclure presque certainement à la présence d'un foyer tuberculeux pulmonaire, son absence n'autorise jamais à rejeter le diagnostic de tuberculose.

9e SESSION DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Tenue à Paris les 11, 12 et 13 avril 1901

Fibrome sphacélé et grossesse.

M. Chéron présente deux observations de fibromes sphacélés pendant les suites de couches.

Dans le premier cas, il s'agit d'une primipare de 39 ans atteinte d'un fibrome volumineux à évolution entièrement abdominale.

Pendant la grossesse, qui fut très pénible et qui s'accompagna d'amaigrissement très marqué, on ne put jamais determiner ni présentation, ni position fœtales.

Le diagnostic de grossesse resta même difficile à déterminer jusqu'au 6e mois, à cause de la position du fibrome dans la paroi antérieure de l'utérus et de son volume considérable.

Au 8e mois, la femme fut prise d'accidents de stercorémie qui cédèrent à l'emploi de lavages intestinaux et de purgatifs.

Le travail ayant duré 48 heures et la femme étant épuisée par ce long travail, enfin des signes d'infection amniotique coexistant avec une température de 39°,2, on dut pratiquer la dilatation manuelle du col, et l'extraction du fœtus qui se présentait par le siège. Pendant les suites de couches, l'état fébrile se continue avec tous les symptômes d'une infection utérine grave; le 7e et le 8e jour il se fait une élimination de portions sphacélées du fibrome. Le traitement fut particulièrement difficile, la situation du fibrome empêchant l'exploration utérine profonde et le curage digital. L'ablation de l'utérus puerpéral n'aurait pas été supporté par la malade dont l'état général était trop sérieux, mais qui finit par guérir complètement.

La seconde observation se rapporte à une malade chez qui, après un avortement compliqué d'infection utérine, un fibrome du volume d'une tête fœtale subit une fonte partielle.

L'examen de la tumeur, pratiqué immédiatement après la cessation des accidents, permit de constater une diminution de moitié de son volume. La malade guérit après 15 jours de drainage intra-utérin et des lavages quotidiens.

Oblitération du sinus circulaire : de ses effets sur le placenta et sur le fœtus.

M. X. Delore (Lyon). — Il existe souvent dans le sinus circulaire du placenta des dépôts thrombosés d'origine microbienne qui sont de longueur variable, et qui sont la cause d'une oblitération plus ou moins complète de ce sinus. Ces dépôts sont tantôt cruoriques, tantôt fibrineux, tantôt scléreux, Ils sont composés d'albumine, de globules rouges, de globules blancs et de fibrine.

Le sinus circulaire étant intermédiaire entre la circulation utérine et la circulation des espaces intervilleux, l'existence de ces dépôts a pour conséquence, en même temps que le rétrécissement du sinus, la stase du sang dans les espaces intervilleux.

Il peut alors se former également dans les espaces intervilleux des dépôts semblables qui, ayant la même évolution que les précédents, amènent un défaut de fonctionnement des villosités voisines.

M. Delore conclut de ces faits à la nécessité de vérifier les espaces intervilleux et l'intégrité des villosités, afin de se rendre compte de la physiologie normale ou pathologique d'un placenta.

Il ajoute que souvent il se produit des orifices néoformes de suppléance établissant la communication d'une façon le plus souvent incomplète entre les deux circulations utérine et intervilleuse dans les cas d'oblitération du sinus circulaire, mais que la conséquence de cette oblitération n'en est pas moins, le plus souvent d'abord, l'atrophie du placenta, et ensuite quelquefois la mort du fœtus. Cependant le fœtus supporte bien l'atrophie placentaire pourvu que les deux tiers des villosités fonctionnent.

De la valeur du sérum de Marmorek dans l'infection puerpérale.

M. Lop (de Marseille), après avoir traité cinq malades prises en pleine infection utérine, par des injections du sérum de Marmorek, croit à l'innocuité absolue et à l'efficacité de cette méthode. Il la préconise même à titre prophylactique, mais il ajoute que jamais la sérothérapie ne devra faire rejeter le nettoyage de la cavité utérine. Cette opération s'impose; elle devra toujours avoir le pas sur l'injection de sérum.

Une difficulté du troisième temps de la version par manœuvres internes. Extraction.

M. Budin. — Il s'agit d'une observation de présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure, dans laquelle fut pratiquée la version. L'extraction de la tête fut difficile, en ce que la bouche n'était ni à droite ni à gauche, mais en arrière et à peu près inaccessible, l'expression peut-être un peu trop énergique ayant produit la déflexion de la tête. La tête était arrêtée au-dessus du détroit supérieur, enclavée en occipito-pubienne; buttant contre le promontoire, le diamètre sous-occipito-frontal était arrêté au diamètre promonto-pubien du détroit supérieur. M. Macé, chef de clinique, ayant repris l'expression de haut en bas et d'avant en arrière, la tête descendit facilement sous cette pression directe; l'enfant naquit vivant, il pesait 3750 grammes. M. Budin fait remarquer que Jacquemier avait déjà admis que, dans ces cas, la tête pouvait être fixée solidement suivant son plus grand diamètre.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôpital Laënnec. — M. P. Reclus.

Pincement latéral dans une hernie ombilicale. Accidents tardifs d'occlusion après kélotomie. Ouverture d'un abcès pelvien. Entérectomie. Guérison ;

Par M. le Dr M. Savariaud,
Prosecteur à la Faculté.

Les accidents d'occlusion après la kélotomie sont rares, fort heureusement. D'après leur nature on les divise en pseudo-occlusion, due à la paralysie de l'intestin, et en occlusion vraie due à un obstacle mécanique tel que coudure, bride, adhérence, persistance de l'étranglement, etc. D'après l'époque de leur apparition on les divise en accidents précoces et accidents tardifs. Dans le premier cas l'occlusion post-kélotonique succède sans interruption à l'occlusion herniaire, et l'opéré meurt ordinairement sans avoir rendu ni matières ni gaz, à moins que par une laparotomie précoce on ne soit venu porter un prompt remède à la situation. Dans le deuxième cas les accidents d'occlusion surviennent après la cessation des phénomènes d'étranglement herniaire, généralement au moment de la convalescence, lorsque l'opéré guéri de sa kélotomie veut reprendre la vie commune et l'alimentation de tout le monde. Le fait que nous allons rapporter appartient à cette dernière catégorie. Sa pathogénie était complexe ainsi que nous le montra l'opération ; il y avait des adhérences sans nombre, une coudure avec atrésie de l'intestin grêle à sa partie supérieure, et enfin un abcès pelvien qui certainement comprimait la terminaison de l'intestin grêle et du gros intestin.

En quelques mots voici le cas : une femme est amenée à l'hôpital avec un étranglement datant de 24 heures ; elle est opérée par l'interne de garde. Kélotomie, cessation des accidents, guérison sans encombre. L'opérée n'a pas plus tôt quitté l'hôpital qu'elle commence à présenter des signes de rétrécissement de l'intestin : constipation, ballonnement, coliques, vomissements...

A deux reprises elle entre de nouveau à l'hôpital où le repos, la diète, les lavements et les purgatifs font cesser les accidents. C'est pendant son deuxième séjour que je l'examine. L'opération nous montre les lésions que j'ai énumérées plus haut ; l'abcès pelvien est drainé, les adhérences détruites en grande partie, pendant ces manœuvres l'intestin se déchire au niveau de la coudure. Entérectomie suivie d'entérorrhaphie circulaire. L'opérée guérit parfaitement.

Voici d'ailleurs l'observation détaillée de cette malade.

Observation. — Mme R..., 50 ans, a été opérée par M. le Dr Reclus, à la Pitié, pour un kyste de l'ovaire en 1896. La guérison a été rapide et définitive. Pendant 6 ans, la malade n'éprouve aucun malaise, sauf une constipation opiniâtre.

Le 2 février 1899, elle est prise brusquement de douleurs au niveau d'une petite hernie ombilicale qui n'avait que fort peu attiré jusqu'à ce moment son attention. La hernie devient irréductible, les douleurs augmentent, les vomissements apparaissent, le tableau de l'étranglement est bientôt complet, si bien que la malade se rappelant la façon dont elle avait été soignée par M. Reclus, se fait transporter à Laënnec. Opération par l'interne de garde, la kélotomie ne présente aucun incident, en apparence du moins, car, depuis en interrogeant mon collègue, j'ai appris que le sac n'avait été plus tôt incisé que l'intestin était entré dans l'abdomen, d'où on avait conclu, à juste titre selon moi, qu'il s'agissait d'un pincement latéral de l'intestin. Pas de résection épiploïque, cure radicale de la hernie.

Les détails sur les suites opératoires manquent, comme il fallait s'y attendre après une opération aussi peu mouvementée. Voici ce que la malade se rappelle : après l'opération, plus de douleurs, *très peu* de fièvre, pas de suppuration de la paroi. Ce dernier point paraît bien acquis et il a son importance. Mais sur ce chapitre de la fièvre, nous sommes beaucoup plus incertains, la feuille de température n'ayant pu être retrouvée. En tous cas, la malade sort le 26 du même mois, 24 jours après l'opération, complètement cicatrisée.

Le 3 mars, des coliques et des vomissements la prennent. Son médecin qui supposait l'intestin coudé ou bridé la renvoie à l'hôpital où elle rentre le 4 mars pour la 2e fois. Les vomissements cessèrent le jour même. Ne souffrant plus, elle sort le 8 au bout de 4 jours.

Rentrée chez elle, les coliques et les vomissements recommencent 8 jours après. Au bout de 2 ou 3 jours de diète, elle reprend sa nourriture ordinaire. Mais les mêmes souffrances se renouvellent tous les 6 ou 8 jours jusqu'au 3 avril où une crise très violente l'oblige à se faire transporter à Laënnec pour la 3e fois.

Les vomissements s'atténuèrent pendant 2 ou 3 jours, puis cessèrent complètement. A partir de ce jour, elle ne prend aucune nourriture solide, et très peu de liquide. C'est dans ces conditions que je suis amené à examiner la malade pendant l'absence de mon maître et je constate ce qui suit :

Etat de la malade avant l'opération. — Le ventre est ballonné, pas de matité dans les flancs ni en aucune région. Sensation de masses indurées le long du côlon transverse. Palpation douloureuse à ce niveau. Amaigrissement et fièvre. La température

n'est jamais très élevée, mais toujours elle reste au-dessus de 37° et atteint parfois 38°,5 et même 38°,8. En raison de la fièvre et des masses indurées qu'on sent à la région épigastrique, je pense à une épiploïte avec foyer de suppuration autour d'un fil à ligature. A ce moment, j'ignorais qu'on n'avait pas lié d'épiploon à cette malade. Rien dans la fosse iliaque; le toucher vaginal n'a pas été fait, bien à tort, car il aurait certainement donné des renseignements; mais il est vrai que la constatation d'une induration dans le petit bassin aurait pu faire errer le diagnostic.

Opération le 25 avril 1900, avec l'aide de MM. Schwartz, Godineau, Labbé, internes du service. Incision prudente de la paroi au niveau des anciennes cicatrices. L'intestin est à nu derrière la paroi. Les anses intestinales sont congestionnées et agglutinées par de nombreuses adhérences qu'il est facile de rompre avec les doigts. Du côté du pelvis, les anses adhèrent au fond du bassin, si fort qu'on renonce à les en séparer. On n'aperçoit ni l'utérus, ni les annexes cachées par l'intestin adhérent. A peine soupçonne-t-on le sommet de la vessie. Derrière la symphyse, une anse intestinale de consistance cartonnée, adhère à la vessie et en la décollant, on fait sourdre une goutte de pus. Des compresses aseptiques isolent ce foyer qui sera traité ultérieurement. On revient à la partie supérieure de l'abdomen. Le côlon transverse adhère fortement à la paroi. Au-dessous de lui les deux bouts d'une anse d'intestin grêle adhèrent ensemble et sont tellement friables, qu'en voulant les libérer on déchire l'intestin sans s'en apercevoir et sans avoir exercé de violence, c'est en constatant que les compresses sont légèrement teintées de bile qu'on soupçonne l'accident et qu'on recherche la perforation intestinale. On trouve un intestin rompu aux trois quarts. A ce niveau l'intestin est coudé, très rétréci et très friable. Réparer une déchirure dans ces circonstances, c'est s'exposer à un échec certain, rétrécissement valvulaire, perforation. La résection est décidée : 20 centimètres d'intestin sont enlevés et on procède à l'entérorrhaphie circulaire. Celle-ci est faite à la soie fine par deux plans de sutures en surjet; le premier plan comprenant toutes les tuniques de l'intestin, le deuxième n'intéressant que les tuniques externes à la manière de Lembert. Une fois l'entérorrhaphie terminée, on renonce à détruire toutes les adhérences, notamment celles qui fixent le côlon transverse à la paroi, et on referme presque complètement l'abdomen sauf dans la partie inférieure là où siège l'abcès pelvien. Ce dernier est alors évacué avec l'appareil à aspiration de Dieulafoy et on en retire 50 grammes environ d'un pus crémeux, mais extrêmement fétide. Les anses qui circonscrivaient le foyer sont un peu disséquées, la cavité de l'abcès est curettée avec beaucoup de prudence de peur d'une perforation intestinale. On draine avec un gros tube de caoutchouc entouré de gaze plongeant au-dessus du pubis. Un autre tube draine la partie supérieure de l'abdomen. La suture de la paroi est achevée; un plan profond au crin de Florence prenant péritoine, muscle aponévrose. Plan superficiel cutané au crin.

Suites opératoires : très simples. Le lendemain, pouls 100; température 37°, urines rares et rouges, facies bon, a vomi plusieurs fois.

Le 27, même état; pouls 100, température 38°; vomissement sentant le chloroforme : 500 grammes de sérum.

A partir de ce moment, la température et le pouls redescendent à la normale. Le drain supérieur est enlevé le premier, l'inférieur, qui donne très peu, est encore maintenu quelques jours, puis supprimé.

Le 20 mai, la malade sort complètement cicatrisée.

Revue le 17 décembre 1900. Tous les troubles digestifs ont disparu. La malade s'alimente comme tout le monde. Elle a engraissé de 30 livres depuis l'opération.

A la partie supérieure de l'incision, il existe une petite éventration pour laquelle la malade doit revenir à l'hôpital. En attendant, elle portera une ceinture munie d'une pelote.

Réflexions. — Cette observation nous suggère plusieurs réflexions. Et d'abord quelle est la pathogénie de cette péritonite adhésive qui a causé l'occlusion? Un instant j'ai pensé qu'il s'agissait de foyers de suppuration autour d'un fil qui aurait servi à lier l'épiploon. Mais d'une part, s'il en était ainsi, l'abcès aurait dû se trouver au niveau du grand épiploon rétracté, c'est-à-dire au niveau du côlon transverse, et d'autre part mon collègue m'a affirmé n'avoir fait aucune ligature épiploïque. Force est donc de rechercher une autre cause. Cette cause, je crois l'avoir trouvée dans une perforation tardive de l'anse étranglée. On se rappelle que cette anse n'a pas pu être examinée par l'opérateur, puisqu'elle s'était réduite spontanément dès que le sac avait été ouvert. Dans ces conditions tout s'explique : l'anse intestinale étranglée s'est promenée dans tout l'abdomen inoculant tout le péritoine ce qui explique la diffusion des lésions, et finalement est venue tomber dans le petit bassin. Grâce à l'adhérence précoce des parties voisines, le pus a pu se collecter en foyer limité et sans réaction péritonéale bien considérable. Grâce sans doute à une faible virulence de ce pus, les accidents ont pu marcher avec assez de lenteur pour que l'intervention faite près de 4 mois après la kélotomie ne soit pas arrivée trop tard.

Je reconnais que ce n'est là qu'une hypothèse facilement attaquable, mais je ne sais comment expliquer autrement les accidents en question.

Si l'on admet cette hypothèse de perforation tardive, une idée vient naturellement à l'esprit : c'est que, si au cours d'une kélotomie, l'intestin pincé latéralement rentre de lui-même avant qu'on ait pu l'examiner, il est indiqué de rechercher dans le ventre l'anse suspecte, même au prix d'un débridement considérable. Dans le cas de hernie ombilicale, cela ne présente aucun inconvénient, et dans le cas de hernie crurale il ne faudrait pas hésiter à se donner du jour en fendant au besoin l'arcade comme dans le procédé de Delagenière, ce qui paraît offrir au point de vue de la cure radicale plus d'avantages que d'inconvénients.

Enfin on remarquera que malgré la persistance de nombreuses adhérences l'opérée a parfaitement guéri; ce qui prouve que la coudure au niveau de laquelle s'est déchiré l'intestin, et l'abcès pelvien qui agglutinait plusieurs anses intestinales, étaient les deux causes principales de l'occlusion chronique présentée par cette malade.

CLINIQUE MEDICALE

Narcolepsie et obésité,

D'après Paul Sainton (1).

La torpeur et la somnolence des obèses sont des phénomènes d'observation commune. Plus rares sont les cas dans lesquels existent de véritables attaques de narcolepsie. Depuis que Gélineau, en 1880, a créé ce nom, il a été employé pour désigner des phénomènes très différents. Les uns, avec Ballet (2), donnent le nom de narcolepsie à tout sommeil pathologique; d'autres ont très improprement, sous ce titre, rapporté des cas dans lesquels, en réalité, il s'agissait d'un sommeil continuel entrecoupé par des crises de réveil; d'autres, enfin, ont réservé cette appellation aux crises irrésistibles de sommeil survenant d'une façon soudaine. C'est dans ce sens qu'il est employé ici, équivalent à l'expression de « crises de sommeil paroxystique ».

1. *Revue neurologique*, 30 mars 1901.
2. Ballet, *Revue de médecine*, 1882.

Cette variété de sommeil pathologique a déjà été observée : Caffe (1), Gélineau (2), Caton (3), Arcle (4), Samain (5), Robin (6), Lamacq (7) l'ont déjà signalée chez les obèses ; mais, d'après ces cas, il semble que l'obésité n'ait été qu'un facteur accessoire, et que la cause véritable ait dû être recherchée dans une lésion organique bien définie : c'est ainsi que le malade de Robin est devenu diabétique ; celui de Laucacq était albuminurique. Le malade dont voici l'observation était un obèse et ne présentait point d'autre tare ; chez lui les accès étaient subits et irrésistibles, et ont disparu sous l'influence d'un régime approprié :

Observation. — Il s'agit d'un homme de 43 ans, qui se sentait très bien malgré son adiposité quand, il y a 2 ans 1/2, il fut pris de phénomènes bizarres. Au moment où il avait l'habitude de se coucher, vers 10 heures du soir, il s'endormait d'un sommeil calme et tranquille : celui-ci se prolongeait jusqu'à 2 heures du matin ; à cette heure sensiblement fixe, le sommeil devenait impossible : le malade se relevait trois ou quatre fois par heure. En un mot il existait une véritable *insomnie*. A 6 heures du matin, voulant fuir le lit, il se levait ; quelques minutes après, il était obligé de s'asseoir et se sentait envahi subitement par un sommeil invincible auquel il ne pouvait résister, quelles que fussent son envie et sa volonté de n'y point succomber. Cette crise de sommeil durait 2 heures.

Pendant la journée, les envies irrésistibles de dormir apparaissaient avec une fréquence variable ; elles se montraient surtout quand le malade était à sa table de travail et voulait écrire. Sans qu'il en eût conscience, il s'endormait la plume entre les doigts ; il était réveillé par le bruit que faisait son porte-plume en tombant sur son bureau. Ces petites crises étaient de très courte durée, quelques secondes à peine. Quand le sujet était hors de chez lui, en visite par exemple, il n'était point rare qu'il s'endormît au cours d'une conversation ; ses amis le rappelaient à la réalité en lui frappant sur l'épaule. Il affirmait alors qu'il avait entendu tout ce qui s'était dit au cours de l'entretien, quoiqu'il fût sûr du contraire.

Plusieurs fois il lui est arrivé de s'endormir debout ; il se rappelle qu'étant un jour appuyé sur une grande glace le sommeil le surprit en cette position ; il se réveilla au bruit que la glace fit en tombant avec lui. Une autre fois, descendant un escalier taillé dans les rochers au bord de la mer, il s'endormit et roula en bas ; il eut ainsi une plaie du front assez étendue, dont il reste actuellement une cicatrice très visible.

Il semble, d'après le récit du malade, que cet état de sommeil ne fut pas toujours complet et qu'il s'accompagnait de sensations pénibles, de rêves dont le souvenir ne persistait pas après l'attaque. Le malade se rappelle parfaitement s'être réveillé plusieurs fois dans un état d'anxiété indéfinissable.

Très alarmé par ces symptômes, il se décida à diminuer son alimentation ; il maigrit un peu ; les crises de sommeil furent moins fréquentes. Il se sentait moins fatigué. Mais il n'eut pas le courage de continuer à céder sur son appétit ; il engraissa rapidement. Quelque temps après, il essaya de la thyroïdine ; mais celle-ci ne fut pas tolérée, elle amena une tachycardie qui persista pendant 8 jours.

Les crises de sommeil persistèrent, le malade fut amené à la consultation de M. le professeur Debove. Son poids était alors de 235 livres.

Les urines, examinées à plusieurs reprises, ont toujours été normales ; jamais elles n'ont contenu de sucre, d'albumine, ni de pigments biliaires ; la quantité d'urée était normale.

Le malade fut soumis à un régime spécial : fruits frais, légumes verts ; les boissons consistaient en eau et en thé léger ; enfin, avant chaque repas, B... prenait dix gouttes de teinture d'aloès. Un peu plus tard, il prit un peu de bouillon dégraissé ; actuellement il se surveille sans suivre de régime rigoureux. L'amaigrissement est considérable, puisque le sujet ne pèse plus que 157 livres. Son activité intellectuelle et physique a reparu ; son sommeil est réparateur : il n'a plus ni crises narcoleptiques diurnes, ni insomnies nocturnes.

1. Caffe, *Journal des connaissances médicales pratiques*, 1862.
2. Gélineau, *Gazette des hôpitaux*, 1880 et *Mémoire*, 1882.
3. Caton, *Med. Press and Circul*, 1882.
4. Arcle, *Med. Press and. Circul.*, 1809.
5. Samain, *Thèse* de Paris, 1884.
6. Robin, *Bulletin de thérapeutique*, 1895.
7. Lamacq, *Revue de médecine*, 1897.

En résumé, il s'agit d'un homme de 43 ans, obèse, qui fut pris de crise de narcolepsie au moment où l'adiposité atteignait son summum ; elles disparurent sous l'influence d'un régime approprié.

Plusieurs particularités méritent d'être relevées dans cette observation. La première est la coexistence de l'insomnie avec la narcolepsie ; c'est une coïncidence assez rare ; elle n'a été jusqu'ici notée que dans les observations de Gélineau, Samain, Robin, Forestier (1). Le second point à mettre en relief est que le sommeil du malade survient par attaques ; cette narcolepsie est donc différente de celle de la plupart des obèses, chez lesquels il y aurait plutôt somnolence continue et interrompue par des accès de veille, que des crises de sommeil. Sous le nom de « maladie du sommeil », Montgour (de Bordeaux) a cité un fait très remarquable à cet égard, dans lequel le malade, boucher de son état, ne se réveillait que pour accomplir les actes indispensables à l'exercice de sa profession.

De plus, la soudaineté de l'attaque est un fait incontestable ; Lamacq nie dans son travail sur la narcolepsie la possibilité d'un tel début. « Le début subit n'existe pas, dit-il, le malade a toujours le temps de se mettre à l'abri. Le terme de narcolepsie a donc le tort de rappeler l'invasion brutale de la crise d'épilepsie ». Or, dans ce cas comme dans ceux publiés par Féré (2) depuis le mémoire de Lamacq, il ne saurait y avoir aucun doute sur la soudaineté des attaques, puisque deux fois le malade tomba ; au cours de l'une de ses chutes, il se fit une blessure dont il persiste encore des traces à l'heure actuelle. Il existe donc des cas dans lesquels l'accès subit et irrésistible surprend le sujet sans qu'il puisse se garer.

Enfin les crises de narcolepsie ont disparu sous l'influence du traitement institué ; elles ont été en décroissant suivant la courbe de ses poids successifs.

Le malade qui fait l'objet de cette observation n'est point un diabétique ; l'examen chimique de l'urine, fait à plusieurs reprises, n'a jamais décelé de sucre, ce n'est point un albuminurique, il n'a aucun des signes que l'on rencontre dans la néphrite interstitielle ; il n'a aucun des stigmates de l'épilepsie ou de l'hystérie. La narcolepsie essentielle n'est plus guère admise à l'heure actuelle, en tant que névrose spéciale. C'est donc l'obésité qu'il faut mettre en cause ; mais de quelle nature est le rapport qui existe entre ce trouble de la nutrition et la narcolepsie?

Lamacq ne croit point que l'obésité puisse être la cause d'attaques de sommeil : « L'obésité, dit-il n'est point suffisante pour expliquer la narcolepsie. » Dans un cas observé par lui, il l'attribue à une hypertrophie des amygdales ; dans un autre cas personnel, il met en cause l'affaiblissement de la contraction cardiaque ; chez un troisième malade il y avait albuminurie. Dans le cas présent il n'existe aucune de ces tares ; d'ailleurs, comment expliquer la corrélation existant entre la disparition de la narcolepsie avec la diminution de l'embonpoint? Certains admettent que la somnolence des obèses est due à une surcharge de l'estomac par les aliments in-

1. Dufossé, *Thèse* de Paris, 1898-1899.
2. Féré, *Revue de médecine*, 1898.

gérés en grande quantité. Cette idée ne peut être soutenue dans ce cas pour deux raisons, c'est que d'une part, le sommeil surprenait le sujet à jeun, par conséquent à une période où l'estomac était vide d'aliments; d'autre part, que le régime d'amaigrissement auquel il fut soumis comportait un volume d'aliments au moins égal à celui qu'il ingérait en temps habituel.

Il semble qu'il faut invoquer un autre facteur dont on n'a point assez tenu compte dans la production de la narcolepsie. C'est l'auto-intoxication. Pendant que le malade était obèse, son régime était singulièrement riche en aliments toxiques au premier chef : viandes fumées, faisandées, charcuterie, fromages avancés, conserves diverses étaient ses mets favoris; il n'était pour ainsi dire point de repas auquel elles ne fussent ingérées en grande quantité; il en faisait de véritables débauches. Ce régime favorisait singulièrement les fermentations stomacales et intestinales. Celles-ci ont disparu en même temps que l'obésité sous l'influence de la diététique instituée : légumes et fruits verts, et de la purgation continuelle que subissait le malade sous forme de teinture d'aloès à chaque repas. Fait intéressant, la narcolepsie et l'insomnie ont disparu ensemble; n'est-il point rationnel d'admettre qu'elles étaient toutes deux sous la dépendance d'une perturbation fonctionnelle du système nerveux, consistant tantôt en phénomènes d'excitation cérébrale, tantôt en phénomènes de dépression, sous l'influence d'une auto-intoxication gastro-intestinale.

Cette conception de la narcolepsie comme syndrome d'origine auto-toxique est d'ailleurs conforme aux données de la pathologie générale et mérite d'être généralisée. Elle explique sa présence dans le diabète, la goutte, les maladies du foie, du rein, l'alcoolisme, etc.; elle permet de concevoir son apparition au cours de l'épilepsie où elle ne constitue qu'un équivalent des attaques; or les théories modernes tendent de plus en plus à admettre le rôle prédominant de l'auto-intoxication dans la production des attaques épileptiques. L'origine de la théorie auto-toxique de la narcolepsie a l'avantage de s'appliquer à la plupart des cas.

Il semble que jusqu'ici les auteurs n'ont point assez insisté sur le rôle de ce facteur dans la production des attaques de sommeil; car dans l'obésité comme dans la plupart des maladies au cours desquelles elle se montre, la narcolepsie doit être considérée comme un épisode d'origine autotoxique.

PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE

La chorée gravidique,

Par M. le Dr Oui,
Professeur agrégé à la Faculté de Lille.

Au cours de la grossesse, certaines femmes sont affectées d'une maladie caractérisée par des contractions musculaires involontaires persistant pendant le repos et par une incoordination frappante des mouvements volontaires. C'est dire que ces malades présentent les symptômes habituellement constatés dans la chorée.

Il semble bien que la grossesse joue par elle-même un rôle dans la genèse de ces accidents. Les cas ne sont pas rares où les mouvements choréiques ont fait leur première apparition au cours d'une grossesse, puis ont complètement disparu pour se montrer de nouveau à l'occasion d'une grossesse nouvelle. Sur 14 cas de chorée gravidique cités dans la thèse de Gentin, on trouve, deux fois signalée, la chorée récidivant à deux grossesses successives, et d'autres cas de ce genre sont épars dans la littérature médicale.

Dans la plupart des cas, au contraire, une première atteinte se produit au cours d'une grossesse sans que les grossesses suivantes soient troublées, et c'est un des arguments dont M. Gilles de la Tourette s'est servi pour nier la chorée gravidique Certes, nous pensons avec M. Gilles de la Tourette qu'on a mélangé dans une même description des espèces pathologiques différentes; mais il n'en reste pas moins que certains cas ne peuvent se rattacher qu'à la chorée et que la chorée gravidique nous paraît devoir subsister et mériter de retenir l'attention.

C'est, d'ailleurs, une maladie rare. Vinay en a réuni 131 cas. Delage (1898) arrivait à un chiffre de 143 cas. Gentin (1899), recueillant les cas de chorée gravidique observés à la clinique Baudelocque, trouvait 15 cas sur 15 638 accouchements, soit une proportion de 1 cas sur 1 042. Encore s'agit-il là d'une statistique hospitalière, c'est-à-dire d'une statistique chargée de cas pathologiques.

La primiparité constitue une condition favorable. La chorée s'observe beaucoup plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares. La chorée gravidique est aussi, dans un grand nombre de cas, une récidive d'une chorée de l'enfance, 12/15 d'après Gentin. La frayeur, la colère, les émotions vives jouent d'une façon évidente un rôle important dans la genèse des mouvements choréiques. Riche, dans sa thèse (1891), rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle les mouvements choréiques survinrent après un accident arrivé à son mari, qu'elle avait cru mort. Bué a observé une femme qui devint choréique au septième mois de sa grossesse, après avoir été battue par son mari. Dans le cas personnel que nous résumons plus loin, la malade fut atteinte à la suite d'une violente altercation avec ses camarades d'atelier et d'une scène orageuse avec son amant.

Mais pour que la grossesse aidée ou non d'émotions violentes puisse provoquer la chorée, il faut qu'elle agisse sur un terrain favorable. Les femmes ainsi atteintes sont souvent des névropathes. Beaucoup même sont des hystériques, et Hocquet (Th. Paris, 1888) nous paraît avoir justement insisté sur le rôle joué par l'hystérie dans la chorée gravidique. Cet auteur a publié un certain nombre d'observations de chorée développée chez des hystériques à l'occasion d'une grossesse, et il en a conclu que « hystérie et chorée apparaissent comme deux formes de la même maladie ». Cette conclusion nous paraît être formulée d'une façon un peu absolue.

Il n'en reste pas moins certain que, si toutes les chorées des femmes enceintes ne peuvent pas être rattachées à l'hystérie, cependant l'hystérie est manifeste chez un grand nombre d'entre elles : hémi-anesthésie, diminution du champ visuel, diminution du réflexe pharyngien, transfert de l'anesthésie du côté droit au côté gauche (Fontenau), zones d'anesthésie au niveau du sein gauche et de la paroi latérale gauche de l'abdomen (Delage), anesthésie du cuir chevelu telle qu'on peut inciser un abcès sans déterminer la moindre douleur (observation personnelle), crises d'hystérie et points hystérogènes (Hocquet), crises hystériques et ovaralgie, zones hyperesthésiques (Hocquet). Et encore ne recherche-t-on guère les stigmates hystériques. Dans beaucoup de cas, cette recherche n'a pas été faite et nous pensons que les

faits de chorée hystérique se multiplieraient si cette recherche était faite systématiquement et méthodiquement chez toutes les femmes atteintes de chorea gravidarum.

Mais pourquoi et comment la grossesse agit-elle de façon à provoquer l'apparition des mouvements choréiques?

De nombreuses théories ont été invoquées pour résoudre ce problème pathogénique; théorie de l'anémie basée sur l'hypoglobulie des femmes enceintes, actuellement plus que contestée; théorie de l'embolie qui ne peut s'appliquer à l'immense majorité des cas : théorie rhumatismale qui ne peut être invoquée dans bien des cas où on ne trouve pas trace d'antécédents rhumatismaux : théorie nerveuse qui fait de la chorée des femmes enceintes le résultat d'un réflexe à point de départ génital et qui ne repose sur aucune base solide.

Depuis quelques années, à la suite des travaux de Bouchard, de Tarnier, de Pinard et de ses élèves Chambrelent et Bouffe de Saint-Blaise, la notion de l'auto-intoxication gravidique, de l'hépato-toxémie, ainsi que l'appelle le professeur Pinard, a pris une place importante dans la pathologie de la grossesse. C'est à elle que presque tous les accoucheurs rapportent à l'heure actuelle des accidents légers ou graves : ptyalisme, vomissements incoercibles, prurit, éclampsie.

Il est très admissible que cette auto-intoxication agisse sur le système nerveux pour déterminer la chorée, lorsqu'elle se produira chez des sujets prédisposés, chez des névropathes, chez des femmes qui ont, antérieurement, été atteintes de chorée, chez des hystériques. L'auto-intoxication gravidique agirait alors comme elle agit sur l'hystérie, sur l'épilepsie, qui sont généralement aggravées par la grossesse. Un autre fait important à noter, c'est que la chorée gravidique est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares, comme tous les accidents qui dérivent de l'hépato-toxémie.

Quelle que soit la cause intime, le fait existe; la grossesse peut être la cause d'une chorée véritable, qui se présente avec les mêmes symptômes que la chorée observée hors l'état de gravidité.

Elle apparaît, surtout, pendant les quatre premiers mois de la grossesse, s'installant tantôt progressivement et lentement par envahissement successif des membres supérieurs, de la face, des membres inférieurs et du tronc; tantôt débutant brusquement et se généralisant avec rapidité, à la suite d'une frayeur ou d'une vive émotion.

Les symptômes sont ceux, bien connus, de la chorée infantile; aussi ne ferons-nous que les énumérer rapidement.

Les mouvements volontaires sont d'abord maladroits et les mains deviennent inhabiles; la tête, la face, le cou, les membres supérieurs sont le siège de mouvements irréguliers, la face grimace. Quand les membres inférieurs sont atteints, la marche devient difficile et parfois rapidement impossible.

Les spasmes respiratoires et pharyngés ne sont pas rares et rendent souvent la déglutition et la parole difficiles et même impossibles.

La volonté n'a aucune action sur ces mouvements.

Les mouvements cessent, pendant le sommeil, dans les cas légers.

Dans les cas graves, au contraire, ils empêchent la malade de dormir, et cette privation de sommeil est une cause puissante d'affaiblissement qui influe gravement sur le pronostic.

Des troubles intellectuels peuvent se montrer. Certaines malades deviennent irritables, méchantes; d'autres sont absolument indifférentes et semblent avoir perdu tout sentiment affectif. Chez quelques-unes, on observe des hallucinations généralement terrifiantes. Ces troubles mentaux sont généralement considérés comme ayant une fâcheuse signification pronostique.

Le plus souvent, la chorée disparaît sans retour après la délivrance, au plus tard dans les quinze jours ou le mois qui suivent l'accouchement. On peut la voir récidiver au cours d'une nouvelle grossesse; mais le cas n'est pas commun. Enfin, on a signalé un cas de chorée récidivant lors de plusieurs grossesses et finissant par passer à l'état chronique (Dutil).

L'amélioration et la guérison au cours de la grossesse ne sont guère observés qu'à la suite d'un traitement généralement prolongé.

Certaines chorées ont un caractère particulièrement grave. Ce sont, comme nous l'avons déjà dit, celles qui se compliquent d'anémie, de difficultés de l'alimentation, de désordres intellectuels, de spasmes respiratoires et d'insomnie persistante.

La mortalité serait, à s'en tenir aux statistiques publiées, vraiment considérable : 22 p. 100 d'après Charpentier; 25 p. 100 d'après Delage; 17 p. 100 d'après Buist. Mais ces chiffres sont certainement trop élevés. D'une part, un certain nombre de femmes choréiques sont atteintes légèrement et ne se présentent pas dans les maternités, ce qui fait que beaucoup de guérisons restent ignorées. D'autre part, parmi les femmes qui succombent, un certain nombre meurent d'affections intercurrentes au sujet desquelles la chorée ne peut être incriminée : ulcération intestinale, maladies du cœur, albuminurie, éclampsie, péritonite puerpérale, etc.

Pour ce qui concerne l'enfant, le pronostic serait également peu favorable. Les statistiques indiquent, en effet, une proportion de 30 p. 100 d'accouchements prématurés et d'avortements, et une mortalité infantile de 10 p. 100. Mais certaines choréiques accouchent prématurément ou avortent pour des raisons tout à fait indépendantes de la chorée : albuminurie, insertion vicieuse du placenta et, de plus, un certain nombre de cas bénins restent ignorés pour les raisons que nous avons dites plus haut.

Le diagnostic est généralement facile, tant les mouvements choréiques sont caractéristiques.

La confusion n'est guère possible qu'avec la maladie des tics convulsifs; mais, dans cette affection, les mouvements sont plus brusques, plus rapides, plus convulsifs; ils peuvent cesser sous l'influence de la volonté et s'accompagnent souvent de coprolalie. Gilles de la Tourette a très justement insisté sur ces différences qui permettent de faire le diagnostic entre la chorée et la maladie des tics. (*Semaine médicale*, 1899.)

Les chorées symptomatiques de lésions cérébrales sont généralement localisées à un côté du corps.

Enfin, la chorée hystérique pourra être décelée par les stigmates habituels de l'hystérie : plaques d'anesthésie, abolition de certaines réflexes, zones hystérogènes, et même, dans quelques cas, par la production de grandes attaques.

Le calme physique et moral, voilà le premier terme du traitement à appliquer, aussi bien dans les chorées légères que dans les formes graves. La malade sera donc mise au repos, dans une chambre bien aérée, et soustraite avec soin à toutes les causes capables de provoquer des émotions vives.

Si les mouvements sont très violents, il sera même indiqué de prescrire l'alitement.

Pour compléter l'action du repos, loin de toute agitation, il faut avoir recours aux médicaments calmants ou aux hypnotiques.

Celui qui a été le plus employé pendant de longues années, c'est le bromure de potassium. Il a réussi entre les mains de Jaccoud, de Tarnier, de Vinay, qui en conseillent l'emploi à la dose de 2 ou 3 grammes par jour, particulièrement dans les formes liées à l'hystérie. Il a complètement échoué entre les mains d'autres auteurs, même employé à des doses considérables. Dans notre observation, le bromure de potassium n'a donné aucun résultat.

L'oxyde de zinc et l'extrait de valériane ont été employés avec des résultats très irréguliers et moins satisfaisants que le bromure de potassium.

L'hyosciamine a été employée avec succès par Oulmont qui lui a dû trois améliorations. L'emploi de cet alcaloïde dangereux ne s'est d'ailleurs pas généralisé.

Il est un autre médicament que Vinay conseille de donner à la dose de 2 à 3 grammes par 24 heures, c'est l'antipyrine. Lorsqu'on réfléchit à l'action souvent funeste exercée par l'antipyrine sur le rein et à l'importance de l'intégrité de cet organe surtout chez les femmes enceintes, il est impossible de souscrire à cette médication. L'antipyrine nous paraît formellement contre-indiquée.

Il n'en est pas de même du chloral employé seul (Pinard, Russel), ou associé au bromure de potassium (Schul). Administré seul, il a donné des résultats excellents qui peuvent faire négliger son association avec le bromure. Le professeur Pinard a insisté sur son emploi à hautes doses, jusqu'à 6, 8 et 10 grammes par jour, et son élève Riche (*Th.* de Paris, 1891) a ainsi formulé les principes du traitement par le chloral : « Ce médicament doit être administré de telle sorte que la malade soit plongée dans un sommeil continuel; on ne la réveillera qu'au moment des repas. Le traitement sera continué dans toute sa rigueur jusqu'à ce que l'on constate une amélioration notable. Alors on pourra diminuer les doses; mais le médicament ne sera supprimé que lorsque la chorée aura disparu complètement. »

C'est en suivant cette ligne de conduite que la guérison a été obtenue à la maternité de Lariboisière chez une femme atteinte de chorée de Sydenham, diagnostiquée par M. Joffroy et entrée dans le service de M. Pinard au septième mois de sa grossesse.

Même succès pour plusieurs malades traitées dans le service de la clinique Baudelocque (Th. de Gentin).

Enfin, le chloral nous a donné un résultat excellent dans un cas qui se présentait de façon tout particulièrement grave : amaigrissement extrême, troubles cérébraux, etc. La dose quotidienne de 4 grammes a suffi pour amener en cinq jours une amélioration très notable, et en 22 jours une guérison complète. Ce fait est d'autant plus remarquable que, au début de la maladie, les accidents avaient une telle intensité que la question de l'avortement provoqué avait dû être posée.

Devant de tels résultats, et sans rejeter les autres médicaments, les bains, les enveloppemennts dans le drap mouillé et autres pratiques hydrothérapiques, nous croyons devoir donner la préférence à la médication chloralée.

Nous croyons bon d'y joindre le régime lacté, qui permettra de lutter contre l'auto-intoxication gravidique et viendra ajouter utilement son action à celle du chloral.

C'est le régime que nous avons institué chez notre malade, en y ajoutant toutefois des œufs, car elle ne pouvait, au début, absorber une quantité de lait suffisante pour se nourrir.

Dans quelques cas particulièrement graves, et craignant une terminaison fatale, certains accoucheurs ont provoqué l'accouchement prématuré ou l'avortement. C'est là une décision extrêmement grave et si, dans quelques cas, la guérison a été obtenue, dans d'autres la mort a suivi l'intervention. Aussi pensons-nous que l'intervention obstétricale ne doit se produire qu'après l'échec bien constaté du traitement médical rigoureusement appliqué, et lorsque la gravité de la maladie ne laisse pas d'autre espoir de salut (1).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Rebreyend. *Les plaies perforantes de l'utérus.* N° 269. (Carré et Naud.)

Mlle Cohn. *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des nodosités des cornes utérines d'origine salpingienne.* N° 264. (G. Bellais.)

M. Compain. *Contribution à l'étude de l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans les affections uréthrales (uréthrites et rétrécissements).* N° 288. (L. Boyer.)

M. Courchet (Louis). *Contribution à l'étude des anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu.* N° 265.

D'après M. Rebreyend, les plaies de l'utérus de dehors en dedans n'ont été observées qu'au cours de la grossesse; elles présentent les mêmes indications que toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen; l'intervention y est rendue plus urgente par suite de la vascularité de l'organe.

L'expulsion du fœtus en est la conséquence constante. Sa mort en est la conséquence habituelle. La conservation ou le sacrifice de l'utérus ne dépendent que du degré des lésions directement constatées.

Les plaies non compliquées ne réclament d'autre traitement que le tamponnement, l'immobilité, l'abstention de toute injection intra-utérine.

Les plaies compliqués (pour une des causes sus-énoncées) sont une indication à la laparotomie, qui pourra rester purement exploratrice, ou aboutir suivant les cas :

Au drainage du péritoine; au drainage abdomino-vaginal de l'utérus; à la suture utérine; à l'hystérectomie supravaginale et, exceptionnellement, totale.

D'après Mlle Cohn, au cours des opérations ou des autopsies on constate parfois au niveau des cornes utérines des nodosités blanchâtres, dures, d'aspect fibromateux, disposées presque toujours symétriquement. Il s'agit d'une lésion intéressant la portion interstitielle de la trompe.

Cette affection ne se traduit par aucun signe pathognomonique.

L'examen histologique permet de reconnaître deux variétés anatomo-pathologiques :

1° La nodosité peut être constituée par du tissu inflammatoire, et l'on observe alors des lésions ordinaires de la salpingite interstitielle;

2° La nodosité peut être constituée par du tissu adéno-myomateux et l'on se trouve en présence d'une tumeur dont le mode de développement a suscité des théories diverses.

1. *L'Écho médical du Nord*, 21 avril 1901, p. 173.

La nodosité inflammatoire reconnaît toujours une origine inflammatoire blennorrhagique ou tuberculeuse.

La nodosité adénomyomateuse est considérée par les anatomo-pathologistes soit comme acquise, soit comme une tumeur congénitale, développée aux dépens des débris du corps de Wolff ou du canal de Muller.

Au cours de la salpingectomie, il est important d'enlever les cornes utérines atteintes de ces nodosités.

M. Compain préfère l'oxycyanure de mercure dans le traitement des uréthrites. Employé en grands lavages dans le traitement des uréthrites à gonocoques, aux titres de 1/4 000e à 1/1 000e, il donne d'aussi bons et d'aussi rapides résutats que les solutions de permanganate de même titre, sur lesquelles il a encore l'avantage d'être mieux toléré.

Il peut être encore employé avec succès contre les uréthrites non gonococciennes, mais, de préférence, à des doses plus faibles (1/4 000e, 1/3 000e).

Les anévrysmes cirsoïdes sont des tumeurs vasculaires par dilatation et allongement sinueux des vaisseaux d'un département artériel; elles sont surtout caractérisées par des communications artérioso-veineuses anormales ou anormalement développées. Les lésions consistent en dilatations des vaisseaux qui se pelotonnent et décrivent des sinuosités; on a bien montré aujourd'hui que les artères afférentes s'amincissent tandis que les veines tendent à s'artérialiser. Après dissection de la tumeur on peut voir la communication artério-veineuse se faire en un point où l'artère et la veine sont accolées, formant une vraie fistule artério-veineuse. Pourtant la communication peut se faire uniquement par les capillaires dilatés. Le rapport étiologique de ces tumeurs avec les traumatismes est indéniable; la violence extérieure crée probablement des lacs sanguins établissant la communication artério-veineuse; on en a cependant signalé qui se sont développées spontanément et presque toujours par transformation d'un angiome; enfin on en a trouvé de congénitales. L'un des symptômes les plus intéressants et qui renseigne sur la communication anormale artério-veineuse est le signe de Terrier, qu'il faut toujours rechercher avec soin : en un point la compression localisée fait affaisser la tumeur et cesser le souffle.

Cette lésion est grave, et marche d'une façon progressive, elle nécessite donc un traitement actif; c'est à la méthode d'excision au bistouri que M. Courchet donne la préférence pour les anévrysmes du cuir chevelu, dans la majorité des cas. Il rapporte un cas inédit de M. A. Broca. Les injections de perchlorure de fer, de chlorure de zinc ou d'alcool doivent être réservées comme moyens d'exception pour des cas dans lesquels la diffusion et l'étendue de la tumeur rendent toute extirpation impossible. Après l'ablation, les sinuosités des vaisseaux périphériques ainsi que leurs dilatations diminuent ou disparaissent.

Thèse de la Faculté de Nancy.

Année 1899-1900.

M. Gherassimoff (Nicolas). *Contribution à l'étude des manifestations pyosepticémiques consécutives au cancer.* N° 15. (A. Crépin-Leblond.)

M. Abt (Étienne-Félix-Joseph). *Recherche et localisation exacte des corps étrangers de l'œil et de l'orbite par les rayons X.* N° 32. (J. Royer.)

M. Bertemes (Guillaume). *Étude anatomo-topographique du sinus sphénoïdal (Applications à la pathologie des sinusites sphénoïdales).* N° 16. (A. Crépin-Leblond.)

M. Brunschwig (Edmond). *Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'amygdale palatine et particulièrement de quelques formes atypiques.* N° 49. (Imp. Nancéienne.)

M. Jacquot (Georges-Louis-Henri). *De l'obstruction du duodénum.* N° 12. (A. Crepin-Leblond.)

M. Keskineff (Georges). *Contribution à l'étude des hypertrophies congénitales des membres.* N° 25. (A. Crepin-Leblond.)

M. Dimitrieff (Dimitri). *De l'absence congénitale du péroné.* N° 34. (A. Crepin-Leblond.)

M. Rény (François-Amédée). *Contribution à l'étude des membres fantômes.* N° 7. (Louis Kreis.)

M. Lemaire (Charles). *Du syndrome arthropathique de Charcot dans certaines affections de la moelle.* N° 4. (A. Crepin-Leblond.)

M. Étienne (Léon-Charles). *Traitement orthopédique de la coxalgie infantile.* N° 9. (Louis Kreis.)

M. Ilief (Kiril T.). *De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique du genou.* N° 10. (A. Crepin-Leblond.)

M. Drouart (Georges-Magloire). *De l'hystérectomie abdominale totale pendant la grossesse et l'accouchement.* N° 21. (Imp. coopérative de l'Est.)

M. Gross (Georges-Victor-Frédéric). *Hématométrie et hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital.* N° 41. (A. Crépin-Leblond.)

M. Gille (Henry-Georges). *De l'auto-infection* post partum *due à des lésions inflammatoires utérines et péri-utérines antérieures à la grossesse.* N° 11. (Imp. Nancéienne.)

A propos d'une observation de M. Etienne, M. Gherassimoff étudie les manifestations pyosepticémiques consécutives au cancer. Ils les distingue cliniquement en quatre groupes suivant qu'elles se portent : 1° sur l'état général; 2° sur l'appareil cardio-vasculaire; 3° sur les articulations; 4° sur le système nerveux, les deux premiers étant certainement les plus importants. L'infection surajoutée, due généralement aux agents microbiens de la flore correspondante, pénètre par les ulcérations du néoplasme, et peut : α) se développer sur place, affectant un type tantôt circonscrit et tantôt diffus; β) s'étendre soit par contiguïté, soit en suivant la voie du cancer lui-même, aux organes voisins; γ) se généraliser par voie sanguine. L'auteur termine par un court chapitre du diagnostic différentiel.

Les rayons X permettent seuls dans la très grande majorité des cas la détermination exacte du siège des corps étrangers de l'œil et de l'orbite. L'étude très documentée de M. Abt que facilitent de nombreuses radiographies, figures et graphiques, permet de se rendre compte d'une bonne technique à suivre pour obtenir simplement des conclusions précises. L'auteur conseille d'adopter l'éclairage bitemporal, d'éviter, par une inclinaison appropriée de la tête, les ombres de la paroi orbitaire externe, d'employer pour la détermination du corps étranger le procédé de M. Guilloz qui a l'avantage de ne nécessiter aucun appareil et de présenter un contrôle graphique avec lequel il est loisible de vérifier chaque temps des opérations successives.

D'une bonne étude anatomo-topographique faite sous la direction de M. Jacques, M. Bertemes tire les déductions pathologiques suivantes. La sinusite sphénoïdale n'est pas, en raison de l'absence de communication normale, consécutive à l'inflammation des cellules ethmoïdales. Elle se présente sous trois formes, rhino-pharyngienne, centrale et orbitaire, suivant la propagation de l'inflammation vers l'une ou l'autre de ces surfaces. Elle peut enfin être presque latente en raison de la présence de gouttières irrégulières. Un certain nombre d'affections du trijumeau sont sous sa dépendance, en raison des rapports des branches supérieures de ce nerf avec le sinus. Dans toute sinusite sphénoïdale aiguë, il faut rechercher avec soin la projection dans la fente effective de la muqueuse de la paroi antérieure. L'ostéite de la partie postéro-supérieure de la cloison dans le cours d'une sinusite sphénoïdale peut être attribuée à une propagation dans le prolongement du bec du sphénoïde et entre les deux lames du crâne. La projection de la paroi inférieure dans le naso-pharynx est exceptionnelle en raison de l'épaisseur de cette paroi. La méningite causée par une sinusite sphénoïdale chronique a pour caractéristique d'être accompagnée par la thrombose du sinus caverneux.

La résection du cornet inférieur est indiquée au point de vue du diagnostic. Le cathétérisme peut être fait avec la sonde de Hapk. Au point de vue de l'intervention, la voie orbito-ethnoïdale n'est indiquée que dans quelques cas spéciaux. La voie

pharyngienne doit être rejetée; la voie endonasale est la plus facile et la plus sûre.

L'agrandissement de l'ostium doit être fait en bas et en dedans, de préférence avec le crochet de Hapk; il est indiqué de placer la contr'ouverture sur la moitié inférieure de la paroi antérieure et la moitié antérieure de la paroi inférieure, et de compléter le curettage par la décortication de la muqueuse.

Dans un travail d'ensemble sur les tumeurs bénignes de l'amygdale palatine, fait sous l'inspiration de M. Jacques, M. Brunschwig établit qu'à côté des polypes bien décrits déjà, il existe un certain nombre de néoplasmes bénins faisant corps avec la tonsille. Leur diagnostic, très incertain d'après les signes cliniques seuls, sera surtout fait par l'examen après l'extirpation nécessaire à ce point de vue, quoique les troubles mécaniques qui sont sous leur dépendance soient très peu accusés. A ce groupe appartiennent par leur évolution des tumeurs formées d'éléments épithélioïdes allongés, groupés en îlots confluents que l'auteur rattache à une prolifération tardive des cellules du revêtement bucco-pharyngien qui prennent part chez l'embryon à l'hystogénèse des amygdales.

M. Jacquot, étudiant sur le conseil de M. Etienne l'occlusion du duodénum, établit que celle-ci, toujours indépendante d'un vice de position en raison de la fixité de l'organe, peut être due soit: 1° à la compression, tumeur du foie, de la vésicule biliaire, calcul n'ayant pas encore fait irruption dans l'intestin, péricholécystite, brides et adhérences d'origine diverse, notamment sous la dépendante d'abord ronde de l'estomac; 2° à l'obturation principalement par gros calculs; 3° par rétrécissement exceptionnellement congénital, généralement consécutif, soit à une cicatrice d'ulcère, soit beaucoup plus souvent à un néoplasme malin.

Les accidents variables d'ailleurs suivant que l'occlusion a été rapide ou lente, se modifient encore suivant son siège. Au-dessus de l'ampoule de Vater, ils se confondent avec ceux de l'obstruction pylorique dont les distinguent seulement les commémoratifs. L'obstacle est-il au-dessous de l'ampoule, le liquide stomacal retiré par la sonde contient du suc pancréatique et de la bile, l'estomac étant dilaté. Siège-t-il enfin au niveau de l'ampoule, la symptomatologie est celle soit de la première, soit de la seconde variété suivant le sens où refluent les liquides. S'il y a imperméabilité absolue de l'ampoule, il se joint au tableau un ictère par rétention.

M. Keskineff refait, sur le conseil de M. Frœlich, une étude d'ensemble sur les hypertrophies congénitales des membres dont il a colligé 70 observations. Il distingue avec M. Lannelongue l'hypertrophie vraie, où tous les tissus sont atteints, de la fausse, où quelques tissus seulement sont pris, les os étant normaux; montre l'anomalie existant à la naissance mais à un degré moindre; étudie sa répartition régionale sur les membres; passe en revue les théories pathogéniques, insistant sur l'importance des brides amniotiques dans la production des fausses hypertrophiées; conseille l'abstention et la compression lors d'hypertrophie régulière, non gigantesque, sans tumeurs surajoutées; étudie, dans les cas où ces conditions ne sont pas réalisées, les indications de l'excision des sillons congénitaux, de l'ablation des tumeurs surajoutées, de l'amputation ou de la désarticulation des parties hypertrophiées.

A propos d'une observation de M. Frœlich, M. Dimitrieff reprend également la question de l'absence congénitale du péroné. Il élimine justement la théorie de la fracture intra-utérine pour celle de la malformation embryonnaire provoquée par une compression de l'amnios ou des brides amniotiques. Il note que l'absence complète du péroné est plus fréquente que l'absence partielle; qu'elle porte plus souvent sur un seul des membres inférieurs que sur les deux, et que ses signes principaux sont le raccourcissement de la jambe, le déjettement du pied en équin valgus ou quelquefois varus, et dans bien des cas l'inflexion du tibia. Une bonne thérapeutique en améliore le pronostic lorsqu'il n'y a pas trop d'atrophie musculaire. Elle peut être simplement orthopédique, consister en manœuvres manuelles et appareils variables. Mais en cas d'échec, elle devra devenir opératoire. L'ostéoclasie, l'ostéotomie, les ténotomies, l'arthrodèse, auront leurs indications.

Aux phénomènes perçus par les amputés que décrivent les auteurs classiques et dont l'ensemble constitue le tableau des « membres fantômes », M. Rény, sous l'inspiration de M. Parisot, ajoute des sensations visuelles. Quatre malades, dont il rapporte l'observation, croyaient voir leur membre coupé. Il considère ces phénomènes de même que ceux qui se produisent dans le domaine de la sensibilité générale et tactile, du sens musculaire, etc., comme de véritables hallucinations, dont la cause nécessaire est centrale. Leurs causes secondaires variables seraient centrales ou plus souvent périphériques. L'auteur tend néanmoins à restreindre singulièrement le rôle attribué à la névrite du moignon.

Inspiré par M. Etienne, M. Lemaire réunit dix cas d'arthropathies de Charcot dans certaines affections médullaires. Trois de ces observations relèvent la syringomyélie comme cause, six le tabes normal ou anormal, compliqué ou non de tuberculose, traumatismes, etc., une l'atrophie musculaire progressive. L'auteur admet au point de vue pathogénique qu'il s'agit d'une lésion du système sympathique médullaire. Après une étude clinique, il conclut, au point de vue du traitement, à la nécessité dans le cas de traumatisme d'éviter ou de supprimer la compression médullaire, dans le cas où la syphilis peut être incriminée, d'employer le traitement spécifique qui a eu dans un des faits qu'il relate une heureuse influence bien que les accidents initiaux remontassent à 15 ans, dans tous les cas d'ailleurs d'employer les moyens palliatifs qui pourront être orthopédiques (appareils) ou chirurgicaux — ponction, résection.

M. Etienne, élève de M. Frœlich, considère avec raison le traitement orthopédique comme le vrai traitement de la coxalgie chez l'enfant. A la première période dite de boiterie, il conseille le port d'un appareil ambulatoire immobilisateur. Celui de Lorenz modifié lui paraît le plus pratique. Lorsqu'il y a attitude vicieuse, il préconise le redressement par la technique de Lorenz ou celle de Wieting, puis l'usage de l'appareil de la première période. En cas d'abcès les injections d'éther iodoformé ont sa préférence. Il n'admet judicieusement la résection que dans des circonstances exceptionnelles de la coxalgie infantile. Ce travail est basé sur 31 observations, dont 19 appartiennent à Hoffa, 12 à M. Frœlich.

S'appuyant sur 4 observations inédites et 22 déjà publiées, M. Ilief préconise, sous l'inspiration de M. André, l'arthrotomie dans la synovite blennorrhagique, qu'il s'agisse d'une hydarthrose aiguë persistant au bout d'une dizaine de jours du traitement médical, d'une forme chronique récidivante, de la forme plastique ankylosante, de la forme suppurée. Ce serait le meilleur moyen d'améliorer l'état général, de faire cesser la fièvre et la douleur, de se mettre à l'abri d'autres complications, enfin d'éviter l'ankylose. L'incision doit être large, bilatérale au moins, suivie d'un nettoyage soigneux de la jointure, du drainage et d'un pansement compressif. Les lavages ne devraient pas être fréquents. Le massage, la mobilisation et l'électricité seraient un utile adjuvant. Chez l'enfant, l'arthrite blennorrhagique présentant une résolution rapide et non une tendance vers l'ankylose ne serait pas justiciable de ce mode du traitement.

M. Drouart, élève de M. Schul, étudie, à propos d'une observation de son maître — femme enceinte atteinte de fibrome utérin opérée avec succès par M. Vautrin, — les indications de l'hystérectomie abdominale totale pendant la grossesse et l'accouchement.

Il estime qu'elles se rencontrent rarement dans le cancer utérin, plus souvent dans les cas de fibro-myomes intra-pelviens, dans les rétrécissements du bassin au-dessous de 6 centimètres et dans les cas où la symphyséotomie ne pourrait donner un élargissement suffisant pour le passage du fœtus, dans quelques cas rares de rupture utérine et d'infection puerpérale.

Le pronostic varie suivant l'indication de l'opération, l'état de résistance de la malade, son degré d'infection. Sa supériorité sur l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'amputa-

tion de Porro est d'être une opération radicale curatrice, sans que la mortalité en soit plus considérable.

Dans une thèse excellente, M. Gross nous donne la première étude d'ensemble qui ait paru sur un sujet extrêmement intéressant, l'hématométrie et l'hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. Le point de départ est une observation qu'il a recueillie dans le service de son père et autour de laquelle il a groupé 77 faits analogues, épars dans diverses publications en grande majorité étrangères.

Après quelques mots d'introduction sur les atrésies du canal génital en général, l'auteur envisage les faits de duplicité de cet appareil, et les classifie, s'appuyant sur des données embryologiques très clairement exposées. Il entre ensuite dans le cœur de son sujet catégorisant ainsi les cas, après un court historique :

Hématométrie latérale;

Hématométrie latérale avec hématocolpos partiel supérieur;

Hématométrie latérale avec hématocolpos total;

Hématocolpos latéral sans hématométrie;

et en faisant une étude très soignée au point de vue anatomique, physiologique et clinique.

En ce qui concerne le traitement, M. Gross passe successivement en revue et critique judicieusement les diverses méthodes employées, et conclut ainsi : Pas de ponction vaginale si ce n'est comme moyen d'absolue nécessité pour pallier à des accidents graves, l'état général de la femme contre-indiquant une opération de longue durée. Dans l'hématocolpos latéral, l'opération de choix est la section avec suture bimuqueuse de la cloison inter-vaginale.

En cas d'hématosalpinx concomitant, la salpingectomie préliminaire ou complémentaire est nécessaire. Dans l'hématométrie latérale, le traitement de choix est l'énucléation et l'extirpation par la voie haute; la castration bilatérale avec ou sans incision vaginale de l'hématométrie et l'hystérectomie abdominale constituent des opérations de nécessité.

M. Gille nous apporte une étude intéressante sur l'auto-infection *post partum* due à la persistance, à l'état latent, de divers microbes staphylocoques, streptocoques, gonocoques, dans d'anciennes lésions des organes génitaux, leur virulence se réveillant au moment de l'accouchement, malgré une antisepsie régulière de la voie s'impose.

Il en conclut à la nécessité pour l'accoucheur d'obtenir pendant la grossesse une guérison radicale des lésions inflammatoires des premières voies de l'appareil génital, et au moment de l'accouchement de prendre toutes les précautions pour éviter le réveil *post partum* du microbisme latent.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Garraud (Pierre-Théodore). *Étude de l'action de la faradisation sur le coefficient azoturique*. N° 15.

M. Castagnol (Élie). *Des entérorrhagies herniaires*. N° 33.

M. Boussenot (Tony-Georges). *Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneuses*. N° 19.

Les expériences qu'a entreprises M. Garraud ont été rangées en trois séries.

La première série comprend 6 jours de régime sans traitement électrique;

La deuxième, 6 jours de régime avec traitement électrique;

La troisième, 6 jours de régime alimentaire seul, après arrêt du traitement électrique.

Pour établir dans ces cas le coefficient azoturique, l'auteur s'est adressé aux méthodes analytiques les plus exactes : méthode de Kjeldahl modifié par Denigès pour l'azote total et méthode de Mœrner et Sjœqvist pour le dosage de l'azote de l'urée.

Il résulte de ces trois séries d'expériences que les courants faradiques rhythmés sont sans action sur la sécrétion des divers éléments normaux de l'urine.

Ces courants n'augmentent pas d'une façon sensible le coefficient azoturique.

L'entérorrhagie est une complication des hernies rare et peu connue en France. Aussi M. Castagnol en a-t-il fait le sujet de sa thèse. C'est surtout en Autriche que cette complication a été étudiée.

Elle est l'apanage à peu près exclusif de la hernie étranglée et elle apparaît après la réduction soit par le taxis, soit par la kélotomie. Cependant on l'a observée après la réduction difficile de grosses hernies libres plus ou moins contenues et après des cures radicales qui avaient nécessité des résections épiploïques.

On a vu aussi se produire des hématémèses herniaires (Eiselberg, Dieulafoy, observat. I de l'auteur) par torsion épiploïque, résections épiploïques ou toxi-infection herniaire. Elles sont graves, souvent mortelles.

La pathogénie de l'entérorrhagie herniaire est très complexe. Elle repose sur des faits cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux.

Il y a toujours une congestion énorme dans les parois de l'anse herniée et des exsudations sanguines plus ou moins notables dans le sac et dans la cavité de l'anse. Aussi est-on surpris que les hémorrhagies intestinales herniaires ne soient pas plus fréquentes.

D'autre part, la circulation est interrompue par la constriction des vaisseaux du mésentère compris dans l'étranglement (constriction veineuse surtout). Le sang artériel peut affluer en grande quantité, rompre ses barrières naturelles, exfolier la muqueuse par ses infarctus et entraîner des hémorrhagies considérables, parfois mortelles.

La thrombose veineuse amène les mêmes résultats.

M. Boussenot, préparateur du service antidiphthérique de la ville de Bordeaux, a eu l'occasion, dans les examens qu'il a eu à faire, de rencontrer quelquefois un bacille en bâtonnets groupés deux par deux et présentant des mouvements nets, mais d'une grande lenteur. Ils ont de 4 à 5 μ de long sur 0 μ, 5 à 0 μ, 8 de large. Ils prennent très fortement le Gram.

Après une étude des cultures de ce bacille, sur les différents milieux, l'auteur en fait une étude expérimentale et arrive à reproduire la fausse membrane chez le lapin et le cobaye.

L'observation clinique lui a fait retrouver le bacille dans 7 cas associé à d'autres bacilles et, dans 4 cas, à l'état de pureté.

Ce bacille diffère de celui de Klebs, Lœffler, et n'est nullement influencé par les injections de sérum antidiphthérique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de ladrerie cérébrale, par Léopold Lévi et Louis Lemaire (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 1, p. 32-38, janvier-février 1901). — Observation d'une jeune fille de 17 ans qui ne présenta guère d'autres symptômes qu'une céphalée très intense et persistante. A l'autopsie, on trouve disséminés dans l'écorce des deux hémisphères des petits kystes jaunâtres et arrondis du volume d'un grain de mil à celui d'un pois. Le nombre des cysticerques peut être évalué à 400.

MÉDECINE

Transmission de la malaria par le pou du laurier-rose, par Vicente (*Archives générales de méd.*, mars 1901). — Le moustique ne serait pas l'unique agent de transmission de la malaria. Le Dr Vicente fait intervenir un nouvel agent de transmission, le pou du laurier-rose, l'*aspidiotus nerii*.

Dans une famille, un individu est atteint de paludisme remontant à 19 ans et a eu fréquemment des retours offensifs

de son mal. Sur ces entrefaites on orne la maison de lauriers-roses, les arbustes vivant dans l'intérieur même de la maison sont bientôt envahis par les parasites du laurier-rose, et en même temps apparaissent chez trois enfants des accidents très nets de fièvre réglée compliquée de purpura chez l'un, d'hémoglobinurie chez un autre, tous accidents qui cédèrent vite à l'action de la quinine.

L'auteur trouva les hématozaires de la malaria et des spores accolés aux aiguillons de l'*aspidiotus nerii*. La même recherche pratiquée sur des poux provenant d'autres lauriers-roses fut négative.

On pouvait donc conclure que l'*aspidiotus nerii* avait été infecté par le paludique ancien et qu'à son tour il était devenu un agent actif de transmission.

L'agent étiologique de la vaccine et de la variole, par M. le Dr Funck (*Journ. medic. de Bruxelles*, 21 février 1901). — L'auteur poursuit depuis 2 ans des recherches qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

La vaccine est causée par un protozoaire qui se retrouve facilement dans toutes les pustules vaccinales et dans tous les vaccins actifs;

L'inoculation de ce protozoaire en émulsion stérile reproduit chez les animaux sensibles tous les symptômes classiques de la vaccine;

L'inoculation de ce protozoaire rend les animaux réfractaires à l'inoculation ultérieure de la vaccine;

La pustule variolique renferme un protozoaire morphologiquement semblable à celui de la vaccine.

Il est donc démontré par ces expériences que la variole et la vaccine sont deux affections identiques, que la vaccine n'est qu'une forme atténuée de la variole et que, par conséquent, l'immunité antivariolique conférée par la vaccination ne fait plus exception aux lois générales de l'immunité spécifique.

Broncho-pneumonie et hémiparésie croisée, par V. Galletta (*Gazzetta a degli ospedali e delle cliniche*, an XXII, n° 27, p. 286, 3 mars 1901). — Broncho-pneumonie chez un enfant de 18 mois avec, à son déclin, des accès convulsifs laissant après eux une hémiparésie croisée. Celle-ci (parésie du bras *droit*, parésie de la jambe *gauche*) dépendait vraisemblablement de quelque lésion au niveau de l'entre-croisement des pyramides, effet des toxines pneumococciques; elle se dissipa en quelques jours.

CHIRURGIE

Œdème bulleux et proliférant de la vessie (Cystitis colli proliferans œdematosa), par Zechmeister et Matzenauer (*Centralb. f. Harn. u. Sexualorg.*, 1901, vol. XII, p. 1). — Les auteurs ont observé au cystoscope, chez une syphilitique présentant des troubles de la miction, un œdème bulleux de la vessie avec excroissances polypiformes localisées au col. Ces excroissances furent enlevées, et l'examen histologique montra qu'elles se composaient d'un tissu de granulation œdématié.

Le genu recurvatum dans la coxalgie, par G. Gasne et V. Courtellemont (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 1, p. 49 61, janvier-février 1901). — Observation d'un homme de 54 ans; à 12 ans, coxalgie droite; vers 19 ans a commencé à apparaître une déformation du genou gauche caractérisée par l'hyperextension de la jambe sur la cuisse; cette attitude anormale s'est produite insidieusement et s'est accrue insensiblement jusque vers l'âge de 34 ans; depuis, elle est stationnaire. Il s'agit d'un genu recurvatum acquis, dont le développement ne peut s'expliquer par les causes assignées d'ordinaire à la production de cette attitude vicieuse. Ni rachitisme, ni paralysie infantile, ni traumatisme; pas d'opération pratiquée sur le genou; pas de lésion de l'extrémité inférieure du membre; aucune trace d'affection médullaire et de névrite. En somme, on ne peut invoquer chez le malade d'autre cause que la coxalgie droite guérie avec ankylose en flexion de la cuisse; tout coxalgique ankylosé avec flexion redresse plus ou moins son fémur pendant la station debout, de façon à diminuer cette flexion dans la mesure possible; ce mouvement ne peut s'obtenir que par la bascule du bassin qui s'incline en avant. Par suite de cette bascule du bassin, l'axe du membre sain est reporté en arrière, d'où tendance à l'hyperextension et hyperextension réelle, genu recurvatum, si la laxité des ligaments le permet.

En résumé, de l'étude du mécanisme producteur du genu recurvatum dans la coxalgie, les auteurs concluent : dans la coxalgie guérie, l'ankylose avec extension de la cuisse entraîne une tendance au genu recurvatum du coté de la coxalgie; l'ankylose en flexion, une prédisposition au genou recurvatum du côté opposé.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 23 Avril 1901.

Traitement de la lèpre par l'ichtyol.

M. de Brun (de Beyrouth) adresse une note sur le traitement de la lèpre tuberculeuse par l'ichtyol administré à l'intérieur. La première malade soumise à cette médication était une jeune femme de 24 ans, atteinte depuis 4 à 5 ans de lèpre tuberculeuse. Bien qu'on eût débuté par des doses extrêmement minimes (0 gr. 30 d'ichtyol par jour), les résultats furent remarquables. En quelques mois, les tubercules qui défiguraient la malade pâlirent et s'affaissèrent, et la rhinite ulcéreuse par laquelle l'affection avait débuté rétrocéda presque complètement. Dans plusieurs autres cas de lèpre cutanée, les résultats ont été également très satisfaisants.

Mais si l'ichtyol est un médicament de choix dans la lèpre tuberculeuse, il a jusqu'à présent à peu près complètement échoué dans la lèpre nerveuse. Chez une femme atteinte de lèpre mixte, l'ichtyol, administré à la dose de 1 gramme, puis progressivement aux doses de 6, 8 et 10 grammes par jour, a fait complètement disparaître la rhinite, mais n'a nullement modifié les accidents nerveux.

Outre qu'elle a l'avantage de préciser l'action élective de l'ichtyol, cette seconde observation permet de dire que ce médicament, qui a été préconisé par Unna à la dose de 0 gr. 75 par jour, et que quelques auteurs ont donné à la dose de 2 à 3 grammes, peut être administré sans inconvénient aux doses beaucoup plus élevées de 8 et 10 grammes en 24 heures; toutefois, il est prudent de n'atteindre ces doses élevées que progressivement, quoiqu'on puisse sans crainte débuter par 5 grammes.

Quant à l'emploi de l'ichtyol sous forme de topique, recommandé par quelques auteurs contre la lèpre tuberculeuse, M. de Brun déclare qu'il n'en a retiré aucun avantage, pas plus dans le traitement des lépromes cutanés que dans celui des rhinites légreuses.

Extirpation d'un projectile logé dans l'encéphale.

M. Peugniez et **M. Rémy** (d'Amiens) communiquent l'observation d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite.

Les accidents graves s'étant montrés au bout de quelques semaines, on détermina par la radioscopie, appliquée selon le procédé de M. Rémy, le siège exact de la balle, qui était logée dans l'écorce cérébrale de la troisième circonvolution frontale, et on procéda à son extraction au moyen d'une craniotomie. Cette opération, qui a été pratiquée il y a 2 mois, fit cesser tous les accidents et le malade est aujourd'hui complètement rétabli.

Dystocie grave dans un utérus bicorne.

M. Fochier (de Lyon) présente un utérus bicorne qu'il a amputé au-dessus du col par la voie adbominale : l'une des

cornes est vide, l'autre renferme la tête d'un fœtus d'un peu plus de 6 mois et un placenta avec ses membranes encore adhérentes.

La parturiente qui a subi cette opération, rendue nécessaire par l'impossibilité où l'on s'est trouvé d'extraire le fœtus par les voies naturelles, était une vigoureuse paysanne âgée de 37 ans, ayant eu précédemment une fausse couche. Elle a parfaitement guéri.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est l'épaisseur de la musculature utérine, soit au niveau de la corne vide, soit au niveau de la section sus-cervicale. Aussi l'orateur incline-t-il à croire que, dans un certain nombre de cas tout au moins de rétention de la tête fœtale, il y a lieu de songer à une malformation du muscle utérin.

MEDECINE PRATIQUE

Le $CaCl^2$ dans les règles d'abondance exagérée ou sans dysménorrhée (1).

D'après M. le Dr Lafond-Grellety, de Villefranche-de-Longchapt.

1° *Traitement des écoulements sanguins abondants sans dysménorrhée.* — Des agents employés parce qu'ils agissent sur la fluxion génitale, l'ergotine, recommandée surtout par Lawson-Tait, semble jouir de la plus grande faveur. M. Dalché a proposé la formule suivante, où l'ergotine entre pour la plus grosse part :

Ergotine	0 gr. 10
Sulfate de quinine	0 gr. 02
Poudre de digitale	0 gr. 01
Poudre de coca	Q. s.

Pour une pilule ; prendre 4 à 5 par jour.

La formule est bonne. Mais il ne serait pas indifférent de savoir quelle part revient à l'ergotine dans l'action irréfutable de ces pilules.

N'est-ce pas plutôt aux toniques (quinine et coca) et à la digitale que cette amélioration générale est due, puisque l'état local a été si peu influencé par l'ergotine? Ce n'est pas à dire que l'ergotine ne jouit pas de la propriété de modifier les vaisseaux et d'agir sur l'utérus. Son action constrictive a été éprouvée. Cependant, il faut bien convenir que l'effet physiologique de l'ergotine, si réel qu'il ait été, est souvent insuffisant.

Il ne serait pourtant pas exact de croire que les autres agents constricteurs, l'*Hydrastis canadensis*, l'*Hamamelis virginica*, le *Colomer*, le *Senecio vulgaris*, etc., lui soient préférables. Combien, d'ailleurs, il est fréquent de voir tel médicament ne pas agir, ou mal, sur telle personne, donner au contraire de bons résultats sur telle autre malade! Quoi qu'il en soit, de l'avis de Hayem sur l'*Hydrastis*, de Dujardin-Beaumetz sur l'*Hamamelis*, de M. Dalché sur le *Senecio*, il ne semble pas résulter que ces agents thérapeutiques soient des hémostatiques plus puissants et plus rapides que l'ergotine.

Quand, au contraire, les règles sont régulièrement très abondantes, la formule de M. Dalché nous paraît être la meilleure. Mais, systématiquement, M. Lafond lui adjoint le chlorure de calcium à l'intérieur.

Depuis les travaux du professeur Cornil, seul et en collaboration avec R. Marie et P. Carnot; depuis les expérimentations cliniques du professeur anglais Wright et celles de P. Carnot; la thèse très documentée de M. R. de Trémolières, qui cite des observations des docteurs Scot, Fussel, Apert et Robé, le chlorure de calcium a été employé comme hémostatique local et comme agissant sur la masse totale du sang. Le $CaCl^2$, manié à des doses variant de 1 gramme à 3 grammes, donne souvent, dans les cas les plus variés, de précieux résultats.

Mais si nombreuses qu'aient été les applications faites de ce sel, son emploi, en gynécologie du moins, est loin d'être généralisé encore.

M. Lafond prescrit le $CaCl^2$ à la dose journalière de 1 gr. 50 à 2 grammes, par la voie stomacale, suivant cette formule adoptée :

Chlorure de calcium	9 gr.
Sirop de sucre	60 gr.
Eau	180 gr.

Prendre deux cuillerées à soupe par jour.

Cette potion n'est pas mauvaise au goût. A cette dose, on n'a pas à craindre d'intolérance. Du reste, l'opinion de G. Sée, à cet égard, est catégorique : « Le $CaCl^2$, a-t-il écrit, est un des coagulants que nous connaissons que l'estomac supporte le plus aisément. »

Toutefois il est ici nécessaire de faire une remarque de haute importance. Si, sauf à des doses très élevées, le $CaCl^2$ ne donne ni vomissements ni céphalée chez les personnes dont les reins fonctionnent normalement, il n'en va plus de même chez les chloro-brightiques. *A priori*, d'ailleurs, on conçoit qu'une substance qui s'élimine surtout par les reins puisse, lorsque des lésions anatomiques empêchent le filtre rénal de fonctionner, produire certains troubles généraux. Ceux-ci se manifestent sous la forme de vomissements et de céphalée après l'absorption du $CaCl^2$ quand l'élimination rénale est insuffisante. Dans ces conditions, il importe de manier avec prudence le $CaCl^2$ et de le proscrire absolument toutes les fois qu'on soupçonne une néphrite. Dans ces cas particuliers, on peut remplacer ce sel par la préparation gélatinée. Celle-ci est donc née en injections hypodermiques, de 5 à 10 centimètres cubes au plus. Les solutions usuelles contiennent 10 grammes de gélatine p. 100. On pratique une ou deux injections quotidiennes pendant 4 à 5 jours environ, en ayant le soin de les commencer assez tôt pour que la dernière puisse être faite un jour ou deux avant l'époque supposée des règles. Ces solutions sont parfaitement supportées par les malades, et leur élimination ne donne lieu à aucun accident rénal. L'action de la substance gélatinée est au moins aussi sûre que celle du calcium; en tous cas, plus rapide et surtout plus considérable. Ces constatations sur les résultats pratiques obtenus sont d'ailleurs conformes aux idées scientifiques actuelles, le pouvoir coagulant de la gélatine étant de beaucoup supérieur à celui du $CaCl^2$. Quoi qu'il en soit, quand on a affaire à des reins normaux, il faut préférer le sel calcique à la gélatine. Comme il est toujours nécessaire pour espérer une guérison durable de recommencer le traitement pendant plusieurs périodes menstruelles, les malades acceptent plus volontiers de prendre plusieurs bouteilles de potion au calcium que de se soumettre pendant 5 à 6 mois à l'usage des injections hypodermiques, qu'elles-mêmes ne sauraient pratiquer. Cette considération, qui ne peut exister quand il y a néphrite, a bien sa valeur, dans les cas ordinaires, si l'on songe que la durée totale du traitement à instituer est sensiblement la même avec l'une ou l'autre de ces substances.

La formule de la potion au $CaCl^2$ donnée tout à l'heure est employée concurremment avec les pilules de M. Dalché. On la fait prendre par cuillerée à soupe, 2 fois par jour, pendant une huitaine environ. Il y a avantage à la prescrire une semaine avant l'époque prévue, de façon que la malade ait le temps de la prendre complètement avant l'apparition du sang. Au contraire, les pilules de M. Dalché, à la dose de 3 par jour, doivent être prises quelques jours seulement avant les règles, et leur usage sera continué pendant toute la durée de l'écoulement.

Il ne faudrait pas s'étonner de voir peut-être un premier traitement échouer presque complètement; le plus souvent, d'ailleurs, il se montre peu efficace. Mais si le mois suivant, aux époques indiquées, on reprend la médication suivant les prescriptions données, on se convaincra de son efficacité.

2° *Traitement de la dysménorrhée qui se manifeste à propos de l'abondance exagérée des règles.* — Lorsqu'à l'écoulement cataménial se joint une dysménorrhée intense, le traitement à prescrire varie suivant les personnes. Telle est dyspeptique, telle nerveuse, telle chloro-brightique, etc. ; à chacun de ces états généraux particuliers correspond, en quelque sorte, une médication spéciale. Aux nerveuses, l'hygiène et l'hydrothérapie auront une très large place à côté du traitement local ; de même

1. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 17 mars 1901.

les eupeptiques pour celles qui présentent de la dyspepsie, etc. Malheureusement, il faut bien convenir que le plus grand nombre des agents thérapeutiques auxquels on s'adresse généralement ne donne presque jamais les résultats espérés. Malgré l'infaillibilité pompeusement annoncée de quelques-uns, il est prudent de ne les accepter qu'avec bien des réserves, sous peine de mécomptes. Sans doute, le symptôme objectif, l'écoulement sanguin est le même que dans les cas envisagés au chapitre précédent. Il importe donc, avec les mêmes moyens, de le combattre sans retard. Mais de quelle mince importance est ce symptôme auprès de l'élément douloureux qui ouvre la scène et la domine dans toute sa durée? Si encore la dimindtion des pertes sanguines avait un certain retentissement sur les phénomènes douloureux! La plupart du temps, il n'en est rien.

Il faut manier le $CaCl^2$ dans tous ces cas de dysménorrhée avec prudence. On ne doit pas en faire un usage trop prolongé à haute dose. Les petites quantités journalières n'exposent pas aux inconvénients et peuvent alors rendre quelques services.

Quelques améliorations très sérieuses et durables ont pu être obtenues par l'association au $CaCl^2$ du *Senecio vulgaris*. Le séneçon, s'il n'a pas l'action curative constante qu'on a bien voulu dire, ne mérite peut-être pas le discrédit dans lequel il semble être tombé depuis longtemps déjà. Il est certain que dans bon nombre de cas il agit plus efficacement que les autres agents vasculaires. Malheureusement, il n'en est pas de plus infidèle. Il paraît absolument impossible de déterminer les cas qui sont plus particulièrement tributaires de son action. Toutefois, en dernier lieu tout au moins, il serait peut-être inhabile de se refuser à y recourir. Mieux vaut l'employer à l'état d'extrait fluide que d'alcoolature. Quant aux infusions qui sont d'ailleurs fort peu agréables au goût, elles ne permettent pas un dosage suffisamment exact. A l'état d'extrait fluide on administre le *Senecio vulgaris* à la dose quotidienne de 40 gouttes; 20 le matin et 20 le soir. La malade prend les gouttes dans une cuillerée à soupe de potion au $CaCl^2$ qui contient 10 centigrammes de ce sel, absorbant, par conséquent, en 24 heures, 20 centigrammes de $CaCl^2$. Cette médication, commencée 2 ou 3 jours au plus avant l'époque prévue, sera continuée pendant toute la durée des règles et ne sera cessée que 48 heures après la fin de l'écoulement cataménial.

VARIÉTÉS

Un Conseil municipal ne peut pas, lorsque plusieurs praticiens exercent dans une localité, allouer un traitement annuel à un médecin chargé de soigner tous les habitants.

Trois médecins exerçaient à Olmeto (Corse) : M. le Dr Pianelli, et deux officiers de santé, MM. Canazzi et Ballisoni. Le premier seul avait accepté d'assurer le service de l'Assistance médicale gratuite instituée par la loi du 15 juillet 1893. M. Pianelli ayant quitté la commune, le maire exposa au Conseil municipal qu'il y avait lieu de pourvoir d'urgence à son remplacement, mais qu'on ne pouvait le remplacer utilement qu'en votant au médecin qui viendrait un traitement de 2 000 francs payable sur les centimes additionnels, à la charge pour l'acceptant de soigner tous les administrés de la commune. Approuvant cette proposition, le Conseil municipal vota la somme de 2 000 francs à titre de traitement annuel au médecin qui serait chargé de « traiter, assister et soigner tous les administrés de la commune, indigents, pauvres ou riches, indistinctement, et ce, sans qu'il ait le droit de percevoir ni émoluments, ni honoraires à un titre quelconque ».

Une protestation contre cette délibération fut immédiatement adressée au préfet par 60 contribuables, parmi lesquels les 2 médecins ci-dessus nommés. Ils exposaient que, dans l'état financier de la commune, il était d'une mauvaise administration de grever encore les contribuables dans le but de créer une sinécure, et cela au mépris des droits acquis et de la liberté des citoyens qui seraient obligés de supporter les frais du traitement du médecin, alors même qu'ils ne voudraient pas recourir à ses soins. Les requérants ajoutaient que cette délibération ne pouvait être légitimée par la prétendue nécessité d'assurer l'exécution de la loi du 15 juillet 1893, puisque les 2 médecins prenaient dorénavant l'engagement d'assurer gratuitement le service des indigents régulièrement désignés.

Le préfet approuva néanmoins l'ouverture du crédit, et peu après, un arrêté, signé de l'adjoint d'Olmeto, nommait médecin communal M. J.-B. Poli, officier de santé et frère du maire en exercice.

En présence de cet état de choses, un certain nombre de contribuables adressèrent au Conseil d'Etat un recours pour excès de pouvoir. Le ministre de l'Intérieur se prononçait pour la recevabilité du pourvoi, tout au moins en ce qui concernait un des requérants, M. Canazzi, médecin à Olmeto, à qui la mesure prise par la municipalité était de nature à faire perdre tout ou partie de sa clientèle. Mais, au fond, le ministre concluait au rejet de la requête. Suivant lui, en effet, si la loi du 15 juillet 1893 a rendu obligatoire pour les communes l'assistance des individus dénués de ressources, elle ne s'oppose pas à ce qu'une commune accorde à un médecin, afin de l'amener à résider dans la localité, une allocation fixe, à charge de soigner tous les habitants, riches ou pauvres.

Dans sa séance du 29 mars 1901, le Conseil d'Etat, conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement, a admis la recevabilité du pourvoi, et a déclaré nulle la délibération sus-visée du Conseil municipal d'Olmeto et, par voie de conséquence, a annulé l'arrêté préfectoral approuvant ladite délibération. En statuant au fond, le tribunal suprême de la juridiction administrative a décidé que « la délibération attaquée n'a pas été prise en vue d'organiser l'assistance médicale gratuite des indigents conformément à la loi du 15 juillet 1893; que, si les Conseils municipaux peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, intervenir pour procurer des soins médicaux aux habitants qui en sont privés, il résulte de l'instruction qu'aucune circonstance de cette nature n'existait à Olmeto où exerçaient 2 médecins; qu'il suit de là que le Conseil municipal de ladite commune est sorti de ses attributions en allouant, par la délibération attaquée, un traitement annuel de 2 000 francs à un médecin communal chargé de soigner gratuitement tous les habitants, pauvres ou riches, indistinctement, et que c'est à tort que le préfet a approuvé cette délibération ».

(*Sem. méd.*).

Les hernies et la loi sur les accidents.

La 4e chambre du tribunal vient de trancher un point intéressant et très controversé de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Une hernie étranglée, opérée avec un entier succès, laisse-t-elle l'ouvrier qui en a été victime dans un état permanent d'infériorité industrielle qui justifie l'allocation d'une rente?

Oui, disait Me Jacques Cohen, au nom de l'ouvrier G..., en faisant observer que, même guéri, celui-ci ne pourrait plus être employé, comme auparavant, dans son métier de charpentier, du moins dans les mêmes conditions de sécurité et de salaire.

Non, répondait au nom du patron Me Touchard, parce que l'opération de la hernie, quand elle réussit, replace la victime dans la situation physique qu'elle avait antérieurement, et que, en effet, un accident similaire n'était à redouter que pendant un laps de temps très court, suffisant pour que, le cas échéant, l'ouvrier puisse exercer l'action en revision prévue par la loi de 1898, action lui permettant d'obtenir son entière indemnité.

Le tribunal s'est prononcé dans le sens de l'affirmative par un jugement longuement motivé, basé sur le fait que « la victime, G..., obligée d'éviter les travaux de force, doit être considérée comme ayant subi une réduction partielle et permanente dans sa capacité ouvrière ». En conséquence, il a alloué à G... une rente viagère de 300 francs.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Malformation du crâne par défaut d'ossification. Cranioschisis sans encéphalocèle,

Par M. E. Delanglade,

Professeur suppléant à l'École de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux,

Et M. D. Olmer,

Préparateur d'histologie à l'École de Médecine, Interne des Hôpitaux.

Le 26 septembre 1900, nous est envoyé de la consultation de médecine, par le Dr Joseph Arnaud, un enfant de 4 jours présentant une malformation du crâne qui consiste en ceci : on voit exactement sur la ligne médiane, au niveau du plan frontal bi-auriculaire une perte de substance de forme triangulaire à base antérieure, remplie par une membrane jaunâtre d'aspect identique aux enveloppes du cordon et à la membrane qui recouvre les exomphales, partie qui tranche absolument avec le reste du cuir chevelu, normal comme aspect, et où le système pileux est particulièrement développé. A la limite du cuir chevelu et de la membrane, les réunissant l'un à l'autre sans trace de traumatisme ou d'ulcération quelconque, existe un liséré rouge, de 2 millimètres environ de large. En arrière, le sommet du triangle se continue par une cicatrice médiane et sagittale qui se dirige vers l'occipital et mesure 4 centimètres environ de long. A chacun des deux angles antérieurs se voit de même un prolongement cicatriciel, mais sensiblement plus court.

La perte de substance, déprimée de 2 à 3 millimètres par rapport aux téguments, présente 4 centimètres de long, 25 millimètres de large. La membrane qui en recouvre l'aire se plisse légèrement au palper et se montre ainsi : 1° très mince ; 2° mobile sur le plan sous-jacent. Elle semble privée de tous vaisseaux, mais elle laisse transparaître deux petites taches vasculaires sous-jacentes. Dans toute son étendue le doigt a une sensation de résistance profonde avec tension marquée, lorsque l'enfant crie. En palpant le crâne autour de la perte de substance, on constate que le squelette s'arrête à 8 millimètres environ en dehors du liséré rouge. Son bord ne forme pas de saillie apparente. En avant et en arrière, on reconnaît la suture sagittale au milieu de laquelle se trouve cette perte de substance. Le bregma et le lambda sont normaux.

L'enfant ne présente pas d'autre malformation.

Son père, interrogé, nie tout antécédent syphilitique. Il se porte bien de même que la mère et a deux autres enfants dont l'un, garçon, a 6 ans, l'autre, fille, a 28 mois, tous deux en bonne santé. Trois autres enfants qui auraient actuellement 8, 5 et 4 ans, sont morts de 11 à 13 mois, de convulsions. Pas d'avortement. Notre petit malade est né à terme, il paraît d'ailleurs plus gros que la moyenne. Présentation du siège. Extraction de la tête dernière par la sage-femme qui, présente à tout l'accouchement, aurait *spontanément* remarqué qu'il y avait *très peu d'eaux*. Au moment de la naissance la perte de substance était rouge « comme du sang ». Dès le lendemain elle aurait pris la coloration jaunâtre que nous lui voyons. L'enfant est d'ailleurs bien portant.

Le 26 septembre, intervention avec l'assistance des Drs Acquaviva et Bartoli sans chloroforme. Un pli fait à la membrane permet d'insinuer sous elle la lame mousse d'une paire de ciseaux et de la décoller très aisément du plan sous-jacent qui est manifestement vasculaire et rénitent.

Sitôt réséquée elle est placée dans un flacon de formol au 1/10e. Les bords de la perte de substance sont avec quelques tiraillements réunis par des crins. Pansement à la gaze antiseptique.

Suites opératoires très simples. Trois fils ont coupé les tissus mais sans suppuration ; la cicatrice est linéaire dans la plus grande partie de son étendue, large d'un centimètre en avant.

L'enfant est revu le 17 décembre dernier. La cicatrice est singulièrement plus large qu'elle n'était primitivement. Elle occupe même des dimensions un peu plus grandes que la perte de substance congénitale. Elle est résistante, rosée, solide, mobile sur le plan profond qui est *osseux* et entièrement fermé, sans aucune interruption avec les autres parties de la boîte cranienne. L'enfant s'est d'ailleurs parfaitement développé.

L'examen histologique a donné les résultats suivants :

Sur une coupe perpendiculaire à sa surface, la membrane est constituée par une série de lamelles conjonctives disposées parallèlement entre elles et présentant cette organisation avec une netteté parfaite à la périphérie de la coupe, aussi bien dans sa portion externe en rapport avec l'extérieur que dans sa partie interne en rapport avec la dure-mère.

Dans l'intervalle des faisceaux connectifs se trouvent des cellules fixes aplaties parallèlement aux fibres lamelleuses, suivant une disposition analogue à celle que l'on observe dans les membranes aponévrotiques.

A mesure qu'on s'éloigne de la périphérie, vers le centre de la coupe, l'aspect de la préparation se modifie : ici, l'on ne voit plus de lamelles conjonctives parallèles et bien différenciées, mais une masse amorphe en apparence, contenant dans son intérieur un grand nombre d'éléments cellulaires de petit volume, aux contours arrondis et réguliers. Ces éléments sont constitués par un ou plusieurs noyaux, vivement colorés par les réactifs nucléaires ; ils sont enveloppés par une légère bande de protoplasma teinté en rose par l'éosine. En un grand nombre de points (peut-être sous l'influence des réactifs) la substance fondamentale est comme rétractée au pourtour de ces

cellules et il en résulte un espace clair que l'on pourrait considérer comme une véritable capsule péricellulaire.

La substance fondamentale n'est pas amorphe, mais organisée, et peut se décomposer en fines fibrilles, ainsi qu'il est possible de le constater par l'emploi de l'éosine hématoxylique de Renaut.

La membrane n'est en aucun point pénétrée par les vaisseaux, et l'on ne voit nulle part les traces d'un revêtement épithélial plus ou moins rudimentaire. Elle est en définitive constituée par des lamelles fibreuses adultes et bien différenciées à la périphérie, et dans sa partie centrale par une substance fibrillaire plus rudimentaire, sans doute en voie d'organisation, les cellules polynucléées ayant la valeur probable d'éléments jeunes destinés à subir une évolution ultérieure et à se fixer en cellules plates du tissu conjonctif. Il y a un arrêt localisé de développement et organisation fibreuse, sans la moindre tendance à l'ossification.

Il s'agit manifestement d'un arrêt de développement ayant frappé simultanément le squelette du crâne, et dans la même étendue toutes les parties molles qui le revêtent, sans que les organes de la cavité cranienne aient eu la moindre tendance à faire hernie. Ce fait qui nous paraît fort rare et dont nous ne connaissons personnellement pas d'analogue est bien d'accord avec les théories nerveuses de l'encéphalocèle dans laquelle la perte de substance des os paraît secondaire à la malformation nerveuse. Il contredit formellement celles de E.-A.-W. Himly et de Serres, car si la hernie cérébrale était due, comme l'ont soutenu ces auteurs, à l'échappement de l'encéphale à travers une ouverture osseuse préexistante, pourquoi ne fut-elle pas produite ici où se trouvaient réunies comme à souhait toutes les conditions favorables?

La pathogénie de cette malformation reste bien obscure. Elle nous paraît devoir remonter à une période assez précoce du développement, ainsi que l'indique l'absence de toute trace d'ossification. Deux points nous paraissent mériter d'être soulignés : la pénurie des eaux de l'amnios, constatée par la sage-femme, qui se rencontre dans un grand nombre de vices de conformation, et la présentation du siège qui exclut la pensée d'une compression prolongée et localisée des téguments craniens du fœtus contre un point de la ceinture pelvienne.

Devant l'aspect avasculaire de la membrane il nous a paru indiqué d'intervenir. Rien ne pouvait en effet nous renseigner d'une façon absolue sur la nature et l'état du plan profond que nous sentions, et nous pouvions craindre que, comme le plan superficiel, il fût formé de tissus fragiles ou même susceptibles d'une perforation spontanée. Il nous paraissait donc prudent de réséquer le feuillet superficiel et d'assurer au minimum l'occlusion de la perte de substance par le glissement et la suture des téguments du crâne. Cette intervention évidemment innocente et qui pouvait être efficace comme chez les exomphales, la laparotomie sous-péritonéale d'Olshausen a dans ce cas particulier été inutile, puisque, sous la pellicule enlevée, nous avons trouvé la dure-mère bien constituée et que cette membrane eût en tous cas suffi à protéger l'intérieur de la cavité cranienne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 19 Avril 1901.

Volumineuse tumeur de l'abdomen.

MM. Souligoux et **Deschamps** présentent une tumeur de l'abdomen, du poids de 35 kilos, kystique, contenant une vingtaine de litres de liquide. C'est un énorme fibromyome qui a subi à son centre la dégénérescence kystique.

Ascite lactescente.

MM. Souligoux et **Deschamps** montrent des tumeurs de l'ovaire recueillies chez une femme qui offrait une ascite lactescente. Ces tumeurs étaient pédiculées et purent être enlevées facilement. L'estomac portait une tumeur du même genre; il s'agit de cancer. Le péritoine était parsemé de nodules miliaires.

Cancer du sein.

M. Cornil montre des préparations d'une tumeur cancéreuse du sein, du volume d'un œuf de poule, occupant le centre de la glande. C'est un épithéliome tubulé; dans l'intérieur des tubes, on constate d'abondants leucocytes polynucléaires, dont la présence implique une infection secondaire. Les cavités purulentes compriment les travées épithéliomateuses à leur voisinage.

On peut se demander si les globules blancs désagrégés ne servent pas à la nutrition des cellules cancéreuses; elles préparent les voies à leur dissémination.

Pièces de névralgie de Morton.

M. Péraire présente deux pieds qui étaient atteints de névralgie de Morton et qu'il a eu l'occasion d'opérer pendant l'année 1898. Cette opération avait consisté en une résection de toutes les têtes métatarsiennes qui étaient déformées, subluxées et atteintes d'ostéite condensante. Le malade qui, avant ces interventions, ne pouvait plus marcher, put après l'acte opératoire effectuer des marches forcées et même danser toute la nuit sans fatigue.

Il a vécu ainsi pendant 3 ans et a succombé le 14 avril, subitement. A l'autopsie, on a trouvé une aortite et une symphyse cardiaque.

Panaris tuberculeux.

M. Péraire communique un cas de panaris tuberculeux avec radiographie. Il s'agissait d'une femme d'une soixantaine d'années.

Le doigt fut amputé et les fongosités inoculées à deux cobayes. Ces fongosités fourmillaient de bacilles de Koch. Ces animaux furent sacrifiés au bout de 15 jours, et on trouva leurs ganglions lombaires fourmillant, eux aussi, de bacilles de Koch.

Le doigt de l'opérée n'était nullement globuleux et ne présentait pas la disposition fusiforme caractéristique du spina ventosa.

Ostéomyélite du métacarpien.

M. Péraire présente, au nom de M. Longuet et au sien, une ostéomyélite du premier métacarpien.

La rareté relative de cette localisation isolée de la staphylococcie osseuse les a engagés à publier ce cas avec examen radiographique.

La déformation massive et globuleuse du doigt, et le volume énorme du métacarpien, leur avait un instant fait croire à un ostéosarcome, d'autant que l'examen radiographique leur montrait quelques cloisons semblables à celles signalées dans les ostéosarcomes myéloïdes.

Cancer de l'œsophage, gastrostomie.

M. Mouchet apporte un cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée non diagnostiquée pendant la vie. Le malade survécut 8 jours à la gastrostomie; l'autopsie n'a pas permis de trouver de foyer de gangrène pulmonaire; il y avait seulement une congestion des deux poumons à la base, avec symphyse pleurale gauche.

La bouche stomacale, pratiquée par le procédé de Fontan, avait bien fonctionné.

Pièces de localisation cérébrale.

M. Touche montre des cerveaux intéressants pour l'étude des localisations cérébrales : 1° pièce propre à déterminer la zone visuelle de l'écorce, le lobe lingual seul est lésé; le malade n'avait pas d'hémianopsie; 2° cerveau d'un malade ayant présenté une monoplégie au cours du scorbut; on trouve une hémorrhagie au niveau du tiers supérieur des circonvolutions ascendantes; 3° cerveau d'un malade ayant présenté de l'épilepsie jacksonienne, de l'épilepsie généralisée, une paralysie avec déviation des yeux du côté opposé; on trouve un ramollissement central ayant détruit la capsule externe, la circonvolution de l'insula et allant jusque sous l'implantation des première et deuxième frontales.

Sarcome périrénal.

M. Schwartz présente un sarcome fuso-cellulaire de la capsule du rein; les relations de la tumeur avec la surrénale n'ont pas été recherchées, mais le sarcome était nettement extra-rénal, sans rapports avec l'extrémité supérieure du rein.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 Avril 1901.

Injections épidurales de cocaïne.

M. Cathelin. — J'ai pratiqué chez le chien, au laboratoire de M. Richet, des injections de cocaïne dans l'espace épidural par le procédé du canal sacré. J'ai obtenu une anesthésie complète du train postérieur. Si, au lieu de cocaïne, on emploie une solution colorée, on voit l'espace épidural injecté seul jusqu'à la moelle cervicale, sans trace aucune dans l'espace sous-arachnoïdien.

Une cytotoxine pancréatique.

M. Surmont (de Lille). — Je suis arrivé à préparer un sérum cytotoxique pour la cellule pancréatique du chien en injectant dans la cavité péritonéale des lapins une émulsion de cellules pancréatiques du chien.

La préparation de ce sérum est difficile à cause de la grande toxicité de la cellule pancréatique du chien pour le lapin. On arrive cependant à réussir, soit en graduant prudemment les doses, soit en utilisant, au lieu de pancréas frais, de la poudre de pancréas desséché aseptiquement dans le vide à la température du laboratoire. Quel que soit le mode de préparation des animaux qui soit utilisé, il faut s'attendre à des mécomptes.

L'action de ce sérum peut être mise en évidence de plusieurs façons :

Injecté dans la glande pancréatique du chien à des doses variant de 1 à 4 centimètres cubes, il détermine des accidents d'intensité variable selon la dose : mort rapide dans les 24 heures, mort plus lente survenant du 13° au 22° jour après des accidents de glycosurie passagère; indisposition passagère avec rétablissement définitif.

A l'examen anatomo-pathologique, le pancréas présente des lésions cellulaires très importantes dont la description détaillée sera donnée dans un mémoire ultérieur.

In vitro, le sérum antipancréatique se montre pourvu d'une action antitrypsique nette si l'on fait des digestions artificielles en employant des tubes préparés avec de l'albumine du blanc d'œuf.

Enfin, nous avons trouvé sur le lapin une réaction particulière très curieuse. Elle consiste en la production d'eschares très étendues de la peau à la suite de l'injection sous-cutanée de cellules pancréatiques de chien additionnées de sérum antipancréatique. Ces plaques de mortification succèdent à un œdème gélatiniforme. On n'observe rien d'analogue si l'on injecte au lapin, sous la peau, soit les cellules pancréatiques seules, soit le sérum seul.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 Avril 1901.

Sur le traitement de l'ectopie testiculaire.

M. Félizet pense que la question de l'orchidopexie, soulevée par M. Kirmisson à l'occasion de sa dernière présentation de malade, est résolue : c'est une opération au moins inutile. Le testicule en ectopie inguinale est un organe dégénéré, stérile, et qui ne recouvre pas sa fonction parce qu'on l'a fixé 5 centimètres plus bas.

Comme, d'autre part, cet organe peut devenir une source de dangers, soit qu'il s'étrangle, soit qu'il s'enflamme, soit qu'il subisse une dégénérescence maligne, l'intervention la plus rationnelle consiste dans la castration.

Trois cas de corps étrangers du larynx.

M. Peyrot analyse 3 observations adressées par **M. Moure** (de Bordeaux).

La première a trait à une jeune fille de 20 ans, qui avait aspiré une épingle à cheveux. Le corps étranger se trouvait fixé dans le ventricule de Morgagni gauche, d'où il fut facile de l'extraire à l'aide de pinces. Guérison sans complication.

La deuxième observation concerne une fillette de 5 ans qui s'introduisit dans le larynx une sorte d'agrafe de corset. L'extraction par les voies naturelles ayant été impossible, M. Moure fut obligé de recourir à la thyrotomie médiane, qui permit de saisir et d'enlever le corps étranger : suture du cartilage; guérison par première intention.

Enfin, dans le 3° cas, il s'agit d'une femme de 45 ans qui avait aspiré une épingle à grosse tête de 5 centimètres de long. Le corps étranger était allé se loger dans la bronche gauche, au niveau de laquelle la malade affirmait ressentir une piqûre très nette : une toux coqueluchoïde, une expectoration sanguinolente et purulente, des symptômes de broncho-pneumonie au début confirmaient cette assertion. Cette femme allait être soumise à la radiographie, lorsqu'à ce moment même elle fut prise d'un violent accès de toux à la suite duquel elle déclara qu'elle sentait l'épingle dans le larynx. L'exploration laryngée, pratiquée aussitôt, permit en effet de découvrir et d'extraire facilement le corps étranger. La malade guérit sans complication.

Sur la suture nerveuse.

M. Reynier communique une observation qui concerne un malade qu'il a soigné en 1890 et qui lui a donné de ses nouvelles récemment.

Il s'agissait d'une section accidentelle de la branche postérieure du nerf radial, à 5 centimètres environ au-dessous du coude. Les deux bouts n'étaient distants que de 2 millimètres; aussi la suture en fut-elle facile. La plaie guérit par première intention, mais le malade ne recouvra pas pour cela l'usage de son membre. La paralysie radiale persista encore 12 mois, et c'est alors seulement que les fonctions motrices reparurent peu à peu.

M. Reynier croit que ce retard dans la réapparition des fonctions nerveuses après la suture est dû à la coaptation imparfaite des extrémités sectionnées. La preuve en est que lorsqu'on suture de gros nerfs, dont la coaptation est beaucoup plus facile, la restauration des fonctions nerveuses se fait presque immédiatement. C'est ainsi que, dans deux cas de section du nerf scia-

tique poplité externe au niveau de la tête du péroné que M. Reynier a observés et qui furent suivis de suture précoce des extrémités sectionnées, les mouvements du pied et de la jambe reparurent presque aussitôt.

M. Quénu a pratiqué un certain nombre de sutures nerveuses : le moment de la réapparition des fonctions motrices du nerf suturé lui a semblé être assez constant. Ce moment, toujours très éloigné, lui paraît pouvoir être fixé, pour le nerf radial, tout au moins au quatrième ou au cinquième mois. Aussi, est-il étonné par les faits que M. Reynier signale à la fin de sa communication, et qui sont en opposition avec tout ce que nous connaissons de la physiologie nerveuse.

M. Routier a observé un cas de résection du cubital pour névrome douloureux dans lequel les fonctions du nerf ne reparurent qu'au bout de 10 mois. La malade, opérée en 1887, il y a 14 ans, est restée parfaitement guérie depuis.

Dans un cas de section accidentelle des nerfs médian et cubital, suivie de suture tardive, M. Routier nota d'abord la disparition des troubles trophiques qui existaient au moment de l'intervention, puis la réapparition de la sensibilité, enfin beaucoup plus tard seulement celle de la motilité.

M. Delbet. — Après la suture nerveuse, la restauration de la sensibilité et de la motricité ne se fait jamais dans le même temps; alors qu'il n'est pas rare de voir la sensibilité revenir immédiatement, on ne cite pas un seul cas où la motricité se soit réinstallée avant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les faits observés par M. Reynier sont étranges ou tout au moins semblent avoir été mal étudiés.

Sur la résection diaphysaire primitive dans les fractures par coup de feu.

M. Delorme, sur la communication de M. Picqué, soutient que la résection diaphysaire primitive est une opération qui ne relève plus que de l'histoire de la chirurgie d'armée et qu'elle doit disparaître du cadre de nos méthodes opératoires actuelles.

Dans une fracture par coup de feu, toutes les esquilles adhérentes doivent être conservées, car elles contribuent puissamment à la formation du cal. Quant aux esquilles libres, quand on est fondé à croire qu'il en existe, une simple pince servira à les extraire : il suffit, pour les atteindre, de se rappeler que toujours ces esquilles se trouvent dans le trajet musculo-cutané creusé par le projectile, entre son orifice de sortie de l'os et son orifice de sortie des parties molles. Ainsi, grâce à de simples pansements antiseptiques, et en usant de patience, on arrivera à voir guérir des fractures par coup de feu qui, traitées, comme autrefois, par la résection primitive, auraient donné lieu à des suppurations interminables suivies finalement de pseudarthrose.

Sur l'analgésie médullaire cocaïnique.

M. Chaput a eu recours 57 fois aux injections sous-arachnoïdiennes lombaires de cocaïne, en suivant la technique indiquée par M. Tuffier. Sur ces 57 cas, il a eu 35 anesthésies parfaites, sans aucune réaction consécutive, 30 anesthésies assez bonnes et 5 anesthésies nulles, où il fut obligé de recourir au chloroforme.

M. Chaput a employé, le plus souvent, des doses faibles : 1 centigr. 1/2 de cocaïne. Les doses fortes, 2 centigrammes, 2 centigr. 1/2, ne donnent généralement pas une analgésie plus profonde ni plus étendue. Celle-ci remonte d'une façon pour ainsi dire constante jusqu'à l'appendice xiphoïde; mais elle gagne fréquemment des régions plus élevées du thorax.

Pendant l'anesthésie, il a noté le plus souvent la précipitation subite et la dépressibilité du pouls, mais sans rien voir là d'effrayant. 20 fois seulement il y eut des vomissements.

Ces vomissements sont moins fréquents encore après l'analgésie : on ne les a notés que 9 fois. Par contre, il n'est pas rare (28 fois sur 57), dans les heures qui suivent, d'observer une élévation de température qui peut aller jusqu'à 40°. Mais le symptôme le plus pénible est la céphalalgie, parfois très violente, qui succède à l'anesthésie et qui peut durer plusieurs jours : on l'a notée 24 fois.

M. Chaput croit pouvoir tirer de ces observations les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie lombaire est préférable à l'anesthésie générale pour les vieillards, les cachectiques, les pulmonaires, dans les maladies viscérales, les opérations sur le poumon;

2° En raison de l'absence de shock et de réactions sur le poumon et le rein, elle est supérieure à l'anesthésie générale pour la plupart des opérations sous-xiphoïdiennes chez l'homme et chez les femmes calmes et courageuses;

3° Elle paraît moins satisfaisante que l'anesthésie générale chez nombre de femmes jeunes et nerveuses;

4° Elle est contre-indiquée chez les enfants, les sujets très nerveux, les laparotomies difficiles;

5° Pour les opérations sus-xiphoïdiennes, elle paraît moins avantageuse que l'anesthésie générale (nécessité des doses élevées, anesthésie tardive, durant peu, infidèle).

Ectopie testiculaire.

M. Peyrot présente un jeune garçon que M. Souligoux a opéré il y a quelques jours, dans son service, pour une ectopie testiculaire inguinale. Pour fixer le testicule dans les bourses, notre collègue a eu recours à un procédé que M. Peyrot emploie déjà depuis nombre d'années et qui consiste à fixer le cordon par un ou deux points de suture sur le pubis et sur les aponévroses voisines.

Résultats du redressement forcé d'un mal de Pott.

M. Kirmisson présente un garçon de 11 ans qui, atteint de mal de Pott depuis l'âge de 4 ans, subit, vers sa sixième année, le redressement forcé avec probablement une résection très étendue des apophyses épineuses, ainsi qu'en témoigne la longue cicatrice médiane qu'il porte dans le dos. Or, à partir de ce jour, l'enfant est resté 3 ans en traitement chez le chirurgien qui l'avait opéré, et depuis sa sortie il n'a cessé d'être soigné par un élève de ce chirurgien, qui lui applique des corsets plâtrés. On va juger des résultats de ce long traitement : la colonne vertébrale s'est affaissée davantage et la gibbosité s'est accentuée de façon telle, que le jeu de la cage thoracique en est gêné et que l'enfant présente des troubles respiratoires inquiétants.

Gants de caoutchouc pour opérations.

M. Chaput présente des gants de caoutchouc qui lui servent pour ses opérations septiques depuis bientôt deux ans. Ils se distinguent par cette particularité, que leurs doigts sont courts et larges, ce qui leur permet à la fois de bien s'appliquer sur la pulpe et de ne pas amener de constriction gênante pour la sensibilité tactile.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 Avril 1901.

Névralgie sciatique traitée et guérie rapidement par la ponction lombaire et l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne.

MM. Courtois-Suffit et **Armand Delille** communiquent une observation où il s'agit d'une malade atteinte de sciatique très aiguë, chez laquelle la fonction lombaire fut pratiquée dans le 3e espace. On retira 3 centimètres cubes environ de liquide céphalo-rachidien et on injecta 5 milligrammes de cocaïne, comme l'avaient fait MM. Marie et Guillain. Le résultat fut presque immédiat. Deux minutes après l'injection, la malade put se lever et marcher presque absolument sans douleur. Elle n'accusait plus qu'une légère sensation douloureuse sur le dos du pied, sensation qui persiste d'ailleurs, à l'heure actuelle, mais peu intense. Dans la journée même où l'injection fut pratiquée, la malade put se promener pendant plus d'une heure. Le 26 avril, l'amélioration persiste; la malade ne boite plus (avant l'injection, elle ne pouvait littéralement pas mettre le pied par terre); elle marche avec facilité et sans fatigue.

Seule persiste encore une légère douleur à la face dorsale du pied.

MM. Courtois-Suffit et Armand Delille insistent, non seulement sur l'heureux résultat du traitement, mais encore sur la remarquable rapidité avec laquelle l'amélioration est survenue, puisque immédiatement après l'injection, la douleur avait disparu.

M. Millard dit qu'il s'associe aux réserves formulées dans la dernière séance par plusieurs de ses collègues relativement à l'emploi des injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne dans le lumbago aigu, en tant, du moins, que méthode thérapeutique ordinaire. Il rappelle que les anciens traitements, beaucoup plus simples et inoffensifs, rendent de grands services. Il cite, à l'appui, un cas de lumbago aigu *a frigore*, survenu chez un confrère septuagénaire, et qui fut guéri presque immédiatement par un vigoureux massage suivi d'une large friction à l'essence de térébenthine.

Le purpura chronique de l'angio-sclérose.

M. Gaucher a décrit une variété spéciale de purpura chronique, siégeant aux membres inférieurs, et qu'il a attribué à la sclérose vasculaire. Ce purpura est constitué par une teinte diffuse, brunâtre plutôt que rouge, étalée sous forme d'une plaque assez large, occupant parfois toute la circonférence du membre et entouré d'éléments punctiformes ou lenticulaires de la même couleur. Cette coloration persistante est due très manifestement à une suffusion sanguine. Le sang épanché donne lieu, par ses transformations, à une sorte de pigmentation cutanée permanente.

Jusqu'à présent, on n'avait observé ce purpura chronique qu'aux membres inférieurs, où sa présence s'explique bien par la stase sanguine résultant de la pesanteur, qui rend plus facile la rupture des petits vaisseaux dégénérés et friables. Aujourd'hui, M. Gaucher apporte une observation montrant que ce purpura, au lieu de rester localisé aux membres supérieurs, peut se généraliser à presque toute la surface du corps. C'est en cela que ce fait est particulièrement intéressant.

Actinomycose de la joue.

MM. Gaucher et **Lacapère** communiquent l'observation d'une femme de 36 ans, chez laquelle le diagnostic d'actinomycose fut posé, après élimination des hypothèses d'une tumeur cancéreuse (épithélioma), ou syphilitique, ou tuberculeuse.

On sait que l'étiologie ordinaire de l'actinomycose est l'infection par les céréales; le champignon est le plus souvent introduit dans l'organisme par une plaie occasionnée par un épi. C'est, ordinairement, en mâchonnant des épis ou des tiges de blé ou d'orge, que les sujets s'inoculent l'actinomyces.

Or, dans les cas de MM. Gaucher et Lacapère, rien de semblable ne paraît s'être produit. Au contraire, dans les commémoratifs, on relève ce fait important que la malade s'occupait autrefois elle-même de l'achat d'animaux de boucherie et qu'elle les examinait sur pied.

Il paraît donc probable à MM. Gaucher et Lacapère que la contagion s'est faite directement de l'animal à la malade. Cette particularité exceptionnelle expliquerait peut-être la lenteur avec laquelle évolua l'affection. On a remarqué, en effet, que la virulence de l'actinomyces s'atténuait par les passages d'animal à animal. L'inoculation des animaux en série est impossible. Il est permis de supposer que l'inoculation d'une actinomycose atténuée a pu rester latente, chez cette femme, pendant huit années avant de se manifester par une tumeur dont le développement fut provoqué par une contusion violente.

Néphrite parenchymateuse au cours d'une tuberculose latente.

MM. Marcel Labbé et J. Castaigne. — Nous venons d'observer, dans le service de M. Debove, un malade atteint d'une néphrite répondant au type clinique connu depuis Charcot sous le nom de néphrite parenchymateuse.

Il s'agit d'un malade âgé de 23 ans, sans antécédents morbides, qui présenta brusquement, il y a 4 mois, un peu d'œdème des paupières et des malléoles, des crampes, de la cryesthésie et des douleurs lombaires. Il vint à l'hôpital pour ces symptômes, et on lui trouva une albuminurie abondante. Ses urines sont diminuées en quantité absolue quand il n'est pas au régime lacté; elles sont peu riches en urée et en sels solubles. La perméabilité rénale fut trouvée normale par l'épreuve du bleu et par les différentes méthodes d'examen cryoscopique.

Ce sont là les caractères de la néphrite parenchymateuse; mais la cause des lésions rénales resta longtemps méconnue. Ayant soumis ce malade à l'épreuve de l'injection d'un dixième de milligramme de tuberculine, nous obtînmes une réaction positive.

Quelque temps après, le malade eut une nouvelle poussée de bronchite. On trouva des bacilles de Koch dans ses crachats, et on constata quelques craquements au sommet du poumon.

Il s'agit donc d'une néphrite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

Nous ne croyons pas, en effet, qu'il s'agisse de dégénérescence amyloïde, pourtant si fréquente chez les tuberculeux, comme l'a si justement fait remarquer M. Brault; dans les cas de ce genre il s'agit de tuberculeux d'ancienne date, qui présentent à la fois des œdèmes multiples, une polyurie marquée, une albuminurie forte, une diarrhée séreuse incoercible.

Notre malade, au contraire, n'est pas polyurique, il n'a que des œdèmes fugaces, il n'a pas de diarrhée, n'est pas cachectique, et sa tuberculose est restée latente jusqu'à ces derniers temps.

C'est donc au diagnostic de néprhite parenchymateuse que nous nous arrêtons, tout en faisant remarquer que nous employons cette dénomination dans son sens purement clinique et physiologique pour spécifier un type morbide analogue à celui que Charcot avait désigné sous ce nom, sans préjuger des lésions anatomiques qui correspondent à ce type clinique.

Le principal intérêt de cette observation réside dans ce fait que la néphrite est restée, pendant un temps que nous ne pouvons apprécier, la seule détermination morbide due à une tuberculose latente. C'est une confirmation des assertions de MM. Landouzy et L. Bernard qui ont montré que la néphrite parenchymateuse ne se produit pas seulement au cours des tuberculoses anciennes, mais qu'elle peut être une des premières manifestations de la bacillose. Aussi, en présence d'une néphrite de cette nature, s'il n'existe pas d'étiologie évidente, on sera en droit de soupçonner la tuberculose, et lorsque celle-ci ne sera pas démontrable cliniquement, on pourra avoir recours, comme nous l'avons fait, aux procédés de laboratoire, en se souvenant toutefois qu'il faut agir avec beaucoup de prudence, les sujets atteints de néphrite supportant mal les fortes injections de tuberculine.

Hémoglobinurie par urine hémolysante pour les globules humains.

MM. Camus et Pagniez. — Un malade atteint de néphrite chronique fait, au commencement de décembre dernier, une crise d'hémoglobinurie.

L'urine centrifugée reste colorée en rose; le Δ est de — 0,54 et les chlorures 4 gr. 7 par litre. Le sérum examiné ne montre aucune teinte anormale. Il s'agit donc d'hémoglobinurie. Or, dans ce cas, l'urine était capable de détruire les globules humains, soit normaux, soit du malade lui-même. La destruction globulaire, ici, a dû se faire dans les voies urinaires, et l'hémoglobinurie était une véritable hématurie transformée dans une urine hémolysante en hémoglobinurie.

Ce fait d'action globulicide de l'urine dans l'organisme est intéressant à rapprocher des cas d'urines globulicides *in vitro* que nous avons déjà signalés.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 18 Avril 1901.

Un cas d'adipose douloureuse.

MM. Ch. Achard et Ch. Laubry présentent une femme de 79 ans, atteinte de maladie de Dercum (adipose douloureuse).

Elle paraît avoir débuté à 64 ans, quelque temps après une contusion de la hanche. Les membres inférieurs sont le siège de masses adipeuses nodulaires, de volume variable. Aux membres supérieurs, les masses occupent surtout le bras. Sur le tronc, on ne trouve guère qu'une infiltration adipeuse diffuse. D'ailleurs, ces deux modes de répartition de la graisse, en masses circonscrites et en infiltration diffuse, ont été signalées dans les observations antérieures. Comme c'est la règle, l'adipose respecte la face, les mains et les pieds.

Les douleurs sont spontanées, mais surtout provoquées par la pression des masses graisseuses et par la contraction des muscles, de sorte que la marche est très pénible. La sensibilité objective présente une très légère diminution à la cuisse gauche; on a signalé des modifications analogues dans quelques cas.

L'origine de la maladie reste assez obscure. Le sexe féminin paraît seul atteint. Quant au rapport que l'on a cherché à établir entre cette affection et le myxœdème, il reste encore un peu hypothétique. Les lésions thyroïdiennes rencontrées par Dercum sont peu caractéristiques et ne diffèrent peut-être pas beaucoup de celles qu'on trouve chez beaucoup de sujets parvenus à un âge avancé.

M. Marie a observé un homme dont l'adipose est localisée aux racines des membres, les extrémités étant intègres. Chez ce malade, les douleurs procédaient par crises.

Spasme d'élévation des yeux ou paralysie d'abaissement.

M. Marie présente un malade qui a été déjà vu dans une séance antérieure et chez lequel les uns ont diagnostiqué une paralysie d'abaissement, tandis que les autres ont reconnu un spasme d'élévation d'origine névropathique. C'est cette dernière opinion que le présentateur soutient en se fondant sur plusieurs arguments. D'abord, l'abaissement des yeux s'opère chez le malade à condition de le faire regarder en l'air et non pas du côté de ses pieds. Aussitôt que son regard est dirigé vers ses pieds, les yeux s'élèvent brusquement : c'est le spasme d'élévation qui se produit. Le sujet est atteint d'un rétrécissement du champ visuel et son spasme d'élévation s'est trouvé amélioré par l'emploi de l'aimant. De plus, les antécédents personnels et héréditaires du malade sont nettement en faveur de l'origine névropathique de ce spasme.

MM. Parinaud et **Babinski** ne paraissent pas très convaincus par ces arguments. Le début par un ictus permet de soupçonner une lésion organique ayant déterminé une paralysie d'abaissement. L'évolution ultérieure tranchera la question.

Aphasie hystérique.

M. Guillain présente 2 malades atteints d'aphasie hystérique.

Le premier est un hémiplégique droit, hystérique remarquable par l'exagération de tous les réflexes tendineux et osseux du côté paralysé et par l'absence du signe des orteils. Son aphasie hystérique est classique.

Chez le second malade, le trouble de la parole, d'origine également hystérique, consiste en une sorte de bégayement complètement incompréhensible, avec impossibilité complète de tirer la langue. Son écriture est indéchiffrable : il écrit comme il parle.

Origine des tics de la tête et du cou.

MM. Meige et **Feindel** constatent que la genèse des tics réside le plus souvent dans une incitation quelconque à un geste qui, d'abord volontaire, devient ensuite involontaire par la répétition du même mouvement. Tous les tics des paupières, des globes oculaires, des narines, de la bouche, de la langue et des lèvres, de la tête et des épaules s'expliquent ainsi dans la grande majorité des cas. Aussi est-il rationnel de traiter ces divers tics par la rééducation des mouvements correspondants.

M. Parinaud fait remarquer que, chez les enfants, la cause la plus fréquente du tic des paupières est la conjonctivite folliculaire du cul-de-sac inférieur qu'on ne recherche pas suffisamment et dont la guérison amène la disparition du tic.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie.

MM. Dide et **Sacquepin** ont étudié la toxicité du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques.

Après une attaque isolée, ce liquide injecté dans l'intérieur du cerveau d'un cobaye produit de l'abattement, de la stupeur, parfois quelques secousses généralisées.

Après des attaques en série, l'injection intra-cérébrale de ce liquide, à la dose d'un quart de centimètre cube, détermine des convulsions généralisées intenses, se reproduisant parfois de façon subintrante. A la dose d'un demi-centimètre cube, on voit survenir la mort après quelques heures ou même après quelques minutes. La mort est précédée d'accès épileptiformes ou tétaniformes.

Endothélioma cérébral.

MM. A. Dupré et **A. Devaux** présentent l'observation clinique et anatomique d'un volumineux néoplasme, gros comme une orange, sphéroïde, siégeant à la base de l'hémisphère gauche, refoulant la partie inféro-latérale externe du lobe frontal, du lobe temporo-sphénoïdal, débordant en dehors la convexité du cerveau, comprimant le chiasma, et les 2e, 3e et 7e paires gauches. L'examen histologique a révélé la nature endothéliomateuse de la tumeur, semée de dilatations angiomateuses et surtout de ces corps globuleux à ordination concentrique bien décrits déjà par Lancereaux, Cornil et Ranvier, Virchow, Charcot, etc.; il n'y a pas de processus angiolitique manifeste. Le syndrome des tumeurs cérébrales existait au complet (céphalée, vomissements, amblyopie et amaurose, stase papillaire, obnubilation psychique, affaiblissement démentiel, crises épileptiques terminales, coma). C'est seulement dans les derniers jours que l'hémiparésie faciale gauche et un peu de strabisme externe du même côté permirent de localiser le siège de la tumeur dans l'hémisphère gauche.

L'intérêt de l'observation réside dans l'énorme volume de la tumeur, qui a évolué en 2 ans 1/2 sans déterminer, malgré son siège, de signes de localisation (aphasie, hémiplégie droite).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 19 Avril 1901.

Les raisins en urothérapie.

M. Carles. — Les causes qui produisent l'acidité de l'urine sont des plus diverses; quant aux facteurs de cette acidité, ce sont, en général, les phosphates acides et aussi les urates. Pour remédier à l'acidité des urines, on a le plus souvent recours aux alcalins, bicarbonate de soude ou eau de Vichy. Mais l'expérience démontre que, souvent, le remède échoue, surtout quand il est pris à table. Bien plus, chez certaines personnes, on obtient un résultat opposé à celui qu'on cherchait. On a attribué ces échecs à la production, sous l'influence des alcalins, d'une hypersécrétion gastrique, qui entraînerait une surproduction urique équivalente. Aussi M. Carles a-t-il recherché un sel acide susceptible de se transformer dans l'économie en sel alcalin. Le type le plus commun est le bitartrate de potasse ou crème de tartre. Mais comment donner à ce sel son maximum d'assimilabilité? On sait, en effet, qu'à l'état libre et à la dose de plusieurs grammes, il n'est plus absorbé et devient purgatif. En combinaison naturelle avec certaines matières végétales, au contraire, il est très bien toléré. Dans tous les raisins mûrs, il est relativement soluble et se trouve associé à des sucres d'allures chimiques et d'action physiologique voisines de celles du sucre de lait, ce qui rend ses propriétés diurétiques. Les raisins frais sont préférables; mais, à défaut, on peut employer les raisins secs de Malaga. Une dose de 100 grammes, prise en deux fois dans l'intervalle des repas, est suffisante. La mauvaise réputation des sels de potasse ne doit pas faire rejeter cette médication, d'autant qu'on semble leur accorder une influence moins fâcheuse depuis que l'on sait qu'au centre de l'Afrique de nombreuses peuplades ont, de tout temps, remplacé le sel marin

par du chlorure de potassium extrait de certaines cendres végétales.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante et impaludisme chronique.

M. Jean Abadie présente un malade atteint d'impaludisme chronique et porteur de déformations digitales analogues à celles que l'on rencontre dans l'affection décrite par Pierre Marie sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique. Ces déformations ont apparu, il y a un an, à l'occasion d'une cirrhose du foie avec ascite et anasarque. Depuis cette époque, elles sont restées stationnaires, sans diminution comme sans augmentation.

Les doigts et les orteils présentent la forme des baguettes de tambour, et les ongles affectent au plus haut point celle d'ongles en verre de montre. Mais l'hypertrophie porte uniquement sur l'ongle : les téguments péri-unguéaux et la pulpe n'y participent que peu. Il n'existe ni hypertrophie osseuse ni dystrophie articulaire des os et des articulations des phalanges, des métacarpiens ou des métatarsiens, du carpe ou du tarse, et en général d'aucun os du squelette ni d'aucune articulation du tronc ou des membres. Des épreuves radiographiques mettent hors de doute cette intégrité ostéo-articulaire : les phalangettes elles-mêmes des doigts et des orteils ne présentent pas le moindre épaississement. Il s'agit donc, non pas d'une ostéo-arthropathie hypertrophiante au sens littéral du terme, mais plutôt de ce qu'on pourrait appeler une mégalonyxie. Il est difficile, d'autre part, étant données la durée et l'évolution de ces dystrophies unguéales, de penser qu'elles constituent un premier stade de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante vraie de P. Marie. L'avenir peut seul infirmer ou confirmer cette opinion.

Quant à l'origine pneumique, elle ne peut être invoquée pour expliquer l'hypertrophie unguéale de ce malade. Il n'a jamais eu d'affection quelconque de ses organes respiratoires, n'a jamais présenté de foyer de suppuration prolongée. L'examen le plus minutieux de son appareil broncho-pulmonaire a montré son intégrité absolue. Malgré cette intégrité clinique, le malade a été soumis à l'épreuve de la séro-réaction tuberculeuse : contre toute attente, le résultat a été positif au 1/5 et au 1/10. Mais la séro-réaction tuberculeuse positive, indépendamment de tout symptôme clinique, ne saurait dans le cas particulier constituer une preuve en faveur de l'origine pneumique des déformations digitales. Ne serait-il pas plus légitime d'admettre l'origine hépatique, comme l'ont fait MM. Parmentier et Castaigne à propos d'un malade atteint à la fois de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique et d'ostéo-arthropathie hypertrophiante, qu'ils ont présenté dans une récente séance de la Société médicale des hôpitaux de Paris ?

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 17 Avril 1901.

Résection du sympathique cervical pour névralgie du trijumeau.

M. Gauthier présente un malade opéré par M. Jaboulay pour une névralgie du trijumeau datant de 4 ans. M. Jaboulay a pratiqué la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique.

Ce malade est âgé de 63 ans. Impaludique de longue date, il habite une contrée palustre, les Echets, près de Lyon. Toutefois, dans les dernières années, il n'a pris qu'un petit nombre d'accès fébriles, un ou deux par année au minimum, traités régulièrement par la quinine, d'ailleurs.

Le malade souffrait dans la zone des nerfs maxillaires supérieur et inférieur du côté gauche. La douleur, modérée à l'état de repos, devenait intolérable quand le malade tentait le moindre effort de mastication. D'abord discontinue, survenant sous forme d'accès espacés de mois en mois, cette douleur était constante dans la dernière année. La nutrition en avait souffert, le malade avait maigri notablement.

Le malade avait essayé différents analgésiques, notamment l'antipyrine, sans résultat appréciable. A noter également l'inutilité de l'avulsion de toutes les molaires supérieures gauches. Désespéré de son état, il avait pensé plusieurs fois au suicide.

M. Jaboulay a réséqué le sympathique de ce malade le 14 octobre 1900.

Pendant deux mois il n'y eut pas de changement notable, les douleurs étaient presque aussi vives qu'avant. Au bout de ce temps, elles commençaient à diminuer et, le 1er janvier 1901, elles avaient disparu presque totalement. Depuis ce moment la mastication des aliments est redevenue possible. Actuellement, 6 mois après l'opération, l'état du malade est prospère; il a engraissé.

Il existe encore un peu de sensibilité à la pression des points d'émergence des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, mais la douleur à la mastication a disparu tout à fait.

Il faut noter, comme conséquence de la section du sympathique, une légère diminution de la fente palpébrale, un peu d'enfoncement du globe oculaire et du myosis bilatéral, mais plus accentué à gauche. Il semble aussi que la joue gauche soit bouffie et un peu colorée par rapport à la droite.

Ce cas heureux de guérison d'une névralgie faciale intense et invétérée du sympathique cervical s'ajoute à ceux, déjà nombreux, que M. Jaboulay a publiés.

Gastroplastie.

M. Pinatelle présente une malade à laquelle M. Vallas a fait, il y a 20 jours, une gastroplastie pour estomac biloculaire.

Cette malade, avant l'affection pour laquelle elle a été opérée, pesait 55 kil. 600. Au moment de l'opération elle était très amaigrie et ne pesait plus que 39 kilos; depuis son opération elle a repris notablement et pèse aujourd'hui 41 kilos.

La déformation de l'estomac était due à la cicatrisation d'un ancien ulcère de l'estomac. La bride cicatricielle divisait l'estomac en deux poches : une poche cardiaque et une poche pylorique. La communication entre les deux poches était très difficile et les liquides ne pouvaient s'écouler dans le duodenum.

La gastroplastie paraît l'opération de choix ; dans ce cas, elle est supérieure à la gastro-entéro-anastomose ou à l'anastomose gastro-gastrique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 23 Mars 1901.

Sur la méthode de Bier (analgésie chirurgicale par injection intra-rachidienne de cocaïne.

M. Snyers (Liège) fait remarquer qu'à côté des partisans enthousiastes de l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne, l'on voit des adversaires systématiques de la méthode.

Aux objections théoriques diverses que l'on peut faire à ce procédé (idiosyncrasie; danger d'infection des méninges; difficulté de combattre les accidents dus à la cocaïne), on peut opposer la statistique de chirurgiens, tels que Tuffier et ses élèves, qui ont suivi plus de 1 000 cas sans relater d'accident mortel imputable à la cocaïne. L'expérience personnelle de M. Snyers et celles d'un grand nombre de chirurgiens belges et étrangers sont d'accord pour légitimer la nouvelle méthode, malgré les inconvénients qu'elle présente, et dont les plus désagréables sont les vomissements et la céphalalgie consécutifs. Est-il permis de lui donner une importance égale à celle des autres procédés d'anesthésie? On ne peut répondre à cette question d'une ma-

nière précise; mais, pour sa part, chez les malades atteints d'affections cardiaques ou vasculaires, M. Snyers préfère l'analgésie cocaïnique à la narcose chloroformique, laquelle exerce une action dépressive sur le patient, lorsqu'elle a été prolongée.

M. Snyers l'a employée dans 49 cas avec un succès constant; au nombre de ces cas se trouvent des laparotomies pour opérations diverses sur l'estomac, l'intestin, la vésicule biliaire, l'utérus, les ovaires, les interventions sur le rein, sur le périnée, sur les membres inférieurs, des cures radicales de hernies. Il signale spécialement une amputation du sein, au cours de laquelle la douleur apparut lors de la dissection du creux axillaire, ainsi que quatre analgésies pour accouchements ayant exigé l'application du forceps ou la version. Il a pu, dans ces derniers cas, constater que les contractions utérines paraissaient plus énergiques après cocaïnisation; l'accouchement se fit chaque fois sans aucune douleur.

M. Lebrun (Namur), mettant en parallèle l'anesthésie médullaire cocaïnique et la narcose par l'éther ou le chloroforme, est d'avis que l'injection dans le canal vertébral, tout en étant fort simple, n'exige que les soins ordinaires d'asepsie de la peau, de la seringue et de la solution; elle est donc d'une grande facilité d'application, mais la narcose par le chloroforme ou l'éther a le grand avantage de procurer la résolution musculaire.

M. Lebrun rapporte 18 observations et résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° On observe toujours, très peu de temps après l'injection de cocaïne, une accélération du pouls et une diminution de la force des pulsations. Cette accélération et cette petitesse du pouls durent très peu de temps, 8 à 10 minutes environ, et bientôt le pouls reprend tous les caractères qu'il avait avant l'injection;

2° Deux à quatre heures après l'injection, la température s'élève brusquement, quelquefois jusque 40°, en même temps que le pouls s'accélère. Quelquefois il survient aussi de violents frissons;

3° La céphalée est l'inconvénient le plus constant et le plus durable;

4° Les malades supportent d'autant mieux les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne qu'ils se trouvent dans un état d'anémie ou de débilitation plus considérable;

5° La morphine et les opiacés apportent un obstacle à l'anesthésie; ils en diminuent la durée, mais ils constituent le meilleur moyen pour en combattre les effets consécutifs;

6° Les lésions du cœur, des gros vaisseaux, de l'appareil respiratoire, l'obésité, l'alcoolisme, ne sont pas des contre-indications de l'anesthésie cocaïnique.

M. Hendrix (Bruxelles) signale les heureux résultats qu'il a obtenus en employant, pour les injections intra-arachnoïdiennes, un dérivé de la cocaïne; la tropococaïne, ainsi que le conseille Schwartz. Il faut en injecter 5 centigrammes pour obtenir l'effet désiré, qui se produit sans provoquer les symptômes si pénibles dus à la cocaïne.

M. Depage (Bruxelles) s'étonne de ce que M. Snyers ait pu pratiquer l'ablation du sein sous l'anesthésie obtenue par l'injection de cocaïne dans la moelle lombaire. Au point de vue de la méthode elle-même, il faut être prudent et bien se garder de s'emballer pour un système qui ne peut être froidement et sainement jugé au moment présent. Est-il bien sûr, ainsi que l'affirme M. Lebrun, que, chez les cardiaques, l'action de la cocaïne soit moins nocive que celle du chloroforme?

M. Gallet (Bruxelles) rappelle que, dans un travail récent, Reclus a signalé 7 décès sur 2 500 cas d'anesthésie médullaire. Le chloroforme est loin de fournir une mortalité aussi élevée.

M. Dandois (Louvain) n'a pas eu à se louer de la méthode de Bier dans 2 cas où il l'a mise en pratique : chez le premier patient est survenue une céphalalgie vraiment épouvantable; chez le second malade ont éclaté, 10 jours après l'opération, des phénomènes cérébraux et médullaires (paraplégie, paralysies diverses) qui ont duré assez longtemps.

M. Lebrun a vu, dans un seul cas, l'anesthésie remonter jusqu'au niveau de la région mammaire. Il a eu plus d'une fois l'occasion d'opérer des malades atteints d'affections sérieuses du cœur; il a injecté jusque 3 centigrammes de cocaïne et rien de fâcheux ne s'est produit; au contraire, la régularité du pouls a réapparu. Il est d'accord avec M. Depage pour ne pas s'enthousiasmer outre mesure, mais il faut cependant reconnaître que les faits observés jusqu'aujourd'hui sont encourageants.

M. Depage. — Les affections cardiaques que signale M. Lebrun ne sont pas à redouter quand on pratique l'anesthésie chloroformique. Ce qu'il faut craindre, c'est la dégénérescence du muscle cardiaque (alcooliques, infectés, cachectiques) et c'est là qu'il faudrait démontrer la grande innocuité de la cocaïne.

M. Hendrix partage l'avis de M. Depage; il a eu l'occasion, lors d'expertises médico-légales, de pratiquer l'autopsie d'individus morts subitement à la suite de traumatismes très légers, et chaque fois il a trouvé de l'œdème cérébral et de la dégénérescence cardiaque. Les patients qui meurent subitement sous le chloroforme, au début de l'anesthésie, ont probablement un muscle cardiaque dégénéré, et le shock chirurgical ou l'inhibition produite par l'agent anesthésique amène la mort subite.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 Mars 1901.

Les fièvres d'Europe dans les pays chauds.

M. Firket. — La *scarlatine* est beaucoup moins fréquente et moins grave aux colonies que dans l'Europe tempérée; dans la zone intertropicale du vieux monde, elle est aujourd'hui pratiquement inconnue, et les cas importés par hasard dans les ports de l'Inde, de Java ou de la côte africaine ne sont presque jamais le point de départ d'épidémies, pas plus pour les races indigènes que pour les colons à peau blanche. Mais la maladie s'observe parfois, en épidémies plus ou moins sérieuses, dans les contrées plus septentrionales de l'Asie, comme la Perse ou la Chine; il en est de même en Australie.

En Amérique, la scarlatine est notablement moins commune dans les régions chaudes que dans les Etats-Unis du Nord, où elle est la plus meurtrière des fièvres éruptives.

On pourrait croire que l'action des rayons solaires, particulièrement intense sous les tropiques, contribue à atténuer la virulence du contage scarlatineux et diminue ainsi les chances de contagion. Il n'en est rien cependant, car on a observé autrefois des épidémies très graves dans les Etats de l'Amérique centrale (Honduras, Costa-Rica); de même au Mexique, où la maladie a produit, ces dernières années, une grande mortalité dans certaines tribus indiennes.

A l'inverse de la scarlatine, la *rougeole* est très répandue et peut devenir très meurtrière dans les pays chauds. Elle constitue un facteur important de la mortalité infantile dans quelques parties de l'Indo-Chine, de l'Afrique, etc. Comme en Europe, elle est surtout grave par ses complications pulmonaires, qui se développent souvent à la faveur de l'incurie des indigènes. Un exemple curieux à cet égard est fourni par les îles Fidji : une épidémie de rougeole, qui débuta en 1875, fit mourir près du quart de la population; depuis cette époque, une organisation sanitaire européenne fut introduite dans l'archipel, avec déclaration des cas de maladies contagieuses; or, en 1899, une nouvelle épidémie survint, alors que depuis 15 ans la maladie n'avait plus été observée et qu'une génération réceptive avait eu le temps de se former; il y eut environ 200 cas sans un seul décès.

L'*influenza*, qui a fait depuis 10 ans le tour du monde, s'est propagée aux colonies en suivant les grandes voies de communication. Quant à la dengue, si voisine de certaines formes de grippe, on l'a signalée, sous forme de petits foyers, en Cochinchine, au Cambodge, à Tamatave, au Sénégal, en Australie.

Enfin, la *variole* est restée, dans beaucoup de pays à civilisation primitive, ce qu'elle était jadis en Europe, une maladie très répandue et très meurtrière. Endémique dans l'Inde, elle y fournit, bon an mal an, 5 p. 100 du chiffre total des décès; elle est fréquente en Chine, en Corée, mais c'est surtout dans l'Indo-Chine que ses ravages sont terribles : dans quelques épidémies, la mortalité s'est élevée à 60 et même 75 p. 100, amenant pour certaines contrées, comme le Laos, une véritable dépopulation. En Afrique, cette affection a été observée au Sénégal, au Soudan, à la Côte d'Ivoire, au Gabon, à Mada-

gascar, au Kameroun allemand, dans l'Etat indépendant du Congo. Les épidémies de variole paraissent un peu moins fréquentes et moins graves dans l'Afrique orientale allemande et anglaise, mais elles se reproduisent souvent à Zanzibar.

Des premiers symptômes de la syphilis acquise.

M. Deneffe analyse un travail de M. Deschamps (de Liège) qui a eu l'occasion d'observer 5 fois dans sa clientèle les premières manifestations réactionnelles survenant au point d'inoculation du virus syphilitique. D'après lui, ces manifestations sont semblables à un bouton de vaccine. Il se produirait, dès le 2e jour après la contamination, un prurit intense avec chaleur et rougeur en un point très limité (quelques millimètres) de la muqueuse préputiale, par exemple; 2 ou 3 jours plus tard, la plaque rouge se surélèverait et se transformerait en une papule, dont le centre, bientôt pustuleux, renfermerait une sérosité louche. Enfin, cette pustule s'ouvrirait, laissant voir un fond grisâtre et des bords anfractueux qui s'indureraient insensiblement, donnant à la lésion l'aspect du chancre dit primitif.

Les constatations de M. Deschamps sont en contradiction avec la manière de voir des syphiligraphes les plus autorisés, qui considèrent le chancre induré comme l'accident initial de la syphilis acquise.

REVUE DES CONGRÈS

9e SESSION DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Tenue à Paris les 11, 12 et 13 Avril 1901.

Des infections ombilicales chez le nouveau-né.

M. Porak. — La cause de la mort du nouveau-né est souvent difficile à trouver : pour les prématurés, on peut invoquer d'une façon générale l'insuffisance des organes; mais, pour les enfants nés à terme, il est plus logique d'invoquer les infections, dont malheureusement la porte d'entrée n'est pas facile à mettre en évidence.

Quand on incrimine la porte d'entrée ombilicale, la filiation des troubles est souvent plus facile à suivre que pour toute autre porte d'entrée.

L'auteur rapporte diverses observations dans lesquelles la plaie ombilicale n'a présenté que des signes extérieurs très légers d'infection, et cependant dont les autopsies avec examens bactériologiques ont permis d'attribuer la mort à une infection hépatique, péritonéale, pulmonaire, ou même généralisée, à point de départ ombilical.

Comment peut-on démontrer cette origine ombilicale? Par l'existence d'une péritonite, de lésions plus marquées du côté de la veine ombilicale, de lésions hépatiques, et enfin par la présence dans le foie de bacilles identiques à ceux que l'on trouve dans la veine ombilicale et le poumon.

On peut admettre que la lésion hépatique n'est pas d'origine intestinale quand elle survient dès les premiers jours après la naissance, et c'est ce qui a permis à M. Porak d'attribuer un cas d'ictère bronzé qu'il a observé, à l'infection ombilicale, bien que les ensemencements de la veine ombilicale et du liquide huileux du péritoine n'aient donné lieu qu'à des cultures de bacterium coli; le cordon avait été fétide pendant la vie.

M. Brindeau trouve qu'étant donnée la diffusion de tous les microbes, et en particulier du streptocoque aussi bien que du bacterium coli dans le système circulatoire entier après la mort, il est de toute nécessité, pour pouvoir faire la bactériologie de l'infection ombilicale, de pratiquer des prises de sang pendant la vie. Sur un grand nombre d'ictères bronzés qu'il a observés, deux fois seulement il a pu affirmer l'origine ombilicale.

M. Budin fait remarquer que toutes les observations de M. Porak se rapportent à des débiles, et que, d'autre part, chez les enfants prématurés, dont la température descend à 31°, on observe à l'autopsie des lésions de dégénérescence graisseuse du foie, d'une façon à peu près constante.

Montée laiteuse chez une accouchée ayant perdu un sein.

M. Bouchacourt. — Il s'agit d'une femme de 18 ans qui, étant tombée dans le feu à l'âge de 3 ans, ne présentait à la place du sein droit que des cicatrices fibreuses blanches au milieu desquelles il était difficile de trouver des vestiges du mamelon.

Sous l'influence de la grossesse, ces cicatrices prirent une teinte très foncée et devinrent chéloïdiennes, en même temps que la glande mammaire sous-jacente, qui paraissait complètement détruite, s'hypertrophiait et était le siège de tiraillements et de picotements physiologiques.

A la suite de l'accouchement, la montée laiteuse se fit du côté droit aussi bien que dans le sein gauche, quoique la glande mammaire droite ne fût plus représentée que par des lobules aberrants semblant contenus dans le muscle grand pectoral et ne présentant plus aucun canal excréteur. Cette primipare de 18 ans nourrit sans difficultés son enfant avec son sein gauche, tandis que du côté droit la montée laiteuse était rapidement arrêtée par l'auto-compression produite par les brides cicatricielles.

M. Budin fait allusion à quelques observations du même genre signalées antérieurement et ajoute qu'il n'y a plus lieu de poser aujourd'hui la question tant controversée autrefois : quand il existe une oblitération des canaux galactophores par une cicatrice, ne doit-on pas craindre la formation d'abcès du sein lorsque la sécrétion lactée s'établit dans les culs-de-sac glandulaires après un accouchement? Il rappelle aussi le cas d'une jeune fille, atteinte d'hypertrophie mammaire bilatérale et considérable, qui fut amputée des deux seins par M. le professeur Richet, et eut ensuite quatre grossesses successives qui, toutes, furent suivies de montées laiteuses caractérisées dans ses moignons de glande totalement dépourvus de canaux excréteurs.

Agalactie héréditaire chez une hystérique.

M. Keim a observé une femme, âgée de 33 ans, 11e pare, ayant eu 7 enfants à terme, deux avortements et deux accouchements prématurés. Elle avait des attaques d'hystérie depuis l'âge de 15 ans, à la suite d'une émotion; ces attaques persistèrent pendant la grossesse. Nombreux stigmates hystériques. Règles régulières.

A aucune de ses grossesses elle n'a eu d'augmentation de volume des seins, ni de montée laiteuse. Les seins, à l'examen, sont normaux, bien que peu développés.

La mère de cette femme avait eu six grossesses et jamais de montée laiteuse. Elle était diabétique.

En résumé, femme hystérique, mère diabétique n'ayant eu ni l'une ni l'autre de phénomènes mammaires au cours de grossesses multiples.

M. Chavane rapporte un cas analogue dans lequel il n'a jamais pu tirer, non seulement une goutte de lait, mais une goutte de colostrum, des seins d'une femme qui n'était pas nerveuse, et dont la mère avait nourri au sein ses 3 enfants.

Persistance anormale de la sécrétion lactée.

M. Schwaab. — Dans une première observation, il s'agit d'une femme chez laquelle l'accouchement fut terminé par une basiotripsie. La montée laiteuse eut lieu le 5e jour, et, pendant 3 mois, le lait s'écoula en abondance; les traitements employés pour tarir cette sécrétion lactée ayant abouti, la menstruation reparut.

M. Schwaab rappelle qu'un cas semblable a été rapporté par Gottschalk, qui a décrit l'atrophie utérine par superlactation, à laquelle il attribuait un pronostic très sombre au point de vue fonctionnel : l'utérus arrivant au volume d'une simple noix.

Un cas analogue a été rapporté par Frömmel, un autre par Thorn, ce dernier ayant avancé que l'atrophie utérine est physiologique chez les nourrices.

M. Blondel rappelle qu'il a présenté à la Société d'obstétrique de Paris un cas de superinvolution utérine à la suite d'une persistance de la sécrétion lactée pendant 15 mois, chez une femme qui n'avait pas allaité; ce n'est donc pas l'excitation du mamelon qui est la cause de ce phénomène.

La consultation des nourrissons à la Charité de 1891 à 1901.

M. Maygrier. — En 3 ans il y eut 2 080 enfants nouveau-nés, qui, sortis vivants, furent conservés par leur mère. Sur ces 2080 enfants, 1489 furent allaités au sein, soit 71,58 p. 100; 483 furent soumis à l'allaitement mixte, soit 23,22 p. 100; 108 furent entièrement alimentés au lait stérilisé, soit 5,19 p. 100.

Sur ces 108 femmes, mères des enfants alimentés au lait stérilisé, 58 avaient eu du lait pendant quelques jours et l'avaient perdu, 50 n'avaient pas donné le sein du tout, pour des raisons diverses, et 7 de leurs enfants moururent.

Il n'y eut que 12 cas d'agalactie presque absolue.

La mortalité infantile globale a été de 2,49 p. 100 et, chose extraordinaire, alors que dans certains milieux la mortalité était de 50 p. 100 par diarrhée, M. Maygrier n'a pas perdu un seul enfant par diarrhée infantile.

M. Budin fait remarquer que les femmes ont trop d'intérêt à venir aux consultations où elles touchent du lait en comparaison des consultations de nourrissons au sein, puisque, dans le premier cas, elles reçoivent des dons en nature, et, dans le second, uniquement des conseils. De là, l'idée est venue à M. Pannelle d'encourager l'allaitement maternel en offrant 3 kilogrammes de viande par semaine par femme qui nourrit, ce qui ne représente même pas la valeur du lait qu'on lui donnerait. Grâce à cet encouragement, plus de la moitié des femmes ont nourri et la mortalité est tombée de 18 p. 100 à 6 p. 100, cette différence tenant surtout à la diminution de la diarrhée.

M. Boissard, frappé des résultats obtenus par M. Budin et M. Maygrier dans leurs consultations de nourrissons, en a organisé une à l'hôpital Tenon à ses frais.

M. Herrgott a créé, en 1890, l'œuvre de la maternité de Nancy; cette œuvre consistant en primes pour chaque femme qui amène son enfant au bout d'un mois. Les résultats ont été merveilleux : au bout de 6 semaines, quand la mère a vu l'enfant sourire, elle ne l'abandonne plus.

Le nombre des femmes venues à la maternité a triplé, et les enfants sont nourris par leur mère beaucoup plus qu'auparavant.

M. Herrgott a calculé que l'ensemble des primes permettait d'établir un prix moyen du kilogramme d'enfant de 13 fr. 50.

Quelques accidents consécutifs aux fractures du frontal chez le fœtus.

M. Commandeur (de Lyon). — Dans la première des deux observations présentées, l'enfant, extrait au forceps, présentait un enfoncement du frontal gauche qui ne donna lieu à aucun accident pendant trois semaines; au bout de ce temps, il présenta des crises convulsives de la face, qui bientôt se généralisèrent, et il succomba trois semaines après. Ce fait peut donc conduire à préconiser l'intervention sanglante et le relèvement des fragments avec ou sans ablation de rondelle osseuse, lorsque les phénomènes convulsifs apparaissent et progressent.

Dans la deuxième observation il s'agissait d'un enfant également extrait au forceps, qui présentait une fracture du frontal à fragments mobiles et des phénomènes oculo-orbitaires constitués par de l'exophthalmie temporaire, de la suppression du réflexe cornéen, et une opalinite cornéenne très accentuée. On pourrait peut-être expliquer ces faits par un certain degré de modelage de la base amenant le rétrécissement de la fente sphénoïdale avec compression de la veine ophthalmique et des branches de l'ophthalmique de Willis. Le modelage de la base est encore mal connu et demande à être étudié par l'expérimentation. Il pourrait expliquer aussi certains faits de congestion et d'hémorrhagie méningée par compression des veines jugulaires au niveau du trou déchiré postérieur.

Gangrène des membres inférieurs pendant les suites de couches.

M. Andérodias (de Bordeaux). — Cette étude est basée sur 23 observations, dont 2 personnelles, permettant d'établir que cette affection constitue l'un des accidents les plus redoutables des suites de couches.

Au point de vue étiologique et pathogénique, la gangrène des membres inférieurs pendant la période puerpérale compte toujours parmi ses antécédents : l'infection et toutes les circonstances qui la favorisent (albuminurie, hémorrhagie, avortement, intervention obstétricale).

Il faut distinguer deux groupes principaux parmi les variétés anatomiques de cette affection :

1° Les gangrènes d'origine artérielle résultant soit d'une embolie cardiaque, soit d'une endartérite oblitérante primitive (l'une comme l'autre étant d'origine infectieuse, et le plus souvent de nature streptococcique).

2° Les gangrènes d'origine veineuse qui ont été et sont encore très discutées. Les examens anatomiques pratiqués par M. Andérodias l'ont convaincu de la réalité de cette pathogénie dans certains cas : toutes les veines étaient thrombosées et il n'existait aucune lésion artérielle. La gangrène est alors toujours humide; elle ne se trouve réalisée que lorsque la stase sanguine est assez absolue pour priver les éléments des tissus des principes dont ils ont besoin.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, on a signalé des gangrènes symétriques des extrémités dans les suites de couches (maladie de Raynaud).

Le pronostic est toujours sombre : sur trois cas de gangrène d'origine artérielle il y a eu 3 morts, mais sur 12 cas de gangrène veineuse il y eut seulement 7 morts. Pronostic général, 56 p. 100 de mortalité. La guérison n'a été obtenue qu'à la suite de l'amputation pratiquée, dans les cas de gangrène artérielle, aussitôt que le sillon d'élimination avait apparu. Mais l'amputation est contre-indiquée dans les cas de gangrène d'origine veineuse.

De l'albuminurie gravidique récidivante.

M. Fabre (de Lyon). — Dans une observation, la malade avait eu 3 grossesses terminées par la mort de l'enfant; dans le second cas, sur 7 grossesses, 5 s'étaient terminées par la mort de l'enfant; par l'accouchement prématuré provoqué au moment de l'apparition, toujours tardive, de l'albumine, les deux enfants sont nés vivants et se sont bien élevés.

Dans ces cas, il existe une lésion portant sur la caduque, qui est épaissie, bourrée de petits kystes sanguins; de plus, infiltration leucocytaire très marquée du tissu décidual, ces lésions sont étudiées dans la thèse d'Escher (Lyon 1800).

M. Fabre croit qu'il s'agit d'une lésion primitive de l'œuf agissant sur le filtre rénal par l'intermédiaire d'une substance toxique sécrétée au niveau de la caduque et sur le fœtus par diminution progressive du champ de l'hématose fœtale.

Le traitement prophylactique consiste en pansements pour modifier la muqueuse utérine après l'accouchement. Pendant la grossesse, l'interruption de la grossesse, quand l'enfant est viable, permet d'éviter sa mort.

Entéro-colite muco-membraneuse de grossesse.

M. Thoyer-Rozat (de Paris) rapporte le cas d'une entéro-colite muco-membraneuse survenue au 7° mois de la grossesse et ayant amené une menace d'accouchement prématuré. Le diagnostic de la cause de l'accouchement prématuré imminent fut ici particulièrement difficile, l'entéro-colite n'ayant donné lieu à aucun symptôme avant l'apparition des contractions utérines; ce ne fut qu'après 24 heures de douleurs que l'on put se rendre compte qu'en dehors de la zone utérine douloureuse, au moment des contractions seulement, il en existait une autre constamment douloureuse et répondant à la région colique. Un purgatif administré alors donna lieu à une abondante évacuation muco-membraneuse suivie de plusieurs autres; grâce au traitement de l'entéro-colite, la menace d'ac-

couchement prématuré rétrocéda assez rapidement, et l'entérite elle-même céda en une huitaine de jours.

M. Thoyer-Rozat, à l'occasion de ce fait clinique, rappelle l'attention sur les affections intestinales causant, pendant la grossesse, des erreurs de diagnostic d'une part, d'autre part des accidents du côté de l'utérus gestant. Il insiste, en particulier, sur la résorption des toxines constante dans les cas de diarrhée qui, on le sait, s'accompagnent toujours de putréfactions intestinales, résorption qui paraît devoir acquérir son maximum de rapidité et d'intensité dans le cas d'entéro-colite muco-membraneuse, à cause de l'exfoliation partielle de la muqueuse et de la mise à nu des capillaires.

TRENTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE.

Tenu à Berlin du 10 au 13 Avril 1901.

Les progrès de la chirurgie rénale.

M. Küster (de Marbourg) donne un aperçu sur le développement de la chirurgie rénale au cours des trente dernières années; il insiste notamment sur l'importance d'un diagnostic exact de l'état fonctionnel de l'appareil rénal, tel qu'on peut le faire à l'aide du cathétérisme des uretères, de l'épreuve par la phloridzine et de l'examen cryoscopique; à son avis, la précision du diagnostic a, plus encore que l'asepsie chirurgicale, contribué à diminuer la mortalité autrefois très considérable de la néphrectomie.

Il esquisse ensuite, dans leurs grandes lignes, les principes qui doivent guider le chirurgien dans ses décisions thérapeutiques; il érige en règle absolue que, en dehors des affections malignes, c'est une faute grave que de sacrifier du tissu rénal sain ou susceptible de se régénérer; aussi proscrit-il la néphrectomie contre le rein mobile et contre la plupart des traumatismes rénaux, la néphroptose étant justiciable de la néphropexie et les traumatismes de la suture du tissu rénal ou du tamponnement. Quant aux différentes formes de cystonéphrose infectée ou non, il maintient son ancienne proposition de les comprendre sous un même nom, tout en reconnaissant la nécessité de distinguer les cas où il s'agit d'une infection primitive avec rétention secondaire (empyème du bassinet et abcès rénal) d'avec ceux où l'on a affaire à une hydronéphrose par obstacle mécanique infectée secondairement. Dans les deux variétés, on doit se guider, pour intervenir, sur l'état de l'autre rein; on aura recours de préférence à la néphrotomie et aux opérations destinées à enlever l'obstacle mécanique, pour ne faire la néphrectomie qu'en dernière ressource.

Contre la tuberculose rénale, la néphrectomie rend de réels services, lors même qu'il est impossible d'enlever toutes les parties de l'appareil uro-génital atteintes de tuberculose. L'orateur estime que ce serait aller trop loin que de vouloir pratiquer d'emblée et de parti pris l'ablation complète de l'uretère et de la portion de la vessie infectée éventuellement, ces localisations secondaires étant souvent améliorées, sinon guéries, par la seule extirpation du rein malade.

Pour ce qui est de la lithiase rénale, M. Küster insiste sur l'utilité du diagnostic radiographique, même lorsqu'il s'agit de calculs phosphatiques.

L'enthousiasme qui a régné pendant un certain temps au sujet de l'extirpation du rein pour néoplasmes malins a sensiblement diminué, vu la fréquence des récidives. L'orateur estime cependant qu'il faut tenir compte du développement et de la nature de la tumeur; à son avis, on peut se borner à la simple résection rénale en cas de néoplasmes à développement très lent, tels que certains de ceux qui proviennent des capsules surrénales.

Comme voie d'accès, l'incision lombaire reste le procédé de choix, sauf pour les tumeurs peu mobiles; il est alors préférable de recourir d'emblée à la laparotomie.

M. Leop. Casper (de Berlin) fait, au nom de M. P. F. Richter et au sien, une communication sur les résultats fournis par l'examen fonctionnel de l'appareil rénal dans 14 cas d'affections chirurgicales des reins. Ils ont déterminé, chez chaque malade et pour chaque rein, en recueillant simultanément les urines des deux reins à l'aide du cathétérisme des uretères, la quantité d'urée excrétée en un certain temps, le point de congélation de l'urine et la quantité de sucre fournie dans un laps de temps déterminé après l'injection de 5 milligrammes à 10 milligrammes de phloridzine. Les conclusions de ces recherches ont été reconnues exactes, dans 12 cas, soit à l'opération, soit à l'autopsie; dans les deux derniers, la vérification n'a pu être faite.

D'après M. Casper, ces faits montrent que l'épreuve de la phloridzine est un moyen très précis pour déterminer la quantité de substance rénale apte à fonctionner dans chaque rein.

M. Kümmel (de Hambourg) complète les indications qu'il a fournies au précédent Congrès sur la valeur de l'examen comparatif du point de congélation du sang et de l'urine de chacun des reins.

Ses recherches, basées sur une centaine de cas, lui permettent de confirmer l'exactitude absolue de ce fait, avancé par M. von Koranyi, que le fonctionnement de l'appareil rénal est suffisant aussi longtemps que le point de congélation du sang est compris entre — 0°,55 et — 0°,57, tandis que tout abaissement à — 0°,58 ou au-dessous indique une épuration insuffisante, à moins qu'il ne s'agisse de tumeurs abdominales ou rénales d'un certain volume ou d'affections cardiaques avancées. L'examen doit être complété, en outre, par l'injection de phloridzine et la recherche du sucre dans l'urine de chaque rein, ainsi que par la détermination de la quantité d'urée excrétée par chacun de ces organes.

Le nombre des néphrectomies pratiquées par M. Kümmell est de 26, dont 17 pour pyonéphrose ou hydronéphrose, et 7 pour tuberculose. Ces 24 dernières interventions donnèrent 22 guérisons; des 2 décès, aucun ne fut causé par l'insuffisance du second rein. Le point de congélation du sang a été déterminé chaque fois après l'opération; il a été trouvé normal dans tous les cas, ce qui permet de conclure que le rein restant a suffi à assurer la dépuration urinaire. Par contre, on a généralement constaté, à la suite de l'intervention, une augmentation passagère du taux de l'urée et un abaissement du point de congélation de l'urine. Ce fait — ainsi que l'anurie « par réflexe », que l'orateur n'a observée, du reste, dans aucun des cas qu'il a opérés — est interprété par M. Kümmell comme une conséquence du traumatisme opératoire, et surtout de la narcose; l'orateur estime, en effet, qu'il n'existe pas d'anurie « par réflexe » sans lésion anatomique du tissu rénal.

Pour ce qui est de la tuberculose rénale, M. Kümmell pense que l'on peut pratiquer la néphrectomie sans avoir la certitude que l'autre rein est indemne de tuberculose, si l'examen démontre que ce rein a un état fonctionnel suffisant.

Quant à la technique de cet examen, l'orateur commence par l'analyse cryoscopique du sang et le dosage de la totalité de l'urée des deux reins, puis il détermine le point de congélation et le taux de l'urée dans l'urine de chaque rein, ainsi que l'élimination du sucre après une injection de phloridzine. L'association de ces différentes épreuves est nécessaire, la cryoscopie du sang pouvant fournir un chiffre normal alors que chaque rein ne suffit pas à assurer l'épuration urinaire. La néphrectomie pourra donc être pratiquée uniquement lorsque le cathétérisme urétéral aura permis de vérifier le fonctionnement du rein supposé sain. M. Kümmell a pu constater que, d'une manière générale, la destruction du tissu rénal est d'autant plus avancée que le taux de l'urée est plus faible et le point de congélation de l'urine plus rapproché de 0°.

L'examen cryoscopique du sang constitue enfin un adjuvant précieux pour dépister certaines néphrites chroniques, déterminant des douleurs ou des hématuries intermittentes qui font songer à des accès de lithiase rénale.

M. Braatz (de Königsberg) déclare, à propos de la résection du rein pour tumeurs provenant du tissu surrénal aberrant, qu'il serait préférable, en pareil cas, de pratiquer la néphrectomie d'emblée, étant donnée la malignité souvent considérable de cette sorte de néoplasmes.

M. Albers-Schönberg (de Hambourg) fait observer que la radiographie donne fréquemment des résultats négatifs alors qu'il existe des calculs rénaux phosphatiques, à cause de la

faible densité de ces calculs; il y a lieu d'employer en pareille occurrence des diaphragmes très étroits laissant juste passer les rayons émanant du miroir de platine. Le champ éclairé de cette manière étant plus petit que le rein, il est nécessaire de faire plusieurs poses consécutives, se complétant l'une l'autre. Ce procédé permet de déceler la présence des calculs phosphatiques et même, dans certains cas favorables, celle des calculs uratiques, sauf chez les sujets très obèses.

M. Steiner (de Berlin) montre un patient qui était atteint depuis nombre d'années d'hématuries intermittentes, d'une légère pyurie, ainsi que d'une douleur tenace dans la région rénale droite. A l'opération, on trouva du côté droit un rein très allongé, possédant deux bassinets séparés. La partie correspondant au bassinet supérieur était relativement saine, tandis que la portion inférieure était notablement atrophiée et portait un bassinet dilaté; elle était donc atteinte de pyonéphrose. L'orateur pratiqua l'ablation du segment inférieur avec son bassinet, ce qui amena la disparition des douleurs. Cette malformation pourrait s'expliquer par ce fait que le patient est issu d'une grossesse gémellaire.

La cystopexie contre l'hypertrophie prostatique.

M. Goldmann (de Fribourg-en-Brisgau) fait remarquer que la plupart des interventions ayant pour but de supprimer l'obstacle formé par l'hypertrophie de la prostate, portent sur la partie postérieure de cet organe. Il a pu se convaincre cependant, sur plusieurs pièces anatomiques, que la région antérieure de la glande prostatique contribue dans une certaine mesure à augmenter l'obstacle, les fibres musculaires qui la constituent étant également hypertrophiées et produisant ainsi une forte tension. Il est donc indiqué de chercher un moyen pour remédier à cette disposition. Or M. Goldmann a observé un prostatique très âgé, chez lequel, après une ponction vésicale à l'aide du trocart de Fleurant, il avait laissé la canule à demeure pendant une dizaine de jours. Il put pratiquer plus tard le cathétérisme et le malade finit même par uriner spontanément.

Ayant eu ensuite l'occasion de faire l'autopsie de ce sujet, M. Goldmann a constaté que la fistule passagère établie par la ponction avait fixé solidement la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale au-dessus de la symphyse pubienne. Cette adhérence vésicale avait produit une tension non seulement de la paroi vésicale antérieure, mais encore de la partie antérieure du col, maintenant ainsi l'orifice vésical béant et facilitant par suite la miction spontanée. M. Goldmann se demande dès lors s'il ne serait pas utile de traiter l'hypertrophie prostatique par la cystopexie; cette opération obvierait non seulement à la tension circulaire du col vésical en lui opposant la tension verticale de la paroi antérieure de la vessie, mais elle diminuerait également les risques de formation d'un diverticule dans la paroi postérieure, en arrière de la prostate.

M. Rydygier (de Lemberg) fait remarquer que la cystopexie comme méthode de traitement de l'hypertrophie prostatique a été proposée, il y a quelques années, déjà par son élève, M. Krynski.

Traitement des plaies infectées.

M. von Bruns (de Tubingue) fait remarquer que les recherches bactériologiques ayant amplement démontré qu'il est impossible, à l'aide des antiseptiques usuels, de stériliser une plaie infectée, on abandonne de plus en plus l'emploi de ces substances pour s'en tenir aux procédés mécaniques de désinfection, tels que la large incision, le lavage, le drainage et le tamponnement. Il estime cependant qu'il serait prématuré de renoncer complètement à l'usage des antiseptiques, et surtout de l'acide phénique. Le traitement de l'hydrocèle par l'acide phénique concentré, ainsi que le procédé de M. Phelps pour le traitement des plaies tuberculeuses par l'acide phénique pur et l'alcool, ayant amené M. Bruns à la conviction que l'acide phénique concentré est beaucoup plus inoffensif qu'en solution, il a fait, avec son assistant M. Honsell, l'essai de ce médicament dans 80 cas de plaies infectées, en procédant de la facon suivante :

On incise largement la plaie et, après évacuation du pus, on en touche le pourtour avec de l'alcool concentré, pour éviter la cautérisation de l'épiderme ambiant ; puis, avec un tampon de gaze trempé dans une quantité d'acide phénique variant entre 2 et 6 grammes, on déterge pendant une minute toute la surface de la plaie. Cette application d'acide phénique est suivie immédiatement d'un lavage à l'alcool absolu.

M. Bruns a pu constater que ce procédé est peu douloureux ; il détermine une sécrétion si peu abondante qu'on a souvent pu laisser le premier pansement pendant 2 à 4 jours. Dans aucun cas, il n'a observé de phénomènes d'intoxication, pas même la coloration verte des urines. En outre, ce mode de traitement coupe court à l'infection septique des plaies, tant par la destruction des microbes siégeant à la surface que par la réaction énergique des tissus que produit la cautérisation. Il ajoute qu'en présence des substances albuminoïdes, l'acide phénique concentré est un désinfectant beaucoup plus puissant que les solutions usuelles de sublimé.

M. Honsell (de Tubingue) fait observer que les expériences instituées au sujet du procédé de désinfection des plaies, dont vient de parler M. von Bruns, ont permis de constater que la résorption de l'acide phénique au niveau de la plaie est rendue à peu près nulle par la formation immédiate d'une eschare. Ce fait explique l'absence complète de symptômes d'intoxication chez les malades traités par cette méthode. Le lavage de la plaie à l'alcool absolu n'empêche point, comme l'avaient cru MM. Phelps et Fraser, la formation de cette eschare, mais l'alcool enlève beaucoup mieux que l'eau une partie de l'acide phénique qui y est renfermé.

L'efficacité de ce procédé réside à la fois, ainsi que l'a dit M. von Bruns, dans la valeur bactéricide de l'acide phénique pur, beaucoup plus considérable que celle d'une solution de sublimé à 1 p. 1000, et dans l'irritation du tissu sous-jacent. Ce dernier facteur a cependant un rôle beaucoup moins important que le premier, dont la puissance est augmentée par ce fait que la petite quantité d'acide phénique, qui imprègne l'eschare et n'est pas entraînée par l'alcool, produit un effet d'une certaine durée. Il est évident que ce traitement doit être réservé aux cas d'infection septique virulente et qu'en général nous nous en tenons aux moyens mécaniques, et principalement à l'incision large du foyer infecté.

M. Küster rappelle que le fer rouge de l'ancienne chirurgie, trop négligé par la génération actuelle, rend d'excellents services quand il s'agit d'arrêter immédiatement une infection septique. Il estime que, faites une, deux ou trois fois sous anesthésie chloroformique, les cautérisations suppriment presque sûrement ces infections ; il considère ce moyen comme de beaucoup plus efficace que le thermocautère.

M. König (de Berlin) est d'avis que les progrès réalisés dans le traitement des plaies septiques sont considérables, malgré l'abandon de la désinfection chimique. La meilleure pratique lui paraît être l'incision aussi large que possible du foyer infecté et son traitement à ciel ouvert.

Traitement des petits néoplasmes de la vessie.

M. Schulthess (de Wildungen) conseille de faire l'ablation des petits néoplasmes bénins de la vessie, à l'aide du cystoscope, sans ouvrir la cavité vésicale ; il estime que cette méthode fournit plus de jour que la cystotomie sus-pubienne, tout en n'exposant pas plus que cette dernière à la récidive locale ; il est évident, d'ailleurs, qu'elle n'empêche pas la formation de nouveaux papillomes en d'autres points.

M. Schulthess a aussi essayé dans un cas — il s'agissait d'un patient soumis antérieurement à trois interventions endovésicales et à la cystotomie — des injections de nitrate d'argent et d'acide tannique ; il a ainsi amené non seulement la disparition des hémorrhagies, mais encore la chute spontanée de nombreux petits papillomes.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'amputation du sein par le procédé mixte de Halsted-Gangolphe,

Par M. le Dr Mériel,

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Par ce double vocable, nous désignons l'adjonction au procédé d'amputation large du sein cancéreux, décrit par Halsted, la pédiculisation, aux fins d'hémostase préventive, des troncs artériels et veineux se distribuant à la région mammaire et due à Gangolphe (1).

L'amputation du sein par la méthode de Halsted, plus ou moins modifiée dans quelques détails, est adoptée par la très grande majorité des chirurgiens, si bien que parler encore d'amputations partielles, ou se limitant à la glande seule, passe à l'heure actuelle pour un pur anachronisme. Les belles recherches de Heidenhain ont démontré que le grand pectoral est presque toujours envahi, et qu'il faut le sacrifier largement, sans craindre les hypothétiques inconvénients fonctionnels que cela pourrait entraîner.

Les successifs travaux de Gussenbauer, de Kirmisson, de Rieffel, etc., pour ne citer que les principaux, ont bien mis en lumière la topographie des ganglions de l'aisselle, en sorte qu'il n'est plus permis aujourd'hui de ne pas faire l'ablation minutieuse de cette graine à cancer. Il faut aller plus loin, dans l'arrière-fond de l'aisselle, la fosse sous-scapulaire, le creux sous-claviculaire, pour emporter avec les ganglions aberrants, peu perceptibles à un rapide examen, le tissu cellulaire de ces diverses régions, englobant dans ses mailles ces ganglions minuscules « véritable graine toute prête à lever » (Delbet). Telles sont, en résumé, les grandes lignes de la thérapeutique actuelle du cancer du sein.

Puisqu'il faut, même et surtout pour une lésion minime en apparence, enlever largement peau, muscles, ganglions, tissu cellulaire, et que cette large exérèse doit ouvrir de nombreux vaisseaux, d'hémostase parfois malaisée, que d'autre part on risque d'intéresser l'artère ou la veine axillaire qu'il faudra côtoyer pour en isoler les ganglions néoplasiés, le chirurgien doit tout d'abord parer aux accidents de l'exérèse dans cette zone dangereuse, en un mot, faire l'hémostase préventive.

Or c'est une lacune de la méthode de Halsted, si bien comprise dans ses autres points, de n'avoir pas prévu ce temps préliminaire. La masse néoplasique et les tissus voisins, peau et muscles, sont relevés, d'après lui, vers l'aisselle, retenus à elle par le pédicule cellulo-ganglionnaire qui doit être minutieusement disséqué et emporté sans effraction, en chaîne continue, avec le bloc de la masse mammaire. Cette dissection doit être faite au bistouri, dit Halsted, et non avec les doigts, détestable coutume qu'ont la majorité des chirurgiens et que blâme le chirurgien de Baltimore, parce que l'on écrase par les tractions la matière cancéreuse, disséminée alors dans la plaie et saisie au passage par les orifice béants des lymphatiques sectionnés.

Mais on éprouve une juste appréhension d'aller risquer l'instrument tranchant au voisinage souvent immédiat de la veine axillaire si mobile, si volumineuse et si mince; aussi la dissection aux ciseaux est-elle préférable. Même avec cette précaution, c'est une besogne délicate, difficile souvent, périlleuse toujours; on s'expose à tout instant à sectionner les gros troncs qui, par traction sur les masses ganglionnaires adhérentes, se coudent, se tendent et s'offrent ainsi à la section.

D'autre part, les rapports anatomiques des artères avec les muscles de la région n'existant plus, on coupe, on pince à l'aveugle, la plaie s'inonde de sang, les tissus se confondent dans une même teinte et l'on abandonne fatalement des ganglions dans la plaie. Il suffit de se rappeler les opérations de cancer du sein de jadis pour reconnaître la vérité du tableau que nous venons de retracer.

Ne serait-il pas plus conforme aux coutumes de la chirurgie actuelle de commencer par se mettre à l'abri de cette pluie de sang qui couvre le champ opératoire, énerve l'opérateur et lui fait abandonner dans la plaie des éléments de récidive? En d'autres termes, ne peut-on pas faire pour le cancer du sein ce que l'on fait pour le cancer de l'utérus, du rectum, de la langue : l'hémostase préventive par la ligature des principaux troncs afférents? Gangolphe a imaginé, pour rendre plus facile l'ablation des groupes ganglionnaires, la ligature suivie de la section des trois artères acromio-thoracique, scapulaire inférieure, mammaire externe, autour desquelles se groupent les ganglions axillaires. La topographie de ces derniers nous a semblé moins régulière et nous proposons de ne plus réserver cette ligature préventive à l'ablation de quelques ganglions, mais de l'étendre d'une façon plus générale à l'hémostase de tous les organes à enlever dans la région mammaire. Nous avons pratiqué deux fois cette ligature préventive, et dans ces deux cas l'opération a pu être poursuivie sans hémorrhagie, à blanc, pour ce qui concerne le curage de l'aisselle.

Rappelons que les artères se distribuant à la région mammaire sont au nombre de trois, en procédant de haut en bas : l'acromio-thoracique, la mammaire externe, la scapulaire inférieure, flanquées, de chaque côté, de leurs veines satellites. Ces trois artères ont des points de repère exacts : l'acromio-thoracique se découvre en soulevant le grand pectoral et le petit pectoral; la thoracique longue ou mammaire externe sur le bord antérieur du grand pectoral, et la scapulaire inférieure le long du bord du grand dorsal. Dans la découverte de ces

1. Gangolphe, in *Thèse* Legendre, Lyon, 1900.

artères, il ne faut pas oublier que la mammaire externe naît souvent par un tronc commun avec la scapulaire inférieure. D'autre part, il n'est pas indifférent de sectionner les nerfs qui accompagnent ces artères, on évitera le nerf du grand dentelé qui est en dedans et en avant de l'artère et des veines thoraciques inférieures, le nerf du grand dorsal cheminant en avant des vaisseaux sous-scapulaires, toujours le long du bord antérieur du grand dorsal.

Ces notions anatomiques présentes à l'esprit, on fait l'incision de Halsted; puis le lambeau triangulaire de l'aisselle est disséqué jusque derrière le bord du grand dorsal, on va tout de suite sur ce bord à la recherche des vaisseaux scapulaires qui seront liés et coupés. Remontant ensuite sur le bord antérieur du grand pectoral, on cherche le paquet des vaisseaux mammaires externes qui sont traités de la même façon; enfin faisant récliner fortement en dedans ou même en coupant au ras de l'insertion humérale le muscle grand pectoral, on aperçoit les vaisseaux acromio-thoraciques qu'on lie et sectionne comme précédemment. On peut, de la sorte, emporter avec les vaisseaux sectionnés les ganglions qui leur sont adhérents, comme à des pédicules, d'où le nom de *pédiculisation* que Gangolphe a donné à ce temps préliminaire de l'exérèse.

Sectionnant ensuite le grand et le petit pectoral, on a sous les yeux tout le paquet vasculo-nerveux à ménager, d'une part, et la chaîne ganglionnaire d'autre part à enlever, ce qui est devenu aisé et sans risque d'hémorrhagie sérieuse, après ces ligatures préventives. Peu à peu le pédicule ganglionnaire est dégagé de ses connexions vasculaires, le tissu cellulaire inter-scapulo-thoracique doit aussi être enlevé, si bien qu'il ne reste plus qu'à couper les attaches sterno-chondro-costales du grand pectoral pour emporter toute la masse et d'un seul bloc. Il est loisible de commencer par l'ablation de la tumeur et du pectoral pour terminer par la dissection du pédicule ganglionnaire de l'aisselle ou bien de pratiquer tout d'abord cet évidement, et continuer de haut en bas vers la tumeur mammaire qui n'est détachée qu'à la fin. Quoi qu'il en soit, l'idée première est la même, celle d'aller hardiment attaquer l'ennemi dans ses postes avancés, représentés ici par les ganglions axillaires et sous-claviculaires, sans quoi l'ablation de la tumeur est une opération inutile, nous dirons même une faute, cela est de notion banale actuellement; mais pour bien faire le curage complet de l'aisselle, il faut se mettre à l'abri des effractions aux gros vaisseaux, et pour cela il n'y a pas d'autre moyen que de lier artères et veines au milieu desquelles on va travailler.

Cette précaution, dans deux cas successifs, nous a permis d'opérer à blanc dans la région axillaire, nous n'avons eu à lier au cours de l'ablation de la mamelle que les intercostales: aussi croyons-nous qu'il est bon d'appeler l'attention sur cette ligature préventive adoptée par Gangolphe. Cette adjonction à l'amputation, loin d'être une perte de temps puisqu'elle exige à peine quelques minutes pour un opérateur qui connaît bien ses repères, en fait au contraire gagner, car on a débuté par le point qui est le plus délicat, lorsqu'on n'a plus les muscles en place pour se repérer. Nous pensons qu'ainsi complétée, l'amputation du sein est une opération bien réglée, et dont le manuel opératoire s'accorde avec les tendances de la chirurgie moderne.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Adoue (Jean-Marie-Joseph-Charles-Phlippe). *Contribution à l'étude de l'anesthésie par injections sous-arachnoïdiennes lombaires de cocaïne.* N° 21.

M. Abadie (Joseph-Louis-Irénée-Jean). *Les localisations fonctionnelles de la capsule interne.* N° 1.

M. Martin (Claude-François). *Le coefficient émulsif et la tension superficielle des urines dans leurs rapports avec les albuminoïdes urinaires.* N° 24.

M. Balcam (Ernest-Edouard). *Ostéosarcome du maxillaire supérieur chez les enfants.* N° 20.

Le sujet choisi par M. Adoue est tout d'actualité.

La ponction lombaire est une opération facile et bien réglée et, d'autre part, l'injection de cocaïne semble inoffensive, si elle est faite aseptiquement et si la dose injectée ne va pas au-delà de 1 centigramme et demi à 4 centigrammes. On obtient ainsi une anesthésie réelle qui remonte jusqu'au-dessus du rebord costal et dure en moyenne de 1 heure à 1 h. 1/2.

Si cette méthode ne peut pas encore, à l'heure actuelle, être imposée d'une façon définitive, elle mérite du moins d'être étudiée de très près, car elle offre des avantages incontestables.

Dans ce travail très documenté, M. Abadie nous montre que la localisation motrice est la seule qui soit scientifiquement démontrée. Toutes les autres (mouvements choréiformes, troubles de la parole, de la sensibilité, de l'intelligence) sont erronées ou incertaines.

Pour les phénomènes moteurs, il est certain que la capsule interne est un lieu de passage des fibres de projection qui partent de la zone rolandique de l'écorce pour se rendre dans les muscles du côté opposé de la face et des membres.

Les faisceaux de la face traversent la capsule interne au niveau du genou; ceux destinés aux membres, au niveau du segment postérieur. Cependant il y a quelques observations de lésions du segment antérieur ayant provoqué des paralysies des membres du côté opposé et de lésions du segment postérieur ayant provoqué des paralysies faciales.

Il semble donc y avoir là des variations individuelles analogues à celles qui existent souvent sur d'autres parties des centres nerveux: dans l'entre-croisement des pyramides antérieures, par exemple.

Les paralysies d'origine capsulaire affectent, selon l'étendue et la topographie des lésions qui leur donnent naissance, les types de monoplégies pures (laryngée, faciale, brachiale, crurale), de monoplégies associées (linguo-facio-laryngée, brachio-crurale) ou d'hémiplégie totale.

Ces paralysies sont habituellement persistantes et s'accompagnent de contractures secondaires avec dégénération des fibres pyramidales. On voit s'y associer souvent des troubles de la parole, des phénomènes choréiformes, des troubles de la sensibilité, de l'émotivité et de l'intelligence.

Les troubles de la parole, dépendant des lésions capsulaires, ne rentrent pas dans le cadre de l'aphasie vraie. Ce sont des symptômes moteurs constituant, selon le degré, la dysarthrie ou l'anarthrie capsulaires.

Les phénomènes choréiformes ne s'observent qu'avec les lésions du segment postérieur de la capsule, mais on n'y trouve aucun faisceau dont la lésion isolée provoquerait l'hémichorée seule.

Les troubles de la sensibilité consistent soit en hypo-esthésie (tactile, douloureuse et thermique), soit en hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle totale et complète (type Türck-Charcot). Celle-ci semble due à une association hystérico-organique. La première doit être localisée dans la zone motrice des membres. Donc ici encore, on ne peut localiser dans le segment postérieur de la capsule un faisceau dont la lésion isolée provoquerait l'hémi-anesthésie sans paralysie concomitante.

Certains troubles de l'émotivité, tels que le rire et le pleurer spasmodiques, semblent susceptibles de se développer avec des lésions du segment antérieur de la capsule. Mais il n'existe qu'une seule observation probante.

Les troubles de l'intelligence observés ne diffèrent en rien de ceux qui accompagnent une lésion d'une région cérébrale quelconque. Il n'existe donc pas de faisceau intellectuel capsulaire.

Cette incertitude dans les localisations de la capsule interne tient à la pénurie des observations.

L'étude du pouvoir émulsif des urines, fonction de leur viscosité et de leur tension superficielle, présente un grand intérêt. La réaction de Jacquemet, qui n'en est qu'un cas particulier, a déjà fait ses preuves, en permettant de déceler les albumoses urinaires. La valeur diagnostique et pronostique ne peut que grandir.

L'étude du pouvoir émulsif par rapport à l'air a permis à M. Martin de trouver une mesure très exacte de ce pouvoir. C'est ce qu'il appelle le coefficient émulsif.

Après avoir établi par l'expérience que les variations de ce coefficient dépendaient surtout de la teneur de l'urine en matières albuminoïdes et en leurs dérivés voisins rangés le plus souvent parmi les matières extractives, l'auteur nous fait voir que le coefficient s'accroît avec le degré d'infection dans la plupart des maladies microbiennes fébriles avec ou sans albuminurie.

Dans les maladies chroniques, son élévation dépend des poussées thermiques.

Les variations de la tension superficielle, plus irrégulières, se font en sens inverse du pouvoir émulsif dans la grande majorité des cas.

L'ostéosarcome du maxillaire supérieur, sans être fréquent chez l'enfant, n'est cependant pas exceptionnel. De toutes ses causes, le traumatisme est la seule qui semble à peu près démontrée.

Dans le jeune âge, sa marche est très rapide et, par suite, son pronostic très grave; aussi le traitement devra-t-il être radical.

C'est sur le chapitre de la médecine opératoire que M. Balcalm a surtout insisté. On devra, dans la première partie de l'opération, faire tout ce qui n'amène pas de sang dans la bouche; cela fait, rapidement on termine, après avoir fait préparer tout ce qui est nécessaire pour faire une trachéotomie, afin d'y recouvrir en cas d'alerte.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Chorée au cours d'un érysipèle, par Fornaca (de Turin (*Riforma medica*, an XVII, vol. II, n° 1, p. 2, 1er avril 1901). — S'il peut être quelquefois démontré que l'infection est cause de la chorée, on ne trouve pas le même agent microbien dans tous les cas. Et lorsque la présence du microbe a pu être démontrée dans la pulpe cérébrale, il n'en est pas résulté forcément que le microbe fût décelable dans le liquide céphalo-rachidien. Ainsi dans un cas de chorée où la mort survint au 15e jour, le staphylocoque existait dans le cerveau alors que toutes les recherches bactériologiques entreprises sur le liquide céphalo-rachidien restèrent stériles.

Cependant la ponction lombaire est un bon moyen de rechercher les microbes qui peuvent avoir envahi les centres nerveux; dans la chorée, elle contribuera à fournir des données touchant l'étiologie de l'affection. Chez le professeur Bozzola, de Turin, on pratique sur les choréiques, toutes les fois qu'on le peut, la ponction lombaire. Fornaca rappelle un cas du service où l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien révéla le staphylococcus citreux et 2 autres cas où la recherche demeura négative.

Dans une observation plus détaillée, il s'agit d'un cas récent: une fillette de 14 ans, à hérédité névropathique chargée, était entrée à l'hôpital pour un érysipèle de la face; 2 jours plus tard elle effectuait des mouvements choréiques. Une ponction lombaire pratiquée au 3e jour de la chorée fournit un liquide qui donna du streptocoque sur les milieux de culture. Quelques jours plus tard la malade était guérie de sa chorée.

L'intérêt du cas rapporté réside en ce que la présence du streptocoque dans le liquide cérébro-spinal a été constatée pendant la vie et dans un cas de chorée qui a ensuite guéri; le microbe existait aussi dans le sang et dans l'urine de la petite malade. Jusqu'ici on n'avait trouvé le streptocoque dans le liquide céphalo-rachidien et les centres nerveux que dans des cas venus à l'autopsie. Touchant l'étiologie de la chorée, le fait ne prendrait une valeur significative que s'il venait à être appuyé d'un certain nombre de faits analogues.

Surdité corticale avec paralexie et hallucinations de l'ouïe due à des kystes hydatiques du cerveau, par Paul Sérieux et Roger Mignot (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 1, p. 39-48, janvier-février 1901). — Les symptômes étaient en rapport avec la position occupée par un certain nombre de kystes à la surface des hémisphères. Ainsi le diagnostic de surdité corticale fut confirmé par la présence d'un kyste à l'extrémité postérieure de la première temporale de l'hémisphère droit, et de 5 kystes sur la région temporale de l'hémisphère gauche.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 Avril 1901.

Fractures par armes à feu.

M. Delorme présente un soldat qu'il a opéré pour une blessure grave produite par une balle; celle-ci avait déterminé une fracture comminutive de l'humérus au tiers inférieur, avait blessé en outre les artères humérale et radiale, produit un éclatement de l'avant-bras et pénétré jusque dans la main.

Il y avait des esquilles libres, dont M. Delorme fit l'extraction. Il immobilisa ensuite le membre. La fracture se consolida en un temps qui n'excédait pas le temps nécessaire à la consolidation d'une fracture simple.

La plaie de l'avant-bras suppura abondamment, la peau se sphacéla, et M. Delorme, pour obtenir la cicatrisation usa de fils en anse placés à une certaine distance des bords de la plaie, qui mobilisèrent la peau et permirent une suture. Le résultat définitif est excellent. M. Delorme tire cette conclusion de cet exemple, qu'il faut pratiquer la conservation lorsqu'il s'agit du membre supérieur, même quand les désordres sont très étendus.

Vaccination.

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport annuel sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine. Il expose les actes divers par lesquels ces auxiliaires ont contribué à la lutte contre le fléau variolique. Puis il appelle l'attention de M. le ministre de l'Intérieur sur la persistance de l'épidémie qui règne en ce moment et qui, la semaine dernière, causait encore 10 décès, sans compter 91 cas nouveaux de cette maladie.

M. Hervieux fait remarquer que, née dans les premières semaines qui ont précédé l'Exposition, cette épidémie avait été presque complètement enrayée, grâce aux précautions prises par l'Administration et par l'empressement de la population parisienne à se faire revacciner, puisqu'il se fit une accalmie pendant l'Exposition, mais que l'épidémie se réveilla à la fin de l'an dernier. Bien qu'assez bénigne, cette épidémie exige qu'on la combatte et qu'on engage de nouveau, par des affiches multipliées, la population de la capitale à se faire vacciner.

Pseudo-lithiase intestinale d'origine médicamenteuse.

M. de Langenhagen (de Plombières) communique l'observation d'une femme de 48 ans qui, depuis 1 an, expulsait presque tous les jours par les fèces deux ou trois calculs assez volumineux, de couleur gris jaunâtre, d'aspect calcaire et qui étaient constitués par un mélange de bicarbonate de soude, de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie. Ces calculs avaient la même composition que des cachets médicamenteux que la malade prenait depuis très longtemps pour combattre des accidents dyspeptiques, et il suffit d'en suspendre l'usage pour faire disparaître les calculs.

Strabisme chez les nouveau-nés.

M. Scrini lit une note dans laquelle il établit que, sur 136 nouveau-nés de 1 à 15 jours qu'il a observés à la clinique Baudelocque, 60 présentaient un strabisme convergent alternant et périodique. 40 d'entre eux appartenaient à des mères primipares, 10 à des secondipares et 10 à des multipares.

A la clinique Tarnier, sur 120 nourrissons âgés de 15 jours à 6 mois, M. Scrini en a trouvé 37 qui étaient atteints de strabisme. De ces 37 enfants, 18 étaient issus de primipares, 13 de secondipares et 6 de multipares.

Il semble résulter de ces observations que le strabisme congénital est assez fréquent, et que sa fréquence est plus grande chez les enfants des primipares que chez ceux des multipares.

Nature et traitement de la goutte.

M. Morel-Lavallée. — On admet aujourd'hui que la goutte est liée à la précipitation au sein de l'organisme, et en particulier dans les tissus articulaires, de l'acide urique et de ses sels devenus insolubles. Mais les causes de cette insolubilité, le pourquoi et le comment de cette précipitation étaient restés jusqu'ici autant d'énigmes.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment un malade atteint d'une lymphangite ulcéro calcifiante de la peau, chel lequel j'ai pu assister à la formation de dépôts et d'infiltrations calcaires constitués non pas, comme je m'y attendais, par de l'urate acide de soude, mais par du phosphate de chaux uni à du carbonate de chaux et à quelques parcelles de sulfate de chaux.

Le coefficient normal de l'acidité de l'urine de ce malade ayant été trouvé en déficit d'un tiers, je lui prescrivis de l'acide phosphorique : en moins de 4 jours, aux particules micacées succédèrent des grumeaux transparents de matières gélatiniformes, tandis que l'on voyait s'affaisser et redevenir perméables les lymphatiques de la peau, siège de la précipitation des phosphates tribasiques.

On peut conclure de ce fait que la goutte est due, au moins dans un certain nombre de cas, à la précipitation dans nos organes ou nos tissus de phosphate tribasique de chaux.

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie,

PAR MM.

P. Le Gendre et G. Lepage.

I

Nécessité des études déontologiques. — Définition de la déontologie. — Qualités nécessaires au médecin. — Devoirs envers les malades et envers soi-même.

Quand on quitte la Faculté de médecine muni de son diplôme de docteur, on pense qu'on est en état d'exercer la profession de médecin et qu'on n'aura guère à vaincre que des difficultés scientifiques. Eh bien! c'est là une illusion dangereuse. Le jeune docteur qui sort de nos facultés et de nos hôpitaux est trop peu préparé aux difficultés professionnelles qu'il va rencontrer. Il a bien entendu ses maîtres faire allusion, dans leurs conversations familières autour des lits et dans le trajet d'une salle à l'autre, à quelques-unes de ces difficultés. Mais en quoi consistent-elles exactement? Par quels moyens pourra-t-il les éviter ou en triompher? Il ne s'en doute guère. S'il a la bonne fortune d'être enfant de la balle, il en sait naturellement plus long; son père ou son oncle l'auront mis en garde et sa naïveté sera moindre. Mais pour les autres que de surprises... souvent désagréables! Que de dangers même parfois les attendent! Déjà même peut-être le jeune homme s'est-il lancé dans les études médicales sans réflexion sérieuse sur le caractère particulier de la profession à laquelle elles conduisent. Les conférences que nous avons entreprises nous ont paru pouvoir remplir un double but, combler peut-être une double lacune. Elles comprendront à la fois les avertissements nécessaires à ceux qui commencent leurs études médicales et les conseils à ceux qui, les ayant terminées, sont sur le point d'affronter les écueils de la pratique.

Au temps des anciennes corporations, avant qu'elles eussent dégénéré en instrument d'oppression des individus par une oligarchie, quand elles représentaient vraiment des familles professionnelles, les maîtres, qui recevaient l'apprenti venant leur demander les secrets de leur art, s'assuraient si le jeune homme avait bien la vocation et les qualités, ou tout au moins les germes des qualités nécessaires; ils lui faisaient entrevoir les difficultés et le détournaient au besoin d'une carrière peu en harmonie avec ses aptitudes physiques ou intellectuelles. Plus tard, quand l'apprenti, ayant appris ce que son maître avait pu lui enseigner, avait conquis la maîtrise à son tour, le maître lui donnait les derniers conseils, lui communiquait ses plus fins secrets, l'avertissait de certains dangers. C'était là le beau côté des anciennes institutions tant qu'elles furent florissantes. L'histoire nous apprend qu'elles finirent par s'écarter tellement de leur caractère familial primitif qu'elles durent être brisées comme toutes les parties de l'ancien moule social.

La fin du siècle dernier a vu rompre ces traditions dans notre profession. Lors de la reconstitution des Facultés de médecine, l'Etat n'a guère eu en vue que l'enseignement scientifique et technique; il ne s'est vraiment pas assez inquiété de la perpétuation des traditions morales, si importantes dans une profession comme la nôtre. En ce siècle, l'individu est devenu de plus en plus libre et isolé. Le médecin a connu l'indépendance absolue; c'est peut-être dans la profession médicale que l'individualisme a atteint le plus haut degré. Mais, si cette indépendance et cet individualisme ont leurs avantages et leurs charmes, ils ont aussi des inconvénients et des dangers; un jour est venu où l'individualisme outrancier a pu paraître nuisible à l'individu comme à la société. C'est à l'excès de l'individualisme, ayant pour conséquence la rupture des liens confraternels, que de bons esprits ont attribué un rôle important dans la crise professionnelle qui s'est manifestée vers 1845. Le malaise était alors si grand qu'un mouvement d'opinion énergique se manifesta parmi les médecins français en faveur du retour à quelque groupement corporatif; il aboutit, après un congrès mémorable, à la formation de l'Association générale des Médecins de France, confédération de so-

ciétés locales. Sans doute, l'assistance aux déshérités de la profession, l'organisation d'une mutualité ont été au premier plan des devoirs de l'Association. Mais le souci de la dignité professionnelle a tenu aussi une grande place dans la vie des sociétaires.

Pendant 30 ans, cet effort fédératif produisit d'incontestables effets et contribua à l'entretien des bonnes traditions; puis d'autres causes de malaise survinrent. Les liens entre notre profession et la société contemporaine sont si multiples que tout événement économique ou social a sa répercussion sur notre condition. La catastrophe de 1870, l'amoindrissement de la fortune publique, les crises agricoles dans certains départements, l'invasion du phylloxéra dans d'autres, les krachs financiers dans les grandes villes ont eu pour effet de diminuer les revenus et d'empêcher l'élévation du taux des honoraires médicaux qu'il eût fallu pourtant mettre en harmonie avec l'augmentation croissante du prix des objets, du poids des impôts et la dépréciation progressive de l'argent. Nous avons nous-mêmes généreusement contribué à provoquer ou à faciliter des améliorations sociales qui se sont retournées contre nous : la loi de protection de l'enfance, le développement des sociétés de secours mutuels, les lois sur les accidents du travail sont des acquisitions heureuses pour nos concitoyens, mais qui ont été ou sont encore, pour une partie du corps médical, des charges, trop peu compensées par des honoraires insuffisants. Puis le nombre des médecins a, pour des causes diverses que nous aurons à étudier plus tard, augmenté dans de telles proportions depuis quelques années qu'on a pu parler de l'encombrement médical. La concurrence a conduit à l'avilissement des honoraires.

Alors se sont élevées les plaintes des praticiens, les récriminations contre les pouvoirs publics, qui leur demandent plus de sacrifices qu'aux autres parties du corps social, contre les maîtres qui, chargés de l'enseignement ou honorés des fonctions publiques, ont été accusés de ne pas assez s'inquiéter de leurs confrères moins heureux. Oui, vous entendrez dire de tous côtés qu'une crise sévit sur notre profession : il suffit de parcourir la presse médicale pour y voir des indices nombreux d'un malaise général, de divisions profondes entre des groupes de médecins qui vivent les uns vis-à-vis des autres en état d'hostilité. Déjà isolés dans la société qui ne les comprend pas toujours, tantôt les adule avec excès, tantôt les dénigre injustement, les médecins se déchirent encore entre eux. Et cependant ils ont tout à gagner à s'unir; car dans la société contemporaine, les isolés sont bientôt écrasés.

Pour s'unir ils doivent faire cesser les malentendus qui les divisent, malentendus qui découlent trop souvent d'une connaissance insuffisante des conditions nécessaires à l'exercice de notre profession, de leurs devoirs et de leurs droits, en un mot de la *déontologie*. Je n'en veux pour preuve que ces mots que M. le professeur Brouardel écrivait dans un livre récent : « Le jeune médecin, au moment où il vient d'obtenir son diplôme de docteur, se trouve aux prises avec de multiples difficultés; elles lui semblent insurmontables. Il n'est pas alors sans reprocher, souvent avec juste raison, à la Faculté dont il sort, de ne pas l'avoir suffisamment renseigné sur les conditions nouvelles dans lesquelles il lui faudra vivre dans le cours de sa carrière; en fait il ignore quels sont ses droits et ses devoirs (1). »

1. Brouardel, *l'Exercice de la médecine*, 1899.

Il n'existe pas d'enseignement officiel de la déontologie. Les devoirs du médecin vis-à-vis de la société, du moins les principaux, ont été tracés par le législateur et par d'innombrables arrêts des tribunaux, qui ont créé une jurisprudence pour les cas litigieux mal délimités par les lois. Cette partie de la déontologie, sous le nom de jurisprudence médicale, ressortit aux chaires de médecine légale; mais l'étendue des matières que leurs titulaires ont à enseigner est tellement considérable qu'il n'y a guère à espérer que malgré leur bonne volonté, — et elle est notoire, — ils puissent réussir à traiter les questions de jurisprudence médicale dans le laps de temps pendant lequel les étudiants peuvent chaque année aller les entendre.

La déontologie doit envisager encore certains devoirs vis-à-vis des malades, devoirs qui ne sont pas inscrits dans les lois, mais qui n'en sont pas moins importants, les devoirs vis-à-vis de leurs confrères, vis-à-vis des auxiliaires de la médecine, pharmaciens, sages-femmes, etc., et, outre les devoirs proprement dits, l'ensemble des usages et des convenances professionnelles.

Il y faut encore faire entrer la connaissance de nos droits, pour laquelle Dechambre proposait le nom de *dicéologie*. Or cette autre partie de la déontologie n'a jusqu'ici trouvé place dans aucun enseignement officiel; elle soulève d'ailleurs les problèmes les plus délicats de moralité et d'économie sociale. De remarquables ouvrages traitent sans doute de ces questions : Dechambre, Juhel-Renoy, Morache, pour ne parler que des plus récents. Mais la connaissance n'en est pas vulgarisée parmi les étudiants, et d'ailleurs ces auteurs ont posé beaucoup de questions sans les résoudre. L'importance d'un enseignement de la déontologie a été bien mise en lumière dans le rapport du professeur Grasset au Congrès international de juillet 1900 : « Je ne crois pas, disait-il, qu'on puisse pourtant demander la création d'une chaire spéciale, mais simplement que quelques leçons soient faites tous les ans aux élèves les plus avancés dans leurs études, à la veille de leur installation comme médecin pratiquant. »

C'est à combler cette lacune que nous nous sommes efforcés dès 1899, dans une série de conférences libres faites à l'Hôtel des Sociétés savantes, conférences que nous avons pu continuer en 1900 dans un amphithéâtre que M. le Doyen a bien voulu nous prêter. Nous lui sommes profondément reconnaissants de cette bienveillante hospitalité.

Notre prétention serait encore de ne pas nous adresser seulement aux étudiants qui sont sur le point de pratiquer, mais à ceux qui commencent leurs études; il serait même à désirer que beaucoup des choses que nous allons dire fussent connues de ceux qui n'ont pas encore commencé, afin de leur faire apprécier l'étendue des difficultés et des devoirs inhérents à notre profession. Un jour viendra peut-être où cet avertissement sera donné au jeune Français avant qu'il n'ait pris sa première inscription de médecine, pour lui éviter les mécomptes qui découlent des fausses vocations. Il faut dire hautement et répéter qu'*il n'existe peut-être pas de profession plus difficile que celle de médecin.*

Certes elle est difficile. Elle l'a toujours été sans doute, mais combien plus complexe encore elle est à l'aube du XXe siècle que dans les époques antérieures. Elle est même si difficile, à envisager toutes les connaissances qui pourraient être requises du médecin, qu'on ne peut plus concevoir un homme capable de mériter ce titre, à moins d'avoir consacré à l'acquérir le double

d'années que la loi requiert. Qu'est en effet le médecin dans la société actuelle? Une sorte de Maître Jacques devant répondre à toutes sortes d'exigences sociales : médecine et chirurgie avec leurs branches spéciales, demandant à elles seules des années d'apprentissage; hygiène publique officielle et, pour ainsi dire, gouvernementale; médecine légale. Evidemment aucun homme ne peut avoir en tout cela une compétence suffisante pour garantir la société contre les inconvénients qui découleraient d'erreurs graves dans l'exercice de ces divers mandats. Il y a les médecins savants purs, vivant dans le laboratoire, les médecins professeurs, les médecins des grandes villes et les spécialistes chirurgiens, accoucheurs, ophthalmologistes, laryngologistes, enfin les médecins des campagnes qui sont bien obligés d'être un peu tout cela. De là des spécialisations de plus en plus nécessaires, de là des catégories, appelées à devenir de plus en plus nombreuses, de personnes exerçant des professions différentes, n'ayant de commun entre elles que le diplôme de docteur en médecine et pour cette raison confondues par le public sous le vocable commun de médecins.

Les spécialisations ont déjà et auront de plus en plus pour résultat de créer des devoirs différents pour les docteurs en médecine qui exerceront chacune d'elles. Ils auront des devoirs généraux communs et des devoirs particuliers. La déontologie sera encore plus complexe; il y aura des nuances.

Mais laissons de côté tous les spécialistes. Tenons-nous-en pour aujourd'hui à la vie professionnelle du médecin praticien, qui borne son ambition à bien soigner les malades et ne demande à l'exercice de sa profession que de gagner convenablement sa vie et celle des siens.

Ne parlons pas de faire fortune; il est douteux que cela se puisse, à moins de circonstances exceptionnellement favorables qui deviendront de plus en plus rares. Mais pour être assuré de gagner seulement bien sa vie par l'exercice irréprochable de sa profession, il faut déjà réunir un certain nombre de conditions nécessaires, mais, ajoutons, suffisantes; car, loin d'afficher un pessimisme excessif, nous estimons, après avoir scruté bon nombre d'existences médicales parmi celles de nos anciens, de nos contemporains et de nos cadets, tenant compte à la fois des qualités de ceux qui ont réussi et des défauts de ceux qui ont échoué plus ou moins, nous croyons à l'exactitude des deux propositions suivantes :

1° Il n'y a guère de réussite possible dans notre profession sans la réunion d'un certain nombre de *qualités physiques, intellectuelles* et *morales;*

2° Si on a ces qualités, la réussite est certaine, plus ou moins rapide bien entendu et plus ou moins complète suivant d'autres circonstances indépendantes du médecin, mais accessoires.

Cela posé, quelles sont les *qualités nécessaires et suffisantes?*

Parlons rapidement des QUALITÉS PHYSIQUES.

Nous ne nous attarderons pas à parler du « beau physique », cela n'importe guère. Une heureuse physionomie est un atout de plus, mais nous avons tous vu réussir des hommes très disgraciés physiquement.

Nous ne dirons pas qu'il est nécessaire d'avoir les principaux sens intacts : il n'est pas ordinaire qu'on ait l'idée de commencer sa médecine quand on est sourd ou aveugle; mais on a pu voir un confrère devenu aveugle qui a continué à exercer sans perdre beaucoup de ses clients, et il y a des spécialités où il est permis d'être un peu dur d'oreille.

Les deux seules qualités physiques indispensables, mais elles le sont : c'est la *propreté* et la *bonne tenue.*

Ne vous récriez pas, si nous mettons la propreté en première ligne et si nous y insistons; elle n'est pas aussi répandue qu'il serait souhaitable, nous entendons la propreté rigoureuse, sœur de l'asepsie, celle qui ne se contente pas des mains lavées, mais qui exige des ongles irréprochables, celle qui ne se contente pas d'habits non maculés, mais qui réclame les précautions nécessaires pour ne pas transporter des germes pathogènes. Vous connaissez l'anecdote attribuée à un célèbre ovariotomiste anglais? Il y a déjà longtemps, c'était à l'aurore de l'antisepsie. A un visiteur aux ongles en deuil, qui lui demandait la raison de ses succès, il répondit paisiblement : « Je me nettoie les ongles. »

La bonne tenue est toujours nécessaire, nous ne disons pas l'élégance. Bien au contraire : le médecin doit être simple et de ceux qui passent inaperçus; le costume varie suivant les milieux; nulle part ni l'habit, ni la cravate blanche, ni même la redingote ne sont de rigueur; mais il faut des vêtements d'une propreté irréprochable.

Le médecin ne doit exhaler aucune odeur désagréable, pas même celle du tabac qui répugne à la plupart des malades, même à ceux qui, bien portants, ne la détestent pas. Les doigts jaunis de l'éternel fumeur de cigarettes, sa barbe et ses vêtements sentant la fumée feront redouter au patient la palpation, la percussion et l'auscultation de la région antérieure du thorax et du visage.

Il faut se défier des habitudes prises pendant la vie d'étudiant; rien n'est plus tenace qu'une mauvaise habitude.

Nous osons à peine ajouter la *sobriété* aux qualités somatiques requises du médecin, et pourtant on entend encore trop souvent parler de certains confrères dont leurs clients disent qu'ils sont d'excellents praticiens à condition d'être consultés à jeun et avant l'heure des apéritifs. Le médecin doit même avoir un certain raffinement de sobriété et donner l'exemple de la lutte sacrée contre l'alcoolisme, qui dévore notre nation.

Un grave défaut de tenue consiste, pour certains médecins, à *bavarder* trop dans le monde sur leur profession, à parler trop des cas qu'ils ont vus, des remèdes qu'ils emploient, à laisser raconter sur leurs confrères des anecdotes peu flatteuses sans protester. Cela déconsidère la profession.

Les auteurs des traités de déontologie parlent encore de l'âge et même du sexe du médecin.

L'*âge*, à vrai dire, n'importe guère; si le médecin même jeune montre les qualités d'un homme mûr, il sera rapidement accepté par la majorité des clients; par contre, si l'âge ne l'a pas rendu sérieux, il restera à bon droit suspect, même sous les cheveux blancs, à certaines mères de famille.

Quant au *sexe*, les discussions qu'a soulevées naguère l'accession des femmes au doctorat en médecine n'ont plus guère d'écho, même dans les théâtres joyeux; la plupart de nos confrères féminins ont su se faire une place honorable parmi nous.

Les QUALITÉS INTELLECTUELLES sont en première ligne le *jugement* et la *sagacité;* en seconde ligne la *mémoire*, et par-dessus tout *le goût du travail.*

Il faut au médecin le jugement, le bon sens qui lui permettra de discerner dans les circonstances embrouillées de quel côté est la vraisemblance, et d'éviter les engouements, les emballements en thérapeutique; il

lui faut cet esprit particulier que Pascal appelait l'*esprit de finesse*, le tact.

Le médecin doit être un psychologue sagace, curieux, quoique discret. Il doit savoir varier son langage suivant les milieux où il exerce, suivant l'âge, le sexe et la condition sociale de ses malades.

La mémoire nous est bien nécessaire, d'abord pour les études médicales, et aussi parce qu'il est indispensable de pouvoir conserver le souvenir du passé de nos malades; mémoire spéciale d'ailleurs, celle du médecin, et qui n'a rien à voir avec celle du comédien. C'est une mémoire basée sur certaines associations d'idées et qu'on peut acquérir toujours plus ou moins.

Le travail intellectuel est indispensable pendant toute la vie du médecin; s'il cesse de se tenir en haleine, eût-il fait des études satisfaisantes jusqu'à son doctorat, en peu de temps il sera devenu impropre à remplir son mandat; le champ de son expérience personnelle sera toujours insuffisant pour lui permettre d'ignorer le résultat de l'expérience d'autrui, c'est-à-dire les progrès de la science.

Le médecin doit être *instruit*, d'une instruction vaste et solide; il doit avoir reçu l'instruction générale avant l'instruction technique, et l'instruction littéraire à côté de l'instruction scientifique. L'instruction générale lui est nécessaire pour qu'il ne soit jamais sensiblement inférieur à ses clients, quel que soit leur rang social, s'il veut acquérir et conserver sur eux une influence indispensable. Si instruit qu'il soit, il doit non pas faire parade de ses connaissances, mais les laisser seulement deviner à propos.

Dans ses études il aura surtout soin de s'initier au côté pratique des sciences. Le P. C. N, l'étude de la bactériologie, la fréquentation des laboratoires ont été d'incontestables progrès. Mais avant tout le médecin aura étudié le malade, il aura *fait de la clinique*, beaucoup de clinique. Il aura été un *assidu de l'hôpital.*

L'assiduité à l'hôpital est le critérium de l'aptitude professionnelle; là on apprend l'*exactitude*, qualité si nécessaire au médecin et qui seule pourra lui permettre de ne pas succomber sous le fardeau de la nombreuse clientèle, on apprend le *prix du temps*. A l'hôpital seulement, l'étudiant *apprendra son futur métier*, c'est-à-dire *à examiner minutieusement* chaque malade, *mais avec tous les égards* et toute la *douceur* nécessaires; il *apprendra à interroger* avec méthode, avec une *curiosité* toujours en éveil, mais avec *bienveillance* et *discrétion*. Il apprendra la correction dans son maintien et dans ses paroles, à se concilier la confiance des patients; il ne découvrira pas les malades brusquement et ne les palpera pas brutalement avec des mains glacées. Il apprendra tout cela... si ses chefs le lui enseignent et si l'organisation des études officielles le lui permet ou l'y invite.

Quand l'étudiant aura appris ce qu'on peut apprendre sur les bancs de l'école et autour des lits d'hôpital, à poser un diagnostic, à faire un pronostic et même une certaine sorte de thérapeutique, il lui faudra encore s'attendre à rencontrer un champ nouveau d'études; car les milieux dans lequel il devra exercer ses connaissances sont infiniment variés, et il y a pour ainsi dire des pathologies diverses : il aura des surprises multiples; heureux si les conversations avec ses chefs l'ont déjà un peu préparé à ces surprises.

En tout cas il faudra *réfléchir mûrement avant de s'installer* à la ville, grande ou petite, ou dans ses faubourgs, ou à la campagne, dans un milieu ouvrier ou dans un milieu rural. Exercera-t-on la chirurgie ou la médecine ou une spécialité? C'est ici qu'il faut tâter ses forces, ses aptitudes et ses ressources, consulter ceux qui vous connaissent. Les difficultés sont diverses dans ces différentes alternatives?

Mais, dans quelque milieu que le médecin doive exercer, le succès lui viendra s'il a, outre l'instruction, les QUALITÉS MORALES NÉCESSAIRES. Ce sont celles-là qui font le vrai médecin; rien ne les remplace, ni la science, ni l'esprit, ni les relations, ni les protections, et, à la rigueur, elles peuvent, dans certains cas, suppléer à l'insuffisance des autres.

Ces qualités morales, c'est la *patience* et la *bonté*, c'est la *dignité*, c'est l'*honnêteté*, c'est le *courage*, c'est le sentiment du devoir. La déontologie tout entière est le commentaire et la mise en pratique de ces qualités.

D'abord la patience et la bonté sont faciles à celui qui *aime les malades* et *a le désir de les soulager*. Si c'est la curiosité des maladies qui fait le savant, c'est l'amour des malades qui fait le médecin.

Ce qui déconcerte inévitablement plus ou moins au début de la carrière le jeune médecin, « qui n'a vu encore de malades que dans les hôpitaux, où la passivité de l'être souffrant répond à la domination nécessaire du chef de service », dit excellemment Dechambre, c'est que dans ce milieu nouveau de la clienlèle « il a affaire à l'homme autant qu'au malade ». Et il aura à tenir compte, chez ses clients, du *scepticisme*, des *préjugés*, de certaines *idées religieuses;* c'est là qu'il faut être psychologue et diplomate.

Vis-à-vis des sceptiques, ou du moins de ceux qui se disent tels, car le vrai sceptique n'appellerait pas le médecin, il faut être sincère, ne pas vouloir surfaire notre art en promettant plus que nous ne pouvons tenir; mais il faut affirmer avec énergie ce que nous savons de science certaine, en un mot, pour exercer sur les prétendus sceptiques une action salutaire, le médecin ne doit pas être sceptique lui-même.

Plaignons ceux d'entre nous qui contribuent à faire douter le public de la réalité des services que nous lui rendons en paraissant n'y pas croire eux-mêmes.

— Le médecin a sans cesse des préjugés à combattre; ces préjugés varient selon les milieux, mais ils ne sont pas moindres chez les riches que chez les pauvres. Nous pouvons les déraciner souvent par une persuasion patiente, dans quelques cas les tourner en y donnant une apparente satisfaction.

Au point de vue des idées religieuses, le médecin doit s'imposer la plus absolue neutralité. Quelle que soit son opinion personnelle, il doit en faire abstraction pour ne heurter en aucune manière les sentiments du patient et de son entourage. Si lui ou les siens ont manifesté le désir qu'un prêtre soit appelé, il doit donner le signal de cet appel en indiquant au besoin le moment le plus opportun pour ne pas faire naître prématurément chez le malade une alarme dangereuse et pour lui permettre cependant d'accomplir avec une lucidité suffisante les pratiques auxquels il tient. C'est la même conduite qui s'impose au point de vue de la préservation des intérêts humains et des dispositions testamentaires.

Le médecin doit au malade, dans la plus large mesure, le *dévouement* et la *complaisance;* il doit se rendre aussitôt que possible près de lui quand on l'appelle et lui consacrer tout le temps nécessaire, faire tout ce qu'il peut pour le soulager, en s'ingéniant à employer les petits moyens quand les grands font défaut, mais il ne doit pas se laisser tyranniser ni diminuer dans sa dignité professionnelle. Au chevet d'un malade pauvre nous honorons notre profession en lui rendant au besoin les

soins les plus humbles; mais, au chevet du riche entouré de garde-malades et de serviteurs, le médecin ne doit accomplir que les actes matériels strictement médicaux.

Nous devons rester auprès du malade, quel que soit le prix des honoraires, le temps nécessaire, mais non pas plus qu'il ne faut; ce temps doit être employé uniquement à l'examen minutieux du patient et aux indications du traitement, et il faut éviter autant que possible de laisser la conversation s'égarer sur des sujets étrangers. Il va sans dire que, dans certains cas où le médecin sent qu'il peut faire un grand bien moral par l'intérêt qu'il témoigne aux affaires de son malade et par la distraction qu'il lui apporte, il restera encore dans son rôle professionnel en se prêtant volontiers à des digressions sur des sujets étrangers à la maladie.

Quant à la *fréquence des visites*, il va de soi qu'elle doit varier suivant les cas : un médecin consciencieux et digne ne fera pas de visites inutiles, même aux riches; mais il doit revoir son malade aussi souvent qu'il faut pour le bien surveiller et pour que le malade ne se croie pas négligé. La fréquence est évidemment subordonnée aussi aux conditions matérielles de la pratique et aux distances. Dans les maladies aiguës il est bon d'expliquer quelquefois, dès la première visite, que l'intérêt même pécuniaire du malade est que pendant la période critique les visites soient multipliées, et qu'ainsi pourront être évitées telles complications (broncho-pneumonie, coqueluche, appendicite) qui prolongeraient le cours de la maladie. Dans les maladies chroniques on pourra attendre pour revenir que le malade vous fasse redemander.

Le médecin peut devenir l'ami de ses clients, mais non pas leur camarade; car il doit conserver toujours sur eux son ascendant, dans leur propre intérêt comme dans celui de sa propre dignité.

Quelques services qu'il leur ait rendus, il ne doit pas s'attendre à une gratitude constante de leur part; de longs succès dans une famille ne garantissent pas contre l'ingratitude au premier revers. Il ne faut pas confondre l'ingratitude avec l'infidélité; c'est la maladie chronique qui est l'écueil de la fidélité du client : il est bien naturel que le malade qui ne voit pas poindre l'amélioration nous quitte dans l'espoir qu'un autre de nos confrères pourra la lui procurer. Nous n'avons pas le droit de nous fâcher quand on nous quitte loyalement, mais il ne faut jamais tolérer un changement dissimulé, c'est-à-dire qu'un malade qui continue à recevoir nos visites applique en même temps un traitement non conseillé par nous.

Il faut toutefois se garder de confondre la dignité et la susceptibilité. Si nous apprenons du malade lui-même qu'il est allé consulter un autre confrère dans son cabinet et s'il nous fait part du résultat de cette consultation en nous demandant de surveiller le nouvel essai thérapeutique qui lui a été conseillé, nous ne compromettrons point notre dignité en acceptant, à moins que cet essai ne nous paraisse dangereux ou ridicule. Le plus souvent il aurait mieux valu, en cas de maladie traînante, devancer l'infidélité du malade en lui suggérant l'idée d'une consultation et en le prévenant que nous ne serions pas froissé qu'il prît d'autres avis que le nôtre.

Le médecin doit être extrêmement *patient* : patient avec le malade, patient avec la maladie et patient avec l'entourage. Aux objections si souvent ridicules qu'on lui fait, à l'impatience qu'on lui témoigne, il ne doit opposer ni l'indignation ni l'ironie, mais une réfutation logique basée sur les connaissances scientifiques, et, suivant les milieux, une bonhomie cordiale ou une froideur ferme et polie.

Quelquefois l'intimidation peut être utilisée vis-à-vis de certains malades : les simulateurs, les hystériques et les enfants.

Il me reste à parler de trois qualités morales nécessaires : l'*honnêteté*, la *discrétion* et la *prudence*.

L'honnêteté nécessaire au médecin n'est pas seulement l'honnêteté vulgaire, celle qui consiste à se mettre en règle avec le Code pénal; je répéterai à propos d'elle ce que j'ai dit de la propreté physique : il faut chez le médecin qu'elle soit raffinée.

Le médecin doit s'interdire toutes les formes de *réclame*, tout ce qui peut le faire soupçonner de compérages louches et de bénéfices illicites. Professons l'horreur des charlatans, non seulement de ceux de la rue, des affiches et des vespasiennes, mais de ceux qui abusent de l'hospitalité trop bienveillante des sociétés savantes, de l'hospitalité payée des journaux politiques, et de la tolérance forcée des Congrès.

La discrétion comporte tout d'abord l'observation stricte du SECRET MÉDICAL. De tout temps il a été considéré comme le premier de nos devoirs.

Il est ainsi défini dans le serment d'Hippocrate : « Ce que, dans l'exercice ou en dehors de l'exercice et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret. »

Dans les statuts de la Faculté en 1602, on lit :

Ægrorum arcana visa, audita, intellecta eliminet nemo.

Et l'article 378 du Code pénal établit la sanction :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur a confiés, c'est-à-dire les élèves ou auxiliaires employés par les personnes désignées, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs. »

Le secret médical est du plus haut intérêt social; il était donc naturel que la loi assurât son observation par une pénalité.

En droit strict, en se tenant à la lettre de l'article 378, la jurisprudence a souvent limité l'obligation du silence au secret *confié*, aux confidences faites sous le sceau du secret.

Mais l'interprétation juridique à l'époque contemporaine tend de plus en plus à élargir le domaine du secret : plus étendu encore que ne le concevaient Hippocrate et l'ancienne Faculté, il comprend *tout ce que nous avons vu, entendu ou compris à l'occasion de nos fonctions.*

Dans la pratique, l'intérêt social supérieur qui s'attache au secret médical peut être et est malheureusement en contradiction avec des intérêts particuliers, ceux du médecin, ou ceux du malade, ou ceux de certains tiers.

De là des difficultés très délicates d'interprétation qu'il serait malaisé de résoudre pour vous, si vous n'étiez avertis des solutions qui vous sont offertes par la jurisprudence, par l'autorité de vos maîtres et par la voix de votre conscience dûment éclairée.

Nous traiterons avec détails ce sujet, auquel le professeur Brouardel a consacré un livre entier, quand nous aborderons les rapports du médecin avec la loi.

La discrétion ne consiste pas seulement à ne pas trahir les secrets qui nous sont confiés, elle nous impose encore le devoir d'éviter, dans nos rapports avec les familles, toute question qui n'a pas d'utilité au point de vue du malade; si nous sommes toujours prêts à accueillir les confidences, ne les provoquons pas et sachons souvent les repousser quand elles ne sont pas d'ordre médical,

nous éviterons ainsi bien souvent de grands désagréments. Dans les milieux si divers que le médecin traverse, il doit tout voir sans avoir l'air de regarder, deviner souvent sans questionner, et donner aux malades, comme à leur entourage, l'impression qu'il n'est jamais préoccupé que de l'exercice de sa profession. Ne regardez pas trop le mobilier et les tableaux.

En un mot le tact est indispensable aux médecins.

Nous ne saurions enfin trop recommander la prudence dans le langage comme dans les actes. Il n'est peut-être pas inutile d'engager le jeune médecin à *se défier des femmes*. Il faut déployer vis-à-vis de la femme et de la jeune fille une délicatesse et une correction parfaites; savoir leur plaire sans se compromettre est un art difficile, auquel certains d'entre nous ont dû de belles fortunes professionnelles, mais à la condition indispensable d'éviter les bonnes fortunes. *Timeo Danaos et dona ferentes.* Il est toujours préférable qu'une parente ou une amie soit présente dans les circonstances qui nécessitent soit l'anesthésie, soit, du côté des organes génitaux, des explorations ou des interventions capables de donner lieu à des imputations fâcheuses.

Toute notre pratique doit être gouvernée par la conviction que nous ne devons pas faire à autrui ce que nous ne voudrions pas qu'on nous fît à nous-mêmes, et par conséquent *il faut s'interdire tout traitement hasardeux*. Il ne faut pas oublier que le médecin peut voir sa responsabilité engagée, même légalement, dans de multiples circonstances. Sans doute le diplôme couvre, en termes généraux, les résultats de la pratique; mais, néanmoins, il faut savoir que, « au criminel comme au civil, quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni » (article 379 du Code pénal), et que « tout fait quelconque de l'homme qui a causé à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer » (article 1382 du Code civil) « non seulement par son fait, mais par sa négligence ou son imprudence » (art. 1383 du Code civil).

L'impéritie, la faute lourde du médecin, l'ignorance des choses qu'il doit nécessairement savoir motivent une condamnation contre le médecin; les procès en responsabilité tendent à se multiplier, et n'espérez pas l'indulgence des magistrats.

Dans L'EXAMEN DES MALADES il faut apporter la plus grande douceur et la préoccupation de fatiguer le moins possible le malade, sans cependant négliger d'examiner tous les organes et appareils; il y a lieu d'observer des nuances multiples suivant le sexe, les âges et l'état social des patients.

L'interrogatoire doit être méthodiquement conduit, si vous voulez qu'il vous mène sur la bonne piste et vous conduise au diagnostic avec la moindre perte de temps; il faut savoir tantôt laisser parler le malade, tantôt l'arrêter à propos; un médecin doit procéder avec le flair et la sagacité d'un bon juge d'instruction, ou, si vous aimez mieux, d'un confesseur qui veut le salut et non la perte du pécheur.

Dans quelle mesure convient-il de faire part au malade ou à son entourage du DIAGNOSTIC auquel vous vous êtes arrêtés? — En principe il est inutile de le faire tant qu'on ne vous le demande pas, et beaucoup de malades dans certains milieux sociaux ne le réclament pas d'une façon précise. Si votre diagnostic est certain et s'il n'a rien d'alarmant pour le malade, vous pouvez toujours le lui dire, simplement et sans pédanterie, en évitant autant que possible le jargon gréco-romain de nos pathologies, en usant de formes appropriées au degré de culture de l'interlocuteur.

Si vous n'avez encore que des présomptions et que vous ayez l'espérance d'être plus éclairé d'ici à peu de temps par l'évolution naturelle de la maladie, vous ferez sagement de ne pas confier vos incertitudes au malade ni à l'entourage. C'est à celui-ci que vous devrez en faire part d'abord, si vous ne sentez pas vos incertitudes se dissiper et si la situation s'aggrave, afin de demander une consultation avec un confrère. C'est également à l'entourage que vous devez d'abord annoncer votre diagnostic quand il est assuré, avant de le dire au patient lui-même; car il se peut que, pour certaines raisons particulières que vous ne sauriez deviner, ce diagnostic, peu inquiétant à vos yeux, doive alarmer et décourager le malade; vous pourrez consentir dans ce cas à ne pas lui dire le vrai diagnostic, s'il n'est pas nécessaire qu'il le connaisse pour se bien soigner.

Mais il est une maladie à propos de laquelle vous auriez tort de consentir à cacher la vérité à l'intéressé, même si son entourage vous demande de le faire pour ne pas l'effrayer, c'est la tuberculose pulmonaire dans la période où vous la jugez curable. Car le tuberculeux ne se soigne comme il convient de le faire que quand on lui dit la vérité; il va sans dire que cette vérité doit lui être annoncée peu à peu avec les plus grands ménagements et la plus amicale douceur. Encore convient-il de s'assurer, avant de tracer au malade le plan de traitement que ce diagnostic entraîne, qu'il aura les moyens de l'exécuter; jusqu'ici dans notre pays la cure hygiénique et diététique de la tuberculose est à la portée des seuls malades ayant quelque aisance, sinon la richesse. Souhaitons et hâtons de tous nos efforts la création en France de sanatoriums à l'usage des indigents tuberculeux, comme il en existe depuis longtemps déjà en Allemagne et en Suisse. Quand il s'agit d'une tuberculose trop avancée pour espérer la guérison, il faut déguiser la vérité sous l'euphémisme de la bronchite chronique, mais il faut toujours avertir l'entourage et prévenir par des moyens appropriés la contamination de la famille.

On sera conduit à laisser entrevoir la vérité au sujet d'un cancer au début et opérable, tel que celui du sein, de l'utérus ou de la langue, tout en évitant de prononcer le mot redouté; au moins peut-on dire qu'il y a lieu de craindre une transformation ultérieure en affection de mauvaise nature si le mal qui débute n'est pas enlevé au plus tôt.

Mais lorsque le diagnostic est celui d'une maladie incurable (cancer inopérable, méningite tuberculeuse), ne vous hâtez pas de dire sans réserve le diagnostic; faites part seulement de vos craintes à l'entourage et laissez peu à peu la triste vérité se dévoiler d'elle-même; sinon, ayant avoué votre impuissance, vous livrez le patient aux entreprises douloureuses ou ruineuses des charlatans que les parents et les amis amèneront à l'envi.

Si on vous fait parfois grâce du diagnostic, il est tout naturel qu'on vous demande toujours et impatiemment le PRONOSTIC. Or vous savez qu'Hippocrate proclamait déjà que c'est la partie de notre art la plus difficile. Plus vous vieillirez sous le harnais, plus vous vous montrerez sur ce point circonspects. Ne brûlez vos vaisseaux qu'à la dernière extrémité. Il arrive que le médecin traitant ne se résolve pas à prononcer lui-même l'inexorable arrêt et appelle à la rescousse un consultant pour lui en

laisser le triste soin. Celui-ci devra s'en acquitter avec les plus grands ménagements.

Doit-on toujours laisser ignorer l'approche de la fin au patient lui-même? dans quels cas et dans quelle mesure convient-il de lui faire pressentir que la situation s'aggrave? — Oui, mais pour trancher la question, il faut bien connaître le caractère du malade, ses opinions religieuses ou philosophiques, il faut s'être enquis auprès des proches des désirs qu'il a pu manifester à l'état de santé. Si on a des raisons de penser que le moribond est religieux et attaché à la pratique de son culte, s'il est indispensable à l'avenir des siens qu'il prenne, encore lucide, des dispositions testamentaires, le devoir du médecin, quelles que soient ses opinions personnelles, est de laisser entrevoir à l'intéressé la gravité croissante de la maladie; sans lui dire que tout est désespéré, on peut lui insinuer que la précaution n'est jamais inutile en de telles matières, et que la tranquillité morale qu'on acquiert, quand on s'est mis en règle avec ses devoirs familiaux ou sa conscience, est un élément de force et de résistance dans les conjonctures critiques des maladies.

Sans faire ici un cours de THÉRAPEUTIQUE, il n'est pas hors de propos de tracer les règles générales qui s'imposent au médecin comme de véritables devoirs dans l'institution du traitement, d'autant que l'enseignement pratique de la thérapeutique n'existe guère plus à l'hôpital qu'à la Faculté. Si quelques-uns de vos maîtres prennent la peine de faire rédiger devant eux à leurs externes quelques ordonnances pour des malades du dehors, l'immense majorité des étudiants en médecine ignore la manière de formuler régulièrement un traitement complet *par écrit*. Or il est indispensable qu'un médecin ne quitte son malade qu'après avoir laissé une prescription écrite indiquant tous les détails du traitement et le régime alimentaire.

Vous n'êtes pas tenus d'être calligraphes, mais vous devez toujours *écrire et signer lisiblement*.

M. Brouardel rappelle, dans son livre sur l'exercice de la médecine, que la fâcheuse habitude de beaucoup de médecins d'écrire illisiblement « a été l'objet d'une scène fort amusante, dans un vaudeville joué il y a quelques années. On racontait que le médecin de service d'un théâtre, ayant donné son fauteuil à l'un de ses amis étranger aux choses de la médecine, celui-ci avait été appelé par hasard, au cours de la représentation, à donner des soins à une jeune dame indisposée. Ne sachant que faire, après l'avoir délacée, il griffonna une ordonnance, écrivant sur le papier des mots sans suite, et apposant au bas de sa prescription une signature illisible. Le pharmacien remit à l'employé du théâtre envoyé à son officine une potion qui fit le plus grand bien à la malade ». *Si non e vero, e bene trovato*' mais, dans la réalité, vous auriez tort de vous reposer sur la perspicacité du pharmacien; il pourrait y avoir dans l'exécution de l'ordonnance telle erreur de médicament ou de dose dont vous porteriez lourdement la responsabilité devant les tribunaux.

Votre ordonnance doit être complète, vous ne devez jamais indiquer un médicament toxique sans spécifier la dose totale qui doit être délivrée par le pharmacien et le temps que le malade doit mettre à la consommer. La loi vous oblige à écrire *en toutes lettres* et non en chiffres les doses des substances toxiques.

Pour éviter autant que possible les erreurs de rédaction, ne permettez pas à l'entourage de vous adresser la parole pendant que vous écrivez votre ordonnance et *relisez-la* toujours attentivement après l'avoir écrite. N'oubliez pas de la dater.

Dans le *choix des médicaments*, souvenez-vous qu'il existe des *susceptibilités spéciales* (l'opium chez les enfants, l'atropine chez certains adultes, etc.); il est toujours prudent de questionner le malade ou son entourage pour savoir s'il a déjà pris sans inconvénients le médicament que vous songez à lui prescrire, il vous arrivera ainsi de temps en temps d'éviter la déconvenue d'avoir provoqué involontairement des accidents désagréables à un patient que vous vouliez soulager; pour certaines substances qui peuvent produire des phénomènes physiologiques gênants, mydriase ou érythème atropique, ivresse quinique ou salicylique, etc., il est bon d'en faire prévoir la possibilité.

Adaptez la médication aux âges et à l'état des reins; fractionnez les doses des substances actives pour en faciliter l'élimination; défiez-vous des toxiques chez les enfants et chez les vieillards.

Ne mettez à profit les *médications nouvelles* qu'avec une extrême prudence et ne les appliquez pas après en avoir eu connaissance aux hasards d'une lecture, d'après un article de journal de seconde, ou troisième main; n'oubliez pas que la presse contemporaine, même scientifique, a perdu en exactitude ce qu'elle a gagné en rapidité d'information; chaque jour nous voyons un nouveau mode de traitement préconisé par un journaliste qui ne s'est pas donné la peine de recourir aux sources pour vérifier les doses et les détails d'application, les indications précisées par l'initiateur. Gardez-vous de suivre aveuglément les conseils de ce littérateur irresponsable, vous praticiens responsables des risques qu'une erreur de chiffre peut faire courir à vos clients.

Ne prescrivez jamais de *remèdes secrets*. Ne formulez jamais des médicaments sous des rubriques de convention : sirop n° 1 ou pilules n° 2, qui seraient connues seulement de vous et d'un pharmacien déterminé, pour ne pas donner prise à l'accusation de compérage.

Dans quelle mesure pouvez-vous prescrire des *spécialités?* — Il y a des arguments pour et contre cette habitude, qui tend à s'introduire dans les mœurs médicales.

Les partisans des spécialités disent qu'à notre époque de fraude et de pharmacie au rabais, on risque de ne pas obtenir de substances de bonne qualité si le client s'adresse à certaines officines peu scrupuleuses, tandis que les grands industriels qui fabriquent les spécialités disposent d'un outillage perfectionné leur permettant de fournir toujours des produits de composition identique, et que l'intérêt de chacun d'eux est de maintenir une marque irréprochable.

Les adversaires des spécialités disent qu'en se fiant à elles on n'est jamais sûr qu'une marque, bonne jusqu'à un certain jour, ne deviendra pas médiocre ou mauvaise, comme il peut arriver pour tout produit commercial, tandis qu'en prescrivant les préparations magistrales inscrites au Codex, nous sommes couverts par la loi même qui a institué l'inspection des pharmaciens.

Il est certain du moins que l'habitude de prescrire des spécialités conduit de plus en plus les jeunes générations médicales à ignorer la pharmacologie et l'art de formuler. Nous pensons que c'est là une déchéance humiliante pour la profession.

Ne faites pas *abus de médicaments* dans l'intérêt de l'estomac de vos malades et dans celui de leur bourse; ne faites pas faire, aux pauvres surtout, de dépenses inutiles.

Ne faites pas exclusivement la thérapeutique des symptômes, rappelez-vous que la vraie est celle qui est basée

sur la pathogénie et que la palliative n'est qu'un pis aller.

Ne subissez pas la thérapeutique que prétendent souvent imposer, surtout à un jeune médecin, le malade ou son entourage; ne faites pas de la thérapeutique de complaisance, telle que de couper dès le début par une forte dose de colchique un accès de goutte légitime, ou de faire sans raison suffisante des injections de morphine à des hystériques, au risque de compromettre l'avenir ou la vie même des patients, mauvais juges de leur propre intérêt.

N'oubliez pas que le souci de l'hygiène doit toujours primer dans vos prescriptions les formules médicamenteuses, et qu'on fait d'excellente médecine avec très peu de drogues, si on sait mettre en œuvre la diététique, les agents physiques, l'hydrothérapie, le repos ou l'exercice, l'isolement et la suggestion.

Cependant, malgré votre thérapeutique, malgré les consultations que vous aurez pu avoir avec vos confrères ou vos maîtres, votre malade est en imminence de mort. N'abandonnez pas la lutte jusqu'au dernier moment; cherchez jusqu'au bout à soulager, en tout cas à consoler et à réconforter le malade et l'entourage.

La MORT est venue : vérifiez-la, annoncez-la délicatement aux proches s'ils l'ignorent encore. Donnez dans certaines circonstances des conseils pour la dernière toilette du défunt, pour les dernières précautions à prendre en vue d'éviter des contagions s'il en est à craindre.

Il n'est pas d'usage que le médecin assiste aux obsèques de ses clients, mais ne manquez pas d'envoyer vos condoléances écrites, si vous n'avez pas assisté aux derniers moments et n'avez pu les faire verbalement.

Attendez pour reparaître dans la maison qu'on vous y rappelle, et ne soyez pas trop surpris quand on ne le fera pas, n'eût-on rien à vous reprocher! Le plus souvent pourtant, si vous avez fait votre devoir, l'issue fatale prévue par vous, et annoncée en temps opportun, ne vous aura pas fait perdre la confiance des survivants.

Voilà bien des conditions difficiles et délicates à remplir pour être un médecin irréprochable! Sans doute, pour remplir — non pas complètement, ni toujours, car c'est presque au-dessus de l'effort humain, — mais le plus souvent possible et sans trop d'indignité, cette tâche, la plus belle que puisse assumer l'homme, il faut s'y préparer longtemps par une initiation graduelle; il faut se dépouiller peu à peu de nombreux défauts physiques, intellectuels et normaux et conquérir, si on ne les a pas naturellement, les qualités que nous avons énumérées.

Mais, dira-t-on, vous aller décourager les débutants en leur représentant que la carrière est à ce point difficile. A vrai dire, il n'y aurait pas grand mal à en décourager bon nombre; la carrière est si encombrée et elle le serait moins si elle n'était parcourue que par ceux-là seuls qui, en ayant compris les difficultés, se ceignent la poitrine du triple airain dont parlait le poète.

MEDECINE PRATIQUE

Le pétrosulfol,

D'après M. le Dr TISON (1).

Depuis quelque temps, on emploie à l'étranger, principalement en Autriche, dans la thérapeutique générale, mais surtout dans celle des affections cutanées, un produit appelé pétrosulfol qui est riche en soufre et qu'on obtient par la distillation d'une roche bitumineuse. Cette substance possède à peu près toutes les propriétés physiques et chimiques de l'ichthyol.

Disons d'abord que le pétrosulfol peut s'employer sous forme d'onguent, pâte, vernis, pommade ou poudre. Comme il est soluble dans l'eau, il est facile d'en imbiber les compresses et les bandes nécessaires à la confection des appareils. On l'emploie également en solutions éthérées et alcooliques.

Les principales applications concernent surtout l'eczéma, principalement l'eczéma folliculaire, pustuleux ou squameux, pourvu que la forme en soit sèche ou peu humide. Le pétrosulfol ne convient pas aux eczémas fortement humides. On sait qu'il en est de même des préparations faites avec l'ichthyol, le goudron, etc.

Mais les eczémas secs même invétérés et les eczémas aigus dans leur période squameuse se trouvent très bien de l'emploi du pétrosulfol. C'est surtout dans les eczémas aux squames épaisses qu'Unna appelle kératoïdes que ce nouveau médicament produit des effets étonnants. Ses propriétés s'exercent également sur les eczémas folliculaires. Il faut encore ranger dans la même catégorie l'eczéma pustuleux et le sycosis.

Le professeur S. Ehrmann a traité par le pétrosulfol 422 cas d'eczéma et 40 de sycosis. Les 422 cas d'eczémas se décomposent ainsi : 60 cas d'eczéma squameux des membres supérieurs et des mains, 95 cas d'eczéma squameux localisé aux mains, 42 cas d'eczéma squameux de la nuque et du cou, 37 cas d'eczéma en plaques disséminées sur le tronc, 56 cas d'eczéma du scrotum ou des grandes lèvres. Les autres cas s'appliquent à des eczémas des orteils, du cou-de-pied, de la périphérie de la bouche, des aisselles, ainsi qu'aux eczémas kératoïdes des membres inférieurs, des genoux et de l'anus.

Dans tous ces cas, le pétrosulfol a été employé sous forme d'onguent ou de pâte d'après les formules suivantes :

1° Pétrosulfol. . . . . 4 gr.
Vernis de caséine . . . . . . 20 à 40 gr.

ou :

2° Pétrosulfol . . . . 6 gr.
Lanoline . . . . } ââ 20 gr.
Vaseline jaune américaine. . . }
Oxyde de zinc. . . . . . . } ââ 10 gr.
Amidon ou talc de Venise. . . }

La pâte doit être peu épaisse, ce qu'il est facile d'obtenir en variant les proportions d'oxyde de zinc ou d'amidon. Dans certains cas, il est vrai, on peut étaler l'onguent ou la pâte sur de la tarlatane. On les applique directement sur la partie malade sans la recouvrir. On peut aussi envelopper ensuite cette partie de gaze hydrophile, puis attacher avec des épingles, ou plus exceptionnellement avec des bandes de calicot. Le tout du reste est subordonné à la situation des malades suivant qu'ils sont obligés de travailler, de sortir, etc.

Les lotions au pétrosulfol n'abîment pas le linge. Si le premier lavage n'enlève pas complètement la teinte jaunâtre, celle-ci ne résiste pas au second blanchissage. L'auteur n'a jamais remarqué d'irritation après l'emploi de ce médicament sauf dans un cas d'eczéma en plaques avec prurit dû à un abcès, tuberculeux de l'intestin et qui était entretenu par le grattage du malade. Dans le cas où le pétrosulfol ne produisit aucun effet, on obtint de bons résultats par l'emploi de l'onguent de zinc et de résorcine.

C'est dans l'espace de 2 à 5 semaines que le professeur S. Ehrmann a pu faire disparaître les eczémas localisés ou non. Toutefois il y a quelquefois des insuccès dus soit à la nature du mal qui est excessivement tenace, soit à l'obligation où sont

1. *Bull. offi. Soc. méd. des Praticiens*, 15 janv. 1901.

les malades de travailler et chez lesquels le traitement est appliqué d'une façon trop courte, trop imparfaite.

Les eczémas squameux et récents guérissent tous dans l'espace de 2 à 3 semaines, sauf les cas où l'eczéma sec coexiste avec l'eczéma humide. Pour obtenir la guérison, il faut d'abord transformer ce dernier en eczéma sec, soit à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100, soit à l'aide d'onguents particuliers.

Le pétrosulfol produit une guérison extrêmement rapide dans les cas d'eczéma folliculaire du scrotum. Les malades n'étaient pas peu surpris de voir les pustules disparaître après 2 jours de traitement.

Le sycosis pourtant si rebelle d'habitude, tant celui des favoris que celui des moustaches, est également justiciable de ce traitement. On emploie dans ce cas des cataplasmes qu'on arrose avec une solution à 10 p. 100 de ce médicament. On recouvre de gaze hydrophile et de batiste de Billroth. Ce pansement est renouvelé 3 fois par jour, matin, midi, soir. En même temps, il faut recourir à l'épilation, ce que les malades peuvent faire eux-mêmes. Cette épilation est indispensable pour la guérison. Dans ces conditions, celle-ci survient rapidement, quelquefois en 10 jours. Il n'est même pas nécessaire que les malades gardent constamment le cataplasme. Ceux qui travaillent et sont obligés de sortir peuvent ne le faire que 10 à 12 heures par jour.

La merveilleuse efficacité du pétrosulfol dans le traitement du sycosis est portée au summum quand, au lieu de cataplasmes, on emploie le courant électrique en procédant comme l'auteur l'a indiqué autrefois quand il se servait d'ichthyol. Quatorze jours suffisent à faire disparaître le sycosis par ce traitement qui consiste à cataphoriser le siège du mal en appliquant le pôle positif pendant 1/4 d'heure, puis en renversant le courant pendant un autre 1/4 d'heure.

Le professeur S. Ehrmann ne s'est pas contenté de ces preuves cliniques, mais il a fait des expériences bactériologiques à l'aide de cultures de *staphylococcus albus et aureus* dans lesquelles il introduisait une proportion déterminée de pétrosulfol. Au-dessous de 6 p. 100, les cultures n'étaient pas gênées par la présence du produit, mais à partir de 6, 7, 8 et 9 p. 100, le nombre des tubes stériles allait progressant si bien que dans les cultures à 10 p. 100, il n'y avait plus aucun développement de staphylocoque.

Ces expériences l'ont conduit à employer le pétrosulfol dans diverses inflammations purulentes de la peau, telles que la furonculose, l'impétigo coccogène et l'impétigo contagieux. On peut dans ces cas employer soit le cataplasme chaud arrosé d'une solution de pétrosulfol à 10 p. 100, soit un onguent qu'on étale sur de la toile, à la façon d'un emplâtre. Ce dernier moyen détache les croûtes et garantit le derme.

La lymphangite et l'érysipèle que l'auteur traitait autrefois avec l'ichthyol sont heureusement influencés par l'emploi du pétrosulfol en solution dans l'éther qu'il est facile d'administrer quand le cuir chevelu est envahi par la maladie.

Dans l'hyperhydrose des mains et des pieds, on a recours à un mélange de 5 à 10 p. 100 de pétrosulfol avec l'onguent diachylum de Hébra ou avec l'onguent de Kaposi à base de vaseline et de plomb. Une solution de pétrosulfol dans l'alcool est également efficace dans les sueurs chaudes des mains et des pieds. On se trouvera bien également, dans ces cas, d'une solution à 5 p. 100 de pétrosulfol additionnée au moins de 5 p. 100 d'acide salicylique. Dans ces cas comme dans l'érythème, l'auteur recommande les poudres suivantes à base de pétrosulfol.

Pétrosulfol	5 gr.
Talc de Venise	50 gr.
Amidon	100 gr.

ou :

Pétrosulfol	6 gr.
Talc de Venise	60 gr.
Carbonate de magnésie	40 gr.

L'emploi du pétrosulfol s'impose pour combattre le prurit, surtout celui des organes génitaux, qu'il provienne d'une inflammation de la peau ou d'une cause nerveuse. Quant au prurit causé par une auto-intoxication, il n'y a d'autre moyen de le combattre qu'en traitant la cause première.

On sait combien l'ichthyol a été vanté contre les maladies blennorrhagiques. La même efficacité s'obtient avec le pétrosulfol dont l'emploi dans la prostatite blennorrhagique amène rapidement une diminution de l'organe ou réduit la douleur au minimum. Il en est de même dans les cas d'abcès périuréthraux où, à l'aide d'une solution à 10 p. 100, on observe rapidement la diminution de la suppuration et une prompte cicatrisation.

Après avoir expérimenté le pétrosulfol dans plus de 500 cas, le professeur S. Ehrman conclut que le médicament est d'un emploi efficace dans le traitement des eczémas papuleux ou squameux, aigus ou chroniques, de l'eczéma papuleux ainsi que des inflammations de la peau : impétigo, ecthyma, sycosis coccogène ou hyphogène. Son emploi réussit également contre les hypérémies chroniques, les engelures, les sueurs des mains et des pieds. Non seulement il agit contre les inflammations déterminées par les staphylocoques, mais aussi contre celles causées par le streptocoque, comme dans l'érysipèle. On l'emploie surtout contre les inflammations qui apparaissent à la suite de la gonorrhée, dans l'appareil glandulaire de l'urèthre (prostatite, péri-uréthrite). Dans aucun cas, le pétrosulfol n'a produit d'irritation. Ce qui permet d'affirmer que cette substance dont le prix est modique met aux mains du médecin une arme sûre et puissante.

Comme on le voit, l'analogie entre le pétrosulfol et l'ichthyol se poursuit sur le terrain thérapeutique comme sur le terrain physique et chimique. On sait que ce dernier limité longtemps à l'usage externe est actuellement employé à l'usage interne pour activer la nutrition. Nous n'avons encore trouvé rien de semblable pour le premier, mais il est probable que l'analogie se poursuivra également sur ce nouveau terrain. Comme on l'a vu plus haut, le pétrosulfol est bactéricide et antiseptique. Il n'y a nul doute qu'il n'agisse efficacement dans les affections gastro-intestinales et dans les cas d'infection. N'avons-nous pas montré ici il y a longtemps (Congrès de Rome 1894) que le lys, qui est également bactéricide et antiseptique, est peut-être le meilleur médicament interne à employer contre la fièvre typhoïde ?

NÉCROLOGIE

Le Dr Napias.

En annonçant le beau livre qu'à l'occasion de l'Exposition universelle Napias venait de publier, nous avons signalé (*Gaz. hebd.*, 1900, p. 1104) les efforts tentés par cet honnête et laborieux médecin pour essayer de remédier au désarroi dans lequel il avait trouvé l'administration de l'Assistance publique. Ces efforts n'ont pu aboutir, il faut bien le reconnaître. Il eût fallu à celui qui voulait concilier les intérêts financiers de la Ville de Paris avec les nécessités de l'enseignement et ceux de l'hygiène hospitalière plus de temps et plus d'autorité. Mais il convient d'ajouter que la tâche était et qu'elle reste difficile.

Napias avait, pour la mener à bien, un passé irréprochable, des connaissances techniques très étendues, un caractère courtois et affable, une souplesse d'esprit que nous souhaitons à son successeur.

Ses débuts avaient été difficiles. Ancien médecin de la Marine, démissionnaire en 1871, il avait dû lutter énergiquement avant d'arriver inspecteur du travail des enfants dans l'industrie, médecin de diverses sociétés de secours mutuels — M. Barberet lui facilita ces emplois, — puis inspecteur général et enfin directeur de l'Assistance publique.

Sécrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle après notre ami Lacassagne, il se donna tout entier à ces études d'hygiène, et seul, ou en collaboration avec A.-J. Martin, il publia toute une série d'ouvrages qui font autorité. Nous citerons son *Manuel d'hygiène industrielle* et son *Etude et progrès de l'hygiène en France*.

Membre de l'Académie de médecine en 1897, Napias faisait partie du *Comité consultatif d'hygiène* et du *Conseil supérieur de l'Assistance publique*. L. L.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Adipose douloureuse.

Communication à la *Société de Neurologie*, le 18 avril 1901,

Par MM. Ch. Achard et Ch. Laubry.

Dercum a fait connaître, en septembre 1888, au Congrès de l'association des neurologistes américains, un type clinique essentiellement caractérisé par une sorte de dystrophie du tissu conjonctif qui s'infiltre de graisse, et par des douleurs accompagnant le développement de cette stéatose. De nouvelles observations, publiées notamment par Dercum et ses élèves, ont permis, par la suite, d'ajouter quelques détails à ce complexus symptomatique, appelé par Dercum *adipose douloureuse*, et auquel d'autres auteurs ont attribué le nom de *maladie de Dercum*.

Comme cette affection a été encore assez peu étudiée en France, la malade qui fait l'objet de cette présentation peut offrir quelque intérêt.

Observation. — Leg... (Catherine), âgée de 79 ans, entrée le 6 mars 1901 à l'hôpital Tenon, salle Magendie n° 15.

La malade n'a pas connu ses grands-parents. Son père et sa mère sont morts à plus de 80 ans, sans avoir eu de maladies véritables et sans avoir présenté d'obésité. Ses oncles et tantes sont morts également à un âge avancé.

Elle a eu 8 frères et sœurs; l'un est mort de congestion pulmonaire à 65 ans, les autres sont morts plus jeunes, sauf une sœur qui est actuellement vivante et âgée de 80 ans.

Elle a eu 5 enfants : 3 sont bien portants, les 2 autres sont morts, peut-être d'alcoolisme.

Dans ses antécédents personnels, on relève une fièvre typhoïde à 23 ans et une pneumonie à 38 ans.

Il y a 15 ans, à la suite d'une chute provoquée par une violente émotion, elle entra à l'hôpital Tenon dans le service de M. Cuffer pour une contusion de la hanche. Elle se rappelle qu'on explora à plusieurs reprises sa sensibilité. Depuis cette époque, elle a conservé une légère faiblesse du membre inférieur gauche.

A la suite de cet accident, elle eut des métrorrhagies qui survenaient irrégulièrement, toutes les 3 semaines environ, durant 2 ou 3 jours comme les règles, et qui ont cessé au bout de 3 ans.

En même temps, la malade commença à ressentir des douleurs, d'abord localisées à la cuisse qui avait subi le traumatisme, puis à la région lombaire, et qui, peu à peu, se sont généralisées, en affectant surtout la continuité des membres. Elles étaient continues, avec de courts paroxysmes, mais elles restaient compatibles avec la marche et les occupations journalières peu fatigantes de la malade.

Il y a 6 mois cependant, ces douleurs sont devenues plus vives, s'exacerbant par le moindre mouvement, obligeant la malade à rester allongée, déterminant une impotence complète pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital.

En découvrant la malade, on est frappé de son obésité, et surtout de la disposition des masses adipeuses, qui sont distribuées sur les membres et sur le tronc, en respectant les extrémités (mains et pieds) ainsi que la face.

Aux membres inférieurs, elles forment des nodules diffus, du volume d'une grosse noix, au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, et s'étagent tout le long de la face postéro-interne de la jambe sous forme de masses plus volumineuses, au nombre de 4 ou 5, bien limitées transversalement par des sillons assez larges, qui les étranglent comme s'ils étaient dus à des brides fibreuses, et mal limitées au contraire dans le sens longitudinal, en sorte qu'elles se confondent graduellement avec les tissus environnants des faces antérieure et externe de la jambe.

Aux membres supérieurs, elles manquent dans toute la partie inférieure de l'avant-bras. Au voisinage du coude, elles forment des bandes épaisses, mal limitées. C'est au bras surtout qu'elles sont développées, formant sur la face postérieure, du coude à l'épaule, une masse volumineuse; l'adipose est moins accentuée sur la face antéro-externe.

Sur le tronc, l'adipose est assez uniformément répartie. On remarque cependant deux sillons qui délimitent les masses diffuses, l'un au niveau du bord inférieur des fausses côtes, l'autre parallèlement au pli de l'aine.

Les masses adipeuses présentent une consistance rénitente, élastique. Elles sont fort douloureuses à la pression profonde, qui, détermine, surtout aux membres inférieurs, d'énergiques mouvements de défense et qui arrache même des cris à la malade. Elles sont également le siège de douleurs spontanées. La marche les provoque, de même que toute contraction musculaire; au contraire, les mouvements passifs que l'on imprime aux jointures se font sans difficultés ni douleurs. Il n'y a ni craquements, ni déformations des articulations. On ne remarque pas d'atrophie musculaire. La station debout a lieu sans difficulté.

Les réflexes rotuliens sont énergiques, surtout à gauche; la percussion du tendon rotulien est douloureuse. Les réflexes cutané plantaire, pharyngien, cornéen sont conservés.

La sensibilité au contact est conservée avec une acuité très vive dans les membres inférieurs, sauf à la partie supéro-externe de la cuisse gauche où elle est un peu affaiblie. Elle est conservée dans le reste du corps, mais avec une moindre acuité.

La sensibilité à la douleur est conservée; il y a un peu d'hyperalgésie au niveau des masses adipeuses.

Pas de modifications de la sensibilité thermique.

Pas de troubles notables de la vision, sauf quelques mouches volantes et autres sensations subjectives sans importance. Légère diminution de l'ouïe.

Malgré son grand âge, la malade ne présente pas de troubles intellectuels. Elle ne sait pas écrire. Il n'y a aucun trouble cardiaque.

La palpation du cou ne permet pas de délimiter le corps thyroïde.

L'examen du thorax révèle quelques signes d'emphysème et de légers frottements à la base gauche. Depuis quelques mois la malade est sujette à des épistaxis; elle a de la constipation; l'appétit est diminué et il se produit quelques vomissements pituiteux. Les urines pendant les premiers jours sont rares (500 centimètres cubes environ dans les 24 heures); elles ne renferment ni sucre ni albumine. Puis elles augmentent de quantité, dépassant un litre. Une analyse, faite le 10 avril, donne pour 1 200 centimètres cubes d'urine en 24 heures : urée 11 grammes, chlorures 5 grammes, phosphates 1 gr.,4; densité 1,012.

Taille 1 m. 50. Poids 80 kil. 500.

Examen du sang : globules rouges, 4 900 000; globules blancs, 20 000; polynucléaires, 80 p. 100; mononucléaires et lymphocytes, 20 p. 100. Pas d'éosinophiles.

L'affection décrite par Dercum se réduit à peu près à la réunion des deux symptômes fondamentaux : adipose et douleur.

L'adipose est le plus souvent partielle, symétrique et distribuée sous forme de masses nodulaires plus ou moins volumineuses. Mais ce caractère n'est pas constant, car, dans une observation de Spiller et dans une autre de Giudiceandrea, elle était diffuse. Chez notre malade, elle est nettement nodulaire aux membres, tandis que l'abdomen est le siège d'une infiltration adipeuse diffuse. Un des traits particuliers de cette adipose, que l'on peut constater également chez cette femme, paraît être de respecter les pieds, les mains et la face.

Les douleurs sont généralement spontanées et augmentées par la pression, comme dans notre cas (1). Quant aux autres accidents qui ont été signalés dans les diverses observations, ils sont des plus variables et des plus inconstants. Tels sont : les troubles de la sensibilité objective notés dans un cas de Dercum, dans une observation de Giudiceandrea et dans la nôtre, — l'atrophie musculaire (Dercum) ou au contraire l'hypertrophie des muscles de la main (Giudiceandrea), — des altérations du système pileux (rareté des poils et chute des cheveux dans un cas de Giudiceandrea), — une double atteinte de zona chez une malade de Dercum, — des hémorrhagies diverses (3 cas de Dercum, un cas de Giudiceandrea et observation personnelle), — des troubles psychiques (Eshner, Dercum, H. White).

L'origine de la maladie reste fort obscure. Le sexe féminin paraît seul atteint. Le traumatisme, qui a précédé dans notre observation l'apparition de la maladie, se retrouve dans le cas d'Eshner. On a cherché à établir des analogies entre l'adipose douloureuse et le myxœdème, notamment les formes frustes de cette dernière affection. Dans cet ordre d'idées, Dercum a même rapporté 3 cas dans lesquels il a constaté diverses lésions du corps thyroïde, telles qu'un mélange d'atrophie et d'hypertrophie, des calcifications, de la distension des vésicules par la matière colloïde, de l'infiltration du stroma par des cellules rondes. Mais ces altérations sont fort peu caractéristiques et ne paraissent pas jusqu'ici se distinguer suffisamment de celles qu'on rencontre chez un grand nombre de sujets parvenus à l'âge auquel se développe habituellement l'adipose douloureuse.

Quant au traitement thyroïdien qui a parfois été essayé, il n'a donné que des résultats imparfaits ou même, dans un cas de H. White et un autre de Giudiceandrea, il est resté de nul effet.

1. Tout récemment A. Carducci (*Policlinico*, 23 février 1901) a décrit sous le nom d'*adipose analgésique* un état morbide qui semble se relier très étroitement à la maladie de Dercum. Chez sa malade, il n'y avait, en fait de troubles de la sensibilité subjective, que des douleurs lombaires, mais la sensibilité objective était altérée pour la douleur et pour la température. Or des troubles objectifs de même nature peuvent exister dans la maladie de Dercum, ainsi qu'on peut le voir dans notre observation.

BIBLIOGRAPHIE

F.-X. Dercum. A subcutaneous connective-tissue dystrophy of the arms and back associated with symptoms resembling myxœdema (*University medic. Mag.*, déc. 1888).

F.-P. Henry. Myxœdematoid dystrophy (*Journ. of nerv. and mental disease*, mars 1891).

F.-X. Dercum. Three cases of hitherto unclassified affection ressembling in its grosser aspects obesity, but associated with special nervons symptoms. — Adiposis dolorosa (*Americ. Journ. of the med. sciences*, nov. 1892, p. 521).

W.-G. Spiller. Report of three cases of adiposis dolorosa (*Med. News*, 26 fév. 1898).

Aug.-A. Eshner. A case of adiposis dolorosa (*Philadelphia medic. Journ.*, 8 oct. 1898).

Ch. Féré. Adipose douloureuse (*Médecine moderne*, 28 décembre 1898, p. 729.

Hale White. *Brit. med. Journ.*, 1899, p. 1533.

V. Giudiceandrea. *Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma*, 1er juillet 1899.

V. Giudiceandrea. *Riv. di patol. nervosa e mentale*, 7 juil. 1900, vol. V, p. 289.

F.-X. Dercum. Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with microscopical examination (*Journ. of nerv. and mental disease*, août 1900, p. 420).

Burr. *Americ. Journ. of nerv. and mental disease*, octob. 1900.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 26 Avril 1901.

Rupture d'hydrocèle.

MM. Mauclaire et **Vinsonneau** présentent deux pièces d'hydrocèle rompue; dans un cas, la rupture s'est effectuée presque spontanément, sur une longueur de 2 à 3 centimètres à la partie postéro-inférieure de la séreuse.

Dans l'autre cas, la rupture est survenue à la suite d'un traumatisme; la déchirure est étendue et double.

Kystes hydatiques du foie; hypertrophie compensatrice des cellules hépatiques.

MM. Gouraud et Rathery montrent un foie dont le lobe gauche loge deux kystes hydatiques; l'un d'eux est en communication avec le canal cholédoque. Le malade est mort subitement, dans le service de M. Chauffard, à Cochin.

Débarrassé des kystes, le foie apparaît hypertrophié. L'examen histologique montre un processus d'hypertrophie compensatrice manifeste.

M. Letulle demande si la mensuration des cellules hépatiques a été pratiquée; il pense que cette mensuration est nécessaire pour établir le diagnostic d'hypertrophie compensatrice.

M. Cornil estime que les cellules hépatiques à deux noyaux existent à l'état normal dans la proportion de 30 p. 100. Il ne faut donc s'appuyer qu'avec réserve sur la multiplication des noyaux pour démontrer l'hypertrophie.

Corps jaune aberrant.

M. Lefas a trouvé, sur une pièce provenant d'une hystérectomie vaginale pratiquée pour annexite, une petite tumeur appendue à une des franges du pavillon de la trompe droite, tumeur du volume d'une noisette, offrant à la coupe une cavité centrale remplie de sang. Au microscope, on voit qu'il s'agit d'un véritable corps jaune aberrant.

Tumeurs et cythémolyse.

M. Milian rappelle qu'on connaît bien, depuis les travaux de M. Hayem, l'anémie si marquée qu'on rencontre chez les cancéreux et qui se traduit à l'examen hématologique par une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine; mais qu'il n'a pas été fait de distinction entre les divers néoplasmes à ce sujet.

Dans l'épithéliome, on peut mettre cette action hémolytique en évidence non seulement par l'examen du sang, mais encore par l'examen des épanchements hémorrhagiques directement en contact avec la néoplasie. Dans ces liquides hémorrhagiques, il existe de l'hémoglobine dissoute, c'est-à-dire qu'il y a cythémolyse.

Le mécanisme intime de cette action cythémolytique reste à élucider.

Dans le sarcome, et, en général, dans les tumeurs conjonctives, cette dissolution des globules rouges n'existe pas. Il semblerait même qu'il y a hyperglobulie. C'est ainsi que, chez un malade arrivé au dernier terme de la cachexie à la suite d'un sarcome généralisé qui l'avait fait maigrir de 20 kilogrammes, la numération des globules rouges pratiquée trois jours avant la mort donnait un chiffre de 5 119000 hématies.

Ces notions n'ont pas seulement un intérêt théorique, mais encore un intérêt pratique; car dès lors l'examen du sang peut servir au diagnostic clinique différentiel de ces deux sortes de tumeurs, cela d'autant plus que le sarcome ne s'accompagne pas d'une leucocytose aussi marquée que celle du cancer. Ce sont là des faits sur lesquels l'auteur se propose de revenir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er Mai 1901.

Sur la suture nerveuse.

M. Reynier répond aux objections formulées dans la séance précédente par MM. Quénu et Delbet, relativement à la réunion immédiate des nerfs.

Lorsqu'on suture un nerf qui a été sectionné nettement, si ce nerf est assez gros pour que les deux bouts soient coaptés bien exactement, M. Reynier ne voit pas ce qu'il peut y avoir de surprenant à ce que la réunion se fasse rapidement comme dans les plaies des autres tissus. Les observations cliniques semblent tout au moins donner le droit de l'admettre.

Les observations de M. Reynier ne sont pas en effet isolées : M. Monod a présenté ici même, en 1894, un malade auquel, 4 jours auparavant, il avait fait au bras une résection du nerf radial et suturé séance tenante les deux bouts du nerf divisé. Or ce malade, examiné le lendemain de l'opération, ne présentait pas trace de paralysie des extenseurs et aucun trouble de sensibilité.

M. Quénu a pratiqué, il y a déjà bon nombre d'années, des sutures nerveuses chez des chiens dont il avait sectionné le sciatique; toujours il a obtenu la réunion immédiate du nerf sectionné, mais toujours aussi il a observé sur les pièces, examinées au microscope, une zone de tissu cicatriciel séparant les deux bouts du nerf suturé. L'affrontement des cylindres-axes est donc illusoire et on ne peut admettre que la conduction nerveuse puisse se faire dans de pareilles conditions. D'autant plus qu'au niveau de la suture les cylindres-axes se trouvent, du fait même d'une coaptation un peu serrée, étalés dans tous les sens et ne se correspondent plus, les fibres sensitives pouvant se trouver en face des fibres motrices. Ainsi tout s'élève contre le rétablissement de la conduction motrice immédiate que M. Reynier affirme avoir observée à deux reprises.

M. Poirier. — On peut chirurgicalement obtenir la réunion immédiate d'un tronc nerveux, il est impossible d'obtenir le rétablissement de la fonction, les cylindres-axes séparés de leur neurone subissant fatalement la dégénérescence wallérienne; de nombreuses expériences ne permettent aucun doute à cet égard.

M. Ricard a jadis fait des expériences sur les sutures nerveuses dans les plaies des nerfs moteurs. A cet effet il a sectionné et suturé le nerf sciatique de nombre de chiens : chez 5 ou 6 d'entre eux il a obtenu une réunion immédiate du nerf, mais dans aucun de ces cas la motilité n'est revenue immédiatement.

M. Potherat a observé chez les malades qu'il a opérés ce retour tardif de la fonction. C'est d'ailleurs là un fait connu depuis longtemps. Cependant le rétablissement de la motilité peut être hâté par tout ce qui est susceptible de favoriser la contraction des muscles : exercices passifs, massage et surtout électrisation.

Il ne voudrait pas prétendre avec M. Reynier que la suture d'un nerf faite immédiatement après sa section permît un rétablissement immédiat du fonctionnement du membre correspondant; cependant il peut dire, en s'appuyant sur des faits personnels, que dans ces conditions le rétablissement de la motilité est tout au moins très rapide.

M. Walther a eu l'occasion de faire un certain nombre soit de sutures, soit de libération des nerfs, et les faits qu'il a observés concordent absolument avec ce qui a été dit ici. Récemment encore il a eu à examiner un jeune homme qui, à la suite d'un violent traumatisme qui lui avait étiré le poignet, présentait une déchirure par arrachement du nerf radial. Chez ce malade, ce n'est qu'au bout de 16 mois que commença à revenir la sensibilité; le retour des mouvements se fit peu après. Actuellement, après 20 mois, ceux-ci sont à peu près normaux; cependant la main est encore plus faible que celle du côté opposé. On peut espérer que sous l'influence du massage et de la gymnastique elle recouvrera complètement ses fonctions.

Traitement du rein mobile par le massage.

M. Richelot. — Le rein mobile est une affection souvent rebelle, contre laquelle les ceintures avec ou sans pelote et les différents procédés de néphropexie se montrent fréquemment impuissants.

Partant de ce principe que la plupart des cas de rein mobile sont le fait d'une congestion plus ou moins intense du rein, Mlle Rosenthal, élève du service de M. Richelot, pense que le massage de l'organe pourrait peut-être exercer une action favorable sur cette affection en décongestionnant l'organe et en le ramenant peu à peu à sa place habituelle. Les faits n'ont pas tardé à lui donner raison, et tous les malades du service de M. Richelot qui ont été confiés à Mlle Rosenthal sont sortis de ses mains ou guéris, ou considérablement améliorés.

Eléphantiasis de la verge.

M. Gérard Marchant présente un homme qu'il a opéré dernièrement pour une éléphantiasis de la verge. Il a fait l'ablation de tous les téguments de l'organe, puis il lui a reconstitué un nouveau fourreau à l'aide de la muqueuse préputiale qui était restée saine. Le résultat esthétique et fonctionnel est très satisfaisant.

Résection chondro-plastique de la tête humérale pour fracture comminutive.

M. Tuffier présente un malade âgé de 70 ans, qui avait fait une chute sur l'épaule, à la suite de laquelle la tête humérale avait été réduite en plusieurs fragments. M. Tuffier enleva tous ces fragments et ne conserva que le plus volumineux, qui était formé d'une partie de la tête recouverte de son cartilage, pour l'appliquer sur la tranche de section, bien régularisée; du col chirurgical; suture au catgut. L'opéré a parfaitement guéri, malgré son âge avancé, et il jouit actuellement, ainsi que vous pouvez vous en convaincre, de tous les mouvements de l'épaule.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 Mai 1901.

Helminthiase et appendicite.

M. Triboulet. — Les faits récents signalés par M. Metchnikoff indiquent bien comment l'helminthiase peut simuler l'appendicite; mais il y a lieu de se demander si, dans tous les cas, il s'agit de pseudo-appendicite.

Quand les accidents — surtout chez les adultes — sont intenses (nausées, vomissements, fièvre); quand il y a signes physiques, douleur et empâtement au point classique de Mac Burney, ne peut-on pas songer à la réalité d'une appendicite sous-jacente qu'accompagnerait l'helminthiase?

Une observation personnelle de M. Triboulet montre les désordres d'entérite appendiculaire, antérieurs et consécutifs à l'évolution d'une lombricose. Il semble que l'helminthiase puisse volontiers accompagner l'appendicite, mais, il reste à prouver que, cliniquement et histologiquement, la lombricose puisse réellement provoquer l'appendicite.

Méningite cérébro-spinale bénigne.

M. Rendu apporte une observation nouvelle d'un de ces cas de méningite cérébro-spinale très bénigne qui peuvent être facilement confondus, au début, avec une forme grave de grippe ou une fièvre typhoïde normale.

L'épreuve du vésicatoire.

MM. Roger et **Josué**. — L'étude histologique du liquide contenu dans la phlyctène déterminée par un vésicatoire établit que cette sérosité tient en suspension un assez grand nombre de cellules. Chez l'homme normal on trouve une forte proportion de polynucléaires éosinophiles (25,19 p. 100). Chez les individus atteints de maladies infectieuses, ces cellules sont peu nombreuses ou font complètement défaut. Elles reparaissent si l'organisme prend le dessus et triomphe de l'infection. L'épreuve du vésicatoire fournit donc de précieuses indications sur l'intensité de l'imprégnation toxi-infectieuse et sur le mode de réaction des organes hématopoétiques.

La différence de ces résultats tient à l'action exercée par les toxines microbiennes sur la moelle osseuse. Sous l'influence de ces poisons, la moelle des os donne naissance à des polynucléaires neutrophiles; elle se trouve, par contre, dans ces conditions, dans l'impossibilité de fournir des éosinophiles. Ehrlich a bien mis en lumière cette sorte d'antagonisme qui existe entre les processus infectieux et l'éosinophilie. Or l'application d'un vésicatoire incite à la production d'éosinophiles, et l'examen du liquide de la phlyctène montre dans quelle mesure le tissu médullaire est capable de produire ces éléments.

On trouve dans le liquide de vésicatoire des leucocytes de toutes variétés, plus de myélocytes et des cellules spéciales que nous avons nommées cellules de vésicatoire.

Dans les cas de tuberculose chronique vulgaire, on trouve 90 à 98 p. 100 de polynucléaires néotrophiles, les éosinophiles sont très rares ou font défaut, les proportions des autres cellules sont assez variables. Les cellules affectent souvent un aspect spécial, elles sont gonflées, comme hydropiques, beaucoup plus volumineuses que chez les sujets normaux. Cet état des éléments cellulaires, sans être spécial à la tuberculose, est beaucoup plus marqué dans celle-ci que dans les autres infections. Dans un cas où il était manifeste, il nous a mis sur la voie d'une tuberculose latente.

Dans un cas de tuberculose à tendance fibreuse nous avons trouvé 3,2 p. 100 d'éosinophiles; chez un tuberculeux tout à fait au début avec bon état général, 7,8 p. 100 d'éosinophiles. Dans deux cas de pleurésie séro-fibrineuse aiguë, c'est-à-dire de tuberculose locale de la plèvre évoluant vers la guérison, il y avait 13,7 et 18 p. 100 d'éosinophiles.

Dans l'érysipèle, les oreillons, l'amygdalite aiguë, l'érythème polymorphe, le zona ophthalmique, la broncho-pneumonie, nous avons vu le nombre des éosinophiles varier de 0 à 2 ou 3 p. 100, suivant la période de la maladie et la tendance à la guérison.

Cette méthode, très sensible, nous permet d'explorer les réactions des organes hématopoétiques et d'apprécier le degré de l'imprégnation toxinique de l'organisme.

La ponction lombaire contre les céphalées persistantes des brightiques.

MM. Pierre Marie et **G. Guillain**. — Nous avons observé récemment à l'hôpital de Bicêtre un jeune homme atteint d'albuminurie, présentant une hypertrophie cardiaque, un bruit de galop préventriculaire gauche, dont la pression artérielle oscillait entre 20 et 21 centimètres de mercure, le malade souffrait de céphalalgies très violentes ne s'étant pas amendées par la médication lactée et les divers analgésiques. Nous avons pratiqué une ponction lombaire qui nous a montré une hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien, 6 centimètres cubes de liquide furent évacués par la ponction. A la suite, le malade accusa une diminution de sa céphalée qui disparut complètement deux heures après. L'amélioration a persisté plusieurs jours.

Certains phénomènes de l'urémie nerveuse, comme la céphalalgie, l'amaurose transitoire, ont des analogies multiples avec le syndrome de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, tel qu'on le constate dans les tumeurs irritantes, par exemple. Il y a à considérer, dans la pathogénie de l'urémie nerveuse, l'intoxication de l'hypertension. Au syndrome de l'hypertension, aux formes céphalalgiques de l'urémie, on peut opposer la ponction lombaire, thérapeutique symptomatique utile quand la céphalée des brightiques ne sera amendée ni par la médication lactée, ni par les divers analgésiques.

M. Netter dit qu'il a peine à comprendre que la soustraction de 6 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, surtout chez un adulte, ait pu agir en diminuant beaucoup l'hypertension de ce liquide. Chez les enfants, il lui est arrivé souvent de retirer 50 et même 60 centimètres cubes sans aspiration.

Asystolie pendant la convalescence de rhumatisme aigu.

M. Ferrier (Val-de-Grâce) cite le cas d'un malade, militaire, chez lequel des phénomènes d'asystolie brusque se montrèrent à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, au début de ce qu'on avait pris pour la convalescence. Il en tire cette conclusion qu'on doit toujours surveiller de très près la convalescence de ces malades au point de vue du cœur.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 22 Avril 1901.

Radiographie d'un bassin vicié par obstruction et ayant nécessité l'opération césarienne.

M. Varnier. — Il s'agit d'une campagnarde normande, âgée de 31 ans, de bonne taille et dont le squelette paraît normal. Mariée il y a un an, elle devint bientôt enceinte; la grossesse évolua sans incident jusqu'au moment du travail qui débute le soir du 30 janvier. Elle n'entre à l'hôpital de G... que le 31. Le médecin, ayant reconnu qu'il existait une obstruction pelvienne, l'embarqua pour Paris où elle arriva le lendemain à 5 h. 1/2 du soir. A 9 h. 1/2, M. Varnier lui ouvrit le ventre à la Clinique Baudelocque. L'enfant extrait pesait 3390 grammes; il fut nourri par sa mère dont les suites opératoires furent absolument normales.

M. Varnier préféra, chez cette femme, recourir à l'opération de Porro, plutôt qu'à la césarienne conservatrice, pour les raisons suivantes: il s'était écoulé 48 heures depuis le début du travail; cette femme avait subi des examens répétés, elle n'avait pas reçu de soins antiseptiques préalables; enfin, malgré les apparences plutôt bénignes sous lesquelles se présentait la tumeur, cause de l'obstruction, il devait rester des doutes sur sa nature; l'opération radicale supprimait la répercussion que pourrait avoir une nouvelle grossesse sur l'évolution d'un néoplasme pelvien.

Sur la radiographie que montre M. Varnier, on voit nettement les contours de cette tumeur, qui a le volume d'un œuf de poule et qui adhère à la face antérieure du sacrum.

Épithélioma à marche lente du col de l'utérus gravide.

M. Varnier communique une observation d'épithélioma du col de l'utérus dont l'évolution ne paraît pas avoir reçu de l'état puerpéral le coup de fouet classique à propos duquel M. Pinard a formulé des réserves à une précédente séance.

Il s'agit d'une jeune femme chez laquelle M. Bellier, de Laigle, trouva, au commencement d'octobre 1897, le col transformé en un énorme champignon végétant et sécrétant un ichor abondant. Le 25 octobre elle entre dans le service de M. Quénu où l'on reconnaît, outre l'épithélioma du col, une grossesse d'environ trois mois. La malade, à ce diagnostic, quitte l'hôpital le jour même et retourne à Laigle. Elle revint consulter M. Varnier à la fin de décembre. Ce dernier constata alors l'existence d'une grossesse de cinq mois environ avec épithélioma du col végétant, mais non saignant et non fétide. Elle accoucha, à Laigle, le 29 mars 1898. L'accouchement s'est fait remarquablement vite.

M. Varnier ne revit cette femme qu'en mars 1900, l'épithélioma n'étant plus opérable.

Elle ne mourut que le 30 octobre 1900, soit trois ans et trois mois après le début de la grossesse qui avait conduit à la première constatation, deux ans et sept mois après l'accouchement.

Grossesse de quatre mois et demi compliquée de fibromes. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Guérison.

M. Schwartz. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, entrée à l'hôpital le 15 novembre 1900, et dont les dernières règles remontent au 5-8 juillet. Le ventre grossit d'une façon démesurée. Bientôt apparaissent des troubles pour uriner et aller à la selle. Constipation très opiniâtre. L'état général devient de plus en plus mauvais. A son arrivée, son ventre est développé comme celui d'une femme à terme. Par la palpation, on trouve, de chaque côté, des masses dures et bosselées séparées par une partie moyenne molle, presque fluctuante. Le col, ramolli, est presque inaccessible. Il est refoulé du côté de la symphyse par une énorme masse qui remplit le bassin et est absolument immobilisable. L'auscultation ne donne rien. M. Schwartz fait le diagnostic de fibromes de l'utérus chez une femme enceinte.

La femme consulte MM. Bar et Maygrier qui sont tous les deux d'avis d'intervenir. M. Bouilly croit que l'on pourrait peut-être attendre encore et arriver ainsi jusqu'au septième mois. La malade souffrant de plus en plus, M. Schwartz intervient et pratique chez cette femme l'hystérectomie abdominale supra-vaginale. Les suites opératoires furent parfaites et la femme quitta le service le 22e jour.

La pièce ainsi enlevée pesait 4 350 grammes. Les dimensions du fœtus montrèrent qu'il s'agissait bien d'une grossesse d'environ quatre mois et demi. Le diagnostic de grossesse est, en pareil cas, très difficile ; au début, il est même presque impossible. Chez cette femme, il a été rendu facile par l'absence d'hémorrhagies et la suppression nette des règles. L'opérée de M. Schwartz n'a, en effet, jamais eu ni ménorrhagies ni métrorrhagies. Un signe qui a aussi facilité chez elle le diagnostic, et sur lequel Schrœder a insisté, est l'existence, entre les masses fibromateuses, d'une partie moyenne rénitente et comme fluctuante.

Quelle conduite tenir en pareil cas ? M. Schwartz n'envisage la question qu'à un moment où le fœtus n'est pas encore viable et dans les cas où le fibrome obstrue la cavité pelvienne. Il rejette l'avortement provoqué et se déclare partisan de l'hystérectomie sub-totale ou supra-vaginale, d'une exécution plus facile que l'hystérectomie abdominale totale, à laquelle il faudrait cependant recourir si le col était infecté ou également atteint.

M. Schwartz croit qu'en pareils cas, si des accidents se produisent, il ne faut pas trop attendre, surtout quand on est encore éloigné du terme de la viabilité de l'enfant.

Kyste dermoïde tordu chez une enfant de onze ans et demi.

M. Legueu. — Il s'agit d'une enfant que nous avons été appelé à voir comme chirurgien de garde, le 14 avril dernier, dans le service de M. Brun, à l'hôpital des Enfants-Malades. Cette enfant avait toujours été bien portante, jusqu'à il y a environ trois mois, époque à laquelle elle a été prise de phénomènes abdominaux pouvant être attribués à une crise appendiculaire. Le 12 avril, elle est reprise, en se levant, de douleurs abdominales très vives. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements. Un médecin, appelé le 14 avril, diagnostique une appendicite et fait transporter la malade à l'hôpital.

A son entrée, la température est de 38°,5. Le ventre est extrêmement douloureux et cela surtout à droite. Cette douleur, ainsi que la flexion des jambes, rend le palper très difficile. Nous avons pensé à une appendicite aiguë et décidé d'intervenir immédiatement. L'appendice est absolument sain, mais la cavité pelvienne est remplie par deux kystes dermoïdes dont le droit est tordu et a le volume d'une tête de fœtus, tandis que le gauche a les dimensions d'un œuf de poule.

Nous avons pratiqué l'ablation de ces kystes qui contenaient tous deux des cheveux dans leur intérieur. Les suites opératoires furent parfaites.

M. Hutinel insiste sur la difficulté qu'il y a, en pareil cas, à faire le diagnostic, et rappelle l'observation d'une fillette de 13 ans, chez laquelle un chirurgien appelé diagnostiqua un kyste à pédicule tordu. L'opération montra qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse, qui guérit d'ailleurs parfaitement.

M. Pinard. — Si l'on ne peut être à l'abri d'une erreur de diagnostic quand il s'agit d'une tumeur du ventre, on sait d'ordinaire, cependant, quand il y a lieu d'intervenir. On fait le diagnostic de l'urgence de l'opération.

M. Pinard a vu deux cas de péritonite tuberculeuse où l'intervention amena la guérison.

M. Routier a vu à Ivry un enfant qui présentait des phénomènes de cystite accompagnés d'une énorme rétention d'urine. Le cathétérisme ne permit pas de vider cette vessie. M. Routier pratiqua la cystotomie. Le fond de la vessie était convexe, soulevé qu'il était par un kyste dermoïde suppuré, situé dans la cavité de Douglas, et qui n'avait pas été diagnostiqué.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 18 avril 1901.

Résection orthopédique.

M. Raffin présente un malade auquel il a fait une résection orthopédique, dans des conditions tout à fait spéciales.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 17 ans, atteint de tumeur blanche du genou gauche, depuis 5 ou 6 ans. Peu de temps après, il eut une coxalgie droite.

Le tout fut assez mal traité. En novembre, lorsque M. Raffin vit le malade, le genou gauche était ankylosé, en position vicieuse. La flexion de la jambe sur la cuisse dépassait l'angle droit de plus de 10°. La hanche droite était également ankylosée, et la flexion de la cuisse sur le bassin dépassait de ce côté aussi l'angle droit, en même temps que la jambe était en rotation externe et en adduction prononcée. Aussi, l'impotence était-elle complète et absolue.

Il fit à ce malade la résection orthopédique du genou et une ostéotomie sous-trochantérienne. Tout se passa sans incident.

Aujourd'hui, le résultat est très satisfaisant. Le malade marche assez facilement avec une simple canne.

Rupture intra-péritonéale du rein gauche. Néphrectomie.

M. Hau présente un rein enlevé par M. X. Delore, dans les circonstances suivantes.

Un verrier, âgé de 26 ans, tombe, le 5 avril, à 10 h. du soir, d'une passerelle située à 6 m. 50 du sol, de telle façon que le côté gauche vient buter contre une brouette abandonnée sous la passerelle. Il est amené, le lendemain, à 6 h. du matin, à l'Hôtel-Dieu, dans un état général assez précaire. L'état de schok contre-indiquant toute intervention, on lui fait une injection de sérum et on lui donne de l'opium pour calmer ses douleurs.

Le lendemain, l'état général est un peu meilleur. Les urines contiennent une grande quantité de sang, mais il n'y a presque pas de réaction péritonéale.

Le 7 avril, douleur péritonéale assez vive, un peu de ballonnement du ventre, l'état du malade semble s'aggraver subitement. On se décide à intervenir. En raison du siège où a porté le choc et de l'état des urines, on porte le diagnostic de rupture intra-péritonéale du rein gauche.

Pour plus de sûreté, M. Delore fait une laparotomie médiane. Une grande quantité de sang s'échappe du péritoine. On explore la cavité abdominale : le foie est intact, l'intestin également. Le rein gauche est séparé en deux tronçons. On ferme la plaie médiane et on fait une incision lombaire. Le rein rupturé est enlevé. On draine la cavité par une mèche qui est enlevée le samedi suivant.

Le malade va bien actuellement.

Rupture des plans aponévrotiques prérotuliens.

M. Annequin. — Un jeune homme, âgé de 26 ans, officier de réserve, fit, en patinant, une chute sur la glace et tomba la jambe droite repliée sous la cuisse. Il ressentit, à ce moment, une vive douleur, il put, néanmoins, se relever et faire quelques pas. Les jours suivants, il eut un gonflement assez accentué du genou avec phénomènes douloureux, surtout dans les mouvements de la jambe et du genou.

M. Annequin vit le malade quelques jours après l'accident, la marche était relativement facile, mais avec un peu de claudication. Les mouvements du genou restaient toujours assez douloureux. A l'examen, la région offrait assez l'aspect ordinaire de l'hygroma prérotulien et la palpation semblait montrer la présence de caillots sanguins en avant de la rotule. De plus, on observait une dépression transversale très marquée à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs de la rotule, augmentant dans les mouvements de flexion, s'atténuant avec l'extension de la jambe. Cette dépression occupait toute la largeur de la rotule. Dans la flexion, elle semblait avoir près d'un centimètre de largeur. On aurait pu croire à une fracture transversale de la rotule par cause indirecte, avec faible écartement par conservation des ailerons.

Mais on ne pouvait pas déplacer en sens inverse les deux fragments présumés de la rotule ; on ne trouvait pas d'épanchement dans l'articulation ; en pressant de haut en bas les bords supérieur et inférieur de la rotule, on n'arrivait pas à supprimer la dépression. Tout cela était suffisant pour faire rejeter le diagnostic de fracture de la rotule. Mais à quoi était due cette dépression transversale? M. Annequin croit devoir l'attribuer à la rupture du tissu fibreux aponévrotique prérotulien.

La radiographie a montré l'intégrité absolue de la rotule.

Le malade a été revu tout dernièrement. La dépression prérotulienne a considérablement diminué; il y a eu soudure entre les plans fibreux déchirés et la face antérieure de la rotule. Les mouvements sont presque normaux.

Grippe compliquée d'abcès du cerveau à streptocoque.

M. Rigal rapporte l'observation d'un malade atteint de grippe chez lequel l'autopsie a montré l'existence d'un abcès cérébral qui avait passé inaperçu du vivant du malade. Ce malade est entré, le 13 février 1901 à l'hôpital, avec le diagnostic de grippe. A son entrée, il se plaignait de céphalalgies assez vives, d'une insomnie persistante et d'un peu de toux. Il présentait, en effet, un peu de congestion aux deux bases.

Du 15 au 18 février, le malade parle peu et reste dans un état somnolent presque continuel. Le 20 février, il a des vomissements alimentaires. La céphalalgie persiste toujours intense, diffuse. Les signes pulmonaires restent les mêmes. Le 22 février, le malade, après une journée d'agitation, tombe dans le coma et meurt.

A l'autopsie on trouve quelques adhérences pleurales à droite. Le poumon droit est congestionné et pèse 1 260 grammes. Le péricarde contient un peu de liquide.

Du côté du crâne, la dure-mère, les méninges sont intactes. Le lobe frontal gauche semble un peu plus proéminent; on le ponctionne, il s'écoule environ 30 grammes d'un pus épais et blanchâtre. Un abcès occupe la partie moyenne du lobe frontal gauche. Il est très exactement enkysté et sans relation avec le pourtour de la cavité cranienne.

L'examen bactériologique du pus a permis d'isoler le streptocoque à l'état de pureté.

Le malade au cours ou à la suite de son affection grippale a succombé à une complication streptococcique. Le point de départ de l'infection doit être recherché dans le poumon; sous l'influence de la grippe, l'organisme, débilité, n'a pu lutter contre le streptocoque dont la virulence a pu, d'ailleurs, se trouver augmentée. Les germes transportés du poumon sont venus coloniser dans le cerveau et donner l'abcès du lobe frontal.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 24 Avril 1901.

Nécrose totale de la branche montante du maxillaire inférieur.

M. Viannay présente un volumineux séquestre du maxillaire inférieur, enlevé par M. Gangolphe à un malade de son service. Ce séquestre comprend : toute la branche montante gauche, jusqu'au col du condyle, y compris l'apophyse coronoïde, l'angle du maxillaire et le commencement (2 centimètres environ) de la branche horizontale.

Le malade, âgé de 46 ans, avait, depuis 4 ou 5 ans, quelques dents cariées à la mâchoire inférieure (côté gauche), mais jamais il n'en avait souffert. Il y a 3 mois 1/2, cet homme fut pris brusquement de phénomènes généraux graves : vomissements, fièvre, céphalalgie, en même temps que se développait un gonflement énorme de la joue gauche et de toute la moitié correspondante de la face.

Pendant une semaine, ces phénomènes persistèrent, avec des douleurs très intenses. Puis le malade ayant craché tout d'un coup beaucoup de pus, se sentit très soulagé. Depuis, il continua à cracher du pus tous les jours en assez grande quantité.

Au bout de 3 mois, incommodé par cette suppuration incessante, par un trismus assez prononcé et par l'odeur infecte de son haleine, il se présenta à l'Hôtel-Dieu où il fut admis dans le service de M. Gangolphe.

A son entrée, son état est le suivant :

A la vue, on constate une tuméfaction considérable de toute la moitié inférieure gauche de la face; cette tuméfaction efface le relief de l'angle de la mâchoire. La palpation dénote un empâtement profond et une hyperostose très nette de l'os sous-jacent.

Le malade présente un trismus assez serré. Par l'ouverture incomplète de la bouche on peut cependant apercevoir une vaste ulcération siégeant au niveau du bord postérieur de la joue, sur le relief de la branche montante du maxillaire. Par cette ulcération, on voit sourdre du pus, lorsqu'on presse sur la tuméfaction jugale. Le malade crache, d'ailleurs, dans le courant de la journée, une notable quantité de pus.

Un stylet, introduit par l'ulcération, arrive sur un séquestre dénudé et mobile. On le saisit avec une pince et, après des tractions assez fortes et assez prolongées, aidées d'un large débridement, on extrait la pièce qui est actuellement sous les yeux de la Société.

On tamponna, pendant quelques jours, la cavité laissée vide par le séquestre et l'on fit de fréquents lavages de la bouche.

Bientôt le trismus disparut et le malade recouvra tous ses mouvements de mastication.

Actuellement il existe, à la place du séquestre, un os nouveau qui, bien que n'ayant pas la forme exacte et régulière de l'ancien angle de la mâchoire, rétablit l'intégrité de l'arc osseux mandibulaire et assure les mouvements de mastication.

Fracture de l'olécrane.

M. Pouly. — Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, entrée dans le service de M. Rollet pour une chute dans laquelle tout le poids du corps avait porté sur le coude gauche.

A son entrée, on constate une vaste ecchymose occupant tout le pourtour de la région du coude qui est tuméfiée ainsi que la plus grande partie du bras et de l'avant-bras. L'impotence fonctionnelle est à peu près complète, les mouvements d'extension impossibles et la douleur très vive, même au repos. Au niveau de l'olécrane on sent un fragment osseux mobile, séparé du reste de l'os par un intervalle de 1 centimètre au moins.

En rapprochant le fragment mobile du reste de l'os dont il est isolé, on sent une crépitation nette.

M. Rollet incise la peau et la bourse séreuse rétro-olécranienne qui est remplie de caillots sanguins, ainsi que le foyer de fracture. L'écartement des fragments est de 1 centimètre au moins. Après avoir enlevé les caillots, on fait une suture en bourse de la façon suivante. M. Rollet place, en plein tendon du triceps, en anse, un fil de catgut chromique avec lequel il effectue une suture entourant le fragment mobile et le rapprochant de l'extrémité supérieure du cubitus dont il est détaché. Cette suture est en raquette et les deux chefs du fil sont noués dans les plans musculo-aponévrotiques, au-dessous du foyer de la fracture. On a la sensation que cette suture rapproche très bien les fragments déplacés. On place un plâtre, le membre étant en extension forcée. Au bout de 17 jours, nouveau plâtre en demi-flexion.

La malade quitte le service au bout d'un mois, présentant un peu de raideur articulaire.

Aujourd'hui, 13 mois après l'intervention, la malade possède des mouvements articulaires dans toute leur intégrité. Ces mouvements sont absolument normaux; il ne reste qu'une petite cicatrice linéaire, indice de l'ancienne intervention.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIETE BELGE D'UROLOGIE

Séance du 14 Avril 1901.

Tuberculose du rein opéré il y a 9 ans.

M. Verhoogen a montré un malade qui est venu le consulter au commencement de l'année 1892 pour des douleurs qu'il présentait dans le flanc droit depuis un an et qui l'empêchaient de travailler; les urines étaient purulentes et renfermaient des bacilles de Koch. Le rein droit était douloureux à la pression; le rein gauche paraissait normal, de même que la prostate. La vessie, examinée au cystoscope, présentait, au niveau de l'urèthre droit, une ulcération tuberculeuse typique. Il existait de la tuberculose pulmonaire à droite; le poumon gauche était normal.

La néphrectomie fut pratiquée le 5 avril 1892 et le malade guérit au bout de 15 jours.

Le rein était creusé de petites cavernes dans sa moitié supérieure, et on pouvait démontrer, au microscope, la présence de lésions tuberculeuses dans la moitié inférieure de l'organe.

Après un certain temps, tous les symptômes morbides disparurent du côté de la vessie et des poumons.

En septembre 1898, le malade se représenta avec des symptômes de cystite assez marquée et dont le nitrate d'argent le débarrassa rapidement : il n'y avait plus trace de l'ancien ulcère à l'examen cystoscopique.

En janvier 1901, les urines se troublent très légèrement; le malade présente de nouveau de la cystite avec hématurie. Au cystoscope, on voit une muqueuse grisâtre, présentant de petits foyers inflammatoires d'un rouge vif; actuellement, le malade est soumis aux injections d'huile gaïacolée et l'on espère obtenir une guérison rapide.

On a rarement l'occasion d'observer de semblables malades tant d'années après l'opération. L'uretère est actuellement encore douloureux. Cette douleur peut être due à des irradiations vésicales.

La disparition des symptômes de tuberculose dans les autres organes est un phénomène assez fréquent chez les néphrectomisés.

Parmi les malades opérés par l'auteur, 10 avaient subi l'enlèvement du rein 5 ans auparavant; 2 avaient succombé 4 ou 5 ans après l'opération; 1 est mort de cause inconnue; 1 autre de tuberculose pulmonaire, mais il présentait des cavernes aux deux sommets.

Urétrite blennorrhagique chez un enfant de 2 ans.

M. De Keersmaecker a eu l'occasion d'observer un cas d'urétrite aiguë chez un jeune garçon de 2 ans. Au cours de la maladie se sont déclarées une cystite et une orchite. Actuellement, 2 mois après le début du mal, l'urine du petit malade renferme encore quelques filaments. L'enfant a été soumis au régime lacté, et il prit du santal dans du miel, puis du kawa-kawa. Les symptômes se sont amendés. Au bout de 8 semaines, l'auteur pratiqua une injection uréthrale antérieure de nitrate d'argent à 1 p. 100.

M. Verhoogen est d'avis que, par le régime seul, on voit disparaître l'urétrite blennorrhagique chez les enfants.

M. De Bray. — Chez les jeunes filles qui, dans l'enfance, ont été atteintes de blennorrhagie, il n'est pas rare de rencontrer, au moment de l'apparition des règles, des troubles dysménorrhéiques graves. Il est certain qu'on évitera ces accidents en traitant à fond la blennorrhagie dans l'enfance.

M. Bastin. — Le santal paraît bien indiqué dans la période décroissante de la blennorrhagie; il agit avec certitude contre les gonocoques. L'auteur en a vu l'action manifeste et rapide dans deux cas où les malades étaient dans l'impossibilité de faire des injections. Certes, la méthode ne doit pas être érigée en principe.

REVUE DES CONGRÈS

9e SESSION DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Tenue à Paris les 11, 12 et 13 Avril 1901.

Accouchement provoqué.

M. Merle. — Il s'agit d'une grande multipare qui avait eu 12 avortements et 3 enfants vivants et bien portants. Cette femme présentait, depuis 3 mois, de violents accès de fièvre et des syncopes. Malgré cela, en dehors des accès, l'état général était relativement bon. Elle était enceinte de 7 mois et demi environ, mais plusieurs médecins qui l'examinèrent nièrent la grossesse. L'un d'eux pratiqua même, sans aucun accident, le cathétérisme utérin. Etant donnée la consistance molle de l'utérus, l'absence de bruits fœtaux et de mouvements actifs, M. Merle pensa à un fœtus mort et conseilla l'expectation. La malade, peu satisfaite de cette ligne de conduite, s'injecta elle-même sous la peau 15 gouttes d'ergotinine de Tanret et expulsa un fœtus qui paraissait n'avoir succombé que pendant le travail. M. Merle insiste sur ces accès de fièvre qui ressemblaient à ce que MM. Tarnier et Budin ont décrit sous le nom de fièvre propre aux femmes enceintes.

Un cas de rupture utérine.

M. Herrgott (de Nancy), pour terminer un accouchement très laborieux chez une femme de 33 ans, 7e pare, à terme, en

travail depuis longtemps (présentation de l'épaule gauche avec procidence du bras, membranes rompues avant la dilatation complète, enfant mort) dut pratiquer l'embryotomie rachidienne. Pendant cette opération, qui dura plus de 2 heures, un peu de sang s'écoula de l'utérus qui, jusque-là, était resté fortement abaissé, contracturé, de consistance ligneuse. Il devint globuleux, prit une forme rappelant celle d'un sablier dont le renflement supérieur s'éleva un peu dans l'abdomen, en même temps qu'une crépitation emphysémateuse apparaissait dans la région hypogastrique et faisait penser nettement à une rupture. Après l'embryotomie et après la délivrance, l'exploration de l'utérus fit reconnaître une rupture de forme irrégulière mais complète, partant du bord latéral gauche du col et se continuant avec une déchirure supérieure transversale. La laparotomie, pratiquée immédiatement, ne put pas sauver la malade, bien qu'on pût fait un Porro pour aller plus vite. L'auteur insiste sur la circonstance fâcheuse à laquelle il attribue ce désastre : la rupture prématurée des membranes, pratiquée avant la dilatation complète de l'orifice utérin.

Arrêt des hémorrhagies par des mouvements gymnastiques.

M. Stapfer pense que la kinésithérapie est le traitement le meilleur des hémorrhagies utéro-annexielles, à condition de faire agir le groupe musculaire pelvi-trochantérien.

L'auteur place la malade en décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et le siège soulevé au-dessus du plan du lit. Il écarte et il rapproche alternativement les deux genoux avec les mains en ordonnant à la malade de lui résister; on doit faire deux séances par jour, chaque séance comportant de 3 à 5 mouvements.

M. Loviot estime qu'il ne faudrait pas oublier le traitement anti-arthritique (cholagogues, hygiène, etc.) en pareil cas.

M. Keiffer se demande alors si le traitement qui consiste à ordonner la marche aux aménorrhéiques est bien rationnel. Les faits qu'il a observés et les résultats apportés par M. Stapfer lui permettent de croire que ce traitement fait fausse route et risque de rendre complète une aménorrhée jusque-là relative.

Les savons et l'antisepsie en obstétrique.

MM. Demelin et **Audion**, frappés de la négligence dont sont l'objet, dans beaucoup de services, les savons, alors que l'eau destinée au lavage des mains des opérateurs et des élèves est soigneusement stérilisée, ont procédé à quelques ensemencements des savons mis à la disposition des élèves stagiaires et des moniteurs à la salle d'accouchements de la clinique Tarnier, et obtenu des résultats positifs dans la presque totalité des cas. Il n'y eut, en effet, d'exception que dans un cas où le savon fut gratté avec un bistouri flambé, mais d'une main un peu lourde : la semence fut alors prélevée, non pas à la superficie du savon, mais dans l'épaisseur même de sa pâte.

Un savon au sublimé, également ensemencé, donna, à la surface de la gélose, non pas des colonies apparentes, mais un enduit blanchâtre très mince dans lequel des diplocoques conservant le Gram purent être colorés.

Un savon liquide, aseptiquement fabriqué et conservé dans des tubes de plomb semblables à ceux des couleurs à l'huile, fut aussi l'objet d'examens bactériologiques; ceux-ci restèrent négatifs.

Après s'être lavé les mains avec le savon au sublimé et avec des fragments de savon ordinaire, les auteurs ont ensemencé la surface de ces savons et ont obtenu, pour le savon ordinaire, une culture négative, et pour le savon au sublimé une culture de tétragènes.

Enfin, le liquide savonneux contenu dans le porte-savons du lavabo fut reconnu comme pouvant servir de milieu de culture à de nombreux staphylocoques.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Il serait dangereux de compter sur les prétendues propriétés antiseptiques du savon : la pâte elle-même du savon est aseptique, étant donnée la température à laquelle elle se trouve au moment de la fabrication, mais la surface des fragments est contaminée le plus souvent, comme tout objet exposé à l'air et à tous les contacts; cette surface peut ensuite, conservant vivants les microbes, contaminer les mains d'un opérateur confiant; il est donc nécessaire que celui-ci, avant d'aseptiser ses mains, prenne le soin, d'abord, d'aseptiser son savon, soit en dissolvant et enlevant sous un filet d'eau sa couche superficieille, soit en procédant à plusieurs savonnages successifs des mains avec le même fragment de savon, sans le poser nulle part, sans le laisser plonger dans la cuvette. Il faut aussi, après s'être lavé les mains, éviter à tout prix de se les rincer dans la cuvette qui contient encore l'eau de ces lavages.

Enfin, on évitera toutes les chances d'infection en se servant d'un savon liquide aseptique dont les quelques gouttes nécessaires à chaque lavage ont l'avantage de ne servir qu'une fois, et dont la dernière dose peut remplacer la vaseline.

M. Lepage annonce qu'il se sert depuis 2 mois, dans son service, d'un savon liquide semblable, mais que le plus souvent les femmes, examinées avec ce savon employé comme lubréfiant, l'ont toujours accusé de produire une cuisson désagréable au niveau de la muqueuse vulvo-vaginale.

M. Audion croit pouvoir attribuer cette cuisson en partie à la glycérine que contiennent ces savons liquides.

L'anesthésie cocaïnique en obstétrique et en gynécologie.

M. Doléris. — L'injection intra-rachidienne de 20 à 25 gouttes de cocaïne stérilisée procure une analgésie sans perte de connaissance, qui n'a rien de comparable à l'anesthésie chloroformique.

L'analgésie est très rapide; en 10 minutes, un quart d'heure au plus, elle est complète, le plus souvent en 5 minutes.

Les propriétés ocytociques ont été déjà montrées par Accouci en 1891, tout au moins pour la cocaïne introduite par la voie stomacale. Cette propriété incontestable ne suffit cependant pas à provoquer un travail durable.

L'action hémostatique, bien connue depuis les travaux de François-Franck sur le cœur, n'est ici, en réalité, que la conséquence de la propriété ocytocique qui ferme les vaisseaux comme une sorte de ligature vivante.

Abcès de la vésicule biliaire pendant les suites de couches.

M. Doléris. — Il s'agit d'une femme qui fit un accouchement prématuré à 8 mois avec 39° de température et présenta le lendemain des températures de 40°-41°. On pensa à la fièvre typhoïde; cependant, dans la crainte d'une infection utérine, on fit un curettage qui n'amena aucune amélioration et montra que l'utérus était sain. Le lendemain, le séro-diagnostic positif démontra la réalité de la fièvre typhoïde, mais, quelques jours après, survint une voussure sous-hépatique qui fit faire le diagnostic d'affection suppurée de la vésicule biliaire; la laparotomie démontra l'exactitude de cette hypothèse et, fait exceptionnel, le bacille d'Eberth fut trouvé dans le liquide bilieux qui s'écoula de la plaie pendant les premiers jours qui suivirent la cholécystostomie.

La lymphangite et la galactophorite.

M. Maygrier rapporte que, du 1er mars 1898 au 1er mars 1891, il a observé sur 2432 femmes, accouchées à terme ou près du terme dans son service de la Charité, 139 infections du sein, soit 5,71 p. 100.

51 femmes furent atteintes de galactophorite et 51 de lymphangite; 37 eurent à la fois les deux affections. Il y eut aussi 5 cas de galactophorite du nouveau-né.

M. Keiffer dit qu'indépendamment de la lymphangite et de la galactophorite, il existe des cas où les glandes sébacées, siégeant au niveau du sinus des canaux galactophores, sont enflammées et suppurent; malgré les apparences, les glandes, pas plus que les lymphatiques, ne sont nullement enflammées et, cependant, on voit cliniquement l'affection se traduire par un plastron épais occupant toute l'aérole et son voisinage immédiat; le diagnostic de galactophorite ou même de lymphan-

gite pourrait être porté par erreur dans ces cas, et pourtant ces affections sont différentes; M. Keiffer en a guéri un cas par l'expression limitée aux glandes sébacées.

Allaitement pendant les suites de couches pathologiques.

MM. Budin et **Perret** rapportent 19 observations de femmes qui, malgré diverses affections fébriles, ont continué néanmoins à nourrir seules leur enfant. Ces observations ont trait à des femmes atteintes de grippe, lymphangite, angine, ictère, galactophorite, infection génitale vagino-utérine, etc.

Toutes ces femmes, malgré la fièvre, l'élévation de la température, ou l'intervention chirurgicale, ont produit un lait qui n'a eu aucune mauvaise influence sur l'enfant.

Ces auteurs concluent donc à l'inutilité de l'interruption de l'allaitement dans ces cas, ce qui a une importance considérable au point de vue pratique.

Enfants débiles.

M. Budin observa en 3 ans, à la clinique Tarnier, 435 enfants débiles dont 52 moururent et 388 sortirent vivants de l'hôpital. Quel fut leur sort ultérieur?

M. Budin insiste sur les difficultés des recherches entreprises dans ce sens, surtout si on les compare à l'étude du sort des enfants débiles observés facilement dans la clientèle où on peut les suivre. C'est ainsi qu'au point de vue de l'avenir cérébral des débiles, il cite l'exemple d'une petite fille qui, à sa naissance, pesait 950 grammes. Or elle est aujourd'hui âgée de 9 ans et fort intelligente; elle parle 2 langues.

Parmi les enfants débiles nés à la clinique et revenus à la consultation, il y en a :

Sur 11 nés en 1898, 9 qui vivent encore, 2 qui sont morts;
Sur 21 nés en 1899, 17 vivants, 2 morts, 2 disparus;
Sur 31 nés en 1900, 30 vivants, 1 disparu.

De ce pronostic relativement bénin de la débilité congénitale surveillée, M. Budin conclut à la légitimité de la provocation de l'accouchement prématuré dans les bassins rétrécis; il conseille même de ne pas attendre trop longtemps pour provoquer l'accouchement, car mieux vaut avoir un débile dont l'expulsion se fera facilement, qu'un enfant volumineux dont l'extraction nécessitera une application de forceps ou une version laborieuse.

TRENTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE.

Tenu à Berlin du 10 au 13 Avril 1901.

Le goître; son traitement chirurgical, son traitement médical par le phosphore.

M. Kocher (de Berne) communique les résultats de sa seconde série de 1000 opérations pour goîtres, comprenant 929 goîtres ordinaires (4 décès), 27 goîtres malins (6 décès), 20 thyroïdites (2 décès), et 24 goîtres exophthalmiques (2 décès); parmi les goîtres simples, 4 seulement étaient des récidives d'opérations antérieures.

Pour ce qui est des causes de la mort dans les 4 opérations pour goître simple, un décès fut imputable à l'anesthésie chloroformique chez un sujet qui présentait déjà des battements cardiaques irréguliers, un à la cachexie strumiprive aiguë chez un malade que l'on n'a pas pu suivre après l'opération, un à l'intoxication mercurielle après la simple toilette des téguments au sublimé chez un homme atteint de myocardite, enfin un à une exothyropexie. Cette simple énumération montre que tous ces décès auraient pu être évités : le premier par la suppression de l'anesthésie générale dans l'opération du goître; cette suppression, devenue la règle à la clinique de M. Kocher, a le grand avantage d'empêcher les vomissements, cause tantôt de l'infection de la plaie, tantôt d'hémorrhagies post-opératoires. Le deuxième décès n'aurait pas eu lieu si l'on avait administré de la thyroïdine comme mesure préventive; c'est une précaution que M. Kocher prend maintenant dès avant l'opération, toutes les fois qu'il s'agit d'un cas de goître diffus où l'ablation d'une portion étendue du corps thyroïde peut entraîner des accidents d'athyroïdisme aigu. Quant à la cause du 3° décès, il aurait suffi pour la prévenir d'une asepsie rigoureuse excluant le sublimé, même pour la désinfection de la peau : actuellement M. Kocher réserve cet antiseptique pour la stérilisation du matériel de ligature. Enfin, le 4° décès fut consécutif à une exothyropexie; c'est là une opération d'urgence que l'on doit éviter autant que possible et qui constitue un véritable anachronisme à notre époque d'asepsie. En observant les précautions énumérées, M. Kocher a eu une série ininterrompue de 302 opérations suivies de succès, série dans laquelle sont compris tant les goîtres malins que les goîtres exophthalmiques et les thyroïdites.

En ce qui concerne le manuel opératoire de la thyroïdectomie dans les cas ordinaires, M. Kocher donne la préférence à la résection, réservant l'énucléation aux opérations pour récidive et aux patients chez lesquels l'état du corps thyroïde nous oblige à laisser le plus de tissu thyroïdien possible. Quant à la partie à exciser, on choisit toujours celle qui détermine les symptômes de compression, et on laisse souvent la partie la plus visible du goître pour pouvoir extirper un noyau profond. De plus, on serre l'isthme à l'aide d'une pince construite *ad hoc*, avant d'en pratiquer la ligature, afin de diminuer l'épaisseur de tissu étreinte par la ligature.

L'opération présente cependant quelquefois des difficultés, particulièrement en cas de goître intra-thoracique, variété sur laquelle M. Kocher désire attirer l'attention. Il distingue deux formes de goître intra-thoracique :

1° Le goître intra-thoracique partiel, plongeant par sa partie inférieure dans la cage thoracique et émergeant par l'ouverture thoracique au niveau du cou; il est séparé généralement en deux portions plus ou moins distinctes par une rainure marquant la position habituelle de la clavicule vis-à-vis de la tumeur;

2° Le goître intra-thoracique complet, tout entier situé derrière le sternum, soit qu'il emprunte l'espace qui lui est nécessaire à l'un des poumons, soit qu'il se loge au milieu du médiastin; la première de ces formes est caractérisée très souvent par des accès d'asthme, de l'emphysème, de la bronchite et des troubles cardiaques imputables tous à la seule présence du goître dans la cage thoracique; dans la forme médiastinale proprement dite, au contraire, nous voyons surgir tous les symptômes d'une tumeur du médiastin avec dilatations veineuses considérables au niveau de l'ouverture du thorax et signes rappelant de tout point ceux du goître exophthalmique.

Au point de vue du traitement opératoire, qui présente souvent de sérieuses difficultés, il convient de distinguer suivant que le goître intra-thoracique est mobile ou non. Une tumeur de la première variété est susceptible d'être luxée aisément vers le cou, et l'opération en est singulièrement facilitée. Il en est autrement de la forme enclavée; le moment le plus difficile de l'opération est ici l'extraction de la tumeur hors de la cavité thoracique, car alors la compression de la trachée produit des accès de suffocation; de plus, une hémorrhagie veineuse soudaine, facilitée par cette suffocation, peut venir obscurcir complètement le champ opératoire.

Il importe donc de lier, avant de procéder au désenclavement du goître, tous les vaisseaux que l'on peut atteindre et de sectionner l'isthme. Ceci fait, on tâchera de luxer le goître aussi vite que possible, en s'aidant d'une pince et d'un levier en forme de cuiller que j'ai fait construire à cet effet: puis on pratiquera soigneusement toutes les ligatures qui seront encore nécessaires. En cas d'hémorrhagie imprévue, on s'efforcera de comprimer temporairement, à l'aide du doigt, le point qui saigne et on en fera immédiatement la ligature, car le tamponnement de la cavité rétro-sternale ne suffit pas à arrêter l'hémorrhagie et il augmente la dyspnée. Si l'on ne peut désenclaver la tumeur de cette manière, on introduira le doigt dans le tissu strumeux même, pour en pratiquer un évidement digital très rapide permettant de faire la luxation. On tiendra toujours à proximité une canule trachéale très longue, afin de pouvoir pratiquer, le cas échéant, une trachéotomie immédiate.

En prenant toutes ces précautions, l'opération du goître

rétro-sternal ne présente pas un danger excessif : les 22 cas que compte la statistique de M. Kocher ont tous eu une issue favorable.

Quant au traitement médical du goître, la médication iodurée présentant l'inconvénient d'exposer à l'iodisme aigu ou chronique, et les préparations thyroïdiennes, outre leur prix élevé, offrant les dangers non moins graves du thyroïdisme aigu ou chronique, M. Kocher a donc cherché d'autres moyens thérapeutiques, en s'inspirant des expériences faites sous sa direction par M. Praczewski sur les effets du phosphate de soude dans le goître exophtalmique. Il résulte des recherches et des analyses chimiques effectuées par M. Kocher fils dans le laboratoire de M. le professeur Heffter (de Berne) que la quantité d'iode dans le goître est de 90 p. 100 inférieure au taux de cette substance dans le corps thyroïde normal, tandis que la proportion de phosphore y est notablement augmentée. Le même phénomène s'observe avec plus d'évidence encore dans le corps thyroïde pendant la grossesse, et il en est de même dans le goître basedowien. En administrant à un goîtreux soit de l'acide phosphorique, soit du phosphore pur, on constate une élévation du taux de l'iode du corps thyroïde, ainsi qu'une diminution correspondante de la proportion de phosphore. Cet effet est plus frappant après l'administration de phosphore pur qu'après celle d'acide phosphorique et elle dépasse de beaucoup l'augmentation de la teneur en iode consécutive à l'ingestion d'iode.

Ces faits démontrent que le phosphore active le fonctionnement normal du corps thyroïde. On pourrait se demander, dans ces conditions, si l'apparition du goître n'est pas facilitée par un régime alimentaire pauvre en phosphore et si, chez la femme enceinte, l'insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde ne proviendrait pas de l'appauvrissement de l'organisme en phosphore, appauvrissement causé par la formation de l'embryon.

L'amélioration du fonctionnement du corps thyroïde par l'ingestion de phosphore est accompagnée d'une diminution de volume du goître, surtout appréciable pour les goîtres hyperplasiques et pour les formes vasculaire et basedowienne.

M. Kraske (de Fribourg-en-Brisgau) dispose actuellement de 420 opérations de goîtres, dont 220 extirpations partielles du corps thyroïde et 200 énucléations; sur ce nombre, 12 opérations pour goître malin ont fourni un décès; les goîtres simples ont été la cause de 2 morts, l'une par pneumonie, l'autre par syncope cardiaque consécutive à la narcose : ce dernier patient ayant été traité longtemps par les préparations thyroïdiennes. M. Kraske serait disposé à attribuer cet accident à l'effet de la médication. Il est actuellement, comme M. Kocher, partisan de l'intervention sans narcose générale, estimant avec lui que l'anesthésie locale évite de nombreuses complications.

M. Kraske n'a noté qu'un seul cas de tétanie, survenue après une extirpation totale. La malade a succombé au bout de 6 mois à une affection tuberculeuse; elle ne présentait encore aucun symptôme de cachexie strumiprive.

Quant à l'hémorrhagie post-opératoire, que M. Kraske attribue en grande partie, comme M. Kocher, aux vomissements consécutifs à la narcose, il l'a observée 4 fois, toujours après des énucléations. Cette complication ne s'est plus reproduite depuis qu'il fait suivre l'énucléation de la suture de la capsule. Il a noté chez un grand nombre de ses malades, après l'opération, une élévation de température indépendante de toute complication infectieuse. Il la rapporte à la résorption du tissu thyroïdien, et ceci d'autant plus volontiers qu'il l'a vue survenir surtout après les énucléations étendues.

En ce qui concerne le traitement médical du goître, M. Kraske fait observer que le nombre des ablations de goîtres va en augmentant, ce qui lui paraît prouver d'une manière indubitable l'inefficacité du traitement interne, notamment de la médication thyroïdienne. Il a été l'un des premiers à constater les effets immédiats de ce mode de traitement, mais il a dû se convaincre que ces effets sont passagers. Il a pu s'assurer, en outre, que, dans la plupart des cas, il ne facilite pas une opération ultérieure, ainsi que certains auteurs ont cru pouvoir l'affirmer, mais qu'il la rend au contraire plus difficile, le tissu conjonctif ambiant devenant plus résistant. Toutes ces raisons l'ont engagé à abandonner complètement l'administration de préparations thyroïdiennes chez les goîtreux.

M. Goldmann communique l'observation d'un malade présentant une fistule chronique au niveau du sternum; l'opération permit de constater que cette fistule provenait non pas d'une carie de cet os, mais d'un goître rétro-sternal tuberculeux. Le patient succomba à une broncho-pneumonie et l'autopsie révéla des foyers tuberculeux cicatrisés au niveau du poumon et de l'intestin.

M. Riedel (d'Iéna) dit qu'après avoir opéré environ 500 goîtres, dont beaucoup étaient intra-thoraciques, il a été frappé de la fréquence de l'association d'un goître externe droit et d'un goître rétro-sternal gauche, sans pouvoir trouver une explication satisfaisante de ce fait. Il opère, comme M. Kocher, sous anesthésie locale. En ce qui concerne le manuel opératoire du goître intra-thoracique, il a pu constater que la luxation en est notablement facilitée si l'on prolonge l'incision transversale de chaque côté, jusqu'au niveau de la région mastoïdienne; il estime que cette incision dispense de l'application du levier de M. Kocher.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) est d'avis que les cas où l'incision préconisée par M. Riedel dispense de toute autre manœuvre pour le désenclavement de la tumeur ne sont point identiques au goître purement rétro-sternal dont a parlé M. Kocher.

L'orateur relate un fait où le diagnostic était longtemps demeuré en suspens et où seule la médication iodurée, en dégageant légèrement le goître, permit d'en faire le diagnostic exact.

M. König fait remarquer que le goître, sans être fréquent à Berlin, s'y rencontre cependant d'une façon sporadique ; il dit que la moitié des goîtreux qu'il a observés ont passé toute leur vie à Berlin même. Il demande enfin à M. Kocher s'il suffit de laisser un quart du corps thyroïde pour éviter les accidents ultérieurs de tétanie ou de cachexie.

M. Kocher estime que cette quantité est suffisante, pourvu que ce quart se compose de tissu thyroïdien en état de fonctionner.

Recherches expérimentales sur la compression intra-cranienne.

M. Tilmann a observé deux malades ayant subi un traumatisme cérébral, chez lesquels tout changement de position, et surtout le passage du décubitus dorsal à la position déclive, amenait une perte de connaissance et même un état comateux. Ces faits l'ont engagé à étudier expérimentalement cette question, de façon à préciser, d'une part, de quelle quantité il faut augmenter le contenu cranien pour produire des symptômes de compression, et à déterminer, d'autre part, l'influence de la position du corps sur l'apparition des symptômes cérébraux.

A cet effet, M. Tilmann a introduit, chez des chiens, de petites poches en caoutchouc mince entre la dure-mère et la pie-mère, et y a injecté, la plaie une fois cicatrisée, des quantités variables de liquides de densité différente. Il a pu constater ainsi que 4 centimètres d'un liquide quelconque suffisent pour amener le syndrome cérébral de la compression, et que le poids spécifique du liquide ne joue aucun rôle tant que la voûte cranienne est tournée vers le bas. Au contraire, si elle est dirigée vers le haut, 2 centimètres cubes de glycérine, liquide d'une densité deux fois supérieure à celle de l'eau, ou même 1 centimètre cube de mercure, suffisent pour reproduire le syndrome en question.

Il est facile de se rendre compte que, dans le premier cas, le liquide se trouvant au-dessous de la substance cérébrale n'agit que par son volume, en diminuant la capacité cranienne, tandis que, dans le second cas, le liquide, qui est placé au-dessus du centre nerveux, agit à la fois par son volume et par son poids spécifique. Or le poids spécifique du sang, et surtout des caillots, étant supérieur à celui de la substance cérébrale, un hématome intra-cranien doit agir à la fois par son volume et par la supériorité de son poids spécifique toutes les fois que le malade se trouve dans une position telle que l'épanchement soit au-dessus de la substance cérébrale; inversement, il n'agira que par son volume dans la situation contraire.

Cette action du poids spécifique ne peut s'ajouter à celle du volume que si l'hématome est intra-dure-mérien ; en effet,

quand la collection siège en dehors de la dure-mère, la rigidité de celle-ci met le cerveau à l'abri de la compression due à la supériorité du poids spécifique du sang.

La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'épilepsie.

M. Braun (de Gœttingue) a été engagé par les résultats obtenus par M. Jonnesco (de Bucharest), dans le traitement de l'épilepsie par la résection bilatérale du sympathique, à employer ce procédé.

Tout d'abord, il faut dire qu'il est impossible d'exciser sûrement le ganglion cervical inférieur, en raison de sa situation profonde et des lésions accessoires qu'une pareille intervention déterminerait presque fatalement. Il semble résulter, d'ailleurs, des observations faites par divers auteurs que l'ablation de ce ganglion n'est pas indispensable. M. Braun s'est donc borné, dans les cas qu'il a traités, à réséquer le sympathique, jusques et y compris le ganglion moyen. Il fait à cet effet une incision en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, il arrive ainsi sur le sympathique, facile à reconnaître, quand on le suit vers le haut, à la présence du ganglion cervical supérieur. Le tronc nerveux est sectionné au-dessus de ce ganglion et isolé jusqu'au niveau du ganglion moyen; ce dernier étant fixé par de nombreuses branches du nerf, on n'essayera pas de l'attirer par des tractions qui auraient pour seul résultat de déchirer le nerf lui-même. Le ganglion une fois dénudé, on sectionne le sympathique un peu plus bas, puis on ferme la plaie.

Comme conséquences immédiates, M. Braun n'a noté aucun symptôme particulier du côté du cœur et de la respiration. Il a toujours constaté, par contre, un léger degré de ptose de la paupière supérieure, du rétrécissement des pupilles et de la dilatation des vaisseaux de l'extrémité céphalique. Quant aux autres symptômes signalés par divers chirurgiens, tels que kératite, modifications de la position du bulbe oculaire, troubles de la salivation et de la transpiration, il n'a pas eu l'occasion de les observer. La ptose de la paupière supérieure est définitive; au contraire, la pupille redevient normale au bout de peu de temps; quant à la dilatation vasculaire, elle rétrocède dès le lendemain, ce qui controuve l'hypothèse émise par M. Jonnesco, attribuant l'effet curatif de la sympathicectomie dans l'épilepsie à une dilatation permanente des vaisseaux de l'encéphale.

Pour ce qui est des résultats opératoires immédiats, M. Braun a perdu un malade d'une pneumonie indépendante de l'opération en soi, et attribué à la narcose. Un deuxième patient a succombé cinq semaines après l'intervention, pendant une crise épileptique. En ce qui concerne les résultats éloignés, aucun des malades n'a guéri, bien que pour certains l'opération remonte à une année déjà; dans 5 cas, il est survenu une légère amélioration au point de vue de la fréquence des crises.

Cet insuccès à peu près complet ne permet pas de recommander la résection bilatérale du sympathique comme moyen de traitement de l'épilepsie.

Le cancer utérin et son traitement chirurgical.

M. Jordan (de Heidelberg). — Parmi les opérations proposées pour le traitement radical du cancer utérin, celles qui empruntent les voies périnéale et sacrée sont à peu près complètement abandonnées à l'heure qu'il est, les premières en raison de l'accès difficile qu'elles fournissent, les autres à cause de leur mortalité relativement élevée que ne compensent pas des avantages réels. Restent donc la voie abdominale, préconisée par M. Freund, et la voie vaginale, dont M. Czerny a été le promoteur.

L'hystérectomie vaginale a été adoptée universellement pendant un certain temps, grâce à sa bénignité; mais les récidives étant fréquentes après cette opération, nous assistons maintenant à un retour vers le procédé abdominal. Cette évolution a été accueillie avec un certain enthousiasme par la plupart des chirurgiens français, tandis que la majorité des opérateurs allemands sont restés fidèles à l'hystérectomie vaginale, estimant que cette dernière ne doit être abandonnée que si l'on démontre la supériorité réelle de l'opération abdominale. Il convient donc de comparer les deux procédés, en se basant sur les résultats obtenus jusqu'à ce jour par les partisans de l'un et de l'autre.

L'opération vaginale, qui est pratiquée à la clinique de M. Czerny, donne une mortalité d'environ 5 p. 100; le nombre des guérisons radicales, c'est-à-dire ayant persisté cinq ans, s'élève, d'après les chiffres fournis par la clinique gynécologique de Berlin, à 33 p. 100 environ. La proportion des guérisons devient encore plus considérable si l'on ne prend que les cancers du col et du corps utérins, car les cas de tumeur maligne de la portion vaginale ont pour effet de l'abaisser. Ces résultats étant au moins aussi bons, sinon meilleurs, que ceux que fournit l'opération du cancer du sein avec évidement de l'aisselle, il paraît *a priori* fort peu probable que l'on puisse les améliorer beaucoup.

Toute opération plus complète que celles dont nous disposons actuellement doit se proposer l'extirpation plus large des culs-de-sac vaginaux pour le cancer de la portion vaginale, et du paramétrium ainsi que des ganglions lymphatiques pour le cancer du col et du corps. En ce qui concerne l'ablation des culs-de-sac, elle est certainement plus facile par la voie vaginale; la méthode abdominale n'a donc aucun avantage à ce point de vue. Quant à l'extirpation du tissu conjonctif pelvien, elle présente des difficultés notables tant que ce tissu n'est pas infiltré par le néoplasme, et cela quelle que soit la voie que l'on choisisse. Quand, au contraire, l'infiltration cancéreuse des ligaments larges s'est produite, l'opération n'est pas plus difficile par une voie que par l'autre, à moins que le néoplasme ne se soit étendu jusqu'aux parois latérales du bassin, auquel cas toute intervention est inutile.

Si nous envisageons maintenant l'extirpation des ganglions, il est évident qu'elle ne saurait être pratiquée que par le procédé abdominal. Toutefois, les observations faites jusqu'à ce jour tendent à démontrer que l'envahissement ganglionnaire est assez tardif dans le cancer utérin, qu'il s'opère d'une manière très irrégulière, que parfois il existe des ganglions simplement tuméfiés, et non cancéreux. Aussi, l'extirpation des ganglions ne saurait avoir une utilité réelle, à moins qu'elle ne soit faite d'une manière systématique et complète, ce qui nécessiterait une intervention d'une gravité que ne compenseraient pas les avantages qu'elle rapporterait. La mortalité de l'opération abdominale varie, en effet, entre 20 et 30 p. 100 et les résultats définitifs, autant qu'on peut en juger dès à présent, ne paraissent pas supérieurs à ceux du procédé vaginal. On peut donc conclure que l'hystérectomie vaginale est la méthode de choix, et que la voie abdominale n'est indiquée que dans les cas où l'extirpation vaginale est rendue impossible par le volume de l'utérus.

Pour améliorer encore les résultats de l'opération vaginale, il faut rendre l'accès par cette voie plus facile. Le meilleur moyen d'y arriver consiste à faire l'incision paravaginale de M. Schuchardt; cette incision facilite à tel point l'hystérectomie vaginale que je crois pouvoir en conseiller l'application dans tous les cas.

M. Schuchardt (de Stettin) croit, comme M. Jordan, que la voie vaginale doit toujours constituer la méthode de choix.

L'incision paravaginale que M. Schuchardt a proposée il y a 7 ans a été employée par lui, actuellement, dans 60 cas, avec une mortalité opératoire de 12 p. 100; cette mortalité relativement élevée ne doit pas être attribuée à l'incision paravaginale, laquelle est absolument inoffensive, ainsi que M. Schuchardt a pu s'en convaincre dans un grand nombre d'opérations pour des affections non cancéreuses, mais à ce qu'il étend les indications opératoires beaucoup plus que la plupart des chirurgiens. Il ajoute, en ce qui concerne sa technique, que l'incision en question, après avoir contourné le rectum, doit se rapprocher autant que possible de la ligne médiane, pour diviser ainsi la région périnéale en deux moitiés.

Les résultats définitifs sont les suivants : 80 p. 100 de guérisons dans les cas faciles, 37 p. 100 dans les cas compliqués et 14 p. 100 dans les cas très difficiles, ce qui fournit une moyenne de 36,3 p. 100 pour la première année, de 35,7 p. 100 pour la deuxième année après l'opération, et de 30 p. 100 pour les interventions datant de cinq ans. Si l'on calcule le nombre des guérisons définitives, non plus sur le nombre de cas opérés, mais sur celui de tous les cas observés, la proportion des guéri-

sons s'étant maintenues cinq ans est de 24 p. 100. Ce pourcentage est supérieur à tous ceux qu'on a publiés jusqu'ici,

En un mot, malgré des indications opératoires très larges, M. Schuchardt obtient des résultats supérieurs au point de vue de la guérison définitive, et cela grâce à l'opération très radicale que permet l'incision paravaginale.

M. Döderlein (de Tubingue), qui est également partisan de l'extirpation vaginale du cancer utérin, a imaginé à cet effet une modification des procédés actuels. On attire fortement en avant le col utérin à l'aide de deux pinces, puis on sectionne d'un coup de ciseaux le cul-de-sac postérieur, de façon à pénétrer immédiatement dans le cul-de-sac de Douglas. On élargit cette incision en arrière, dans le vagin, et en haut, dans l'utérus, puis on fait basculer ce dernier en arrière, en plaçant les pinces de plus en plus haut; on l'amène ainsi à la vulve où on le sectionne complètement en deux, ainsi que cela a été fait par M. Müller. En procédant de cette manière, le décollement de la vessie s'opère pour ainsi dire spontanément, le tissu conjonctif étant fort peu dense entre la vessie et le col utérin; il n'y a donc aucun danger de léser la vessie. Avec le doigt, on refoule ensuite de chaque côté le fond de la vessie et l'uretère; il ne reste plus alors qu'à procéder à l'extirpation de chaque moitié de la matrice,

M. Olshausen (de Berlin) est d'accord avec M. Jordan sur la plupart des points, et il préconise comme lui l'hystérectomie vaginale.

Après avoir observé jusqu'à ces dernières années la règle de ne pas opérer lorsque le cancer dépasse les limites de la matrice, M. Olshausen a maintenant un peu élargi les indications opératoires, si bien qu'il intervient dans environ 50 p. 100 des cas, au lieu de 31 p. 100.

Les récidives sont assez fréquentes entre la 3e et la 5e années, mais elles deviennent très rares après. Il en a cependant observé une au bout de 12 ans. En résumant sa statistique actuelle, il dit qu'il opère 50 malades sur 100 qui se présentent à lui et que, de ces 50, 47 survivent à l'opération, dont 18 sont sans récidive au bout de cinq ans.

Il n'intervient par la voie abdominale que lorsqu'il est impossible d'opérer par le vagin. Pour ce qui est de l'incision paravaginale de M. Schuchardt, il l'emploie, bien qu'assez rarement, et croit qu'elle ne trouve son application que dans 3 ou 4 p. 100. Le procédé de M. Döderlein paraît constituer un progrès.

M. Martin (de Greifswald) croit, comme M. Jordan, que l'extirpation des ganglions, dans le cancer de l'utérus, présente des inconvénients que ne compensent pas des avantages suffisants.

Il est également partisan de l'opération vaginale, et recommande vivement l'emploi de l'incision paravaginale de M. Schuchardt. Quant au procédé de M. Döderlein, le décollement de la vessie pourrait offrir quelques difficultés, même sans qu'il y eût des adhérences cancéreuses, dans les cas relativement fréquents où cet organe est largement uni à la paroi antérieure de la matrice.

M. Wertheim (de Vienne) pratique depuis 2 ans 1/2 exclusivement l'hystérectomie abdominale avec ablation des ganglions, estimant que cette opération seule permet d'augmenter les chances de guérison radicale. Le nombre de malades qu'il a opérées ainsi est de 50. Ses interventions sont encore trop récentes pour qu'il puisse présenter des conclusions définitives. Il est vrai que sa mortalité opératoire fut assez élevée au début: il a compté 11 décès sur une première série de 30 opérations; le second groupe, par contre, comprenant 20 opérations, ne lui a donné que 3 déeès, dont 2 par nécrose des uretères. Cette dernière complication étant due à un isolement trop étendu de ces canaux, il a amélioré son manuel opératoire à cet égard, et espère que le nombre des décès opératoires diminuera encore sensiblement.

L'examen histologique très minutieux auquel il a soumis dans tous les cas les ganglions extirpés a démontré que 18 fois les ganglions étaient cancéreux, et ceci alors même que rien ne trahissait macroscopiquement leur envahissement. Il attribue cependant à l'extirpation du tissu des ligaments larges une importance plus grande encore qu'à celle des ganglions, les récidives s'établissant le plus souvent à ce niveau.

M. Kümmell a pu se convaincre, par de nombreux essais, que les dangers de l'hystérectomie abdominale sont beaucoup plus considérables que ceux de l'opération vaginale. Il s'adresse donc à cette dernière dans les cas très faciles; il pratique l'incision paravaginale dans les cas de difficulté moyenne; il a enfin recours au procédé abdominal dans ceux où la compression des uretères exige une intervention destinée à soulager les patientes, plutôt qu'à les guérir. De 3 malades de cette dernière catégorie qu'il a opérées, une est morte de pneumonie, la deuxième a succombé à une récidive au bout d'un an; la troisième, au bout de six mois, est encore sans récidive.

M. Freund (de Strasbourg) fait observer que, pour juger impartialement de la valeur de l'un et de l'autre procédé, le même chirurgien devrait les employer, tantôt l'un tantôt l'autre, indifféremment, c'est-à-dire sans soumettre à l'un les cas faciles à opérer et à l'autre les cas inopérables. Il ne croit pas que l'on soit autorisé à abandonner la voie abdominale, alors qu'on cherche, au contraire, à perfectionner la technique de l'extirpation des ganglions pour les cancers des autres organes; car le cancer utérin doit être traité d'après les mêmes principes que tous les autres néoplasmes malins.

De la laparotomie vaginale conservatrice comparée à la laparotomie abdominale.

M. Dührssen (de Berlin) a pratiqué 780 fois la laparotomie vaginale, c'est-à-dire la colpocœliotomie antérieure, pour les affections les plus variées. On fait une incision en T sur la paroi vaginale antérieure, on sépare sur une étendue suffisante la vessie d'avec la matrice et les ligaments larges et même d'avec le péritoine vésical, puis on pratique une ouverture de 5 à 6 centimètres dans le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin; cette ouverture étant établie, on fait basculer la matrice en avant et on l'attire à la vulve. On peut ainsi pratiquer la plupart des opérations gynécologiques pour lesquelles la laparotomie abdominale eut autrefois semblé nécessaire. La mortalité opératoire n'est que de 2 à 3 p. 100, c'est-à-dire inférieure à celle de la laparotomie abdominale. Ce procédé offre, en outre, l'avantage de ne pas laisser de cicatrice, et de ne pas exposer aux adhérences intestinales ou à une hernie abdominale; la convalescence est aussi plus courte, car la plupart des malades peuvent quitter le service au bout de 9 à 12 jours. La seule conséquence fâcheuse de cette opération est qu'elle provoque parfois des troubles au moment d'un accouchement ultérieur. On peut éviter cet inconvénient en suturant isolément le péritoine. Le procédé en question a encore l'avantage de pouvoir être associé à la vagino-fixation quand il s'agit de rétrodéviation utérine.

M. Dührssen a fait cette opération dans 70 cas de kystes volumineux de l'ovaire, sans un seul décès, puis dans 28 grossesses extra-utérines, avec un seul décès survenu après un traumatisme, alors que l'opérée était en pleine convalescence.

Parmi les interventions pratiquées par ce moyen, M. Dührssen cite encore l'obturation des trompes dans le but d'éviter la conception chez des femmes malades et, inversement, l'établissement d'un orifice tubaire, dans des cas d'oblitération des trompes, pour rendre possible la conception; puis, la cautérisation des ovaires pour dégénérescence microkystique de ces organes. Contre cette dernière affection, l'ignipuncture a rendu des services appréciables, parce qu'elle fait disparaître à la fois les douleurs et les métrorrhagies. Les ovaires traités de la sorte reprennent leur fonction normale.

M. Dührssen a également extirpé, par la laparotomie vaginale, 57 fibromyomes, dont certains atteignaient le volume d'une tête d'enfant, et a fait, dans un certain nombre de cas, l'excision cunéiforme du tissu utérin, moyen excellent pour guérir la métrite chronique.

D'une manière générale, il ne craint pas d'avancer que l'opération en question permet d'éviter, dans 50 à 70 p. 100 des cas, la laparotomie. Elle est préférable à la colpocœliotomie postérieure, préconisée par d'autres opérateurs, parce qu'elle fournit un champ opératoire bien meilleur.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Tenon (Enfants malades). — M. Broca.

Occlusion intestinale consécutive à l'appendicite.

Il est actuellement connu de tout le monde qu'une péritonite antérieure est, par les brides qu'elle laisse parfois après elle dans la cavité péritonéale, une des causes habituelles de l'occlusion intestinale aiguë. Personne n'a donc été surpris quand on a constaté qu'il n'était pas rare de voir l'occlusion survenir chez des malades ayant souffert récemment ou autrefois d'une appendicite aiguë ou chronique, opérée ou non opérée.

C'est à cette étude de l'occlusion mécanique par bride que je vais me borner. Certes, elle n'est pas la seule dont puisse se compliquer l'appendicite et, comme au cours de toutes les péritonites septiques diffuses, la paralysie réflexe de l'intestin peut causer un arrêt complet des matières et même des gaz pendant qu'évolue une péritonite aiguë appendiculaire. Il semble même que des accidents analogues, quoique moins graves, puissent être provoqués par un appendice chroniquement enflammé, dont la résection fait tout cesser quoiqu'on n'ait rencontré en opérant aucune bride comprimant l'intestin.

Les faits de ce genre peuvent prêter à des considérations cliniques et thérapeutiques fort importantes : à l'état aigu, pour ne pas se tromper entre une péritonite suraiguë et une occlusion intestinale ; à l'état chronique, pour déterminer dans quelles conditions l'appendice doit être enlevé lorsque cependant les signes locaux attirent peu l'attention vers lui. Pathogénie et traitement ne sont pas ici comparables à ce qu'ils sont lorsqu'une bride, reliquat de péritonite, arrête mécaniquement le cours des matières : et c'est de ces cas seulement que je veux parler aujourd'hui.

Ces faits, à leur tour, doivent être divisés en deux catégories bien distinctes, selon que l'occlusion vient compliquer l'évolution d'un abcès appendiculaire incisé et non encore cicatrisé, ou selon qu'elle éclate après une période plus ou moins longue de santé parfaite chez un sujet ayant souffert d'une appendicite suppurée ou non, opérée ou non. Vous verrez à quelles conclusions chirurgicales tout à fait différentes on arrive dans ces deux ordres de cas.

I

L'occlusion intestinale par bride au cours d'un abcès appendiculaire incisé n'est pas fréquente : je ne l'ai observée que trois fois. Cette rareté est heureuse, car la gravité de la complication est grande : mes trois malades sont mortes toutes les trois — sans que je sache pourquoi il s'agit de trois filles — et vous allez voir que cela s'explique par les difficultés opératoires avec lesquelles le chirurgien se trouve aux prises. C'est ce qui va ressortir de l'analyse succincte de mes trois observations.

Le 4 juillet 1896 on m'apporta, à l'hôpital Trousseau, une fille de 11 ans (1), qui, après 5 ou 6 jours de malaises abdominaux vagues, avait été prise d'accidents brusques le 1er juillet, en rentrant de l'école. Vomissements, diarrhée passagère, épistaxis au début, firent croire à une fièvre typhoïde, mais quand l'enfant fut admise à l'hôpital, on diagnostiqua nettement une appendicite, avec classique foyer à droite. Je fus appelé d'urgence et, par l'incision de Roux, je donnai issue à une abondante collection de pus très séreux et fort peu odorant. Le toucher rectal pratiqué avant l'opération ne fournit aucun renseignement positif.

Pendant les jours qui suivirent, l'évolution fut celle d'un foyer se vidant d'abord assez mal. Comme cela est fréquent, la température ne tomba pas tout d'un coup. A 40° lors de l'opération, elle resta aux environs de 39° jusqu'au 10 juillet, puis autour de 38° jusqu'au 25 juillet. A partir de cette date seulement elle devint tout à fait normale ; mais, pendant tout ce temps, l'état général était resté bon, tous les accidents péritonéaux avaient cessé, et sauf cette persistance un peu trop grande de la fièvre, tout paraissait aller très bien. Aussi, lorsque je partis en vacances, le 1er août, après une semaine d'apyrexie, l'abcès se comblant avec rapidité, la guérison n'était plus, à mes yeux, qu'une question de jours.

Grande fut ma surprise lorsque, rentrant de congé le 16 août, j'appris que l'enfant avait succombé l'avant-veille, après avoir été opérée, pour des accidents d'occlusion, par mon ami Jalaguier qui avait bien voulu me suppléer pendant mon absence.

Toujours, jusqu'au début des nouveaux accidents, nous avions eu à lutter contre une constipation notable. Mais le 6 août les lavements furent impuissants à provoquer une selle et le soir, à 6 h. 1/2, débutèrent des vomissements porracés, qui se renouvelèrent à 9 h. 1/2. Le pouls étant normal et le facies excellent, on ne s'inquiéta pas outre mesure ; mais l'huile de ricin resta inefficace, trois lavements de même. Le quatrième fut suivi, enfin, d'une selle copieuse, avec émission de gaz.

Après cette alerte, le régime lacté fut prescrit. Le 7 août, un lavement eut un heureux résultat. Mais le 9, nouveau vomissement : une selle abondante fut

1. Obs. 69, p. 98 de la *thèse* de Mlle Gordon, Paris 1896-1897.

obtenue par massage abdominal. Malgré cela, le 10 encore, survint un vomissement bilieux; l'état général resta d'ailleurs excellent. Le 12 août, le ventre commença à se ballonner; mais une potion à l'extrait de badiane fut très carminative et fort soulageante et, en somme, l'inquiétude de Jalaguier n'était pas extrême, lorsque brusquement, le 14 août, la scène changea : aux vomissements et à la constipation se joignirent la fréquence du pouls à 150 et l'altération caractéristique du facies. Le ventre était peu douloureux, mais le toucher rectal révéla que le plancher pelvien était blindé par un plastron très dur, qui immobilisait tous les organes.

La laparotomie médiane fut donc pratiquée : adhérentes dans le bassin, trois brides épiploïques, dont une grosse comme le petit doigt, étranglaient l'intestin grêle. Elles furent sectionnées entre deux ligatures, mais cela ne rétablit pas le cours des matières : aussitôt après l'opération survinrent des vomissements fécaloïdes, le pouls devint incomptable, et à 7 heures du soir l'enfant succomba. A l'autopsie, on vit que les anses intestinales, restées affaissées, formaient dans le petit bassin un magma adhérent, constituant le plastron senti par le toucher rectal. On comprenait, dès lors, que la section des brides épiploïques n'eût pas suffi à arrêter les phénomènes d'occlusion.

C'est seulement en décembre 1899 que j'eus l'occasion de recueillir une observation comparable à la précédente. Une fille de 15 ans, en général constipée, souffrant depuis quelques mois de douleurs abdominales, fut prise, le 1[er] décembre 1899, le soir, de douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite et de vomissements alimentaires; pendant la nuit, la fièvre s'alluma. Ces symptômes persistèrent, et on se décida, le 4 décembre, à faire appeler un médecin qui conseilla le transfert à l'hôpital.

A l'entrée, nous constatâmes un foyer bien localisé à droite, avec 38°,4 de température; pouls à 104, bien frappé. Le traitement par la glace et l'opium fut institué et amena une sédation rapide des symptômes; il n'y eut plus aucun phénomène de péritonite, le pouls tomba à 92. Mais la température resta à 38° et, le 9 décembre, il existait certainement un abcès iliaque que j'ouvris par l'incision de Roux : il sortit un pus infect, contenant quelques débris sphacélés.

Le lendemain, la température étant à 37°,8, l'amélioration était considérable, l'enfant se trouvait bien et demandait à manger, ce qui d'ailleurs ne lui fut pas accordé. Mais le 12, sans que rien fût anormal du côté de la plaie, débutèrent des vomissements bilieux, avec des douleurs épigastriques et, à partir de ce moment, les symptômes furent les mêmes que dans l'observation précédente. Les liquides ingérés furent vomis, l'estomac se ballonna, la constipation fut opiniâtre, de temps en temps vaincue en partie par un lavement; et bien certainement aucun nouveau foyer ne se collectait dans l'abdomen. Sans doute, du 17 au 21, il y eut un peu d'hyperthermie, entre 38 et 38,5 le soir; mais aucun point n'était empâté ni douloureux à la palpation, le ventre ne présentait comme signe anormal que du météorisme épigastrique, le pouls était bon. Le 14 décembre, le toucher rectal permit même de constater que le petit bassin était libre et souple.

Dix jours plus tard, il n'en était plus de même : dans le cul-de-sac de Douglas, à gauche de la ligne médiane, on sentait une masse indurée, non fluctuante, évidemment formée par des anses intestinales agglomérées. Avec des accidents un peu plus lents, l'histoire était donc identique à celle que je vous narrais tout à l'heure, et après avoir encore hésité, car je ne me dissimulais pas toutes les difficultés de la tâche, je me décidai à opérer.

J'incisai donc l'abdomen sur la ligne médiane et je vis l'intestin grêle très distendu, très vascularisé. En suivant les anses météorisées, ma main arriva dans le petit bassin et, là, sentit, comme le toucher l'avait fait diagnostiquer, un amas d'anses affaissées, accollées contre la paroi pelvienne gauche; vers la droite de ce paquet descendait une première anse dans laquelle une coudure brusque, par adhérence du bord mésentérique, arrêtait le cours des matières : en la libérant, j'ouvris l'ancien abcès que j'avais drainé par la voie iliaque, et par le trou, je vis sortir de la poche, à peu près sèche, un petit calcul stercoral. Après quoi, la même anse, pour devenir perméable, dut encore être affranchie de deux autres adhérences qui la coudaient. Je drainai largement par la fosse iliaque et par l'incision médiane, en protégeant le haut du ventre par des mèches de gaze, mais il me paraissait impossible qu'un foyer pelvien ainsi infecté pût être impunément ouvert dans la grande séreuse : en effet, la température qui, depuis le 20 décembre, était normale, monta le soir à 39°, et l'enfant succomba le lendemain matin, sans avoir vomi, mais avec tous les autres symptômes de la péritonite diffuse suraiguë.

L'autopsie confirma ce que j'avais vu pendant l'opération, et nous fit trouver, en outre, un petit abcès, au milieu des anses agglomérées dans le bassin. L'appendice, dirigé en bas et en dedans, était amputé au sommet et venait adhérer à l'anse intestinale que j'avais libérée.

Voilà donc deux observations tout à fait comparables, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique : elles nous ont offert le type de ces occlusions lentes, dues aux coudures multiples des anses intestinales dans un foyer de péritonite adhésive subaiguë.

Et vous comprenez que le diagnostic ne puisse pas aisément être posé d'emblée : en effet, à un degré léger ces symptômes sont très fréquents après l'ouverture des foyers enkystés de péritonite en général, des abcès appendiculaires en particulier. Il est de règle que pendant la résorption des exsudats de péritonite plastique, grâce auxquels s'est faite la limitation du mal, la constipation persiste plus ou moins. Sans doute, elle est loin d'être absolue, les gaz retrouvent en général vite leur chemin, les vomissements sont peu nombreux ou nuls, le ventre ne se météorise pas. Mais de temps à autre on a, après l'opération, quelques jours d'inquiétude, lorsqu'enfin une purgation amène la débâcle définitive.

Aussi, dès le début, se pose devant nous un problème assez ambigu — analogue d'ailleurs à celui qui se pose pour toutes les occlusions chroniques ou même subaiguës : à quel moment devons-nous renoncer aux purgations, aux lavements et recourir au bistouri? Nous savons, en effet, que si les adhérences sont constantes, si assez souvent elles causent quelques ennuis, elles se libèrent presque toujours d'elles-mêmes, à mesure que l'intestin reprend sa tonicité et que l'inflammation péritonéale s'apaise. Cela est si vrai que, même lorsque nous échouons en fin de compte, comme vous l'avez vu pour les deux malades précédentes, comme vous le verrez pour la suivante, à plusieurs reprises, purgatifs et lavements amènent de vraies débâcles, telles que pendant un jour ou deux on se croit maître de la situation. On ne désespère donc de la médecine que très tard, lorsque l'on voit l'état général s'aggraver ; mais il est juste d'ajouter que, pas plus dans le cas de Jalaguier que dans le mien, ces hésitations — que je crois obligatoires — n'ont eu pour résultat d'amener sur l'intestin les lésions de gangrène,

de perforation, qui trop souvent frappent de stérilité les opérations trop différées chez les malades atteints d'occlusion.

Cela se comprend, car, dans aucun de ces cas, il n'y avait striction de l'intestin. Il y avait des adhérences molles, agissant par coudure, et ne menaçant par conséquent pas la paroi de sphacèle. La preuve en est que, chez la première malade, la section des brides n'a pas rétabli la perméabilité des anses agglomérées dans un magma pseudo-membraneux peu résistant; et, chez mon opérée, les trois adhérences qui coudaient l'iléon cédèrent à une minime traction, en déchirant la poche de l'abcès, mais non les tuniques de l'intestin.

Un peu de retard n'est donc pas ici très préjudiciable, contrairement à ce qu'on ne doit pas se lasser de répéter pour les autres occlusions intestinales. Mais la grosse difficulté, c'est de savoir exactement comment il convient d'opérer. La première pensée qui vient à l'esprit, c'est évidemment de recourir à la laparotomie médiane. Or, au moins lorsque le toucher rectal révèle des adhérences pelviennes, cette voie est sûrement défectueuse : ou bien, comme Jalaguier, on se borne à sectionner une ou plusieurs brides épiploïques, mais les coudures par péritonite plastique continuent leurs méfaits; ou bien, comme moi, on veut aller plus loin, et on libère les anses coudées, mais alors on ouvre forcément dans le ventre un foyer encore infecté et la péritonite suraiguë consécutive paraît presque fatale.

De ces deux faits, de leur observation clinique, du résultat opératoire, des constatations d'autopsie, j'ai donc conclu que, dorénavant, dans des conditions semblables, je renoncerais à la laparotomie médiane. D'autant que la situation est comparable à celle où nous sommes, quand, par suite d'adhérences à la paroi du bassin et à la section du vagin, nous nous trouvons en présence d'une hystérectomie vaginale compliquée d'occlusion intestinale, avec cette aggravation qu'ici les adhérences correspondent toujours à un foyer infecté, ce qui n'a pas lieu dans toutes les hystérectomies vaginales, pour cancer ou pour fibrome par exemple. Or il est aujourd'hui bien connu qu'en pareille occurrence la libération par voie haute est très dangereuse et que les résultats sont bien meilleurs si, avec le doigt, avec un instrument mousse, on va à l'aveuglette, au fond du vagin, changer un peu la position des anses agglutinées; si, cette manœuvre ayant échoué, on établit, sans rien libérer, un anus artificiel de Nélaton. Et je me promis, le cas échéant, de ne plus agir que dans le foyer primitivement ouvert.

Malheureusement, l'occasion ne tarda pas à s'offrir, et vous allez voir que la conduite à laquelle je me suis arrêté était raisonnable; car, si l'enfant a succombé, ce ne fut que longtemps après la cessation de tous les phénomènes d'occlusion.

Le 30 janvier 1900, je fus appelé auprès d'une fillette de 8 ans, atteinte depuis 3 jours d'une crise classique d'appendicite aiguë, avec plastron iliaque droit. Lorsque j'arrivai, le traitement médical, institué la veille au soir par Sevestre, avait eu un effet sédatif manifeste. Mais la résolution ne fut pas complète, et le 6 février il fut évident qu'un abcès existait, sans réaction péritonéale, avec température entre 38° et 38°,5, avec pouls entre 80 et 100. Je l'ouvris par l'incision de Roux, je mis deux drains en canon de fusil, et d'abord tout marcha à souhait. L'enfant bientôt prit du bouillon et du lait, et elle ne vomit plus, mais elle n'eut pas de selle spontanée, et je lui prescrivis de l'huile de ricin. Cela provoqua de vives coliques, mais de selle point : du calomel à dose fractionnée fut efficace et l'alimentation put être commencée. Mais, au lieu de s'amender, la constipation s'aggrava, des crises violentes de coliques eurent lieu de temps à autre, calmées après l'émission de quelques gaz, l'épigastre se ballonna ; il n'y avait d'ailleurs pas de vomissements, et rien n'était suspect autour du foyer opératoire. Quoique rien ne fût appréciable au toucher rectal, je redoutai tout de suite une occlusion partielle par adhérences, et bientôt l'occlusion fut complète, le calomel n'agit plus, en sorte que je résolus d'intervenir, ce que je fis le 17 février.

Mon plan fut d'élargir un peu la plaie, actuellement presque cicatrisée, et de voir si, au fond, je ne trouverais pas, par la percussion, une anse sonore distendue, que je me bornerais à ponctionner. L'anus artificiel serait ainsi établi , sans ouverture de la cavité péritonéale, sur un point de l'iléon sûrement très proche du cæcum; et lorsque les adhérences se seraient résorbées tout autour, il eût été facile d'oblitérer la fistule stercorale, comme je l'avais fait récemment pour une fistule stercorale, par ulcération de l'intestin grêle, consécutive à un abcès appendiculaire de la fosse iliaque.

En effet, une chiquenaude sur le fond de la plaie débridée rendit un son aérique, et je ponctionnai : quelques gaz sortirent, et ce fut tout. De même en deux autres points. Il était dès lors certain, ou bien que des coudures multiples isolaient plusieurs anses; ou bien que, l'occlusion étant incomplète, quelques gaz avaient pu passer au-dessous de l'obstacle, d'où la sonorité des anses ponctionnées et l'inefficacité de la ponction pour établir un anus contre nature.

Cela étant, mon parti fut vite pris : décollant la lèvre interne de l'incision, j'effondrai quelques adhérences et, en protégeant avec des compresses la partie inférieure suppurante, j'entrai délibérément dans le péritoine; et de l'index je constatai qu'une bride s'enroulait autour d'un paquet intestinal adhérent à la fosse iliaque et à la paroi abdominale. Recourbant le doigt en crochet au-dessous du pédicule, j'attirai le tout au dehors, je sectionnai la bride, formée par la pointe de l'épiploon, et j'étalai cet épiploon autour de la plaie. J'eus tout de suite la preuve que l'obstacle était levé, car des matières liquides, jaunes, abondantes, sortirent par un orifice de l'intestin grêle, puis par le second, situé environ à 15 centimètres plus bas; et une longue anse, d'abord coudée, se déroula au dehors, où la maintint une mèche circulaire de gaze iodoformée. Rien ne sortit par ma première ponction intestinale.

J'étais à peu près certain que les matières fécales, avec grand soin dirigées au dehors et fort loin de la plaie, n'avaient pas contaminé le péritoine; mais, malgré toutes mes précautions, n'avais-je pas infecté la séreuse par la rupture des adhérences autour de l'ancien abcès iliaque? Je n'étais pas autrement rassuré. Mais, dès le lendemain, j'avais partie gagnée : tous les symptômes d'obstruction avaient cessé, rien ne faisait redouter une péritonite. L'évolution ultérieure fut des plus simples : au bout de 5 à 6 jours j'enlevai la mèche circulaire et, peu à peu, l'anse hernie se réduisit, l'enfant put être alimentée et engraissa à vue d'œil; la santé générale devint parfaite.

Mais il persistait sur la fin de l'intestin grêle deux larges fistules par lesquelles s'écoulaient toutes les matières fécales et, lorsque l'enfant fut en bon état, lorsque, 2 mois après le début de l'appendicite, je pus espérer que les adhérences seraient en majeure partie résorbées,

je tentai, le 28 mars, d'oblitérer par l'entérorrhaphie les orifices intestinaux.

L'opération fut horriblement laborieuse. D'abord, j'eus à libérer l'appendice qui, ascendant, allait adhérer par sa pointe à une coudure très abaissée du côlon transverse. Dans ce trajet, il passait devant l'embouchure de l'iléon dans le cæcum et l'aplatissait : et c'est pour cela que le cours des matières n'avait eu aucune tendance à se rétablir dans le gros intestin. L'appendice une fois réséqué, il fut très facile d'oblitérer par quelques points de Lembert une petite perforation que je trouvai sur le cæcum, et qui résultait d'une de mes ponctions lorsque j'avais établi l'anus contre nature.

La recherche et la libération, cependant indispensables, de l'appendice, avaient déjà été délicates; mais ce n'était rien auprès de ce que me réservaient les deux fistules de l'intestin grêle. Lorsque je les eus fermées par entérorrhaphie, je constatai que, par rebroussement à l'intérieur de la muqueuse éversée, la lumière de l'intestin se trouvait obstruée, et je dus me résoudre à pratiquer l'entérorrhaphie circulaire après résection de l'anse, longue d'environ 25 centimètres, qui portait les deux perforations.

Tout cela dura une heure et demie; pendant ce temps l'hémorrhagie en nappe par les adhérences libérées fut abondante, et le fait est que l'enfant était à moitié en syncope quand elle fut reportée dans son lit. Malgré les procédés classiques de réchauffement, malgré les injections sous-cutanées de sérum, malgré les piqûres d'éther, elle resta dans cet état, et elle succomba à 7 heures du soir.

Si donc je vous ai dit, en commençant, que mes trois observations s'étaient terminées par la mort, vous voyez que, dans la dernière, celle où j'ai agi par l'ancienne incision iliaque, le décès n'a rien à voir avec l'occlusion intestinale, dont j'avais complètement triomphé. Mais, d'après ce que j'ai constaté au cours de ma troisième opération, je crois que, lors de la seconde, j'aurais mieux fait de commencer par la libération complète des anses grêles et de l'appendice dans la fosse iliaque et d'établir secondairement l'anus artificiel, si cela avait été utile. J'espérais que la percussion me permettrait d'arriver tout de suite sur l'intestin au-dessus de l'obstacle : j'avais compté sans le passage partiel des gaz, en sorte que deux ponctions ont d'abord été blanches, et c'est de cette multiplicité des orifices qu'est résultée la grande gravité de la dernière opération. Et depuis, j'ai lu un intéressant travail où M. Marion, dans deux cas fort analogues, nous dit avoir constaté également qu'une incision de l'intestin, dans un paquet d'anses agglutinées, n'avait à peu près rien vidé.

Dans les deux cas de Marion, il y avait des adhérences presque généralisées; dans nos deux premiers, tout le petit bassin en était rempli : il semble bien qu'alors un procédé quelconque soit impuissant. Mais, chez ma troisième malade, l'événement a prouvé que l'action locale pouvait être heureuse, et elle l'a été : d'où la conclusion que nous devons opérer dans l'ancien foyer, comme nous le faisons au fond du vagin, je le répète, pour les occlusions consécutives à l'hystérectomie vaginale.

Un moment, je me suis demandé si l'on n'éviterait pas, en partie au moins, ces accidents secondaires par l'opération très précoce et, en tout cas, par la résection immédiate de l'appendice, de parti pris, dans le foyer purulent, deux pratiques qui, vous le savez, ne sont en principe pas les miennes. Les deux observations de M. Marion ont calmé mes craintes : ces deux malades ont, en effet, été opérés d'urgence, sitôt le chirurgien appelé; l'un d'eux avait même alors une appendicite « tout à fait au début »; et chez les deux avait été faite la résection immédiate de l'appendice. Malgré la différence des techniques initiales, le résultat définitif a donc été exactement le même.

II

Nous venons de voir à quels accidents précoces peuvent donner lieu les adhérences plus ou moins étendues qui se constituent toujours, et rapidement, autour des foyers enkystés d'appendicite. Voyons maintenant quelles conséquences tardives peuvent en résulter.

La règle est, qu'une fois éteinte la poussée péritonéale, les adhérences se résorbent d'une manière remarquable, et j'en ai eu la preuve à maintes reprises. D'abord, vous le savez, toutes les fois que c'est possible, j'attends la chute des phénomènes aigus pour enlever à froid l'appendice, quelques semaines après la crise; or, dans ces conditions, il est de règle, même quand, pendant la crise, a existé un large plastron inflammatoire, que, lors de l'opération, la région iléo-cæcale apparaisse nette. Quelquefois il ne reste plus d'adhérences du tout, en général il n'y a plus que des filaments insignifiants : je ne parle pas, cela va de soi, de ce qui entoure l'appendice lui-même, mais seulement des brides et coudures capables d'obstruer plus tard l'iléon.

D'autre part, après les incisions d'abcès, les éventrations ne sont pas rares; d'où, pour suturer la brèche, une occasion d'aller explorer la région autrefois enflammée. Or si, dans ces cas, il est très fréquent de trouver l'épiploon adhérent à la cicatrice derrière laquelle il s'étale — c'est même là, je crois, une des causes principales de l'éventration, — au-dessous de cet épiploon on arrive presque toujours sur une fosse iliaque où le cæcum et les anses grêles voisines sont parfaitement souples et mobiles. On est même souvent frappé de voir combien se sont réparées les lésions de l'appendice lui-même, réduit à un petit cordon fibreux, dur et blanc.

Mais si cette évolution favorable est celle de la majorité, elle n'est pas celle de la totalité des appendicites refroidies, ou cicatrisées après incision d'un abcès; et, au cours de plusieurs opérations, j'ai vu certaines dispositions inquiétantes au point de vue spécial où je me place aujourd'hui.

D'abord, l'appendice lui-même, adhérent par sa pointe en un lieu quelconque peut, s'il est ascendant et interne, passer en pont au-devant de l'iléon, à son embouchure dans le cæcum. Ainsi, chez une fille de 6 ans, que j'ai opérée pour une appendicite subaiguë, non suppurée, l'appendice remontait au-devant de l'iléon, contre le cæcum, et allait adhérer par sa pointe à la face postérieure du tablier épiploïque. Or vous vous rappelez que dans mon troisième cas d'occlusion à la période aiguë, l'appendice ainsi remontant, pour aller se fixer à une anse descendante du côlon transverse, avait assez aplati la terminaison de l'iléon pour rendre définitif un anus artificiel établi juste au-dessus d'elle.

Lorsque l'appendice, enfoui ou tout à fait libre, ne peut causer aucune striction par lui-même, autour de lui des adhérences peuvent être dangereuses. Ainsi, faisant, le 2 juillet 1900, la cure d'une éventration à un garçon de 12 ans auquel j'avais ouvert, le 1er février, un abcès iliaque, je vis que non seulement l'épiploon adhérait à la cicatrice, mais qu'au delà sa pointe allait se fixer au bord libre d'une anse grêle, d'où une tendance à la cou-

dure. En outre, l'appendice chroniquement enflammé — et que je réséquai — sortait comme un battant de cloche d'une sorte de niche située sous l'angle iléo-cæcal rempli d'un magma inflammatoire; et de là partait une bride qui passait devant la terminaison de l'iléon pour aller au bord libre d'une deuxième anse grêle, elle aussi légèrement coudée. Pendant les 5 mois qui venaient de s'écouler, l'enfant n'avait présenté aucun trouble d'occlusion, mais vous vous rendez compte qu'un rien eût suffi pour en provoquer. De même chez un garçon de 9 ans que j'opérai le 9 février 1900, un mois après le début d'une crise refroidie ; presque transversal en dedans, l'appendice adhérait par sa pointe au promontoire, en passant derrière la dernière anse de l'iléon, et jusqu'à lui, pour s'y attacher par la pointe, descendait l'épiploon, qui cravatait de la sorte l'intestin grêle et l'appliquait contre le détroit supérieur. Ici encore, il n'eût pas fallu grand'-chose pour provoquer l'occlusion.

Ces trois malades, qui ont parfaitement guéri, n'ont pas été opérés pour occlusion intestinale; mais ils avaient tout ce qu'il fallait pour en faire tôt ou tard, et je pense qu'ils sont instructifs pour nous faire comprendre les conditions anatomiques des occlusions tardives consécutives à l'appendicite, pour nous faire voir le rôle possible de l'appendice lui-même, de l'épiploon, des brides péritonéales.

Elles nous démontrent de plus que, malgré l'attache fixe des brides dans la fosse iliaque, les lésions étaient parfaitement justiciables de la laparotomie médiane, et à cet égard les occlusions tardives doivent être opposées aux occlusions précoces, pour lesquelles je suis arrivé à la conclusion inverse. Vous allez voir, dans un instant, que cette opinion est justifiée par le siège possible des lésions plus ou moins loin de la fosse iliaque droite.

Quelle est la fréquence de ces occlusions tardives? La question est difficile à résoudre, car il est bien possible que l'ancienne appendicite causale soit assez souvent méconnue.

Quand j'étais chirurgien du Bureau central et que, convoqué pour les cas d'urgence, j'opérais de nombreuses occlusions intestinales aiguës, j'avais acquis la notion que, pour aller vite et trouver la pie au nid, il fallait envoyer tout de suite la main dans les fosses iliaques, car là était le siège le plus fréquent de l'obstacle ; et j'ai été frappé de la fréquence relative des brides vers la fosse iliaque droite. Quant à fournir la preuve d'un lien étiologique avec l'appendicite, je ne le saurais, car dans les laparotomies de ce genre il faut opérer vite pour réussir, et les recherches anatomo-pathologiques sur le vivant compromettent gravement le résultat; nous en sommes donc réduits aux commémoratifs pour rapporter une occlusion à sa cause appendiculaire, et vous comprenez que cela échappe sans peine chez des malades vus par hasard, opérés au milieu de la nuit.

Parmi mes propres opérés d'appendicite, une seule fois j'ai eu à déplorer une occlusion tardive. Il s'agit d'un garçon de 13 ans 1/2 auquel, en décembre 1897, j'avais réséqué l'appendice chroniquement enflammé. L'opération avait été laborieuse, au milieu d'adhérences infectées, avec suture d'un cæcum friable, en sorte que j'avais mis dans le foyer un gros drain en caoutchouc, entouré d'une mèche iodoformée pour protéger le reste du péritoine. J'avais bien fait d'agir ainsi, car la suture lâcha partiellement et, pendant quelques jours, exista une fistulette stercorale, qui d'ailleurs se ferma spontanément. L'enfant sortit guéri le 18 janvier 1898 et fut d'abord très bien portant. Mais, le 29 juin, il fut pris, sans cause connue, de vives douleurs abdominales, avec arrêt complet des matières et des gaz. La marche de cette occlusion fut suraiguë, et l'état était des plus graves lorsqu'on amena l'enfant à l'hôpital Trousseau, le 1er juillet, à 3 heures de l'après-midi.

En mon absence, on appela le chirurgien de garde, mon distingué collègue Arrou, dont la première idée fut qu'il s'agissait, malgré l'apyrexie, d'accidents récidivant dans l'ancien foyer? Il incisa donc sur la cicatrice iliaque et vit sortir un peu de sérosité péritonéale; mais le cæcum était sain. Aussi l'incision latérale fut-elle tout de suite recousue, et le ventre ouvert par laparotomie médiane, ce qui permit de trouver dans la fosse iliaque droite une anse grêle coudée en U par une double bride du bord mésentérique. Après section de ces brides l'anse redevint perméable, et Arrou referma le ventre ; mais l'occlusion persista, et le lendemain matin l'enfant succombait, n'ayant pas été à la selle et ayant continué à rendre des vomissements fécaloïdes. L'autopsie expliqua pourquoi, en faisant trouver derrière le cæcum et le côlon ascendant un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles. Sur le cæcum, le moignon appendiculaire était parfaitement souple et sain.

De quand dataient ces adhérences : de la crise initiale d'appendicite ou de la réaction autour d'un foyer opératoire que j'avais dû tamponner et qui avait suppuré? La question est malaisée à résoudre et n'a d'ailleurs pas d'intérêt. Mais remarquez que l'incision iliaque ne permit pas de voir l'obstacle ; que l'incision médiane fut indispensable et qu'elle l'aurait été encore bien plus si l'on avait trouvé et cherché à libérer les anses agglutinées.

Voilà l'histoire du seul malade atteint d'occlusion intestinale tardive parmi ceux que j'ai soignés d'appendicite : je prends à mon compte aussi bien la terminaison que le début, car tel que je connais mon ami Arrou, je suis sûr que la laparotomie finale a été aussi correcte que possible. Quant aux deux malades que j'ai opérés moi-même pour occlusion aiguë tardive, je n'avais rien eu à voir dans leur passé appendiculaire.

Chez les deux j'ai eu recours d'emblée à la laparotomie médiane, qui m'a fourni une mort et une guérison.

Le premier est un enfant qui, après avoir été opéré le 25 juillet 1898 d'appendicite par un de mes collègues, avait guéri rapidement, sans suppuration; et depuis sa santé était restée excellente, lorsque le 19 février 1899 il fut pris d'accidents aigus d'occlusion, avec vomissements vite fécaloïdes et constipation absolue pour les matières et les gaz; la température monta à 37°,9. C'est le 23 février seulement que le malade fut apporté à l'hôpital Trousseau, après avoir été en vain purgé et lavementé à l'eau de Seltz ; il était dans un état déplorable, avec l'abdomen très tendu, le facies grippé, les extrémités froides, le pouls misérable, la température à 38°,2. Quoique la situation me parût désespérée, ce dont j'avertis la famille, je pratiquai aussitôt la laparotomie médiane sous-ombilicale, et ma main sentit dans la fosse iliaque droite la jonction entre les anses distendues et les anses affaissées. Tout fut amené au dehors, sur des compresses aseptiques, et je vis qu'une bride serrait l'iléon à sa jonction avec le cæcum. Je la sectionnai entre deux ligatures, je vis les matières reprendre leur cours, et je refermai le ventre après réduction des anses météorisées. L'opération avait pu être vivement menée, n'avait pas duré plus de 20 minutes; mais elle était certainement trop tardive, et l'enfant succomba au bout de quelques heures. Le moignon appendiculaire était tout à fait sain.

Dans ce cas, l'incision iliaque eût très bien conduit

sur l'obstacle, mais pas mieux que la médiane, grâce à laquelle l'opération fut très aisée ; et dans le cas suivant elle eût été bien mal commode, pour ne pas dire plus, car une anse était coudée par une bride insérée sur la paroi gauche du bassin. D'après l'état anatomique des parties, le malade précédent aurait dû guérir, s'il avait été laparotomisé à temps : la section précoce d'une bride est une opération bénigne, comme va vous le prouver ma dernière observation, celle qui est venue rompre la série noire dont je vous ai jusqu'à présent entretenus ; et je fus particulièrement heureux que ce jour ait été marqué d'une pierre blanche, car ce fut une matinée consacrée à un de mes élèves les plus chers.

Aujourd'hui âgé de 31 ans, notre jeune confrère avait subi, il y a 14 ans, une crise d'appendicite nette, avec empâtement, guérie par le traitement médical, et il en avait guéri sans rechutes, ayant conservé seulement quelque disposition à des coliques suivies de diarrhée et survenant sans cause connue.

Mais en général son intestin fonctionnait bien, et je puis même vous dire que c'était une belle fourchette. Depuis quelques semaines, il éprouvait une sensation inexpliquée de fatigue, une diminution d'appétit, des alternatives de diarrhée et de constipation, de l'amaigrissement, lorsque, brusquement, dans la rue, le 7 juillet 1900, à 3 heures, il fut pris d'une douleur atroce vers l'ombilic : cette colique fut soulagée pour quelques instants par un résultat, bien maigre il est vrai, obtenu aux water-closets de l'Odéon. Mais à quelques mètres plus loin, une fois hors de l'édicule, cela recommença, pendant la traversée du Luxembourg, et le malade arriva à grand'peine, plié en deux, tenant son ventre, à la Clinique Baudelocque. Il y resta juste le temps nécessaire pour que mon ami Varnier le renvoyât chez lui dans un fiacre; fatigué par les cahots de la voiture, il y fut pris d'une syncope et s'en remit chez un pharmacien qui le fit étendre, lui fit respirer de l'éther et prendre de l'élixir parégorique. Avant de rentrer chez lui, il passa voir un de ses amis, à qui il « refroidissait » une appendicite, craignit encore d'avoir une syncope, mais une fois à domicile se trouva beaucoup mieux, écrivit quelques lettres, et ressentit « une faim terrible, qu'un bol de bouillon suffit à calmer ». Température et pouls normaux, nuit agitée, avec cauchemars.

Le lendemain matin, à 6 heures, commencèrent les vomissements bilieux; les douleurs abdominales, toujours vives, furent calmées par l'application d'une vessie de glace. A midi arriva M. Le Dentu qui écarta l'hypothèse d'une rechute d'appendicite et, sentant quelque chose de résistant à gauche de la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, quelque chose aussi, par le toucher, dans le cul-de-sac recto-vésical, soupçonna un volvulus et ordonna de grandes irrigations rectales à l'eau chaude. On n'amena ainsi au dehors que quelques boules durcies de matières fécales, mais les symptômes s'amendèrent, les vomissements cessèrent, la nuit fut assez bonne; le matin, un bol de café au lait fut supporté. Tout semblait aller si bien que le père du malade, lui aussi médecin, quitta Paris où il avait été la veille mandé en toute hâte.

Une heure plus tard, j'arrivais, revenant de la campagne où j'avais passé le dimanche, et avec M. Le Dentu nous constations que les accidents reprenaient avec intensité : et cette fois les vomissements étaient fréquents, bilieux, pas encore fécaloïdes. Nous décidâmes d'essayer l'effet d'un lavement électrique, qu'à 1 h. 1/2 administra le Dr Gautier. Le résultat fut nul, et le soir à 7 heures, nous étions en face d'une occlusion évidente, avec vomissements fécaloïdes et hoquet. Mais le pouls était très bon et nous pensâmes qu'au lieu d'une opération faite la nuit, avec un mauvais éclairage, nous pouvions remettre au lendemain matin la laparotomie dont l'indication était nette, qu'il s'agît d'un volvulus, comme l'admettait plutôt M. Le Dentu, ou d'une bride comme je le pensais en raison de l'appendicite ancienne.

L'opération me fut confiée et M. Le Dentu voulut bien m'aider. Après incision médiane sous-ombilicale, je trouvai d'abord, en suivant de la main les anses distendues, une anse grêle coudée par une bride insérée sur la paroi gauche du bassin et sous laquelle je pus passer l'index recourbé en crochet : je la sectionnai entre deux ligatures et j'eus encore à libérer aux ciseaux quelques adhérences qui maintenaient accolés les deux chefs de l'anse coudée. Cela fait, je constatai que, vers la fosse iliaque droite, il y avait encore des anses affaissées; et autour d'une nouvelle anse grêle, la serrant circulairement, j'incisai une seconde bride. Après quoi la perméabilité du canal me parut partout rétablie, et je suturai sans drainage.

Les suites furent idéales. La chloroformisation, que le malade avait trouvé délicieuse au début, grâce à l'habileté de son ami le Dr Lapointe, ne provoqua même pas une nausée. A partir de 6 heures du soir, le champagne frappé fut toléré; dès le soir, des gaz furent rendus, le surlendemain une selle fut provoquée par deux pilules de cascarine, et dès lors l'appétit revint : lait pendant 2 jours, œufs le 4e jour après l'opération, bifteck le 5e jour. L'apyrexie fut complète et, au 20e jour, le malade se levait; il pouvait, les 24e et 25e jours, venir faire des communications au Congrès international de médecine, et depuis sa santé est restée parfaite, sa cicatrice résiste au lawn-tennis, à la bicyclette.

Le premier enseignement à tirer de ces trois faits me paraît être que la méthode suivie pour traiter la crise aiguë est indifférente dans l'espèce : une résolution sans opération, une résection à chaud, presque immédiate, une résection retardée après refroidissement, tel est leur bilan, et ces trois conduites sont les seules possibles. C'est à la même conclusion que nous sommes arrivés pour les occlusions de la période aiguë, en comparant mes observations à celles de Marion.

Mais le diagnostic et le traitement sont fort différents ici de ce qu'ils étaient pour les faits de la première série. Tandis que, pour ceux-ci, nous étions en face d'occlusions lentes, dont les purgatifs venaient par moments à bout, tandis que nous avions dès lors à nous demander s'il s'agissait d'occlusion proprement dite ou seulement d'un peu de réaction péritonéale persistante, tandis qu'enfin nous avions été amenés à agir dans la première incision, pour libérer des anses et au besoin établir un anus contre nature, nous sommes maintenant en présence d'occlusions aiguës, offrant le type des occlusions par bride, pour lesquelles l'opération est urgente, parce que la vitalité de la paroi intestinale serrée est compromise, pour lesquelles la laparotomie médiane précoce est la seule thérapeutique convenable.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Renaut (Paul). *Contribution à l'étude de l'alcoolisme congénital au point de vue expérimental et clinique.*

M. Salvant (Pierre). *Traitement pathogénique du delirium tremens fébrile par la balnéation froide.* N° 248. (Michalon).

M. Massard (Ernest). *De l'alcoolisme dans le quartier Saint-Antoine.* N° 282. (L. Boyer.)

M. Imbault (Félix). *Contribution à l'étude de la fréquence de la tuberculose chez les alcooliques.* N° 285. (Boyer.)

M. Mathey (Pierre). *La tuberculose à Paris.* N° 284. (Boyer).

M. Beuchet (François). *De l'influence des maladies de l'aorte sur le développement de la tuberculose pulmonaire.* N° 280. (Baillière.)

M. Neumager (Victor). *Les signes pseudo-cavitaires dans les pneumonies grippales.* N° 186. (Boyer.)

M. Cau (Jules). *De la toxicité du phosphore.* N° 297. (Michalon.)

Seul ou avec M. Nicloux, M. Renaut a fait une série d'expériences desquelles il conclut que l'alcool ingéré soit sous forme de vin, soit sous forme d'alcool à 10 p. 100 passe dans toutes les glandes (testicule, ovaire, prostate) et sécrétions génitales (liquide des vésicules séminales, sperme). Les teneurs comparées en alcool du sang et de l'urine, et des glandes ou liquides examinés, sont très voisines.

Ce passage rapide doit être considéré comme un facteur important de sa nocivité tant sur la constitution intime et la sécrétion des glandes que sur les éléments figurés des liquides et particulièrement les spermatozoïdes.

Cliniquement, il est semble point démontré d'une façon évidente que l'action dégénérative de l'alcoolisme congénital irrémédiable.

Il y a lieu de tenir compte, dans une grande mesure, des conditions toutes spéciales de la vie déplorable de la famille des alcooliques, du mode d'alimentation des enfants, des soins que leur procurera une mère alcoolique ou non, et de l'instinct d'imitation des descendants alors qu'ils sont sous la domination de leurs ascendants alcooliques et dépravés.

Le traitement du delirium tremens fébrile par les bains froids à 18° (ou les bains tièdes selon les cas individuels) constitue une méthode thérapeutique de choix capable d'amener une sédation rapide, et parfois définitive d'emblée, de l'hyperexcitation motrice et psycho-sensorielle en jugulant l'élément hyperthermique. M. Salvant qui en a réuni quelques observations montre qu'il s'agit là d'un mode de traitement qui vise directement l'infection et l'auto-intoxication du fébricitant et constitue ainsi (en l'absence de contre-indications cardio-vasculaires bien déterminées) une médication pathogénique et non plus uniquement symptomatique comme les autres médications habituellement usitées en pareil cas (traitement par la morphine, les bromures, le chloral, etc.).

Après avoir rappelé que l'alcool détruit ou transforme en tissus inertes les parenchymes des principaux organes de l'économie, M. Massard démontre que le quartier Saint-Antoine est un des quartiers de Paris où il y a le plus d'alcooliques;

Que ces alcooliques sont presque tous des ouvriers, ou leurs femmes et leurs enfants;

Que les principales causes qui les entraînent à faire abus de boissons alcooliques sont : l'hérédité, les mauvais exemples reçus dès l'enfance, l'ignorance et les préjugés, la multiplicité des débits de boissons, l'entraînement, les habitudes professionnelles, les coutumes du quartier, l'horreur du logis, enfin les chagrins et les soucis;

Qu'à l'hôpital Saint-Antoine 80 p. 100 des malades hommes sont alcooliques;

Qu'ils sont prédisposés à certaines maladies, en particulier à la pneumonie, qui chez eux est presque toujours mortelle.

Après avoir passé en revue quelques moyens prophylactiques à opposer à l'alcoolisme, et sans négliger l'intervention de l'Etat et les bons exemples donnés par les Sociétés de tempérance, l'auteur pense que : La propagande par la presse, l'affiche et les conférences; la création de maisons du peuple; et surtout l'éducation de l'enfance et de la jeunesse, à l'école et à la caserne; la création de maisons d'abstinence et de travail, pour les alcooliques valides; de maisons de correction et de traitement, pour les alcooliques délinquants; de maisons de travail et de convalescence, pour les alcooliques guéris, demandée par le professeur Joffroy, sont les meilleurs moyens à opposer à la marche envahissante de l'intoxication par l'alcool dans la société actuelle et surtout dans la classe ouvrière.

M. Imbault reprend l'étude des rapports de l'alcoolisme et de la tuberculose et, en se basant sur un certain nombre de statistiques et d'observations, conclut à l'influence de l'alcoolisme sur le développement de la tuberculose.

Celle-ci semble fréquente parmi les alcooliques campagnards, et diverses données statistiques montrent qu'il existe une certaine analogie entre la répartition de l'alcoolisme et celle de la tuberculose. Des enquêtes portant sur des tuberculeux, et surtout sur des tuberculeux d'hôpital, montrent que ces malades sont très fréquemment alcooliques.

Les nombreuses statistiques réunies par M. Mathey montrent que la tuberculose tue chaque année à Paris plus de 15.000 personnes, ce qui représente à peu près le quart du nombre de personnes atteintes;

Elle frappe de préférence les quartiers ouvriers, et cela pour deux raisons principales :

a) D'abord, parce que les conditions d'hygiène y sont plus défectueuses;

b) Peut-être aussi parce que l'alcoolisme y est plus développé;

Elle atteint un nombre deux fois plus grand d'hommes que de femmes;

Contrairement aux dires de quelques optimistes, la mortalité tuberculeuse augmente de jour en jour d'où la nécessité impérieuse de déclarer une guerre universelle à ce lamentable fléau.

Pour être fructueuse et complète, la prophylaxie doit s'exercer, d'après M. Mathey :

1° Chez les particuliers :

Déclaration obligatoire de la tuberculose;

Désinfection des logements occupés par des tuberculeux;

Surveillance médicale des familles de tuberculeux;

Protection des enfants convalescents;

2° Dans les collectivités :

Surveillance minutieuse et sévère des matières alimentaires (viandes, lait);

Lutte contre l'alcoolisme;

Désinfection des lieux publics;

Défense absolue de cracher, sanctionnée par une amende;

Installation prodigue de crachoirs;

Enfin, instruction hygiénique du peuple qui permette à celui-ci de s'associer intelligemment aux mesures proposées.

M. Beuchet rappelle que les maladies du cœur, en général, ont une influence différente sur le développement de la tuberculose pulmonaire, suivant les modifications circulatoires qu'elles apportent dans l'appareil pulmonaire. Quand elles ont pour conséquence une stase sanguine dans le poumon, elles retardent la marche de la tuberculose et lui impriment un caractère plus bénin; quand elles y produisent l'ischémie, elles aggravent, au contraire, la lésion pulmonaire et rendent sa marche plus rapide et plus envahissante.

L'anévrysme de l'aorte, et particulièrement de la crosse, se complique fréquemment de tuberculose pulmonaire qui se développe sous l'influence de plusieurs causes qui peuvent agir soit isolément, soit simultanément : compression des bronches et du poumon, compression des nerfs pulmonaires et de l'artère pulmonaire. La tuberculose peut avoir, dans ce cas, une marche

plus ou moins rapide et se présenter à tous les degrés d'évolution, depuis l'induration jusqu'au ramollissement et aux excavations plus ou moins étendues.

L'aortite et l'artério-sclérose favorisent le développement de la tuberculose pulmonaire, en ralentissant le cours de la circulation (par la perte de l'élasticité et le rétrécissement du calibre des vaisseaux), en créant un déficit sanguin, un défaut de nutrition, un état d'ischémie très favorable à la pullulation du bacille de Koch. Il n'est pas exact de croire que, chez ces malades, les lésions pulmonaires doivent nécessairement tendre à la sclérose; car, si quelquefois elles ne dépassent pas la période d'induration et prennent plutôt la forme fibreuse, elles évoluent aussi très souvent vers le ramollissement et en arrivent aux ulcérations et aux pertes de substance.

On peut voir se produire, au cours de certaines pneumonies grippales, des signes pseudo-cavitaires.

Ces signes pseudo-cavitaires, étudiés par M. Neumager, peuvent quelquefois faire penser à des cavernes tuberculeuses à cause des allures non franches des pneumonies grippales dont le début est parfois insidieux, la convalescence très lente, s'accompagnant fréquemment de sueurs abondantes, d'asthénie, de dénutrition rapide et d'amaigrissement.

On pourra le plus généralement diagnostiquer les signes pseudo-cavitaires de ces pneumonies grippales, de ces grippes à forme pseudo-phymique, se rappelant que la caverne tuberculeuse se forme lentement, tandis que les signes pseudo-cavitaires s'établissent rapidement, du jour au lendemain.

Les signes cavitaires vrais sont stables, fixes; les signes pseudo-cavitaires, au contraire, sont mobiles, changent de région et disparaissent le plus souvent après quelques jours.

L'expectoration abondante, en général purulente et nummulaire, contenant du bacille du Koch, quand elle accompagne des signes cavitaires vrais, n'a pas les mêmes caractères et se tarit de très bonne heure dans les grippes à forme thoracique.

On ne voit jamais, chez les malades porteurs de ces signes pseudo-cavitaires, même quand ceux-ci persistent longtemps après la pneumonie, l'aspect cachectique des phtisiques.

Les signes pseudo-cavitaires sont accompagnés d'une température irrégulière mais plus fréquemment d'hypothermie; tandis que les signes cavitaires vrais s'accompagnent presque toujours d'hyperthermie.

Enfin le début de l'affection, sa marche, la fièvre pneumonique qui auront accompagné l'apparition des signes pseudo-cavitaires, la notion d'une épidémie de grippe ou même de quelques cas de grippe concomitants, permettront le plus souvent de faire le diagnostic de signes pseudo-cavitaires chez les malades atteints de pneumonie grippale.

Sagement et prudemment employée, la médication phosphorée peut rendre de réels services dans le traitement du rachitisme et de certaines affections nerveuses.

Pour M. Cau, l'intoxication par le phosphore relève de deux causes, qui se complètent l'une l'autre : d'abord atteinte grave portée à la nutrition générale; ensuite, abolition ou insuffisance consécutives des fonctions essentielles de l'économie. L'oxydation du phosphore aux dépens des tissus est la cause primordiale de tous les accidents.

La stéatose des organes qui domine l'anatomie pathologique, dans l'intoxication phosphorée, peut être expliquée de deux façons différentes : d'abord, par l'action directe du poison sur la cellule de l'organe, qui est frappée de mort et dégénère; ensuite, par une altération de sang, véhicule du poison, et qui, ayant perdu une partie plus ou moins importante de ses propriétés, n'est plus apte à amener la nutrition de l'organe, qu'il irrigue. Cette deuxième théorie semble plus plausible.

Théoriquement, le coefficient de toxicité du phosphore pour l'homme adulte peut être évalué à 5 centigrammes. Pratiquement ce chiffre est ou trop élevé ou trop faible, suivant le mode d'administration du médicament phosphoré.

Ce coefficient de toxicité doit être apprécié pour chaque individu, en tenant compte de plusieurs conditions, dont l'âge, l'état physique, la susceptibilité individuelle tiennent le premier rang.

Un état morbide antérieur ayant laissé des altérations profondes des organes les plus importants comme le rein, le cœur ou le foie donne pour l'individu, qui en est victime, un coefficient de toxicité infiniment faible, et est une contre-indication presque absolue à l'emploi thérapeutique du phosphore.

Les devoirs de l'expert, en présence d'une accusation d'intoxication phosphorée médicamenteuse, consistent dans l'analyse des précautions prises par le médecin pour éviter l'accident, et résultent d'un examen attentif des conditions, qui, dans le cas qui lui est soumis, pouvaient faire varier la toxicité du phosphore.

Thèses de la Faculté de Nancy.

Année 1899-1900.

M. Charuel (Paul-Jean). *Contribution à l'étude du phénomène des orteils.* N° 39.

M. Ducasse (Marcel). *Diagnostic précoce de la tuberculose par l'inoculation expérimentale au cobaye.* N° 37.

M. Kuntzler (Charles). *Épilepsie d'origine gastro-intestinale.* N° 50.

M. Avramoff (Joachim). *Contribution à l'étude des affections nerveuses chroniques consécutives aux intoxications aiguës.* N° 24.

M. Charuel étudie le phénomène des orteils, ou « signe de Babinski », dont il confirme la valeur séméiologique pour déceler les perturbations dans le fonctionnement du système pyramidal : aussi le trouve-t-on dans des affections diverses, où il est souvent, mais non forcément, associé aux autres symptômes spasmodiques.

Il peut manquer dans le cas de lésions des faisceaux pyramidaux, mais en revanche il ne se présente jamais, ni chez l'individu sain, ni chez l'hystérique.

L'auteur l'a trouvé fréquemment dans la forme motrice de la paralysie générale : il est parfois le seul signe permettant de déceler l'altération du faisceau-moteur volontaire dans des cas de scléroses combinées.

Dans l'épilepsie, il se montre pendant les crises et l'état de mal consécutif, pour disparaître dans l'intervalle des accès. Il permettrait de faire le diagnostic différentiel avec les crises d'hystérie, où le signe de Babinski ne se produirait jamais.

M. Marcel Ducasse rapporte quelques observations dans lesquelles il a pu, par l'inoculation au cobaye de matières diverses provenant des malades, faire, dès le début, le diagnostic de tuberculose, et insiste sur l'importance que peut avoir ce moyen de dignostic.

M. Kuntzler en se basant sur un certain nombre d'observations personnelles admet que, dans un grand nombre de cas d'épilepsie générale d'emblée, c'est une intoxication gastro-intestinale qu'il faut accuser d'être la cause.

La grande fréquence de cette forme d'épilepsie permet d'étendre une fois de plus le cadre des épilepsies symptomatiques.

En pratique, on doit donc surveiller l'état des fonctions digestives chez tous les névropathes affectés de troubles dont on ne saisit pas nettement la cause déterminante. La thérapeutique offre ici des ressources particulièrement efficaces. Quant à l'épilepsie des gros mangeurs ou liée à des susceptibilités gastriques spéciales, elle peut aussi être suspendue par un régime approprié.

Connaissant la fréquence des épilepsies d'origine gastro-intestinale et l'action nocive du bromure de potassium, on se gardera de prescrire systématiquement, à tout individu présentant des troubles épileptiques, ce prétendu spécifique qui n'amènerait, dans ces cas, qu'une aggravation du mal, mais bien une médication antiseptique et éliminatrice visant l'état du tube digestif.

Dans son travail, M. Avramoff a rassemblé les diverses observations déjà publiées dans lesquelles, à la suite d'intoxications aiguës de diverses natures (oxyde de carbone, mercure, ar-

senic, etc.), sont survenues, soit des affections du système nerveux central (désordres psychiques divers, scléroses en plaques, hystérie toxique, amnésie toxique), soit des affections du système nerveux périphérique (névrites et paralysies toxiques, pseudo-tabes). Mais il n'ajoute aucun fait personnel et se contente de résumer les données symptomatiques qui se dégagent de ces faits.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Gérodermie infantilisme, féminisme, par Callari (de Palerme) (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 17 avril 1901, p. 447). — L'auteur donne les observations suivantes : 1° gérodermie génito-dystrophique avec nanisme (homme de 19 ans mesurant 85 centimètres); 2° infantilisme chez un homme mesurant 1 m. 20; 3° féminisme avec éléphantiasis des organes génitaux.

Callari profite de ces 3 cas pour démontrer les caractères différentiels des formes de l'altération du trophisme général qui sont sous la dépendance des fonctions glandulaires perverties (adéno-dystrophies); bien que la gérodermie rappelle sur certains points l'infantilisme et le féminisme avec lesquels il y a en commun l'atrophie et la dystrophie génitale, bien qu'il possède aussi quelques traits de l'acromégalie, du gigantisme, de la pseudo-hypertrophie musculaire, il n'en est pas moins une individualité nosologique bien tranchée, à caractères distinctifs bien nets; la création par Rummo de cette entité clinique est parfaitement justifiée.

CHIRURGIE

Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par M. R. Frœlich (*Revue médicale de l'Est*, 15 mars 1901). — L'auteur a eu l'occasion, dans ces 5 dernières années, de traiter 31 malades atteints de luxation congénitale de la hanche, dont 26 filles et 5 garçons. 15 luxations étaient doubles, 16 unilatérales, dont 6 à droite et 10 à gauche.

Si, dans l'immense majorité des cas, la luxation congénitale est due à une malformation congénitale, 4 fois elle a semblé attribuable à une autre cause.

Les résultats obtenus par l'opération de Paci-Lorenz permettent de dire que cette intervention est très bonne et sans danger quand on sait discerner les cas auxquels elle convient. Elle est excellente et très facile à exécuter chez les petits enfants jusqu'à 4 ans.

Jusqu'à 8 et 9 ans l'opération reste une intervention à recommander, mais encore faut-il savoir faire un choix judicieux des cas, car telle luxée de 6 ans présentera par suite de l'ascension du trochanter, de la rétraction des muscles, des obstacles plus grands à la réduction, que telle autre luxée de 8 ou de 9 ans.

Quant au résultat fonctionnel immédiat, il est beaucoup moins bon chez les petits enfants jusqu'à 3 ou 4 ans. Chez eux le système musculaire s'atrophie vite pendant le traitement, et les petits enfants ont de la peine à adapter leurs muscles péri-articulaires à la nouvelle position des surfaces osseuses. Mais plus on fortifie les muscles et plus on soigne le membre par une éducation rationnelle, et plus le résultat devient bon.

Chez les enfants qui ont dépassé 4 ans, la réduction est plus difficile, mais le résultat fonctionnel immédiat est meilleur à cause du développement déjà plus grand du système musculaire et de l'intelligence plus grande des enfants à contracter, pendant la marche, les muscles péri-articulaires de façon à fixer solidement le fémur dans la cavité.

La conclusion pratique est que les enfants atteints de luxation congénitale doivent être traités le plus tôt possible par l'opération de Paci-Lorenz.

Résection intestinale pour tumeur diffuse du petit bassin. Guérison, par H. Keiffer (*Journal de chirurgie* et *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1901, p. 79). — La malade qui fait l'objet de cette observation est âgée de 30 ans.

Il y a 2 ans, apparition de troubles digestifs.

A l'examen, l'auteur découvrit que tout le pelvis était occupé par une tumeur dont il était impossible de sentir les limites et les attaches. On avait l'impression que l'on ressent habituellement dans les suppurations pelviennes anciennes qui réunissent en gâteau tous les viscères de l'hypogastre et laissent à peine soupçonner leur configuration extérieure et leur position relative.

La malade n'avait eu cependant ni péritonite ni fièvre et n'avait jamais dû s'aliter. L'utérus et son cathétérisme ne donnaient aucune indication précise. La vessie fonctionnait bien, quoiqu'elle ne se laissât pas distendre par la sonde. La laparotomie exploratrice s'imposait.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une tumeur diffuse englobant la vessie, l'utérus, les annexes, l'intestin grêle et le côlon descendant. On ne parvenait pas cependant à reconnaître lequel de ces organes fournissait la néoplasie, et les manœuvres de délimitation des viscères arrivaient avec beaucoup de peine à isoler l'utérus des organes voisins. En outre, il y avait une friabilité particulière des tissus, qu'on ne pourrait mieux comparer qu'à celle de la graisse de mouton. L'auteur reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur intestinale très friable.

Une exploration minutieuse du côté de l'organe intéressé permit de trouver que presque tout le côlon descendant pénétrait dans le gâteau néoplasique diffus remplissant le bassin et que le tronçon libéré de la masse totale était constitué par l'S iliaque.

Il n'y avait pas à tenter d'autre opération, sur les organes génitaux envahis, par exemple, ni même de détruire les adhérences établies entre eux : c'eût été augmenter, sans aucun bénéfice, les dégâts anatomiques; aussi l'opération fut terminée par la suture de l'intestin à la partie inférieure de l'incision abdominale, établissant ainsi un anus hypogastrique. Les suites de cette intervention ont été d'une bénignité étonnante. La malade est opérée depuis 2 ans, et sa santé est excellente.

L'examen microscopique montre que ce qui constitue la véritable néoplasie, c'est le tissu conjonctif sous-péritonéal. Le péritoine n'existe plus; mais on trouve à la périphérie de la tunique musculaire une couche énorme de tissu conjonctif représenté par un feutrage de fibrilles et de cellules conjonctives très serrées.

Ce tissu subit une modification qui le transforme manifestement en tissu adipeux, sans qu'on puisse dire qu'il s'agisse là d'une dégénérescence graisseuse. Cette modification n'en a aucun des caractères. Le passage du tissu conjonctif au tissu graisseux est relativement brusque et la transition ne se manifeste que par une réfringence progressive du tissu, une dissociation des mailles de fibrilles et, enfin, par des cellules de graisse de plus en plus volumineuses.

C'est une adipose excessive du tissu conjonctif sous-péritonéal, précédée d'une hypertrophie conjonctive considérable.

De l'adénite précæcale (para appendicite de Quénu), par Debersaques (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 1901, p. 2419). — L'adénite précæcale ne constitue pas une entité morbide, elle n'est pas une affection primitive; elle est une infection secondaire, l'infection d'un ganglion où aboutissent les lymphatiques venant de l'organe primitivement atteint, en général sans doute le cæcum ou l'appendice.

Ces lésions primitives du côlon ascendant ou de l'appendice peuvent être très fugaces et ne laisser aucune trace persistante au moment de l'intervention opératoire.

Si les symptômes de péritonite localisée ne présentent rien de nettement spécial à cette adénite, cependant le diagnostic de celle-ci sera facilité par la constatation de la douleur maximum, et surtout d'une tuméfaction isolée, au-dessus du point de Mac Burney, suivant ce qui a été constaté nettement dans trois observations.

Le diagnostic de cette adénite précæcale permet un pronostic plus favorable et justifie la temporisation, si non l'abstention de l'acte opératoire.

Kératite neuro-paralytique au cours d'une syphilis cérébro-spinale. Guérison par la tarsorrha-

phie interne, par TERSON (*Archives médicales de Toulouse*, 1901, p. 97). — M. S..., 39 ans, a été atteint de syphilis, il y a 19 ans. Il y a un an, en sortant de table, il s'affaissa subitement et demeura 4 jours dans un demi-coma. Le médecin appelé constata une paralysie faciale complète du côté droit sans hémiplégie et, prévenu des antécédents du malade, prescrivit des frictions mercurielles. Mais, peu de jours après, apparut à l'œil droit, du côté paralysé, dans la partie inférieure de la cornée, une opacité qui gagna rapidement le centre; en sorte que cet œil fut très vite privé de toute vision utile.

Vingt jours après le début des accidents, la paralysie faciale était complète du côté droit et la fente palpébrale ouverte et immobile. Le centre de la cornée était le siège d'un abcès prêt à entraîner sa perforation. Il y avait une kératite lagophthalmique et neuro-paralytique à la fois.

L'état général du malade était d'ailleurs déplorable : son intelligence était très obtuse, il se tenait difficilement debout et avait chaque nuit de l'incontinence d'urine. Les réflexes rotuliens étaient très affaiblis. Il devait donc exister une lésion cérébrale assez étendue, en même temps que la moelle était déjà atteinte.

L'auteur donna un traitement spécifique intensif et pratiqua la tarsorrhaphie interne.

L'amélioration fut immédiate sans autre traitement qu'une injection d'eau boriquée tiède, 2 fois par jour, poussée entre les paupières par la partie restée libre. Les fils furent enlevés le 7e jour seulement en raison de la paralysie complète de l'orbiculaire. La suture était déjà solide.

Après 24 jours de soins, le malade était en très bonne voie de guérison.

Au bout de 6 mois, l'anesthésie oculaire et la paralysie faciale étant dissipées, l'auteur consentit à libérer la plus grande partie de l'adhérence artificielle des paupières, laissant seulement par prudence une très petite bride tout à fait interne.

Quelques colpo-périnéorrhaphies, par VAN HASSEL (*Annales méd.-chirurg. du Hainaut*, n° 3, mars 1901). — La technique proposée par l'auteur, et qu'il a employée dans un certain nombre de cas, comprend les temps suivants :

a) Reconstitution du col, après résection des bords cicatriciels et sutures ou après amputation des lèvres hypertrophiées;

b) Dissection d'un plan circulaire de muqueuse vaginale, de manière à enlever tout le tissu ulcéré;

c) Colporrhaphie antérieure pour remédier à la cystocèle qui existe toujours (temps indispensable);

d) Ouverture du périnée suivant une incision en V remontant jusqu'au milieu de l'orifice vulvaire, et dissection des parois inférieures et latérales du vagin;

e) Résection d'un lambeau comprenant toute la paroi inférieure et une partie plus ou moins étendue des parois latérales, suivant les circonstances et le but à atteindre;

f) Suture extravaginale des deux lèvres, des parois, pour la reconstitution d'un vagin d'une étroitesse plus ou moins grande;

g) Fermeture, par plans séparés et par fils perdus, de la brèche périnéale, avec formation d'un éperon à la base de la vulve nouvelle.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 Mai 1901.

Le délire onirique des intoxications et des infections.

M. Régis (de Bordeaux) étudie depuis une dizaine d'années les troubles psychiques liés aux auto-intoxications et aux infections. Et il a d'abord constaté, d'une part, la ressemblance entre elles des manifestations cérébrales des divers états toxi-infectieux, d'autre part leur analogie avec les délires des intoxications provoquées : d'où cette conséquence qu'il existe des formes cliniques bien déterminées de psychoses toxiques.

L'une de ces formes, la plus typique, est essentiellement composée de deux éléments : un élément confusion et un élément délire associés le plus souvent en proportions diverses, mais susceptibles aussi de se présenter isolément, au point de donner lieu à deux variétés distinctes de la maladie : la confusion mentale et le délire onirique.

Mais le délire des auto-intoxications et des infections n'est pas seulement un délire de rêve normal; c'est un délire de rêve morbide, de somnambulisme, d'état second.

Il suffit d'observer les délirants toxiques pour s'apercevoir que ce ne sont pas des dormeurs ordinaires, assistant passivement et en simples spectateurs aux objectivations de leur automatisme mental; ce sont des dormeurs actifs, en mouvement. Comme les somnambules, ils vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve vécu, passant parfois de l'état second à la réalité et de la réalité à l'état second, suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes; comme les somnambules aussi, ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant, en général, qu'un souvenir confus ou nul de leur accès; comme eux, enfin, ils gardent souvent implantée dans leur esprit, plus ou moins longtemps après la guérison, quelque idée fausse, isolée, obsédante, reliquat d'une des conceptions principales de leur rêve hallucinatoire.

Ce complexus morbide, fait de confusion mentale et de délire, est assez caractéristique pour permettre d'affirmer l'existence d'une infection ou d'une intoxication. On peut donc considérer comme d'origine toxi-infectieuse toutes les psychoses qui le réalisent. Telles sont, en particulier, les psychoses d'inanition, d'insolation, de brûlures, de la vieillesse, les psychoses post-opératoires vraies, etc.

Il est possible cependant que chaque poison et chaque mode d'intoxication ait une tendance à déterminer des manifestations symptomatiques un peu spéciales, susceptibles d'aider à une différenciation clinique. J'ai déjà relevé à ce point de vue la fréquence plus grande de la torpeur, de la somnolence, de la narcolepsie dans les psychoses d'auto-intoxication gastro-intestinale et surtout hépatique, et celle des crampes, des attitudes cataleptoïdes, de la tétanie, des attaques éclamptiques dans les psychoses d'auto-intoxication rénale.

Les psychoses d'intoxication, avec leur confusion mentale et surtout leur délire onirique si particulier, sont donc notablement différentes des vésanies ou folies pures. Elles s'en distinguent non seulement par leur nature, leurs caractères, leur évolution, leurs lésions pathogéniques, mais encore par le milieu où elles évoluent. Ce sont avant tout des délires hospitaliers et, par conséquent, c'est à l'hôpital, plus souvent que dans les asiles, qu'on a l'occasion de les étudier.

MÉDECINE PRATIQUE

L'eau oxygénée boriquée,

Par MM. RUAULT et LÉPINOIS (1).

L'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes, telle qu'on la trouve dans le commerce, est d'une saveur très désagréable, si fortement acide qu'on ne saurait l'employer pure en gargarismes. En effet, indépendamment des traces d'acides chlorhydrique, sulfurique, phosphorique, fluosilicique, mis en liberté au cours des manipulations nécessaires à la préparation du produit, elle renferme une certaine quantité de l'un de ces acides (généralement 4 à 5 grammes, et plus, d'acide sulfurique par litre) qu'on y ajoute afin d'obtenir sa stabilité.

1. *Arch. intern. de laryng., d'otologie*, mars-avril 1901.

Pour obvier à cet inconvénient, MM. Ruault et Lépinois ont cherché à remplacer les acides précités par un acide minéral faible à saveur supportable, et cependant capable d'assurer la stabilité du produit sans altérer ses propriétés. L'acide borique, en solution à 3 p. 100 dans l'eau oxygénée à 10 volumes préalablement neutralisée, a donné les résultats cherchés.

Pour préparer l'eau oxygénée boriquée, on procède de la façon suivante : on prend de l'eau oxygénée du commerce, et on s'assure qu'elle est titrée à 10 volumes. Puis on la neutralise complètement. Pour cela, après l'avoir additionnée de quelques gouttes d'une solution alcoolique au 30° de phtaléine du phénol (5 à 6 gouttes suffisent pour un demi-litre d'eau oxygénée), on y ajoute peu à peu, par petits fragments, de la soude caustique pure, jusqu'à ce que le liquide prenne une coloration légèrement rosée. Immédiatement on y dissout, à froid, 30 p. 100 d'acide borique, ce qui ne demande que quelques minutes.

Le liquide ainsi obtenu est limpide, incolore, et sa saveur est à peu près nulle, bien que sa réaction au papier de tournesol soit nettement acide. On peut se laver la bouche longuement avec le produit pur, sans ressentir aucune sensation aigre ou désagréable. Le liquide mousse fortement au contact de la muqueuse buccale. Il en est de même lorsqu'il est mis en rapport avec une muqueuse cruentée (après la discision ou le morcellement des amygdales, ou dans le nez en cas d'épistaxis). Il a donc, comme l'eau oxygénée du commerce, la propriété de se décomposer, en dégageant son oxygène, en présence du sang et des matières azotées collagènes (mucus buccal). Conservé en flacon bouché au liège ou à l'émeri, ou en ampoules scellées à la lampe, il présente de même une stabilité qui ne paraît pas moindre que celle de l'eau oxygénée ordinaire, tout au moins pendant les deux semaines qui suivent le jour de sa préparation. En effet, le dosage de l'oxygène fait chaque jour pendant une semaine, et ensuite tous les deux jours pendant la semaine suivante, a montré que l'eau oxygénée avait conservé son titre à quelques dizièmes près, aussi bien et dans les mêmes conditions que celle du commerce servant de témoin.

Au point de vue clinique, la tolérance de la muqueuse bucco-pharyngée pour l'eau oxygénée boriquée à 12 volumes est parfaite, ce qui assure à ce produit une supériorité incontestable sur l'eau oxygénée ordinaire dans le traitement des inflammations de la muqueuse buccale et du pharynx.

Du camphorate de pyramidon et de son emploi chez les phthisiques,

Par MM. B. Lyonnet et C. Lançon (1).

Le pyramidon, dérivé amidé de l'antipyrine, a été introduit dans la thérapeutique par Filehne (de Breslau).

L'antipyrine est un phényldiméthylpyrazolone ($C^{11}H^{12}OAz^2$).

Le pyramidon est un phényldiméthylamidopyrazolone ($C^{13}H^{18}OAz^3$).

Le pyramidon est environ trois fois plus efficace que l'antipyrine. Son action est à la fois antithermique et analgésiante; elle est plus rapide et plus prolongée que celle de l'antipyrine.

Un des inconvénients de cette substance est de provoquer souvent des sueurs profuses. C'est pourquoi on a eu l'idée de la combiner à des substances anhidrotiques. Tout récemment, M. Bertherand a proposé une combinaison avec l'acide camphorique : le camphorate de pyramidon.

L'acide camphorique ($C^{10}H^{16}O^4$) dont l'action antisudorale est bien connue depuis les travaux de Furbinger, de Leu, de Weill et Grenet peut se combiner avec une molécule de pyramidon et former un camphorate acide, ou bien avec deux molécules et former un camphorate neutre.

MM. Lyonnet et Lançon ont employé sur différents malades le camphorate acide de pyramidon.

En faisant réagir l'acide camphorique et le pyramidon d'après le poids moléculaire de ces deux corps, on obtient un corps qui cristallise et qui est soluble dans l'eau.

Les camphorates de pyramidon semblent peu toxiques, et en particulier le camphorate acide.

Avec ce sel il faut environ 20 centigrammes par kilogramme pour tuer le lapin.

Chez des animaux tuberculeux on constate après leur administration un abaissement souvent assez marqué de température.

M. Bertherand aurait constaté comme pour le pyramidon une augmentation du coefficient d'oxydation.

Le camphorate de pyramidon a été expérimenté sur 15 malades, tous tuberculeux atteints de fièvre et de sueurs.

Les auteurs ont donné en général 1 gramme *pro die*, divisé en deux cachets de 50 centigrammes; mais on pourrait certainement dépasser cette dose.

Le médicament, étant soluble, peut aussi fort aussi bien s'administrer dans une potion quelconque.

Chez presque tous ces malades, on a constaté un sentiment de bien-être souvent assez net. Dans la plupart des cas, il y a eu un abaissement de température marqué. Aucun malade ne s'est plaint d'avoir de sueurs, et plusieurs ont même vu diminuer une sudation profuse dont ils étaient affligés.

Du reste, si l'on voulait avoir une action antisudorale plus intense, il suffirait d'ajouter à chaque cachet de camphorate de pyramidon une certaine quantité d'acide camphorique.

A part de rares exceptions, le camphorate de pyramidon est en général très bien supporté.

Il s'agit donc d'un corps qu'il importe d'étudier. Il semble supérieur à beaucoup de points de vue à l'antipyrine et au pyramidon.

1. *Lyon médica.*, 28 avril 1901, p. 609.

De l'acétopyrine (1),

D'après M. le Dr Bolognesi.

Parmi les nouveaux remèdes qui ont fait, ces derniers temps, leur apparition dans l'arsenal thérapeutique, il en est quelques-uns qui méritent d'attirer l'attention des thérapeutistes.

L'un d'eux, l'acétopyrine, est à la fois un antiseptique et un analgésique, joignant à ces deux propriétés intéressantes celle d'être un antirhumatismal de premier ordre tant par son action thérapeutique que par sa facile et inoffensive ingestion, n'apportant aucun trouble dans l'organisme.

L'acétopyrine est une combinaison chimique d'acide acétylsalicylique et d'antipyrine.

Ce nouveau médicament est une poudre blanchâtre cristalline, rappelant un peu l'odeur du vinaigre, ayant son point de fusion à 64-65 degrés, très difficilement soluble dans l'eau froide, plus facilement soluble dans l'eau chaude, légèrement dans l'alcool, le chloroforme, difficilement soluble dans l'éther.

Cette poudre possède la réaction de l'antipyrine : elle donne avec le perchlorure de fer une coloration rouge tournant au jaune éclatant par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique concentré.

La solution aqueuse bouillie avec un peu d'acide sulfurique étendu, laisse dégager une forte odeur de vinaigre. Il se précipite alors des cristaux qu'on peut extraire au moyen de l'éther, cristaux qui donnent avec le perchlorure de fer la réaction caractéristique de l'acide salicylique.

Les expériences de Wolmann montrent clairement que l'acétopyrine est complètement inoffensive pour l'estomac.

Si ses propriétés cliniques sont justifiées, il y a un grand intérêt à employer ce médicament à la place du salicylate de soude et de l'acide salicylique dont on connait les nombreux inconvénients et les troubles produits dans l'organisme par l'ingestion de ces substances.

Il en est de même pour la salipyrine qui présente les mêmes inconvénients. Seule, l'aspirine se rapproche de l'acétopyrine, car on sait que l'aspirine n'est autre que de l'acide acétylsalicylique pur.

L'acétopyrine a pour elle l'avantage de sa combinaison avec l'antipyrine et chacun sait qu'il est d'usage courant d'associer les préparations de salicylate de soude à l'antipyrine.

L'acétopyrine réunirait à elle seule les avantages du salicy-

1. *Bull. génér. thérap.*, 30 mars 1901.

late de soude, sans en avoir les inconvénients, et celle de l'antipyrine, réunis en une même substance.

En effet, les médecins étrangers qui ont essayé l'acétopyrine dans près de 100 cas, ont pu observer qu'il ne s'était jamais produit dans aucun cas, le moindre trouble digestif, ni le moindre phénomène fâcheux. Dans plusieurs cas chroniques, l'acétopyrine a été donnée pendant plusieurs semaines à des doses quotidiennes de 3 à 5 grammes, sans présenter la moindre influence nocive sur l'estomac ou l'intestin : l'estomac n'était le siège d'aucune sensation désagréable ni douloureuse, l'appétit était conservé et les malades ne ressentaient aucun trouble de l'organisme.

Les effets thérapeutiques de l'acétopyrine ont été éprouvés dans plus de 100 cas, tant au point de vue antirhumatismal (40 cas) qu'au point de vue analgésique et antithermique.

Comme antirhumatismal dans le rhumatisme aigu, voici ce que l'on a pu observer : Dans les cas récents, n'ayant encore subi aucun traitement antérieur, avec l'acétopyrine à la dose de 3 grammes répartis en 6 prises de 50 centigrammes, la température, dès les premières prises, commençait à baisser d'un 1/2 à 1 degré dans les premières heures, en même temps que le pouls et la respiration diminuaient de fréquence ; les gonflements articulaires entraient rapidement en régression, de même que la douleur allait en diminuant. Les sueurs profuses qui tiennent à la fois et du processus morbide et de l'ingestion du médicament ne tardaient pas, elles aussi, à perdre de leur intensité au fur et à mesure que la maladie s'amendait, et la guérison pouvait être obtenue dans un laps de temps variant entre 4 et 10 jours.

Dans les cas anciens, datant de 2 à 3 semaines, déjà traités par les préparations salicylées telles que salicylate de soude, salipyrine, on remarquait une efficacité beaucoup plus grande avec l'acétopyrine et on voyait en même temps disparaître les phénomènes fâcheux provoqués par les préparations salicylées, tels que douleurs gastriques, nausées, vomissements, bourdonnements d'oreilles, etc.

En un mot, l'acétopyrine présentait les mêmes avantages, même plus efficaces, des autres préparations salicylées, sans en avoir les inconvénients.

Dans le rhumatisme chronique, les effets de l'acétopyrine sont aussi les mêmes que ceux des autres préparations salicylées, c'est-à-dire nuls ou presque nuls. De temps en temps on a pu voir la douleur devenir plus faible sous l'influence analgésique du remède nouveau, mais nullement la guérison de l'affection.

Dans les affections rhumatismales de la plèvre et du péricarde, l'acétopyrine s'est montrée l'égale des autres préparations salicyliques, toujours avec l'avantage de son innocuité.

Comme analgésique, l'acétopyrine s'est aussi montrée comme une médication très efficace, et il fallait s'y attendre, étant donnée la composition chimique du nouveau remède. En effet, dans 25 cas environ de céphalées névralgiques, de migraines, de polynévrites et dans un cas de sciatique où il fut donné jusqu'à 14 prises, soit 7 grammes du remède par 24 heures, l'amélioration et la guérison du symptôme douleur survenaient rapidement.

Comme antithermique, l'acétopyrine fut administrée dans 4 cas bénins et amena l'abaissement de la température avec disparition de la prostration et du mal de tête après chaque prise. Le médicament parut avoir une influence favorable sur la durée de la maladie, étant données les propriétés antiseptiques de l'acétopyrine pour l'intestin.

1 cas de méningite cérébro-spinale épidémique, 2 cas d'influenza, 2 cas de bronchite furent également heureusement traités par l'acétopyrine.

Dans 2 cas de septicémie, le nouveau remède exerça son action antithermique, mais ne produisit aucune amélioration des phénomènes septiques. Dans quelques cas de tuberculose pulmonaire fébrile, l'acétopyrine amena un abaissement considérable de la température avec sueurs profuses et grand abattement, sans cependant aller jusqu'au collapsus.

C'est ce nouveau médicament que M. Bolognesi a à son tour expérimenté dans 10 cas et le résultat obtenu confirme pleinement ceux qu'ont annoncé d'autres auteurs.

En résumé, l'acétopyrine est un nouveau remède absolument inoffensif pour l'estomac et l'organisme tout entier. Il présente, comme toutes les préparations salicylées, une action prompte et sûre, principalement dans le rhumatisme articulaire aigu qu'il jugule très rapidement. Il a l'avantage sur toutes ces préparations de ne pas amener de troubles gastriques, tiraillements, brûlures, nausées, vomissements, ni bourdonnements d'oreilles, ni surdité.

Comme mode d'administration, l'acétopyrine se donne en cachets de 50 centigrammes, depuis 2 à 3 prises jusqu'à 6 prises, et plus par jour, disséminées dans la journée.

Pour les malades qui ne peuvent avaler les cachets, on peut administrer l'acétopyrine en potions sirupeuses. Celles-ci présentent même un goût acidulé des plus agréables.

Traitement des tranchées utérines par le salophène,

D'après M. le Dr AUDEBERT (1).

Les tranchées utérines, c'est-à-dire les contractions douloureuses du muscle utérin pendant le *post partum*, sont ordinairement bénignes et de peu de durée. Elles ont une utilité physiologique, et servent à chasser hors de l'utérus tout ce qu'il renferme, débris de l'œuf, sang, etc. A ce titre, on doit les respecter quand elles sont peu intenses et se contenter d'un massage léger qui aide à l'expulsion des caillots.

Dans les cas où elles acquièrent une intensité et une persistance telles qu'elles amènent de l'insomnie, de l'agitation, parfois même du subdélirium, un traitement devient indispensable.

Au nombre des médicaments les plus fréquemment employés, il faut compter l'opium administré sous toutes ses formes ; et en particulier, l'injection hypodermique à morphine ou les lavements laudanisés.

La médication opiacée, dont l'action calmante est incontestable, est passible de deux reproches : elle supprime les contractions utérines, et par conséquent l'action ecbolique de ces contractions, qui est nécessaire pour l'écoulement normal des lochies, et de plus elle provoque, si elle est continuée pendant quelque temps, une constipation qui n'est pas exempte de dangers chez une nouvelle accouchée.

Pour ces deux motifs, il vaut mieux s'adresser à d'autres médicaments, et on peut prescrire du chloral en lavements, de la teinture de viburnum prunifolium (50 à 60 gouttes dans les 24 heures), ou mieux encore de l'antipyrine. Le plus souvent l'absorption de 1 gramme d'antipyrine est suivie rapidement de la diminution et bientôt de la disparition de la douleur. Cependant, dans un certain nombre de cas, l'antipyrine est restée absolument sans action. C'est dans ces cas qu'on se trouvera bien d'avoir recours à un autre hypnotique très puissant, le salophène, dont l'effet est plus sûr, plus fidèle que celui de l'antipyrine.

Le salophène est un excellent calmant ; il a l'avantage de combattre seulement l'élément douleur et de respecter l'élément contraction ; il est facile de s'en assurer en palpant la région hypogastrique d'une femme soumise à l'action du salophène : on sent l'utérus durcir, se rétracter, et cependant la femme n'accuse aucune sensation douloureuse.

Le salophène doit être administré à la dose de 1 gramme dans un cachet. Dans la demi-heure qui suit, la douleur est déjà moins vive : si elle persiste au bout de deux heures, on peut faire prendre un second cachet. Toujours le second cachet amène la sédation demandée, même chez les femmes qui avaient été déjà traitées sans succès par l'antipyrine, excepté dans un cas.

Quelquefois, les tranchées, calmées pendant une journée, se reproduisaient le lendemain ; une nouvelle dose de salophène suffisait alors pour faire disparaître définitivement toute douleur.

1. *Arch. de médec. de Toulouse*, 1er février 1901.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le professeur A. Poncet.

De la préparation des malades aux opérations chirurgicales, ou eutrépistie.

Par le Dr L. Dor,

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Lyon.

Jusqu'à l'ère antiseptique, inaugurée par Pasteur et Lister, les chirurgiens se préoccupaient de préparer les malades à subir les opérations ; la saignée, la diète et la purgation constituaient les principaux moyens qu'ils avaient à leur disposition et dont ils usaient d'une façon habituelle. Vidal de Cassis, entre autres, dit dans son *Traité de Pathologie externe* (vol. 1, page 41) : « J'ai presque compromis deux opérations de varicocèle pour avoir négligé le purgatif préalable. » — Cette citation suffit pour rappeler quel était l'état des esprits.

Mais, depuis environ 30 ans, la bactériologie, en montrant avec évidence la cause réelle des complications septiques des plaies, a modifié les anciennes conceptions et à l'heure actuelle les chirurgiens sont convaincus qu'à la condition d'être aseptiques, ils mettent leurs malades à l'abri des complications infectieuses post-opératoires autant que cela dépend d'eux-mêmes.

Assurément, au point de vue doctrinal, la notion du rôle capital que joue le terrain dans les infections n'est pas oubliée, nous voulons seulement dire qu'on néglige cette notion au point de vue pratique. Il y a quelques exceptions à cette règle. Notre maître, M. le professeur Poncet, en dehors naturellement des opérations d'urgence, prépare ses malades. C'est ainsi qu'il leur fait prendre, de préférence, l'avant-veille de l'opération, un purgatif salin, qu'il attend, si possible, un bon état des voies digestives, qu'il donne souvent de la quinine (0 gr. 60 à 1 gramme) avant les opérations, par exemple, qui peuvent donner lieu à de la fièvre urineuse.

Quelques chirurgiens continuent également à purger certains malades la veille d'une intervention ; on donne de l'antipyrine aux diabétiques, du lait aux albuminuriques, mais la méthode est tombée en désuétude pour la chirurgie courante, en dehors de ces cas spéciaux, et plus aucun opérateur n'écrirait aujourd'hui la phrase de Vidal de Cassis que nous venons de citer. Il n'y a là aucun parti pris ; si l'on démontrait que la saignée, la diète ou la purgation peuvent augmenter la résistance des malades aux infections, aucun chirurgien n'hésiterait à revenir aux anciens errements, mais l'opinion générale est que ces moyens prophylactiques étaient à peu près inutiles.

Nous n'avons fait aucune recherche relative au rôle de la saignée ou de la purgation préalable, mais nous avons été amené par des expériences, entreprises à l'occasion d'une maladie infectieuse du cheval que nous cherchions à atténuer en augmentant la résistance des sujets, à nous rendre compte que l'iodure de potassium administré à différents animaux avant une infection expérimentale quelconque les rend plus résistants à cette infection dans certaines conditions que nous allons exposer ; sans vouloir préjuger des résultats que donneraient des expériences analogues entreprises en faisant aux animaux des saignées préalables ou en leur donnant des purgations, nous croyons que l'action préparatoire de l'iodure est plus importante à étudier que celle de la saignée ou du sulfate de soude, et si nous admettons bien volontiers que l'on pourrra trouver des substances encore plus actives que l'iodure, nous croyons que ce médicament doit jusqu'à nouvel ordre, être considéré comme jouissant d'une propriété spéciale que les chirurgiens doivent connaître.

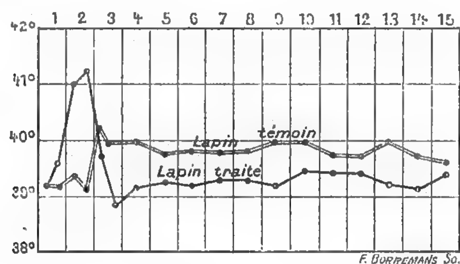
Cette propriété nous a semblé assez évidente pour qu'elle puisse être réellement utile dans la pratique et pour ne rien préjuger de ce qu'elle peut être, nous avons créé un terme nouveau tiré du verbe ευτρεπιζω qui signifie : préparer avec une bonne intention ; nous disons que l'iodure de potassium est une substance *eutrépistique*, et que lorsqu'on prépare un malade aux risques d'une infection septique ont fait de l'*eutrépistie*.

Nous n'exposerons pas les expériences que nous avons faites sur des chevaux avec le microbe de la fluxion périodique ; ces expériences entreprises depuis un an sur des chevaux réformés de l'armée feront l'objet d'un rapport détaillé adressé à M. le ministre de la Guerre ; mais nous dirons seulement que c'est le succès de ces expériences, dans lesquelles nous avons eu recours à l'iodure de potassium après beaucoup d'autres sels alcalins, qui nous a engagé à faire des recherches avec un autre microbe, le staphylocoque pyogène banal, et à appliquer à la chirurgie courante la méthode que nous conseillons d'expérimenter dans les régiments de cavalerie où règne la fluxion périodique.

Nous avons fait les expériences que nous allons relater sur des lapins que nous avons choisis aussi égaux que possible dans les mêmes expériences et que nous tirions au sort pour n'avoir aucune suggestion dans le choix de l'animal qui devait servir de témoin.

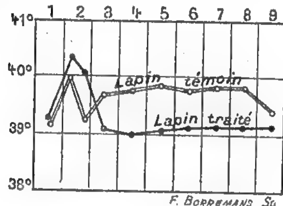
Voici le résumé succinct de nos expériences :

Expérience I. — Deux lapins sont inoculés avec la même quantité de la même culture de staphylocoque pyogène dans le tissu cellulaire de l'oreille; l'un deux est un témoin, l'autre a reçu la veille, l'avant-veille et le jour même un lavement de 3 grammes d'iodure de potassium dissous dans 20 grammes d'eau. Voici le tableau des températures rectales de ces deux lapins.



La température normale du lapin est de 39°,2; donc à part une élévation énorme de température le second jour, le lapin traité à l'iodure a été continuellement apyrétique, tandis que le lapin témoin a eu une courbe constamment fébrile; ce dernier a maigri de 380 grammes pendant que le lapin traité ne maigrissait que de 20 grammes.

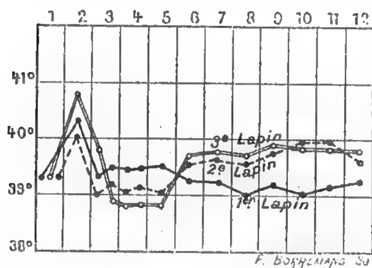
Exp. II. — Une seconde expérience est instituée dans les mêmes conditions que la première mais avec cette modification que la virulence de la culture injectée étant plus grande, la quantité a été beaucoup moindre. Voici quelle fut cette fois la courbe thermique.



L'élévation de la température n'atteint pas 41° chez le lapin traité, mais il y a cependant une forte élévation de température pendant 36 heures, puis la température devient tout à fait normale.

Chez le lapin témoin, il y a constamment plus d'un demi-degré de fièvre.

Exp. III. — Dans une troisième expérience nous avons voulu comparer l'action de l'iodure sur l'infection suivant que l'on administre ce médicament la veille, le jour même ou le lendemain de l'inoculation. Cette expérience justifie le rôle eutrépistique que nous attribuons à l'iodure, et montre qu'il n'est pas un médicament de la fièvre comme la quinine ou l'antipyrine.



Voici en effet les trois courbes comparatives que nous avons obtenues.

Le premier lapin a reçu la veille de l'inoculation 4 grammes d'iodure en lavement.

Le deuxième lapin a reçu le jour de l'inoculation 4 grammes en lavement.

Le troisième lapin a reçu la même dose le lendemain de l'inoculation.

Ainsi, dans le premier cas, l'iodure a dû agir comme eutrépistique.

Dans le second cas et dans le troisième, il a été un médicament, dans le troisième cas surtout. Il fallait donc s'attendre à ce que la courbe du premier et celle du troisième lapin fussent un peu différentes l'une de l'autre et à ce que celle du second lapin soit intermédiaire entre les deux courbes participant à la fois de l'une et de l'autre.

Or c'est précisément ce qui a eu lieu. Le premier lapin s'est comporté comme dans les expériences précédentes, il a été apyrétique au bout de très peu de temps, tandis que le second et surtout le troisième lapin après avoir eu sous l'influence de l'iodure une chute thermique ont repris ensuite de la fièvre et ont eu une infection plus grave que le premier lapin.

Il manque à cette dernière expérience le tracé d'un quatrième lapin qui n'aurait pas eu d'iodure du tout. Il eût été intéressant de savoir par comparaison avec ce témoin si l'iodure même administré trop tard, le jour de l'infection ou le lendemain, exerce une influence utile ou une influence nuisible sur la marche de l'infection; mais ceci est un autre côté de la question et il y a un fait qui se dégage bien nettement de nos expériences et qui est celui que nous voulions mettre en relief, c'est que l'iodure donné à un animal la veille d'une infection expérimentale modifie complètement les allures de cette infection.

L'organisme réagit davantage, puisqu'il est le théâtre d'une ascension thermique plus élevée mais dès le surlendemain la courbe thermique se rapproche de la normale.

La septicémie est plus atténuée puisque l'animal dépérit beaucoup moins.

Au point de vue local, il faut savoir que la suppuration sera plus franche et plus abondante, il n'y aura pas un œdème diffus mais un véritable abcès. C'est ainsi du moins que les choses se sont passées chez tous nos lapins. En règle générale, si l'on applique ces données à la chirurgie humaine, il y aura tout avantage, car peu importe une suppuration locale plus abondante si elle s'accompagne de phénomènes généraux moins graves.

Il peut y avoir des cas où l'on redoute avant tout la suppuration locale, par exemple dans les autoplasties, et où l'on est certain de ne pas aller au-devant d'une septicémie; dans ces cas, l'iodure ne sera pas indiqué.

Mais, dans la majorité des cas, ce que l'on veut éviter à tout prix, c'est une septicémie grave et l'on accepterait une suppuration locale.

Que l'on donne alors 4 à 6 grammes d'iodure la veille d'une intervention; si l'on fait une asepsie rigoureuse il ne se produira rien de spécial; si on commet une faute, on s'exposera à voir des symptômes locaux plus manifestes, mais par contre les symptômes généraux seront moins graves.

Le but de ce travail n'est pas d'introduire dans la pratique chirurgicale l'usage de l'iodure avant toute opération, il est de montrer qu'il existe des substances chimiques jouissant de propriétés que nous appelons eutrépistiques et que l'iodure est une de ces substances.

En répétant nos expériences avec d'autres substances telle que la strychnine, le salicylate de soude, le bicarbonate de soude, il est possible que l'on trouve des différences encore plus évidentes que celles que nous avons trouvées entre l'infection des animaux traités et celle des témoins, mais les inconvénients de l'iodure ne sont pas si grands que l'on ne puisse le donner à des malades avant d'attendre le résultat de nouvelles recherches afin de sanctionner par la clinique notre travail expérimental.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 Avril 1901.

Trois nouveaux alcaloïdes du tabac.

MM. A. Pictet et **A. Rotschy.** — Bien que le tabac ait été l'objet de recherches très nombreuses relativement à sa composition chimique, on n'en a retiré jusqu'ici, à l'état de pureté, qu'un seul alcaloïde, la nicotine. Nous avons repris ces recherches et nous avons pu obtenir trois nouveaux alcaloïdes : un liquide, de formule $C^{10}H^{12}Az^{2}$, que nous avons nommé nicotéine; un solide, $C^{10}H^{8}Az^{2}$, auquel nous avons donné le nom de nicotelline; enfin un troisième, de formule $C^{10}H^{14}A^{2}$, que nous avons appelé nicotinine. La proportion de ces nouveaux alcaloïdes dans le tabac est très faible par rapport à celle de la nicotine. Leurs propriétés physiologiques sont à l'étude.

Sur l'origine indoxylique de certaines matières colorantes rouges des urines (indirubine).

M. Maillard. — L'urine humaine renferme, comme on le sait, des combinaisons indoxyliques (acides indoxyl-sulfurique et indoxyl-glycuronique) qui, par dédoublement et oxydation de l'indoxyle mis en liberté, fournissent de l'indigo bleu facile à extraire au chloroforme. Or l'extrait chloroformique contient aussi de petites quantités de matières rouges et brunes que l'on considéra d'abord comme étrangères, mais que J. Bouma déclara appartenir également au groupe indigolique. M. Maillard a entrepris des recherches sur ce sujet et de ces recherches il résulte nettement que :

1° La matière rouge, soluble dans le chloroforme, qui se produit à l'air, dans les urines, sous l'action de l'acide chloroformique, est de l'indirubine;

2° Elle provient des mêmes chromogènes indoxyliques que le bleu d'indigo, qu'elle peut remplacer;

3° Les méthodes de dosage des dérivés indoxyliques basées sur le dosage du bleu d'indigo seul sont absolument illusoires.

Action de l'alcool sur la sécrétion gastrique.

MM. A. Frouin et **Molinier.** — On sait que l'alcool, introduit dans l'estomac, augmente la sécrétion gastrique au début. Les physiologistes admettent que cette hypersécrétion est due à une action directe qui se manifeste par une excitation particulière sur les terminaisons nerveuses et à une modification de la circulation locale qui se termine par une vaso-constriction suivie d'une vaso-dilatation des capillaires. Or d'une série d'expériences des chiens, nous sommes arrivés à conclure :

1° Que si l'alcool produit, en effet, une hypersécrétion du suc gastrique, celle-ci n'est pas simplement due, comme on le supposait, à une action locale, car, introduit directement dans l'intestin, il produit la même action;

2° Que l'action sur les terminaisons nerveuses des voies gustatives n'est pas importante, car l'introduction par la voie anale produit le même effet;

3° Que c'est à une action spéciale sur le système nerveux que l'alcool doit son action, car cette action persiste pendant plusieurs jours et augmente même d'intensité.

Excitation des nerfs et des muscles par des ondes de très courte durée.

M. G. Weiss, à l'aide d'un interrupteur rapide, a pu étudier l'excitation des nerfs et des muscles par des courants continus d'une durée très courte. Grâce à cet instrument, il a pu établir les règles suivantes :

1° Quand on excite un nerf par un courant continu, la quantité d'énergie mise en jeu pour provoquer l'excitation passe par un minimum pour une durée déterminée du passage du courant;

2° Cette durée, la plus favorable, croît avec la distance des électrodes sur le nerf; elle est d'environ 0''00046 pour une distance des électrodes de 2 millimètres et s'élève à 0''0012 pour une distance de 16 millimètres;

3° La même règle s'applique pour les courants ascendants ou descendants;

4° Pour le muscle, il a trouvé, comme période la plus favorable, 0''0012;

5° L'excitation ne se produit pas au moment de la fermeture et de la rupture du courant, comme le pensait Du Bois-Reymond, mais elle a lieu pendant toute la durée du passage du courant;

6° Deux ondes successives sont toujours moins efficaces qu'une seule onde égale en durée à la somme des durées de ces deux ondes; ce qui revient à dire que, pour une même quantité d'électricité dépensée, l'excitation est moindre s'il y a une interruption dans le passage.

Toutes ces expériences ont été faites sur la grenouille.

Appareil de mensuration exacte du squelette et des organes donnant une image nette en radiographie.

M. G. Contremoulins. — L'appareil de mensuration dont il s'agit procède du même principe que l'appareil de recherche de projectiles dans le crâne qu'il a présenté à l'Académie de médecine le 23 novembre 1897.

Deux épreuves radiographiques sont prises successivement, n'entraînant que quelques minutes d'immobilisation. Le développement et le séchage des clichés, le transport des images et le montage des fils demandent ensuite une heure, en sorte que la mensuration ordinaire d'un bassin, par exemple, faite sur 12 points du détroit supérieur, ne demande pas plus d'une heure et quart.

L'appareil est construit également en vue de la recherche des corps étrangers de l'organisme et comporte en ce cas l'emploi d'un compas spécial d'opération, complément alors indispensable comme pour le crâne.

Enfin, l'une des caractéristiques importantes de cette méthode, c'est qu'il suffit d'avoir noté la distance du tube à la plaque pour pouvoir plus tard, à n'importe quelle époque, reconstituer dans l'espace la partie de l'image radiographique qu'on désire étudier.

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 3 Mai 1901.

Ostéomyélite vertébrale.

MM. Lippmann et **Lecène** présentent des lésions d'ostéite vertébrale aiguë, due au staphylocoque doré, constatées à l'autopsie d'un garçon de 16 ans qui, quelques jours après une chute sur le dos, fut pris de fièvre et de phénomènes généraux graves.

Les portions de vertèbres atteintes sont les lames et les apophyses transverses; le corps de l'os est respecté, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas.

Note complémentaire sur l'hypertrophie hépatique compensatrice.

MM. Gouraud et **Rathery** reviennent sur la communication qu'ils ont faite dans la séance précédente, concernant l'hypertrophie compensatrice du foie atteint de kystes hydatiques. Il est très difficile de dire, en se basant sur le seul examen histologique, en quoi consiste cette compensation, par exemple s'il s'agit d'hypertrophie ou d'hyperplasie; mais la physiologie pathologique met en évidence l'existence de ce travail compensateur en montrant que le foie est demeuré suffisant : l'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative, le chiffre de l'urée émise est normal, la courbe d'élimination du bleu de méthy-

lène est continue, et l'urine ne renferme pas trace d'urobiline.

M. Letulle fait observer que la compensation physiologique de l'organe et les lésions que le microscope y décèle sont deux ordres distincts de phénomènes; on n'a pas le droit de les superposer. Lorsqu'on constate l'hyperplasie radiée ou l'hyperplasie concentrique, on ne peut en induire qu'il y a hypertrophie physiologique, car les cellules hépatiques sont, en pareil cas, presque toujours malades; leur protoplasma est altéré, elles souffrent. On peut dire qu'il y a lésion; on ne peut pas dire qu'il y a évolution, et, en particulier, évolution compensatrice.

M. Cornil est d'avis qu'il faudrait des mensurations précises des cellules pour se rendre compte si elles sont vraiment hypertrophiées. Encore devrait-on mesurer comparativement les cellules hépatiques d'un foie normal, prélevé 40 heures après la mort, c'est-à-dire dans les mêmes conditions que le cas actuel. Ici, il ne semble pas que les cellules soient plus volumineuses que normalement. D'autre part, on n'en voit pas par rangée de deux dans l'intervalle des capillaires; il n'y a pas non plus d'hépatite nodulaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai 1901.

Cocaïnisation par la voie du canal sacré.

M. Cathelin décrit la technique du procédé qui consiste à injecter dans l'espace rachidien épidural des solutions médicamenteuses ou anesthésiantes par la voie du canal sacré. Il faut sentir avec les doigts les deux tubercules sacrés qui indiquent, sous la peau, le lieu de terminaison du canal sacré, et introduire obliquement une aiguille biseautée de dimensions convenables (6 centimètres de longueur).

M. Tuffier. — Les injections de cocaïne dans l'espace épidural avaient déjà été essayées par une autre voie par plusieurs chirurgiens et par lui-même. Il introduit l'aiguille par voie lombaire, comme pour ponctionner l'espace sous-arachnoïdien; et retire l'aiguille suffisamment pour que le liquide céphalo-rachidien ne s'écoule plus; il avait alors toute raison de croire la pointe de l'aiguille dans l'espace épidural, et injectait une solution de cocaïne. Le résultat, au point de vue de l'anesthésie, a été nul. Depuis les communications récentes sur l'injection par la voie du canal sacré, il a essayé d'employer cette voie avec le concours de M. Cathelin; et n'a pas obtenu, plus que dans les essais antérieurs de M. Lejars, une anesthésie suffisante.

M. A. Sicard. — Le procédé sacro-coccygien est le seul applicable au lit du malade pour atteindre avec sûreté l'espace épidural. Les résultats très favorables qu'il lui a permis d'obtenir, dans le traitement des maladies rebelles des membres inférieurs, s'expliquent soit par l'action directe du liquide sur les troncs nerveux qui émergent du cône dure-mérien sacro-lombaire, soit par l'action vaso-motrice que ce liquide peut exercer sur les plexus vasculaires épiduraux.

Hémothorax traumatique infecté à streptocoque et à bacille perfringens.

MM. Lecène et Legros. — Un homme, âgé de 23 ans, reçoit au cours d'une rixe une balle de revolver dans la région thoracique supérieure droite; immédiatement après on constate l'existence de signes d'hémothorax remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, sans signes de pneumothorax. La température, abaissée à 37°, neuf jours après l'accident, permet de penser à une résorption aseptique quand, le 12e jour, l'état général s'aggrave; une ponction évacuatrice de 1 250 grammes de liquide franchement sanglant permet d'isoler les deux espèces microbiennes : streptocoque et bacille perfringens, celui-ci très nettement prédominant et tuant en 20 heures un cobaye de 400 grammes à la dose de 1/2 centimètre cube de bouillon en injection sous-cutanée.

Au 16e jour, après une pleurotomie qui avait évacué 2 litres de liquide hémopurulent, gazeux et fétide, à bacille perfringens pur, sauf quelques streptocoques, le malade meurt avec des signes de péritonite généralisée, sans septicémie.

Le streptocoque prédomine dans le pus péritonéal, des cultures anaérobies permettent cependant encore l'isolement du bacille perfringens.

L'autopsie montre un poumon droit atélectasié, couvert de fausses membranes, et la balle de revolver incluse en plein parenchyme du lobe inférieur. Péritonite généralisée sans perforation diaphragmatique.

Action néphrotoxique du sérum urémique.

M. Hobbs (Bordeaux). — Lorsqu'on injecte à un cobaye du sérum d'urémique, recueilli après saignée sur le malade, on provoque, chez ce cobaye, des lésions rénales néphrétiques. Le sérum d'urémique jouit donc de propriétés néphrotoxiques pour le cobaye.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 Mai 1901.

De l'anesthésie par injection intra-rachidienne de cocaïne (rachi-cocaïnisation).

M. Nélaton a appliqué la cocaïnisation lombaire 150 fois en procédant d'après l'instrumentation décrite par Bier et Tuffier. Tous les malades étaient âgés de 20 à 50 ans, sauf deux plus jeunes et deux plus vieux. Dans tous ces cas M. Nélaton s'est servi de la solution à 2 p. 100, à l'exception de 25 cas dans lesquels la solution était à 1 p. 100.

L'anesthésie a été nulle chez 5 malades, et on a dû avoir recours au chloroforme.

Une fois, le résultat a été inquiétant. Il s'agissait d'un cachectique de 67 ans, chez lequel on devait faire un évidement du tibia. Après l'injection il a été pris de malaise général, de pâleur cadavérique, de petitesse du pouls, d'oppression, accidents qui n'ont disparu qu'après des injections de caféine.

Dans 45 cas, les résultats immédiats ont été médiocres ou passables. En effet, 5 à 10 minutes après l'injection, on a observé de la pâleur de la face, des vomissements, de l'accélération du pouls qui ont été plus ou moins accusés. Toutefois, malgré cet état pénible, il n'y a pas eu de craintes sérieuses.

Dans 80 cas, ces résultats ont été bons, les troubles immédiats n'ayant que peu duré, et chez 20 malades ils ont été excellents, l'anesthésie ayant été parfaite sans aucun trouble.

Comme résultats consécutifs, ils ont été, en général, assez simples, sauf deux fois, la céphalée ayant persisté chez un jeune homme épileptique 6 jours, et chez une hystérique 8 jours. Mais, en général, la céphalalgie a été légère et les vomissements peu abondants pendant le premier jour. La température n'a pas dépassé 48°.

Chez 10 opérés, on a noté une légère rachialgie pendant 2 ou 3 jours.

Il résulte de ces faits que la cocaïnisation est une méthode inégale donnant des résultats variables. Pour les opérations simples elle peut être utilisée, mais pour les grandes et longues opérations elle ne paraît pas praticable. Pour sa part M. Nélaton ne l'emploiera pas dans les laparatomies, les hystérectomies vaginales, les résections du genou. Elle a certainement des avantages sur l'anesthésie par le chloroforme, mais son inégalité doit encore nous tenir sur la réserve. Toutefois, la méthode n'est qu'à son début, il y a donc lieu de ne pas la négliger.

Chez 8 malades qui ne paraissaient pas bien anesthésiés, M. Nélaton a fait respirer quelques gouttes de chloroforme : le résultat a été bon.

M. Schwartz a pratiqué la rachi-cocaïnisation 49 fois sur des sujets âgés de 16 à 60 ans, pour opérations portant sur les membres inférieurs et la partie inférieure du tronc. Il a suivi la technique ordinaire en injectant 1 à 2 centigrammes de la solution au cinquantième. Il n'y a, en général, pas de douleur au moment de la ponction; cependant 4 de mes malades en ont accusé une fulgurante, et l'un d'eux, opéré d'un mal perforant, a eu, au bout de 3 semaines, une paralysie du membre inférieur gauche. La suite a montré qu'elle était d'origine hystérique,

Dans tous les cas, l'analgésie a été totale, sauf deux fois où il y a eu hémi-analgésie, et six fois où elle a été absolument nulle; dans deux de ces derniers cas, les malades non anesthésiés ont eu des nausées.

Comme suites, 10 à 15 minutes après l'injection, M. Nélaton a eu à relever des nausées et des vomissements, deux fois assez gênants pour les manœuvres opératoires, et de la céphalée, qui disparaissaient dans la journée. La céphalée a persisté 48 heures, chez plusieurs malades, et 5 jours chez une femme.

Chez quelques malades on a constaté un tremblement général, et assez fréquemment de la rétention d'urine et de l'incontinence fécale.

On a dit que la technique opératoire était simple. Cela est vrai, en général, mais il y a parfois des difficultés et l'on est obligé de recommencer la ponction.

En résumé, bien que la méthode lui ait donné de bons résultats, sans accidents sérieux ni prolongés, M. Schwartz croit qu'elle ne peut être généralisée, et que, dans certaines circonstances, on devra tenir compte de la conscience de l'opéré pendant l'opération.

M. Ricard a pratiqué 50 rachi-cocaïnisations. En général, on obtient l'anesthésie; la technique est ordinairement facile, mais il y a une série d'accidents à cause desquels M. Ricard l'a abandonnée, bien qu'ils n'aient été funestes chez aucun des opérés.

Tous les malades ont présenté de la pâleur de la face, des vomissements, de l'anxiété, et quelques-uns étaient dans un tel état que l'on a été anxieux et que l'on se demandait ce que l'on pourrait bien faire, si leur état s'aggravait. Chez l'un la céphalée a été atroce pendant 7 jours; chez un autre, la pâleur et les vomissements ont reparu le quatrième jour; chez un troisième, des vomissements verdâtres ont persisté sans cesser pendant 4 jours.

M. Reclus commence par déclarer qu'il n'est nullement un adversaire intransigeant de la rachi-cocaïnisation et si, dans une autre enceinte, il a signalé des accidents imputables à cette méthode, c'est parce qu'ils n'avaient pas été mentionnés par M. Tuffier dans sa communication.

Pour sa part, les résultats que lui a donnés cette méthode ont été bons, médiocres ou mauvais.

Il est un point sur lequel on est d'accord, c'est la question de priorité. Il ne faut pas la rapporter à Corning, car par son procédé, il n'obtenait pas de véritable anesthésie. La douleur au couteau persistait. Bier, au contraire, y est parvenu dans six observations qu'il a publiées et dans son observation personnelle, et quoiqu'il se soit montré sévère dans son jugement, il n'en reste pas moins le père de cette méthode.

La technique comprend deux parties: en premier lieu, la ponction. Elle nous a été enseignée par les médecins, par Sicard et Chipault en particulier; dans le *modus faciendi*, la situation du malade, existe seule une différence entre les médecins et les chirurgiens.

D'après M. Tuffier, un point capital est la substitution, au trocart de Bier, d'une aiguille en platine taillée en un court biseau. Ce n'est, en réalité, que l'aiguille employée par les médecins, ayant subi une modification.

Ceux-ci introduisaient l'aiguille armée d'un fil d'argent obturateur. M. Tuffier pense que cet obturateur est inutile et que la gouttelette de liquide céphalo-rachidien, qui sort de l'aiguille, indique qu'on est bien dans la cavité. Par la liberté d'oscillation de l'aiguille on reconnaît bien qu'elle est en bonne situation et le fil d'argent ne semble nullement nuisible.

Cette ponction, assurément, n'est pas difficile; toutefois, il faut apprendre à la faire et l'on compte un certain nombre de ponctions frustres. Sur 125 ponctions, Marx (de New-York) mentionne 10 échecs; personnellement M. Reclus en a eu deux cas et, cependant, l'un des malades avait déjà été rachi-cocaïnisé.

M. Reclus a dû recourir à l'anesthésie locale par la cocaïne pour l'opérer d'une cure radicale de hernie. L'insensibilité a été complète, et le malade n'a pas hésité à avouer qu'il préférait ce mode d'anesthésie.

Le chlorhydrate de cocaïne en solution stérilisée à l'autoclave à 1 ou 2 p. 100 est la substance de choix, et 1 à 2 centigrammes est la dose ordinaire à employer.

L'anesthésie commence après 2 ou 3 minutes par les organes génitaux pour M. Reviceanu; par les pieds pour M. Tuffier, et au bout de 10 minutes elle a gagné le tronc. C'est ce qu'on observe d'habitude, mais il faut compter avec les idiosyncrasies, et nombreux sont les faits où il a fallu attendre 15 et 20 minutes; dans un certain nombre de cas elle a fait défaut. Quant à ses limites, elle varie du pubis à l'ombilic suivant les malades et, pour sa part, M. Reclus ne l'a jamais vue atteindre la région sous-diaphragmatique, comme l'a dit M. Tuffier.

Les accidents de la méthode ont été énumérés par les orateurs précédents, M. Reclus rappelle toutefois, qu'il a vu la céphalée persister plusieurs jours assez souvent, et les vomissements être notés chez quelques malades le 6e et le 13e jour en particulier. Enfin, il faut mentionner l'incontinence sphinctérienne assez fréquente, puisqu'elle a été relevée 10 fois sur 89 cas.

M. Reclus arrive aux cas de mort qu'il a mentionnés. Sur les sept qu'il a rappelés, l'un, celui de Keen, ne doit pas être attribué à la cocaïnisation. Quant aux six autres, si on en lit les observations avec attention, on est en droit de se demander si la cocaïne n'est pas coupable.

M. Reclus engage M. Tuffier a relire ces observations une nouvelle fois, et il verra qu'il y a eu erreur d'interprétation pour le 4e cas, la température élevée (48°) ayant été observée 6 mois auparavant, doute très légitime pour le 5e, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée.

Quant aux autres (morts attribuées à un anévrysme de la sylvienne, à un œdème du poumon, à l'hémato-rachis), a-t-on le droit de nier à leur endroit l'influence de la cocaïne, dont l'action sur le système vasculaire est bien connue? M. Reclus ajoute même qu'en des accidents, plus ou moins prolongés, qu'on observe d'habitude, il n'est pas irrationnel de supposer qu'une dose plus forte de cocaïne pourrait être mortelle. Enfin, connaît-on tous les cas mortels qui ont pu survenir?

Tumeurs malignes de la paupière.

M. Lagrange fait connaître deux faits de tumeur maligne de la paupière.

Le premier cas concerne une femme de 75 ans qui portait, dans la paupière inférieure de l'œil gauche, une tumeur grosse comme une volumineuse noix. Cette tumeur était recouverte par la conjonctive palpébrale qui lui était adhérente, mais qui n'était pas ulcérée à son niveau, sauf dans un étroit espace, au fond d'un sillon, s'enfonçant dans le néoplasme. Il y avait un petit ganglion sous-maxillaire peu volumineux. Cet engorgement ganglionnaire était le seul signe qui pût faire penser à une tumeur épithéliale; le volume du néoplasme, sa dureté, son indolence, son enkystement dans l'épaisseur de la paupière, le défaut d'adhérence de la peau pouvaient faire croire à un sarcome. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un véritable squirrhe de la paupière ayant pris son origine dans l'épithélium conjonctival.

Le 2e cas concerne un sarcome mélanique de la paupière supérieure et de la conjonctive bulbaire; l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un angio-sarcome avec hémorrhagies interstitielles et mélanose consécutive. Dans ce cas le pigment avait deux origines; une origine autochtone d'une origine hématique. Cette observation tire son intérêt de la coexistence de ces deux processus de pigmentation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 Mai 1901.

Sur la ponction lombaire contre la céphalée des brightiques.

M. Babinski. — MM. Marie et Guillain, dans leur communication de la dernière séance, relatent l'observation d'un malade atteint de céphalée symptomatique d'un mal de Bright, ayant cédé à une ponction rachidienne. Ils font suivre cette observation de réflexions sur le rôle de l'hypertension dans la pathogénie de l'urémie. M. Babinski extrait de leur communication le passage suivant:

« L'hydropisie ventriculaire de Leindot et Odick, les œdèmes cérébraux décrits par Franck en rapport avec l'hypertension du ventricule gauche sont des phénomènes dont il ne faut pas faire totalement abstraction. Il nous paraît que certains troubles visuels, les amauroses transitoires des urémiques, leur céphalalgie, ont de multiples analogies avec le syndrome bien connu en pathologie nerveuse de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, tel qu'on le constate dans les tumeurs cérébrales, par exemple. »

M. Babinski croit devoir rappeler à ce sujet qu'il y a 3 mois, à la séance du 7 février dernier de la Société de neurologie, à propos d'une malade présentant des signes de néoplasme intra-cranien, dont la stase papillaire, la céphalée, ainsi que les vomissements, avaient cédé à la trépanation cranienne qu'il avait fait pratiquer et chez laquelle, avant l'opération, la douleur de tête disparaissait régulièrement pendant 3 jours après le flux menstruel, il faisait des remarques identiques à celles de MM. Marie et Guillain. C'est ce que prouve ce passage de sa communication :

« M. Babinski croit devoir insister sur l'accalmie qui succédait toujours, chez la malade qu'il présente, à la période menstruelle; elle lui paraît comparable à l'effet produit par la saignée dans l'urémie, dont l'aspect symptomatique, dans sa forme cérébrale, a des analogies avec le tableau symptomatique des néoplasmes intra-craniens. La théorie de l'œdème cérébral, dans l'urémie, actuellement peu en faveur, ne contiendrait-elle pas une part de vérité? Il croit qu'il serait intéressant à tous égards de chercher à vérifier cette idée en pratiquant la ponction rachidienne chez des malades atteints d'urémie à forme cérébrale. »

Pseudo-myxœdème syphilitique précoce.

M. Faisans et **M. Audistère** présentent une malade chez laquelle ont évolué simultanément des accidents variés : en premier lieu une double infection, syphilitique et gonococcique (bartholinite, vaginite, métro-salpingite, chancre induré suivi au bout de quelques semaines d'une roséole généralisée et de plaques muqueuses dans la gorge, la bouche, et les régions ano-génitales); en second lieu, une affection caractérisée par une tuméfaction et une induration progressives du tissu cellulaire sous-cutané dans toutes les régions du corps, principalement aux membres inférieurs et aux avant-bras. Cette affection a débuté très peu de temps, 8 à 10 jours après l'apparition des accidents infectieux sus-indiqués et elle a continué à se développer pendant près de 2 mois : à ce moment, il existait une déformation extraordinaire des membres et les tissus malades présentaient une consistance dure analogue à celle du caoutchouc durci.

La première idée qui se présentait en face de cette affection était celle du myxœdème ; mais la distribution irrégulière des tuméfactions, la présence de bourrelets très saillants au-dessus des poignets et des chevilles, la coloration rosée ou violacée de la peau sur la plupart des régions, la sensibilité douloureuse déterminée par les pressions des parties malades, enfin, et par-dessus tout, l'absence de troubles nerveux et psychiques, sont autant de raisons qui empêchent d'adopter ce diagnostic ; peut-être s'agit-il d'une forme d'adipose analogue à celle qui a été décrite par Dercum sous le nom d'adipose douloureuse. Mais le syndrome décrit par cet auteur comporte, outre l'hypertrophie graisseuse, des douleurs spontanées généralement très vives ; or les douleurs spontanées faisaient totalement défaut chez la malade de MM. Faisans et Audistère. Dans l'impossibilité de déterminer d'une manière précise la nature de l'infiltration sous-cutanée, ils ont donné à leur observation le titre de « pseudo-myxœdème » qui a l'avantage de ne rien préjuger.

Un autre point intéressant est relatif à l'étiologie. Il est évident que le développement des membres s'est produit après l'apparition du chancre et de la vaginite gonococcique et que cette infection complexe est responsable du myxœdème. Quelle est celle des deux infections qui a eu l'influence la plus importante? Il est impossible de le dire; mais on connaît quelques observations de myxœdème syphilitique, tandis que la possibilité du myxœdème ou du pseudo-myxœdème gonococcique n'a pas encore été signalée.

Il faut ajouter que le traitement mercuriel, suivi régulièrement depuis le 8 janvier jusqu'au 22 février, n'a pas empêché l'augmentation progressive du tissu cellulaire sous-cutané. La médication thyroïdienne fut instituée le 22 février et, à partir de ce moment, l'affection s'est considérablement améliorée.

Pleurésie putride d'origine biliaire à microbes anaérobies.

MM. Barth et **Ed. Rist.** — Il s'agit d'une femme de 30 ans, alcoolique, qui fut atteint d'un ictère infectieux, à évolution prolongée, symptomatique d'une angiocholite. Au bout d'un certain temps, l'augmentation de volume du foie, des crises de douleurs violentes et des accès de fièvre intermittente indiquèrent l'existence d'une suppuration hépatique qu'aucun signe clinique ne permettait de localiser.

Une laparotomie exploratrice avait été décidée, lorsque le malade présenta des symptômes de congestion pulmonaire aiguë, à la base droite, avec souffle tubaire, bronchophonie et crachats souillés. L'opération fut donc différée, et 2 jours après se développait le tableau clinique d'un épanchement pleural à droite, avec pneumothorax fermé : matité à la base, égophonie, souffle amphorique, tintement métallique, succession hippocratique.

Une ponction exploratrice fit retirer 1/2 litre environ d'un pus épais, fortement coloré par la bile et horriblement fétide. Le lendemain, la pleurotomie fut pratiquée; la malade succomba 5 jours après dans le collapsus.

A l'autopsie, on découvrit un foie très volumineux (2 kg. 700) en dégénérescence graisseuse, et contenant plusieurs petits abcès qui s'étaient développés en partie autour de vieux kystes hydatiques morts, en état d'infiltration calcaire. L'un de ces abcès s'était ouvert dans la plèvre, en perforant le diaphragme. La cavité pleurale tout entière était tapissée de fausses membranes noirâtres, et le parenchyme pulmonaire sous-jacent était hépatisé.

L'examen bactériologique du liquide pleural, pratiqué pendant la vie et fait d'après la méthode de Veillon, a été comcomplété par l'examen du pus hépatique puisé à l'autopsie. Les résultats ont été les suivants :

Dans le pus hépatique, présence de deux microbes strictement anaérobies, le *bacillus fragilis*, signalé par MM. Veillon et Zuber dans la presque totalité des cas d'appendicites, par M. Guillemot dans la gangrène pulmonaire, et par M. Cottet dans les suppurations péri-uréthrales, et le *staphylococcus parvulus* signalé par les mêmes auteurs dans les mêmes affections, par M. Rist dans les suppurations d'origine otique et dans un cas de pleurésie putride précédemment publié. En outre, il y avait de rares coli-bacilles.

Dans le pus de la pleurésie on retrouvait les mêmes organismes associés au pneumocoque, ce dernier microbe représentant évidemment la contribution pulmonaire au processus pathologique.

Cette observation s'ajoute à celles que M. Rist avait, en 1899, publiées avec M. Rendu, et sur lesquelles il s'était fondé pour établir que les pleurésies putrides sont dues à des organismes strictement anaérobies.

Tachycardie paroxystique essentielle chez l'enfant.

M. P. Merklen vient d'observer un accès de tachycardie paroxystique essentielle, prolongée et compliquée de dilatation aiguë du cœur, chez une jeune fille âgée de 13 ans, deux fois déjà atteinte de crises courtes dites de palpitations. Le dernier accès s'est déclaré inopinément et a débuté par des vomissements et des palpitations; à partir du 5e jour, une dyspnée croissante et des douleurs précordiales se sont associées aux troubles cardiaques.

Le 8e jour, quand il vit cette malade, son cœur était très dilaté; la tachycardie atteignait 220, les battements cardiaques contrastaient, par leur énergie, avec la petitesse du pouls, la dyspnée était notable et l'examen révélait une hyperesthésie douloureuse de toute la partie inférieure du côté gauche et de l'épigastre; il y avait eu dans la journée un crachat sanglant. Craignant quelque phlegmasie pleuro-péricardique, M. Merklen

conseilla une application de sangsues. Quelques heures après, peut-être par le fait d'une simple coïncidence, le pouls tombait à 80, et en même temps tous les accidents cessaient.

L'évolution et cette terminaison brusque ne peuvent laisser de doute sur la nature de l'affection : il s'agissait d'une crise de tachycardie prolongée. Rare chez l'enfant, la tachycardie paroxystique essentielle n'en existe pas moins à cet âge, ainsi que le prouvent les observations réunies par Herringham. Elle revêt chez lui, comme chez l'adulte, la forme des accès courts et longs, si bien déterminés par Bouveret, ces derniers se compliquant de dilatation aiguë du cœur et de troubles circulatoires plus ou moins graves. C'est contre ces derniers, bien plus que contre la tachycardie elle-même, que la digitale et les émissions sanguines locales sont efficaces.

Essai de traitement des douleurs viscérales et intercostales par la méthode d'analgésie médicale de Sicard.

M. Widal. — On a obtenu, en ces derniers temps, de bons résultats pour le traitement de la sciatique et du lumbago par l'injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien. Or M. Sicard a montré qu'on pouvait obtenir le même succès en injectant la cocaïne dans l'espace épidural, en dehors des méninges, en faisant pénétrer l'analgésique par l'articulation sacrococcygienne, très facilement abordable sous la peau.

Les injections que M. Widal vient de pratiquer par cette voie confirment tout ce qu'a avancé M. Sicard. Nous avons vu notamment, avec M. Soucques, la douleur disparaître instantanément chez une malade atteinte de sciatique depuis plusieurs mois. Il a obtenu les mêmes résultats immédiats chez un malade atteint de névralgie intercostale ; chez lui l'analgésie a été, il est vrai, de courte durée ; il a vu également les douleurs disparaître chez une femme atteinte de crises gastriques très violentes au cours d'un ulcère de l'estomac.

Le rôle du B. coli doit être considéré comme tout à fait insignifiant, et l'observation présentée est de nature, comme celles qu'ont publiées précédemment MM. Veillon et Zuber, et M. Cottet, à montrer que l'importance attribuée jusqu'ici au B. coli dans les suppurations d'origine abdominale, doit s'effacer devant celle, beaucoup plus grandes, des microbes anaérobies.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 22 Avril 1901.

Hémorrhagie rétro-placentaire consécutive à un traumatisme sur la région abdominale. Expulsion d'un fœtus mort et non macéré de quatre mois et demi environ.

M. Lepage. — La femme en question est une sextipare enceinte d'environ quatre mois et demi. Cette dernière grossesse a évolué tout à fait normalement jusqu'à ces derniers jours, où cette femme est tombée du haut d'un tabouret, son ventre portant contre le coin d'un buffet. A la suite de cette chute elle est prise de douleurs qui s'apaisent et elle peut reprendre ses occupations. Hier matin se produit un écoulement sanguin qui l'amène à la maternité de la Pitié. A son entrée le pouls est à 70, le col n'est pas encore effacé. On constate que l'utérus est constamment tendu. Dans la journée elle expulse un enfant du poids de 480 grammes. Le placenta présente, en un point de sa face utérine, une dépression très nette correspondant à des caillots.

Pour M. Lepage il s'agit d'un décollement prématuré du placenta dont les deux causes ordinaires sont, comme on le sait, l'albuminurie et la brièveté du cordon. Ici c'est le traumatisme qui semble avoir produit le décollement. M. Lepage ne croit pas que l'on ait pratiqué, chez cette femme, des manœuvres abortives.

M. Pinard. — Cette observation est le type de l'hémorrhagie rétro-placentaire. La tension permanente de l'utérus se rencontre toujours dans ce cas. L'utérus a une dureté ligneuse. M. Pinard croit que chez cette femme c'est le traumatisme qui a été le facteur étiologique. Deux ou trois observations de ce genre ont déjà été publiées. Des tentatives d'avortement ne sauraient produire une hémorrhagie rétro-placentaire.

M. Champetier de Ribes partage la manière de voir de M. Pinard. Il a observé dans la maternité de l'Hôtel-Dieu un cas d'hémorrhagie rétro-placentaire chez une femme enceinte de sept mois et demi, cas où un traumatisme a certainement été la cause de l'hémorrhagie.

De la névrite puerpérale gravidique.

M. Pinard. — M. Lepage a fait, dans la dernière séance, une communication intitulée : accouchement provoqué pour un cas de névrite périphérique alcoolique. M. Pinard croit qu'il faut changer le titre de cette observation et que cette dernière doit être rangée dans la catégorie des névrites par hépato-toxémie gravidique.

L'existence de la névrite gravidique toxique est actuellement prouvée, et il y a entre toutes les observations publiées un lien symptomatique commun : les vomissements incoercibles.

L'alcool a pu, dans le cas de M. Lepage, jouer un rôle adjuvant important en agissant sur le foie, en augmentant et en précipitant l'insuffisance de cet organe. Mais l'alcool n'a pas eu le rôle capital. L'alcoolisme est chose fréquente, et les névrites périphériques au cours de la grossesse sont rares.

Pour ce qui est de la conduite qui a été tenue, M. Pinard est tout à fait d'accord avec M. Lepage, et il croit que l'on peut, à ce sujet, établir la formule suivante : quand chez une femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles, d'accélération constante du pouls, des symptômes de névrite sont dûment constatés, il faut de suite interrompre le cours de la grossesse.

M. Lepage croit que l'alcool a été pour beaucoup dans l'apparition de la névrite chez sa malade. Il fait remarquer qu'au moment où cette névrite est apparue les vomissements avaient beaucoup diminué, que s'il est fréquent de rencontrer des alcooliques parmi les femmes enceintes, il est cependant rare d'en rencontrer buvant tous les jours un demi-litre de rhum, enfin qu'il avait montré cette femme à un confrère étudiant spécialement la pathologie nerveuse, et que ce dernier, avant de connaître les habitudes de la malade, avait, d'après les seuls symptômes, porté sans hésitation le diagnostic de névrite alcoolique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 Mai 1901.

Myopathie avec ptosis bilatéral et affaiblissement des masticateurs.

M. P. Marie présente un malade atteint d'une variété non encore décrite de myopathie à type facio-scapulo-huméral.

Il s'agit d'un homme, âgé de 25 ans, dont l'hérédité paraît indemne et qui n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 5 ans. La déchéance musculaire a débuté à l'âge de 12 ans. Sa myopathie, évoluant sous la forme facio-scapulo-humérale, présente deux singularités : un ptosis bilatéral extrêmement accusé, et un affaiblissement très prononcé, bilatéral également, des masticateurs. Aussi le maxillaire inférieur reste-t-il pendant. De plus, la langue est amincie dans sa partie antérieure et ses mouvements sont assez difficiles. Une certaine difficulté s'observe pour la formation du bol alimentaire et parfois pour la déglutition.

A l'occasion d'une bronchite survenue dernièrement, la respiration a été particulièrement troublée.

La prononciation est bonne, sauf pour la lettre S qui est nettement zézayée. Des faits analogues, mais non identiques, ont été publiés par Salo, Bouveret, Hoffmann, etc.

Le réflexe du tendon d'Achille dans le diagnostic du tabes.

M. Babinski démontre, en s'appuyant sur une trentaine

d'observations personnelles, que l'exploration du réflexe du tendon d'Achille est souvent plus importante pour le diagnostic précoce du tabes que celle du tendon rotulien. En effet, dans un grand nombre de ces observations, l'abolition du premier de ces réflexes était bien antérieure à la disparition de l'autre, et le diagnostic de l'ataxie locomotrice a pu être porté alors que le réflexe patellaire était encore présent.

Contribution à l'anatomie pathologique de la chorée héréditaire.

MM. Lannois, Paviot et **Mouisset** ont observé un nouveau cas de chorée héréditaire dont ils ont pu faire l'autopsie.

Au point de vue histologique, la lésion dominante est une infiltration de grains fortement colorés en bleu dans l'écorce et la substance blanche des circonvolutions. Ils forment des amas de trois ou quatre, isolés ou réunis dans la gaine lympathique des cellules, notamment des grandes pyramidales. Les cellules les plus entourées par ces grains ont souvent des corps protoplasmiques pâles, uniformément teintés, mais à côté on trouve de nombreuses cellules dont les grains et bâtonnets chromatophiles ne sont pas altérés. Leur nombre ne paraît pas diminué.

Pas de dégénérescence des fibres blanches ni de lésions vasculaires. La moelle et les racines sont intactes.

En somme, la lésion constante serait, pour les auteurs, l'infiltration de l'écorce cérébrale et de la gaine lymphatique des cellules nerveuses par les grains décrits ci-dessus. Cette infiltration serait le substratum anatomique de la chorée de Hutington.

SOCIÉTE DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 Mai 1901.

Simplification de l'analyse du suc gastrique.

M. Frémont. — Les expériences qu'il a faites sur un grand nombre d'animaux (chiens) ont montré qu'il est possible de simplifier les procédés si compliqués dont on se sert d'habitude pour l'analyse quantitative du suc gastrique. Il a trouvé, en effet, que ce liquide, quelles que soient les variations de sa teneur en acide chlorhydrique, renferme dans un même nombre de centimètres cubes toujours la même quantité de chlorures, à quelques milligrammes près. Il n'y a donc pas lieu de perdre son temps à doser le chlore total et d'en calculer les rapports avec les autres produits de sécrétion de l'estomac.

D'autre part, point n'est nécessaire de s'attarder au dosage de l'acide chlorhydrique combiné dont le taux ne représente nullement le travail de peptonisation, puisque l'acide chlorhydrique libre, mis simplement en présence de liquides albumineux, se comporte, en dehors de toute action digestive, comme un acide combiné, c'est-à-dire résiste à l'évaporation à 100°.

On peut donc, lorsqu'il s'agit de l'analyse quantitative du suc gastrique, se borner au procédé suivant : après avoir déterminé l'acidité totale du liquide en expérience, on le neutralise avec une solution alcaline titrée, puis on l'évapore et, enfin, on soumet le résidu à la calcination pendant laquelle les acides organiques se transforment en CO^2. La teneur des cendres en carbonates alcalins indique la quantité d'acides organiques que renfermait primitivement le liquide examiné. En retranchant cette quantité du chiffre de l'acidité totale, on a le taux de l'acide chlorhydrique libre de l'estomac.

M. Soupault ne pense pas que les résultats des recherches de M. Frémont, faites sur les animaux, puissent s'expliquer aux malades chez lesquels l'évaluation du chlore total a une valeur incontestable au point de vue clinique.

M. Mathieu insiste sur l'importance du dosage du chlore total dont la diminution est l'indice d'une destruction des éléments glandulaires de l'estomac, tandis que son augmentation révèle l'existence de la stase gastrique. M. Frémont n'a probablement pas rencontré de chiens avec une muqueuse stomacale épuisée. Enfin l'orateur fait observer que le procédé d'analyse du suc gastrique, que recommande M. Frémont, n'est autre que celui de Seemrn.

M. Frémont. — Les expériences sur les animaux concordent avec ce qu'on constate chez l'homme. La différence est seulement en ce que, chez ce dernier, la présence dans l'estomac des résidus alimentaires vient compliquer les résultats de l'analyse. Quant à la stase gastrique, elle se juge mieux par le dosage de l'acide chlorhydrique libre et combiné que par celui du chlore total.

M. Mathieu dit qu'il n'a pas expérimenté sur des animaux dont la muqueuse gastrique était épuisée. A cette objection, il répondra qu'une série de ses expériences fut faite précisément sur des chiens chez lesquels il avait obtenu une suppression presque complète de la sécrétion stomacale, en soumettant leur estomac à l'action prolongée d'une infusion d'écorce de Simarouba. Ces chiens ne sécrétaient qu'une quantité minime de suc gastrique, et pourtant ce liquide contenait, à volume égal, la même quantité de chlore total que le suc gastrique des animaux sains.

M. Albert Robin estime que la valeur du dosage du chlore total a été exagérée, mais qu'il ne faut pas non plus tomber dans l'exagération inverse. Le fait est que le chlore total ne nous renseigne pas sur le pouvoir peptique de l'estomac, mais sa détermination est cependant utile pour constater l'existence ou l'absence de la rétention gastrique.

Indices thermométriques des prédispositions morbides.

M. Albert Robin donne le résumé d'un travail de **M. Têtaud** (de Nantes) sur le degré thermique habituel dans ses rapports avec certaines aptitudes morbides. Les nombreuses recherches auxquelles cet auteur s'est livré ont montré qu'on peut, au point de vue de la température du corps, diviser en trois catégories distinctes les personnes jouissant de toutes les apparences d'une bonne santé. Dans un de ces groupes — qui doit être considéré comme normal — la température oscille entre 37° et 37°,5. Dans un second groupe, le degré thermique habituel est de 38° : les sujets de ce genre ont une tendance à la tuberculose et, en effet, ils la contractent souvent par la suite. Enfin, certains individus présentent constamment une température au-dessous de 37° : ce sont les arthritiques, les neuro-arthritiques et les scrofuleux.

L'acide osmique dans le traitement des tumeurs cancéreuses inopérables.

M. Soupault lit, au nom de **M. Hérard** (de Bessé), une note sur le traitement des néoplases malignes par l'acide osmique employé sous forme de liqueur de Flemming. On en injecte 8 à 30 centimètres cubes dans l'épaisseur des tissus morbides et on applique sur la tumeur des compresses imbibées de cette même solution. La diminution des douleurs, de la sécrétion et de sa fétidité seraient manifestes. Ce procédé de traitement donnerait, en général, dans les cas de cancer inopérable, des résultats thérapeutiques sensiblement supérieurs à ceux des applications de bleu de méthylène.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 Avril 1901.

Le rachitisme et le croisement des races comme facteurs de myopie et d'astigmatisme.

M. Hauchecorne fait une communication dans laquelle il insiste sur l'importance du rachitisme dans le développement

de la myopie et de l'astigmatisme. Chez les enfants rachitiques, plusieurs circonstances concourent à produire un aplatissement de l'orbite : d'abord le poids des lobes antérieurs du cerveau agissant sur la voûte orbitaire, ramollie par le processus rachitique; ensuite ce qu'on a appelé l' « impression basilaire du crâne », c'est-à-dire l'affaissement des parties avoisinant le trou occipital sous la double influence de la pesanteur et de la traction musculaire. Il résulte de cette déformation de la cavité orbitaire que l'œil, au cours du développement, se trouve comprimé et aplati ; comme conséquence, il se produit un allongement de l'axe longitudinal du globe, un excès de courbure de la cornée et du cristallin, un épaississement de ce dernier et une augmentation de la profondeur de la chambre antérieure. Il importe de remarquer que l'allongement de l'axe longitudinal se fait presque tout entier aux dépens du corps vitré, à cause du diamètre considérable de celui-ci et de l'impossibilité où il est de s'étendre librement comme les parties antérieures de l'œil.

Ce mécanisme, d'après l'orateur, expliquerait nombre de cas de myopie sans qu'il fût nécessaire de faire intervenir des conditions de mauvaise hygiène scolaire; l'extrême fréquence du rachitisme (98 à 99 p. 100 des enfants des villes en seraient atteints) rend compte de la diffusion de la myopie; si tous les rachitiques ne deviennent pas myopes, c'est que, ainsi que l'a vu C. du Bois-Reymond, il existe presque toujours à la naissance une tendance à l'hypermétropie.

Comme preuve de cette origine rachitique de la myopie, M. Hauchecorne cite le fait que ce trouble de la réfraction est moins commun chez les jeunes filles que chez les jeunes gens; or on sait que le rachitisme est relativement rare dans le sexe féminin et que, de plus, l'œil de la femme est proportionnellement plus petit que celui de l'homme.

En terminant, l'orateur déclare que le croisement des races, si fréquent de nos jours, ne lui paraît pas sans influence sur la production de la myopie. En effet, le plus souvent le descendant réunit des caractères physiques, non seulement de ses deux procréateurs, mais encore des ancêtres de ceux-ci ; dès lors, il peut arriver — et il arrive fréquemment, d'après M. Hauchecorne — qu'on hérite de l'œil de son père, par exemple, et du crâne de sa mère ; en pareille occurrence, il y a bien des chances que la cavité orbitaire soit trop petite pour l'organe qu'elle est destinée à contenir, et que, par suite, le globe oculaire soit déformé comme il l'est dans une orbite rachitique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 29 Avril 1901.

Diabète et accident.

M. F. Hirschfeld. — La réalité d'un diabète consécutif aux traumatismes de la tête est admise depuis Cl. Bernard ; elle a été, du reste, démontrée par l'observation clinique ; toutefois, ce qui survient le plus souvent chez l'homme en pareille occurrence, c'est une glycosurie passagère et peu importante. Brähmer, il est vrai, a publié le cas d'un mécanicien de chemin de fer qui, à la suite d'un accident où il avait éprouvé une violente commotion, eut de la glycosurie pendant un an ; au choc physique s'étaient ajoutées des préoccupations morales, cet homme ayant été poursuivi comme responsable de l'accident ; après son acquittement, le sucre disparut de l'urine ; mais des faits aussi probants sont exceptionnels.

En raison de l'obscurité qui enveloppe l'étiologie du diabète, et qui fait que, si l'on peut parfois soupçonner le rôle du traumatisme, il est en général impossible de l'affirmer, on ne saurait évidemment songer à décrire le tableau clinique du diabète traumatique, ni à préciser le laps de temps au bout duquel il apparaît.

Outre les traumatismes craniens, les blessures du pancréas peuvent aussi provoquer de la glycosurie, en déterminant la formation d'un kyste de l'organe, d'une pancréatite suppurée ou chronique, d'un épanchement sanguin, etc.

Enfin, un accident peut aggraver un diabète préexistant, voire même déterminer un coma parfois mortel.

M. Becher tient pour très douteux les rapports du diabète et du traumatisme; le plus souvent il se produit simplement une glycosurie passagère.

Acromégalie.

M. Benda communique les résultats de l'examen microscopique des 4 cas d'acromégalie relatés par MM. Fränkel et Stadelmann dans une précédente séance. Il a constaté chaque fois l'existence d'une tumeur hypophysaire développée aux dépens de la glande et présentant, au moins par places, des caractères de malignité; mais il manquait le signe essentiel du cancer, à savoir l'effraction de la capsule conjonctive, de sorte que la nature de ces tumeurs demeure quelque peu incertaine.

REVUE DES CONGRÈS

9e SESSION DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Tenue à Paris les 11, 12 et 13 Avril 1901.

Appendicite pendant les suites de couches.

M. Dubrisay. — Dans cette observation, il s'agit d'une malade primipare, âgée de 27 ans, chez laquelle la grossesse a évolué normalement, sans que l'attention fût attirée du côté de l'appendice : la malade présentait simplement une constipation opiniâtre. L'accouchement fut très pénible, forceps, délivrance artificielle.

Le lendemain de l'accouchement, la malade est prise d'une douleur violente dans le flanc droit, s'irradiant le long de la cuisse droite, s'accompagnant de nausées sans vomissements et d'une légère élévation de la température. Rien du côté des organes génitaux.

On fait le diagnostic d'appendicite. On met la malade à la diète pendant 24 heures et à la diète hydrique pendant plusieurs jours, avec applications de glace au point douloureux. Les phénomènes s'amendent rapidement; après plusieurs jours d'apyrexie et après la disparition des phénomènes douloureux, la malade fut opérée à froid et guérit.

Expériences sur le forceps.

M. Brindeau a employé le dispositif suivant pour juger de la pression que subit la tête pendant le passage dans le détroit supérieur rétréci. Le fœtus ayant été décapité à l'union de l'articulation occipito-axoïdienne, la substance cérébrale est dilacérée avec le doigt et retirée à l'aide d'un courant d'eau. On bouche le trou occipital avec un bouchon de liège à deux trous contenant chacun un tube de verre; l'un de ces tubes est en rapport avec un manomètre à mercure, et l'autre peut s'oblitérer ou s'ouvrir à volonté avec une pince posée sur un caoutchouc. On remplit la tête d'eau et l'on note la pression qui se juge par la hauteur de la colonne de mercure; voici quels sont les résultats obtenus :

Tête de 10 centimètres de bi-pariétal dans bassin plat de 9,5.

1° Tête première simple, pression manuelle : la tête passe avec 1 cm. 6 de hauteur mercurielle;

2° Prise oblique de forceps Tarnier : la tête passe avec 8 centimètres de hauteur mercurielle;

3° Prise antéro-post. de forceps Tarnier : la tête passe avec 24 centimètres de hauteur mercurielle;

4° Prise oblique de forceps Demelin : la tête passe avec 4 centimètres de hauteur mercurielle;

5° Prise antéro-post. du forceps Demelin : la tête passe avec 10 centimètres de hauteur mercurielle;

6° Tête dernière, manœuvre de Champetier de Ribes : la tête passe avec 4 centimètres de hauteur mercurielle.

Ces faits expérimentaux sont absolument comparables à ce qui se passe en clinique. Ils condamnent les applications antéro-postérieures du forceps.

M. Demelin. — Les compressions subies par la tête fœtale dans les applications de forceps sont de trois ordres, les unes dues au forceps agissant directement sur la tête, les autres au bassin agissant sur la tête directement ou par l'intermédiaire du forceps (porte-crayon à virole); cette dernière compression pelvi-instrumentale est la plus dangereuse de toutes.

D'après des coupes que M. Demelin a pratiquées sur des bassins, dont les organes étaient injectés de gélatine, le diamètre oblique irait en diminuant de longueur de haut en bas, du détroit supérieur vers le détroit inférieur.

M. Demelin insiste sur ce fait que le forceps à branches croisées glisse forcément, de telle sorte qu'il prend très souvent point d'appui sur la région malaire et peut la traumatiser. Le forceps à branches convergentes de M. Demelin, au contraire, fait prise au voisinage du menton et s'y maintient, il ne glisse pas : le système céphalo-instrumental est plus petit.

Sur 3 cas de stercorémie pendant la grossesse.

M. Macé. — Dans la première observation, il s'agit d'une femme qui fut amenée à la clinique enceinte de 2 mois 1/2 et dans un état grave, n'ayant pas été à la selle depuis 11 jours, et présentant des vomissements depuis plusieurs jours. Un lavement purgatif amena une évacuation peu abondante de 280 grammes environ. Un purgatif fut alors administré par la voie stomacale et provoqua l'expulsion extraordinaire de cinq bidets de matière; en 24 ou 36 heures, la malade fut complètement rétablie.

La 2e observation a trait à une femme enceinte de 1 mois 1/2, qui fut amenée avec 38° de température et perdant du sang. Elle était constipée depuis longtemps. Son état fut amélioré rapidement par un purgatif.

La 3e observation est celle d'une femme amenée presque à terme avec de la fièvre, de la constipation et une légère albuminurie. Un lavement purgatif ne produisit pas une évacuation alvine notable, mais la femme entra en travail, accoucha; la fièvre ne tombant pas, mais l'utérus s'étant très rapidement refermé, la constipation fut incriminée et traitée. Après sa disparition, la femme fut rapidement rétablie.

M. Loviot estime que la constipation, la rétention fécale ancienne, peuvent être une cause assez fréquente de vomissements incoercibles. Pour lui, le meilleur traitement consiste dans les lavements huileux qui agissent en lubréfiant et en détachant les matières.

Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle.

M. Keiffer (Bruxelles) expose les résultats de ses recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle de la chienne en lactation. Il a particulièrement étudié :

a) *Le système nerveux* de l'organe, et a reconnu qu'il était d'une grande richesse, participant à la fois des deux systèmes cérébro-spinal (terminaisons sensitives au niveau du mamelon) et sympathique (fibres vaso-motrices tenant sous leur dépendance la sécrétion lactée);

b) *Les vaisseaux artériels et veineux* dont les ramifications ultimes, extrêmement nombreuses et ténues, forment un réseau très fin dans les parois des alvéoles glandulaires. M. Keiffer a montré, par des projections absolument démonstratives, que l'activité de la circulation, la réplétion et la turgescence des vaisseaux dans les divers lobules, étaient absolument différentes suivant que ces lobules étaient au stade de congestion prémonitoire de la sécrétion lactée ou en pleine activité sécrétoire : les lobules de la glande n'entrent pas, en effet, tous en activité en même temps. Sur certaines coupes, M. Keiffer a montré à la fois un lobule à l'état de repos fonctionnel, dont la circulation est moyennement active, un lobule au stade de congestion prémonitoire, dont les vaisseaux sont fortement injectés de sang, et enfin un lobule en pleine sécrétion lactée qui présente une anémie manifeste et dans lequel les vaisseaux sont peu apparents;

c) *Les alvéoles glandulaires, l'épithélium glandulaire et la sécrétion lactée elle-même.* Il existe des culs-de-sac glandulaires jusque dans l'épaisseur du muscle grand pectoral; l'épithélium des culs-de-sac glandulaires de toute la glande est cubique et a une seule couche en dehors de la période de lactation; mais il devient le siège d'une prolifération cellulaire très active au moment où la sécrétion lactée va commencer; de nombreuses figures de karyokinèse se voient alors dans l'épithélium, les cellules envahissent la lumière de l'alvéole et bientôt la comblent. En même temps le protoplasma cellulaire se charge de granulations et de principes organiques divers, la paroi cellulaire est détruite, les cellules éclatent, et les noyaux, encore vivants, parfaitement colorables et quelquefois même en voie de division, tombent avec le protoplasma modifié dans la cavité alvéolaire.

La sécrétion lactée est donc une sécrétion holocrine : l'alvéole contient alors le produit de ces déhiscences cellulaires, au milieu duquel nagent des noyaux vivants et colorables, et qui va devenir bientôt le lait. Le lait qui coule dans les canaux galactophores n'est que très peu différent de ce magma cellulaire, et M. Keiffer insiste sur ce fait en montrant que le lait est, à proprement parler, un milieu organique vivant : il conclut, de ces qualités encore inconnues du lait, à la nécessité de le livrer à l'enfant tel qu'il est excrété du mamelon. Il pense que l'ébullition et la stérilisation doivent faire subir au lait des modifications sérieuses en lui faisant perdre ses qualités de milieu vivant, et doivent changer notablement les propriétés qu'il possédait à l'état naturel relativement à l'alimentation du nouveau-né.

TRENTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE.

Tenu à Berlin du 10 au 13 Avril 1901.

Des résultats éloignés de l'extirpation du ganglion de Gasser.

M. Krause (de Berlin) rend compte de 25 extirpations du ganglion de Gasser qu'il a pratiquées pour des névralgies du trijumeau. Il n'a point modifié son manuel opératoire, sauf en ce qui concerne la ligature préalable de l'artère méningée moyenne, dont il se dispense actuellement, quitte à arrêter immédiatement l'hémorrhagie, en cas de rupture de ladite artère, par l'introduction, dans le trou épineux, d'un petit crochet *ad hoc*. Des recherches faites à cet effet lui ont démontré qu'il est impossible, pour des raisons anatomiques, de ménager la portion motrice du trijumeau, dont la paralysie n'amène, du reste, aucun trouble sérieux de la mastication.

Quant à la mortalité opératoire, M. Krause compte 3 décès, dont le premier fut causé par une syncope attribuable à la narcose, le deuxième à un collapsus cardiaque, survenu 7 jours après l'intervention chez un sujet âgé atteint d'une affection cardiaque; le troisième enfin a trait à une malade ayant présenté au cours de la deuxième semaine — après une évolution complètement apyrétique — des symptômes de compression intracranienne; on établit un drainage qui donna issue à un liquide séreux, mais la patiente succomba néanmoins 3 semaines après l'opération, et l'autopsie ne révéla rien autre que de l'œdème des méninges.

Comme résultats définitifs, l'orateur insiste sur ce fait qu'il ne s'est jamais produit de récidive dans les cas où il s'agissait d'une névralgie classique du trijumeau, bien que certains opérés aient été suivis 8 ans; au contraire, l'intervention n'eut aucun effet chez un sujet atteint de douleurs neurasthéniques simulant cette névralgie.

En ce qui concerne les symptômes produits par l'extirpation du ganglion, M. Krause a noté surtout des sensations anormales, mais non douloureuses, survenant particulièrement après un travail intellectuel, puis des ulcères passagers de la cornée, voire des lésions plus graves de cette dernière, notamment chez des sujets atteints de dacryocystite ou de lagophtalmie à la suite d'une opération antérieure sur la deuxième branche du trijumeau. Les paralysies des muscles oculo-moteurs, observées dans plusieurs cas, sont transitoires et disparaissent en 2 ou 3 mois au plus. Enfin, l'orateur a aussi constaté des troubles cérébraux

généralement passagers, allant depuis une simple agitation jusqu'à une aphasie et à un ictus apoplectique.

Quatre opérations pour tumeurs cérébrales.

M. Heidenhain (de Worms) a eu l'occasion de pratiquer, au cours de ces dernières années, 4 opérations pour néoplasmes cérébraux. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un tubercule solitaire situé au niveau du centre moteur et ayant occasionné une épilepsie jacksonienne typique, accompagnée d'hémiplégie, de neurorétinite double et de troubles psychiques (idées de persécution). L'aliénation mentale disparut dès le jour de l'opération, et la paralysie s'amenda notablement. Le malade a encore de très rares pertes de connaissance sans crises épileptiques proprement dites, et cela malgré une médication bromurée continuelle.

Le deuxième opéré avait vu son affection débuter il y a 4 ans par des céphalalgies suivies de troubles sensitifs au niveau de la main gauche (perte du sens musculaire et du sens stéréognostique), puis de neurorétinite double et de vertige, sans ralentissement du pouls ni vomissements. L'opération démontra l'existence d'un sarcome kystique affectant le centre cortical de la main gauche. L'opération, qui date de 8 mois, fit disparaître immédiatement les maux de tête; mais les troubles sensitifs persistent encore.

Le troisième patient fut amené avec des symptômes très prononcés de compression intracranienne et une paralysie du facial du côté gauche. On constata, à l'opération, qu'il s'agissait d'une hydropisie du ventricule latéral droit, causée par un cancer mélanique du plexus choroïdien de ce ventricule. On dut pratiquer l'ablation du lobe temporal tout entier. Les suites opératoires furent bonnes et on fut surpris de la bénignité des symptômes résultant d'une ablation aussi étendue. Le malade succomba cependant quelques mois plus tard à une hémiplégie aiguë provenant, comme on le reconnut à l'autopsie, de nombreuses métastases cérébrales.

Le quatrième cas, enfin, a trait à un jeune garçon chez lequel on avait porté le diagnostic de néoplasme du cervelet. M. Heidenhain fit une craniectomie temporaire très étendue, lui permettant de palper toute la face supérieure du cervelet, mais il ne put rien constater d'anormal. Le petit malade succomba au bout de quelques heures et l'autopsie montra l'existence d'un sarcome mou au milieu du cervelet.

Deux cas de chirurgie cérébrale.

M. Krönlein (de Zurich) relate l'observation d'un malade chez lequel il a extirpé, il y a 6 ans, un tubercule solitaire de l'écorce cérébrale ayant déterminé des phénomènes d'épilepsie jacksonienne. Ce patient est encore en bonne santé à l'heure actuelle; c'est la guérison la plus durable qu'on ait constatée jusqu'à présent pour une pareille affection.

L'orateur montre ensuite le cerveau d'un homme chez lequel il avait diagnostiqué une tumeur cérébrale au niveau des centres moteurs du bras droit. La craniectomie exploratrice ayant fourni un résultat négatif, il ferma la plaie; les crises épileptiques continuèrent et le malade succomba au bout d'un an et demi. L'autopsie fit voir un sarcome fuso-cellulaire du volume d'une mandarine, situé précisément au point où avait porté la trépanation. Au moment de l'opération, cette tumeur siégeait dans la substance blanche, se dérobant ainsi à l'investigation du chirurgien; elle n'était arrivée que progressivement à la surface de l'encéphale.

Des suppurations produites par les ligatures.

M. Hägler (de Bâle). — La suppuration des plaies opératoires revêt deux formes distinctes : l'une est caractérisée par une élévation plus ou moins rapide de la température, suivie de près de la formation d'un abcès, l'autre par l'expulsion tardive des ligatures après une évolution afébrile et aseptique en apparence.

L'examen bactériologique et microscopique permet de constater que, dans les 2 cas, les fils sont imprégnés de microbes pyogènes. Cette infection des ligatures peut être secondaire et se faire dans une plaie infectée de tout autre façon; ou bien elle est primitive, et ceci qu'il s'agisse de la forme aiguë de la suppuration ou de l'expulsion tardive des ligatures, variétés entre lesquelles on trouve, du reste, toute une série de cas intermédiaires. L'expulsion des fils peut ne survenir que longtemps (jusqu'à 2 ans) après l'opération.

Le meilleur moyen de se rendre compte de l'infection des fils est d'en faire des coupes microscopiques. M. Hägler a pu s'assurer ainsi que les ligatures purement aseptiques, c'est-à-dire stérilisées à la vapeur, renferment, après un séjour plus ou moins long dans l'organisme humain, un nombre de microbes pyogènes beaucoup plus considérable que les ligatures antiseptiques, telles que la soie imprégnée de sublimé à 1 p. 1000. Le sublimé se maintient dans la soie pendant 8 jours environ, puis il en est extrait progressivement par les substances albuminoïdes environnantes. Ce laps de temps ne suffit pas toujours pour tuer complètement les germes; du moins ceux-ci sont-ils rendus inoffensifs pendant quelques jours, au bout desquels la guérison est assez avancée pour que l'organisme puisse leur résister. Aussi l'expulsion tardive des ligatures est-elle plus rare quand on emploie la soie au sublimé que lorsqu'on se sert de soie stérilisée à la vapeur ou par l'ébullition.

Les colonies de staphylocoques, dans les fils infectés, se trouvent fréquemment à l'intérieur du fil, entre les fibres dont il se compose. En imprégnant de la soie ou du fil avec une solution de caoutchouc ou de celloïdine, on n'empêche pas les microbes de pénétrer entre les fibres; au contraire, l'imprégnation à l'aide de paraffine ou de cire semble efficace à ce point de vue.

Le catgut résiste à la pénétration des micro-organismes beaucoup mieux que la soie. On a toujours trouvé les bactéries pyogènes à la surface du catgut retiré d'une plaie plus ou moins infectée. Pour son compte, M. Hägler ne croit pas à la réalité de suppurations produites par les effets chimiques du catgut : toutes les fois que ce dernier amène une suppuration, celle-ci est causée par des microbes pyogènes.

Ces expériences permettent d'affirmer une fois de plus que la stérilisation absolue des plaies est une chimère qu'on ne saurait réaliser.

Des blessures produites par les armes à feu modernes.

M. Schjerning (de Berlin). — Au cours de ces dernières années, l'étude expérimentale des lésions produites par les armes à feu modernes, ainsi que les expériences faites dans les guerres récentes et les progrès réalisés dans le traitement des plaies, ont fait faire un grand pas à la chirurgie de guerre.

En ce qui concerne les blessures causées par les projectiles d'artillerie, elles ne représentent pour les dernières guerres qu'une très faible proportion des blessures en général (pas même 10 p. 100). Leur fréquence a été cependant plus considérable dans la guerre sud-africaine, vu la supériorité de l'artillerie anglaise sur celle des Boers, et il en sera ainsi d'une manière générale dans les guerres de l'avenir, par suite de la précision et de la rapidité de plus en plus grandes du tir de l'artillerie. Il convient de distinguer les blessures produites par les shrapnells d'avec celles que cause l'éclatement des obus. Le shrapnell agit principalement par les projectiles de plomb qu'il renferme et, pour une petite partie seulement, par les éclats de son enveloppe. La vitesse initiale de ces projectiles correspond à celle du shrapnell lui-même au moment de son éclatement, plus 60 à 80 mètres par seconde, en raison de l'explosion de la charge de poudre renfermée dans le shrapnell. Ces projectiles portent exclusivement en avant et ne présentent aucun effet rétrograde.

Les blessures qu'ils occasionnent rappellent de tout point celles des anciens projectiles à grand calibre non cuirassés. Elles sont souvent d'une certaine étendue et de forme irrégulière; leur orifice d'entrée est habituellement rond, leur orifice de sortie d'ordinaire irrégulier; elles contiennent fréquemment des fragments de vêtements ou d'autres objets rencontrés par le projectile avant sa pénétration dans les tissus. En raison de leur grande surface, ces plaies sont exposées à l'infection plus que celles que produisent les fusils actuels.

L'effet des obus est sensiblement différent, les éclats d'obus

présentant une vitesse initiale plus considérable que les shrapnels. Cette vitesse varie, suivant la charge de poudre, entre 430 et 1 000 mètres à la seconde, mais elle diminue rapidement, par suite de la résistance de l'air, laquelle est assez considérable pour des corps aussi irréguliers que les éclats d'obus.

La gravité des plaies que causent ces projectiles dépend de la distance à laquelle l'obus a éclaté, puis du volume et de la forme des éclats. Les destructions produites par un obus éclatant à petite distance sont beaucoup plus considérables que celles que déterminent les projectiles des autres armes à feu. Quant à la forme des blessures, elles sont très irrégulières et varient notablement suivant la grandeur et la forme de l'éclat. Elles renferment souvent des fragments de vêtements, des morceaux de l'abri derrière lequel le soldat se trouvait, ou de la terre remuée par l'obus en éclatant.

En ce qui concerne les projectiles du fusil actuel, leur force de pénétration considérable a été suffisamment démontrée, tant par les expériences faites sur des cadavres que par les observations recueillies dans les récentes guerres. C'est ainsi que le nombre des morts est sensiblement plus grand, comparativement à celui des blessés, dans les guerres actuelles que dans celles de l'ancien temps, et ce fait est vrai même pour la guerre sud-africaine, quoique la plupart des combats importants se soient livrés à des distances moyennes ou grandes; la proportion des tués serait encore plus élevée dans un combat à petite distance, qui sera sans doute le combat de l'avenir. Nous ne pouvons donc souscrire à l'opinion que le fusil actuel est une arme moins meurtrière que les anciens fusils à gros calibre et à projectiles non cuirassés.

M. Krönlein montre trois projectiles se composant chacun de deux balles soudées entre elles en croix; ces projectiles ont été trouvés tous les trois derrière les cibles d'un champ de tir. L'orateur suppose qu'il ne s'agit pas de balles qui se sont rencontrées dans l'air, mais plutôt d'une balle tombée par terre et touchée par une autre.

M. Reger (de Dantzig) rappelle certains cas de blessures dues au fusil moderne, qui ont été publiés par M. Krönlein.

Deux catégories de faits méritent de retenir l'attention : la première concerne les coups de feu tirés à bout portant et ayant traversé une partie du cerveau sans amener la mort. Cette constatation paradoxale et contraire à toutes les expériences balistiques s'expliquerait, d'après l'orateur, par les considérations suivantes : il s'agirait de coups de feu ayant atteint le cerveau selon la tangente et ayant parcouru une partie très restreinte de la boîte cranienne, d'où résulterait une diminution considérable de l'effet d'éclatement, lequel se produit invariablement dans les coups de feu du crâne à bout portant; en outre, ces observations concernant des tentatives de suicide, M. Reger estime que le coup de feu est parti au moment où le sujet faisait une forte inspiration ayant eu pour effet d'abaisser la pression intracranienne, par suite de la diminution de la pression sanguine; cette dernière circonstance contribuerait aussi à diminuer l'effet d'éclatement.

La deuxième catégorie, qui est la plus intéressante, comprend 3 cas désignés par M. Krönlein comme « exentération du cerveau » : des coups de feu ayant été tirés, sinon à bout portant, du moins de très près, les projectiles traversèrent la base du crâne et firent sortir de la boîte cranienne l'encéphale entier et pour ainsi dire intact, qu'ils projetèrent à une petite distance. Ces observations singulières s'expliqueraient, d'après M. Reger, par ce fait que le projectile a dû traverser dans les 3 cas la région de la base du crâne renfermant le plus de liquide cérébrospinal et les vaisseaux sanguins les plus volumineux. La force vive du projectile aurait ainsi pu se transformer en un effet hydraulique d'une intensité inusitée, soulevant l'encéphale et le projetant en dehors à travers la voûte cranienne largement éclatée.

M. Ringel (de Hambourg) ayant fait partie de l'ambulance allemande envoyée sur le théâtre de la guerre sud-africaine a eu l'occasion de faire quelques remarques sur l'action des projectiles modernes.

En ce qui concerne les blessures des parties molles, les balles ne restent que très rarement dans la plaie, grâce à leur force de pénétration considérable. L'hémorrhagie extérieure est généralement peu abondante, vu la petitesse des orifices d'entrée et de sortie, tandis qu'il se produit souvent de fortes suffusions sanguines sous-cutanées. La question de la blessure des gros vaisseaux est fort difficile à trancher : en effet, on ne connaît pas, pour chaque cas, la position dans laquelle se trouvait le soldat au moment où il a été touché; il en est de même des blessures nerveuses. Pour ces dernières, on a observé toutes les formes de lésions, depuis la simple contusion jusqu'à la section complète.

Relativement à la fréquence de l'infection, M. Ringel a pu se convaincre de l'importance qu'il y a à considérer les plaies comme aseptiques : les blessés qui ont guéri le plus rapidement sont ceux chez lesquels on a fait l'occlusion pure et simple de la plaie, tandis que le tamponnement à l'aide de gaze iodoformée a souvent ralenti la guérison et facilité l'infection ultérieure.

Quant aux lésions du squelette, les destructions osseuses sont à peu près également étendues, quelle que soit la distance d'où a été tiré le coup de feu : toutefois, le nombre des esquilles augmente et leur volume diminue, lorsque le coup a été tiré à une petite distance. On a traité toutes les fractures à orifice cutané étroit comme des fractures non compliquées, en se bornant à l'occlusion de la plaie; on a obtenu ainsi des guérisons rapides, malgré des destructions osseuses très considérables.

Les lésions du thorax et du poumon ont donné des résultats particulièrement favorables : sur 17 cas, M. Ringel n'a vu qu'un seul empyème, causé très probablement par la ponction d'un hémothorax avant l'arrivée du blessé à l'hôpital.

Les observations de coups de feu du crâne ont paru confirmer, dans les points principaux, les résultats des expériences faites sur le cadavre.

Pour ce qui est des lésions abdominales, on n'a pas tardé à reconnaître qu'il convient d'individualiser chaque cas, tout en suivant les principes consacrés par la chirurgie journalière. M. Ringel a opéré un soldat qui avait reçu une balle à 2 000 mètres de distance : l'intestin grêle était perforé en deux endroits, sans qu'il y eût dans la cavité abdominale la moindre trace de contenu intestinal; les orifices intestinaux étant très petits, la muqueuse, aidée d'un bouchon fibrineux, était venue les obturer complètement. Le blessé aurait guéri sans intervention.

Quant à la comparaison des effets des projectiles modernes avec ceux des anciennes balles, sans aller aussi loin que certains chirurgiens anglais, notamment Mac Cormac, M. Ringel dit que la marche de la plupart des blessures est si favorable que le projectile actuel mérite, dans une certaine mesure, le nom de projectile humanitaire que lui a donné M. von Bruns.

M. Tilmann (de Greifswald) a examiné à New-York 5 000 préparations anatomiques faites à l'occasion de la guerre de Sécession, parmi lesquelles 190 provenaient d'amputations d'emblée et 790 d'amputations secondaires. Il ressort de la comparaison de ces deux nombres — ainsi que des observations qu'il a pu faire sur ces pièces — que l'amputation était pratiquée surtout à cause des complications septiques, et non pour les destructions osseuses.

M. Tillmann a pu se convaincre, d'ailleurs, que ces dernières étaient moins étendues que celles que produisent nos projectiles actuels, et une bonne partie des amputations d'emblée ont été faites dans un but préventif, pour parer au danger de l'infection septique, lequel était considérable à cette époque.

M. Petersen (de Heidelberg) insiste sur la nécessité de soumettre à la laparotomie, en temps de paix du moins, tout individu ayant reçu un coup de feu dans l'abdomen et présentant des symptômes d'infection péritonéale.

Traitement du décollement épiphysaire des adolescents.

M. Schuchardt recommande la réduction sanglante avec suture ou enchevillement des fragments, contre le décollement épiphysaire des adolescents, cette affection amenant, outre la déformation, des troubles de croissance notables au niveau des extrémités. Il présente un jeune garçon chez lequel il a pratiqué avec succès la fixation de l'épiphyse inférieure du fémur.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La colique de plomb

(Étude clinique),

D'après le Dr H. Bernard (1),

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. — Le syndrome colique de plomb. — La colique de plomb, envisagée en tant que symdrome aigu de l'intoxication saturnine chronique, reconnaît deux modes de début. Dans un certain nombre de cas, les plus fréquents, le début est brusque; dans d'autres cas, des prodromes de durée variable précèdent la crise de coliques.

Prodromes. — En éliminant les autres manifestations de l'intoxication saturnine (arthralgies, paralysies, etc.), tous les prodromes de la colique de plomb sont d'ordre dyspeptique : sensations de pesanteur épigastrique, survenant de préférence après les repas; constipation habituelle, diminution notable de l'appétit, éructations, quelquefois même nausées.

Grisolle, et après lui Tanquerel des Planches, ont signalé la diarrhée comme prodrome de la crise de coliques : Bien que ce soit un prodrome rare, puisque Tanquerel ne l'a noté que 18 fois sur 1,217 cas, la notion de son existence n'est pas inutile et peut éviter une erreur de diagnostic.

La dyspepsie gastro-intestinale prodromique dure ordinairement quelques jours, au bout desquels la symptomatologie se complète. Parfois aussi la dyspepsie persiste pendant des mois, et même pendant des années, n'aboutissant qu'au bout d'un temps fort long, quelquefois même n'aboutissant jamais à la colique de plomb vraie, mais pouvant constituer alors une véritable colique chronique avec douleurs abdominales sourdes et fugaces, s'accompagnant de borborygmes et de nausées.

1. Les observations se trouvent dans la *thèse* de M. H. Bernard (1901, Steinheil).

Période d'état. — La colique de plomb constituée, dans ce que l'on peut appeler sa période d'état, possède trois symptômes cardinaux : la douleur spontanée, la constipation, les vomissements, formant un trépied saturnin.

La douleur spontanée prend ordinairement la forme de coliques : elle consiste en crises douloureuses paroxystiques, survenant à intervalles plus ou moins rapprochés; dans l'intervalle des redoublements, une douleur sourde persiste, plus ou moins atténuée.

Le siège de la douleur est très variable : le plus souvent, la douleur sourde interparoxystique occupe tout l'abdomen.

La douleur paroxystique au contraire, l'accès de colique, est le plus souvent localisée en un point de l'abdomen : les localisations les plus communes sont la région ombilicale, l'épigastre, l'hypogastre.

En dehors de la colique proprement dite, il existe des propagations de la douleur, les unes vers des points déterminés du tube digestif (estomac, rectum); les autres vers des organes n'ayant aucun rapport avec le tube digestif.

Les plus fréquentes des propagations douloureuses extra-intestinales se font sur les organes urinaires : il est bien peu de cas de coliques de plomb dans lesquels la douleur uréthrale, spontanée ou pendant la miction, ne soit pas notée. La cystalgie n'est pas rare et est une cause fréquente d'incontinence ou de rétention d'urine.

La néphralgie, quoique moins fréquente que les deux localisations précédentes, n'en est pas moins d'une grande importance, en raison des erreurs auxquelles elle peut donner lieu.

Les organes génitaux sont fréquemment aussi le siège de propagations douloureuses : les douleurs scrotales et orchitiques, la rétraction du testicule à l'anneau, ont été signalées par tous les auteurs au cours des coliques violentes. Signalons encore des propagations douloureuses à l'utérus et au vagin chez la femme.

Outre ces propagations douloureuses classiques, on peut observer une sensation d'oppression thoracique, de resserrement ou de barre, siégeant soit au niveau du sternum, soit à la base du thorax, Grisolle a signalé cette oppression sternale, qu'il a trouvée 3 fois sur 20 malades examinés spécialement au point de vue des phénomènes thoraciques. Tanquerel (1) rapporte aussi l'observation d'une colique violente, dans laquelle le malade se plaignait d'une forte douleur thoracique en ceinture.

L'intensité des douleurs de la colique de plomb est très variable; cette intensité varie d'ailleurs beaucoup suivant la réaction individuelle de chaque sujet.

La constipation est, après la douleur, le phénomène le plus constant de la colique de plomb : tantôt elle précède de plusieurs jours les douleurs, tantôt elle s'établit le même jour que les douleurs, et la crise a vraiment un début brusque; tantôt enfin, elle est précédée d'une diarrhée prémonitoire de courte durée.

La constipation est d'une intensité et d'une durée variables; d'une manière générale, elle est d'autant plus opiniâtre que la colique est plus violente. Enfin, dans un bon nombre de cas, il n'y a pas véritablement constipation, mais seulement difficulté à l'évacuation des ma-

1. Tanquerel, *Traité des maladies du plomb,* 1839, t. I, p. 439, obs. XII.

tières. De même que l'intensité de la constipation, sa durée est nettement influencée par la durée de la douleur : tant que les coliques persistent avec toute leur violence, la constipation dure; dès que les coliques ont cessé ou même diminué, la constipation peut être facilement vaincue par des moyens souvent très doux.

Parfois, la constipation est remplacée par de la diarrhée pendant toute la durée de la colique. Une observation de Tanquerel (1) est un bel exemple de cette anomalie; l'auteur y décrit une colique violente accompagnée de diarrhée, et « chaque fois que le malade est atteint de colique saturnine, il affirme qu'il a du dévoiement; et il n'a de diarrhée que lorsqu'il est atteint de colique de plomb ».

Les vomissements sont loin d'avoir la fréquence des deux symptômes précédents. Tanquerel dit n'avoir observé de vomissements que 400 fois sur 1 200 cas; cette proportion paraît au-dessous de la réalité, et chez les malades de M. Bernard les vomissements n'ont manqué que dans un quart des cas. Parfois, il n'existe ni vomissements ni nausées; il s'agit alors de coliques légères.

Les vomissements débutent, en général, en même temps que les douleurs; en règle, ils se reproduisent pendant un ou deux jours, puis cessent définitivement; parfois même, il n'en existe qu'un ou deux, au début de l'affection; d'autres fois, ils persistent jusqu'à la disparition complète des douleurs.

Ces vomissements sont de deux sortes. Les uns sont spontanés et se produisent en dehors de toute tentative d'alimentation ou d'évacuation du tube digestif.

Les autres sont provoqués par l'absorption de boissons, d'aliments, de purgatifs, etc.; dans certains cas, l'intolérance des voies digestives supérieures est absolue, et le malade rejette presque immédiatement tout ce qu'il prend. Dans ces cas il faut cesser, de parti pris, toute tentative d'absorption buccale, et s'attacher uniquement à combattre la douleur, cause première des vomissements.

La triade symptomatique, dont nous venons de passer en revue les principaux caractères, s'accompagne d'un certain nombre de signes secondaires.

La forme de l'abdomen est très variable suivant les cas : l'abdomen peut être rétracté; il peut avoir conservé sa forme normale; il peut être ballonné.

La rétraction du ventre, au cours de la colique de plomb, est de notion courante; il n'est pas une description de cette affection qui ne contienne ces mots : l'abdomen est rétracté et prend la forme en bateau. Dans un bon nombre de cas, il n'existe pourtant aucune rétraction.

La plupart des auteurs de la première moitié de ce siècle, qui ont écrit sur la colique de plomb, dont Tanquerel et Grisolle, avaient remarqué ce fait et y avaient insisté.

Mais, par la suite, l'opinion des auteurs sur ce point paraît se modifier. Brachet (2) n'admet plus le ballonnement abdominal qu'en cas de phlegmasie compliquant la colique. Aymé (3) concède tout au plus que dans un certain nombre de cas le ventre conserve son aspect ordinaire. Villette (4), et avec lui toute l'école de Lille, fait de la rétraction du ventre un symptôme constant de la colique : il y trouve « un caractère pathognomonique des myosalgies saturnines ».

Depuis, tous les auteurs classiques ont admis comme constante la rétraction de l'abdomen. Seuls Vaullegeard (1) et Cornil (2) écrivent qu'elle manque souvent, et peut être remplacée par du ballonnement.

M. H. Bernard par une observation attentive est arrivé à distinguer nettement trois groupes de faits : des cas avec rétraction abdominale, des cas avec abdomen de forme normale, et des cas avec ballonnement localisé ou généralisé.

La rétraction abdominale existait une fois sur deux chez les malades de Tanquerel, une fois sur trois chez ceux de Grisolle, presque jamais chez ceux de Stoll. M. Bernard l'a très rarement observée. Cette rétraction peut être plus ou moins marquée; à son dernier degré, elle constitue le ventre en bateau. En général la rétraction est moindre. Elle peut être partielle, et porte alors le plus souvent sur la région ombilicale ou épigastrique.

La conservation de la forme normale paraît être l'état de l'abdomen le plus fréquemment observé au cours de la colique de plomb.

Le ballonnement de l'abdomen peut être généralisé à toute l'étendue de la paroi, ou localisé. Tanquerel dit n'avoir jamais vu de ballonnement généralisé. Cependant M. Bernard a plusieurs fois observé ce fait. Parfois, le ballonnement est uniforme; d'autres fois, un ou plusieurs sillons divisent la tuméfaction abdominale en tumeurs secondaires, correspondant, plus ou moins nettement, à différents organes.

Le ballonnement localisé, plus fréquent que le précédent, peut porter sur une région quelconque de l'abdomen; cependant, son siège de prédilection se trouve à la région épigastrique; plus rarement le ballonnement se localise à la région hypogastrique, à une fosse iliaque.

A côté du ballonnement vrai, permanent, on peut voir apparaître, au cours de la colique, des tumeurs localisées constituées par des accumulations momentanées de gaz en un point de l'intestin : ces tumeurs sont sonores et peuvent donner à la palpation du gargouillement. Elles sont en tous points comparables à celles que l'on voit parfois se produire au cours de l'occlusion intestinale.

La palpation de l'abdomen montre la consistance de la paroi, la sensibilité de cette paroi et des organes sous-jacents, l'état de ces organes dans certains cas.

La consistance de la paroi est variable comme sa forme : classiquement, la paroi est toujours dure et contractée; en réalité, le fait est loin d'être constant et, à côté de ventre durs, on observe assez souvent des ventres parfaitement souples.

Les caractères particuliers de la sensibilité à la palpation de l'abdomen, ont souvent aussi été donnés comme des signes pathognomoniques de la colique de plomb : les souffrances, lit-on partout, sont augmentées par une pression légère et superficielle, diminuées par une pression forte et profonde. Villette et Hermand (3) voient là une preuve de la nature purement dermalgique ou myosalgique de la colique de plomb : une douleur, disent-ils, qui s'apaise par une pression forte et profonde, qui s'exaspère par une pression légère, n'est pas une douleur intestinale. Malheureusement, le fait ainsi pré-

1. Tanquerel, *loc. cit.*, t. I, p. 450, obs. XVII.
2. Brachet, *Traité pratique de la colique de plomb*, 1850.
3. Aymé, De la colique de plomb (*Thèse* de Paris, 1860).
4. Villette, Des myosalgies saturnines et en particulier de la myosalgie abdominale dénommée colique saturnine (*Thèse* de Lille, 1879).

1. Vaullegeard, Considérations sur la colique de plomb (*Thèse* de Paris, 1865).
2. Cornil, *in* Niemeyer, traduct., t. I, p. 616.
3. Hermand, Contribution à l'étude de l'intoxication par le plomb et particulièrement du syndrome colique saturnine (*Thèse* de Lille, 1894).

senté est inexact et, de même que Grisolle et Tanquerel, M. Bernard a constaté qu'aucune loi ne présidait à ces différences de réaction : chez certains sujets, la palpation profonde seule est douloureuse ; chez d'autres, la palpation dans tous ses modes est douloureuse ; chez d'autres enfin, le plus petit nombre, la palpation superficielle est seule douloureuse.

La palpation peut être douloureuse en tous les points de l'abdomen ; mais fréquemment certaines régions sont seules douloureuses, ou tout au moins présentent à ce point de vue une prédominance marquée : ainsi sont constitués des points douloureux, sur la ligne médiane, à l'ombilic ou à l'épigastre, parfois dans une ou les deux fosses iliaques ; il n'est pas rare de voir un point douloureux siéger au même niveau que le point de Mac Burney.

La palpation de l'abdomen renseigne encore sur l'état des organes sous-jacents : elle peut faire constater un aplatissement de l'intestin complètement revenu sur lui-même, contenant parfois et emprisonnant des matières fécales, ou distendu de place en place par des gaz.

Quant à la dermalgie et à la myosalgie (celle-ci admise autrefois par Giacomini (1) et Briquet (2), défendues surtout par Wannebroucq, et ses élèves Villette et Hermand, il semble que ce ne soit que des localisations de la douleur au cours de la colique, absolument comparables en cela à la cystalgie, à la néphralgie et aux autres propagations douloureuses.

D'ailleurs, ces deux symptômes sont loin d'être constants. La myosalgie peut exister sur certains muscles au détriment des autres ; parfois c'est au niveau des insertions des grands droits qu'on la provoque, en appuyant du doigt sur ces insertions ; d'autres fois on la décèle en faisant rouler, entre le pouce et les autres doigts, la masse des muscles latéraux de l'abdomen ; plus rarement la pression au niveau des insertions du diaphragme est douloureuse.

La dermalgie, moins fréquente encore que la myosalgie, est très facile à déceler. M. Bernard n'a observé la myosalgie que cinq fois sur 40 cas, la dermalgie trois fois seulement. Il y a loin de là à la constance qu'exigerait la pathogénie de Wannebroucq.

L'étude du foie, au cours de la colique de plomb, a été faite au double point de vue physique et fonctionnel. M. Potain (3) remarque, le premier, la diminution de hauteur de la zone de matité hépatique, au cours de la colique. M. Potain se demande s'il s'agit réellement d'une diminution de volume de l'organe, ou bien d'un simple refoulement vers la poitrine, ou bien de l'interposition d'une anse intestinale entre lui et la paroi. Sans conclure, il repousse en tous cas la dernière hypothèse.

Plus tard (4), le même auteur tend à admettre qu'il s'agit là d'une rétraction de l'organe par contraction spasmodique de tous ses vaisseaux. Cette opinion a été combattue par Wannebroucq et Brunelle (5) pour qui le foie, refoulé vers la cavité thoracique, bascule d'avant en arrière, et présente ainsi une surface de matité moins grande au doigt qui percute.

M. Bernard a souvent retrouvé ce symptôme qui n'est nullement lié à l'intensité de la crise et pense que les modifications de la matité hépatique sont dues à l'interposition d'anses intestinales plus ou moins dilatées entre le foie et le diaphragme ; en effet, il est difficile de faire l'hypothèse d'atrophie spasmodique lorsque la disparition de la matité hépatique est complète ; d'autre part, le mouvement de bascule de bas en haut aurait pour effet d'appliquer l'extrémité inférieure du foie contre la paroi, et ferait disparaître la partie supérieure de la matité hépatique ; or, il n'en est rien, et c'est toujours la partie inférieure de cette zone de matité qui disparaît la première, ou à l'exclusion de la partie supérieure.

Il est beaucoup plus logique d'admettre que les anses intestinales s'insinuent entre le foie et le diaphragme, décollant pour ainsi dire peu à peu l'organe du muscle, arrivant même parfois à masquer toute sa face antérieure. C'est un fait analogue à celui de la disparition de la matité hépatique dans les péritonites ou dans l'ascite, et qui paraît lié à la parésie de l'intestin et à la constipation.

L'examen systématique de l'hypochondre gauche est venu renforcer chez M. Bernard cette opinion, en lui montrant, dans presque tous les cas, une augmentation nette en étendue et en intensité de la sonorité gastro-côlique. Cela est dû, lui semble-t-il, à un état parétique à peu près constant de l'estomac et de tout ou partie de l'intestin.

Les modifications physiques de l'organe hépatique ne sont pas les seules qu'il présente au cours de la colique de plomb : on a signalé des troubles fonctionnels, momentanés et liés au syndrome aigu lui-même. Tels sont : l'urobilinurie, à peu près constante ; la glycosurie alimentaire qui, d'après Brunelle (1), existe dans la moitié des cas et disparaît pendant la convalescence ; l'hypoazoturie.

La cellule hépatique traduit d'ailleurs souvent son insuffisance par une légère teinte ictérique : c'est un ictère hémaphéique peu marqué, dû au passage dans le sang de pigments anormaux de la cellule hépatique. Il est bien difficile de préciser la cause de cette insuffisance hépatique : peut-être faut-il y voir une réaction du foie vis-à-vis du plomb, qui vraisemblablement y est arrêté en plus grande quantité pendant la colique ; peut-être aussi s'agit-il seulement du retentissement sur le foie de l'état intestinal.

Les urines sont modifiées dans leur quantité et dans leur qualité, diminuées pendant la période aiguë de la colique.

Au point de vue de son aspect et de sa composition, l'urine passe par trois phases : pendant les premiers jours, elle est foncée en couleur, contient souvent une notable quantité de mucus, et revêt en somme le type des urines fébriles ; dans une seconde période, qui correspond à la diminution, puis à la disparition des coliques, l'urine est trouble, chargée d'une quantité souvent considérable de sels, urates, phosphates et chlorures divers ; enfin, après quelques jours de cette élimination saline, l'urine revient à son aspect normal.

Dans certains cas, on constate de l'albuminurie au cours de la colique ; cette albuminurie peut préexister et être l'indice d'une néphrite saturnine. Mais, d'autres fois, l'albuminurie apparaît avec la colique et disparaît avec elle ; Renaut (2) en rapporte un cas. M. Bernard en a observé plusieurs.

La cause de cette albuminurie passagère de la colique est difficile à déterminer exactement : Ollivier l'attribue

1. Giacomini, de Padoue (*Gaz. des hôp.*, janvier 1839).
2. Briquet, Pathogénie de la colique de plomb (*Arch. de méd.*, 1858).
3. Potain, *Soc. méd. des hôp.*, 1860.
4. Potain, *Sem. méd.*, 1888, p. 230.
5. Brunelle, *Arch. gén. de méd.*, décembre 1894.

1. Brunelle, *Arch. gén. de méd.*, décembre 1894.
2. J. Renaut, *Thèse agrég.*, obs. VIII, p. 109.

à une irritation sécrétoire, le contact du plomb avec le rein créant un début de néphrite parenchymateuse. Gubler admet une altération primitive du sang, avec parfois lésions rénales consécutives. D'après les idées actuelles sur la pathogénie des albuminuries, il faudrait en revenir à l'opinion d'Ollivier, et il s'agirait d'une néphrite parcellaire, pouvant être le début d'une néphrite saturnine chronique.

Les voies digestives supérieures apportent également leur contribution au syndrome de la colique de plomb.

La langue a des caractères variables suivant les cas : toujours elle est humide; le plus souvent elle est légèrement blanche sur toute sa surface; parfois elle est d'apparence normale, humide et rose; enfin, plus rarement, elle est véritablement saburrale, couverte d'un enduit blanc jaunâtre difficile à détacher.

Une anorexie complète, pendant la période d'acuité, accompagne cet état saburral. La réapparition de l'appétit est un bon signe de terminaison de cette crise.

Signalons encore les éructations, indices de catarrhe gastrique et de formation de gaz dans l'estomac, et le hoquet; ce dernier signe, observé une fois sur dix d'après Tanquerel, coïnciderait avec des vomissements, des éructations et une douleur épigastrique; M. Bernard l'a observé deux fois seulement.

Si les symptômes physiques et fonctionnels de la colique de plomb sont nombreux, les signes généraux sont, par contre, réduits à leur minimum; deux seuls signes de cet ordre sont à noter, à savoir : les caractères du pouls, et ceux de la température.

Le pouls présente, au cours de la colique, des modifications dans sa tension et des modifications dans sa rapidité. Le nombre des pulsations est souvent diminué, variant de 50 à 60 par minute; le fait n'est d'ailleurs pas constant, et parfois la fréquence du pouls est normale ou même supérieure à la normale.

La tension du pouls est généralement augmentée; Stoll avait remarqué ce fait, et comparait le pouls, au cours de la colique, à un fil de fer fortement tendu. L'étude du pouls a été reprise avec soin par J. Teissier (1) qui a décrit, comme pathognomonique de la colique de plomb, un tracé « caractérisé par une pulsation très longue, offrant une ligne ascensionnelle courte, légèrement inclinée, et un sommet avec deux, quelquefois trois rebondissements; une ligne de descente rectiligne, sans accidents, termine la pulsation ».

On peut observer, comme corollaire du pouls, et comme autre signe de tension artérielle, un bruit de souffle systolique siégeant à la base du cœur, et qui serait dû à un spasme de l'orifice aortique : sans nier l'existence de ce souffle, M. Bernard n'a jamais rencontré de souffle semblable, mais a observé nettement, dans 2 cas, le souffle tricuspidien décrit par Potain et par François-Franck au cours des affections douloureuses abdominales; dans un autre cas, un souffle systolique mitral passager.

En règle générale, la colique de plomb est apyrétique pendant toute sa durée. Cependant, elle peut exceptionnellement être fébrile (formes fébriles).

Marche. Durée. Terminaisons. — L'évolution de la colique de plomb varie suivant les cas. Son début peut être brusque ou précédé de prodromes. Dans sa période d'état, la colique de plomb peut présenter tout ou partie des symptômes que nous avons décrits. Mais il est rare que tous ces symptômes persistent jusqu'à la fin de la crise : les vomissements cessent en général les premiers; souvent même ils n'existent qu'au début de la colique, et cessent spontanément au bout de quelques heures. La constipation et la douleur persistent plus longtemps : tantôt la douleur disparaît la première, en général par l'effet du traitement; la constipation cède ensuite, à l'aide de purgatifs ou spontanément; tantôt la constipation cesse alors que la douleur atténuée persiste quelque temps encore.

La durée totale de la période d'acuité de la crise est très variable. Elle peut être indéfinie, dit Tanquerel, si la colique est légère, si les individus continuent à travailler, ou s'ils ne se soignent pas.

D'autres fois, la colique cesse, sans aucun traitement, au bout d'un nombre de jours rarement inférieur à huit, souvent supérieur à quinze. Au contraire, lorsque la colique est traitée, sa durée, à partir du début du traitement, n'est en général que de trois à quatre jours, parfois même de 24 à 48 heures.

La terminaison se fait toujours par la guérison, dans les cas de coliques non compliquées. Jamais la mort n'est survenue du fait de la colique seule : dans les cas mortels, toujours il y a adjonction d'une autre affection, de nature saturnine ou non.

Quant aux coliques compliquées, elles peuvent se terminer de façons diverses, suivant la complication en cause.

La convalescence de la colique de plomb est le plus souvent très courte.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : deux phénomènes importants peuvent prolonger la convalescence : l'asthénie et la dyspepsie. Après la crise de coliques peut persister une asthénie de plus ou moins longue durée, et comparable dans sa forme à certaines asthénies post-grippales.

La dyspepsie vient fréquemment aussi entraver la complète guérison de la crise, soit en tant que complication passagère, soit comme état chronique s'établissant à l'occasion de la crise ou préexistant déjà.

Notons enfin la fréquence des rechutes, toujours dues à la reprise prématurée de l'alimentation normale, ou à un excès alcoolique.

II. — Formes cliniques de la colique de plomb. — Le syndrome de la colique de plomb présente de nombreuses variantes, donnant lieu à un certain nombre de formes cliniques, tenant les unes à sa durée (formes aiguës, formes chroniques); d'autres, à la prédominance d'un symptôme normal ou à l'existence d'un symptôme anormal (formes généralisées, formes localisées, formes spasmodiques, formes paralytiques, formes occlusives, formes fébriles); d'autres, enfin, à l'adjonction au syndrome colique d'autres affections de nature saturnine ou non (formes compliquées).

Forme aiguë. — La forme aiguë de la colique est celle que nous avons décrite, avec son début brusque ou progressif, sa période d'état, sa terminaison relativement rapide.

Forme chronique. — La forme chronique est constituée par un véritable état de mal abdominal.

Tantôt il s'agit d'un saturnin dyspeptique qui, sans jamais être atteint de colique vraie, est sujet à des douleurs abdominales sourdes et fugaces, avec borborygmes et nausées, et continue ainsi à vaquer à ses occupations jusqu'à ce que la cachexie saturnine, ou un accident d'un autre ordre, vienne l'arrêter.

Tantôt il s'agit d'un malade qui, pendant un certain temps indemne de tout accident, est atteint d'une crise

1. J. Teissier, *Congrès français pour l'avancement des sciences*, 1876.

aiguë de coliques : la crise, traitée ou non, cesse, mais incomplètement; le malade reprend son travail et son régime alimentaire avant la guérison complète; des douleurs abdominales intermittentes persistent en même temps qu'un état dyspeptique; puis, à l'occasion d'un excès de fatigue ou de boisson, une nouvelle crise aiguë reparaît, qui elle-même guérit incomplètement, et ainsi de suite. Cette forme chronique de la colique de plomb ne présente de particulier que sa longue durée et sa marche paroxystique.

Forme généralisée. — La forme généralisée de la colique de plomb est celle dans laquelle les douleurs spontanées et provoquées siègent dans tout l'abdomen; c'est la forme la plus commune.

Formes localisées. — Ce sont les cas dans lesquels la douleur spontanée ou provoquée siège, d'une façon exclusive ou nettement prédominante, en un point localisé de l'abdomen.

Telle est la forme épigastrique ou gastralgique, dans laquelle la douleur spontanée, à siège épigastrique, n'est plus véritablement une colique, mais une douleur gastralgique, une sensation de « crampe gastrique »; parfois, la douleur est strictement localisée en un point très limité, situé immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde. La douleur à la palpation est également localisée à la région épigastrique, et le reste de l'abdomen peut rester complètement indolore. La dépression de la paroi ou au contraire son ballonnement peuvent aussi être limités à la même région, constituant une dépression ou une tuméfaction épigastrique, alors que le ventre a conservé sa forme normale; cependant il n'en est pas toujours ainsi, et l'abdomen peut être excavé ou ballonné en totalité.

Les nausées, les vomissements paraissent plus fréquents, plus abondants dans cette forme.

On voit quelles difficultés peut présenter dans certains cas le diagnostic d'une telle forme. Deux affections surtout pourront prêter à erreur : l'ulcère rond et la colique hépatique.

La forme hypogastrique est caractérisée, outre la localisation de la douleur à l'hypogastre, par la prédominance fréquente des symptômes génitaux et vésicaux : c'est dans cette forme surtout que l'on observe la dysurie, la strangurie, la cystalgie, les douleurs uréthrales.

La forme ombilicale, la plus fréquente des formes localisées après la forme gastralgique, a pour seule particularité la localisation des signes physiques à la région ombilicale.

Beaucoup plus importante est la forme iliaque, dans laquelle les symptômes sont localisés à l'une ou à l'autre des fosses iliaques, parfois aux deux. Lorsque les signes siègent au niveau de la fosse iliaque droite, le diagnostic d'avec l'appendicite peut être extrêmement difficile.

On a décrit encore des formes néphralgiques ou rénales et des formes orchitiques; mais ce ne sont pas là, à proprement parler, des formes spéciales, la localisation de la douleur à la région lombaire ou au testicule n'étant que la propagation d'une colique abdominale vraie.

Les formes localisées de la colique de plomb sont récidivantes au même titre que les autres, les récidives se font souvent suivant la même localisation que la première atteinte.

Forme spasmodique. — La forme spasmodique correspond symptomatiquement à la description classique : l'abdomen, plus ou moins rétracté, prend la forme en bateau. La rétraction peut s'accuser au moment des paroxysmes douloureux.

Au contraire de l'école de Lille, qui rapporte tous les symptômes à la dermalgie et à la myosalgie, M. Bernard attribue la rétraction abdominale surtout, à l'état de contracture spasmodique de l'intestin, accessoirement à la contracture des muscles de la paroi. Une preuve de l'action accessoire de ces muscles est fournie par ce fait que, dans les formes avec ballonnement abdominal, la contracture de la paroi existe souvent aussi marquée que dans les formes avec rétraction.

Forme paralytique. — La forme paralytique est caractérisée symptomatiquement par un ballonnement abdominal plus ou moins marqué.

Le ballonnement abdominal peut être généralisé; c'est là la seule forme qui mérite vraiment le nom de paralytique.

D'autres fois, le ballonnement est localisé, constituant des tuméfactions locales que nous avons déjà décrites; souvent ces tuméfactions sont passagères, n'apparaissant qu'au moment des redoublements douloureux, en relation nette avec eux; elles dessinent nettement sous la paroi des anses intestinales.

A vrai dire, il n'existe pas de formes uniquement spasmodiques, et d'autres uniquement paralytiques; il est bien rare que les deux états de la musculature intestinale ne se trouvent pas réunis chez le même sujet, en des points différents.

Forme occlusive. — La paralysie de l'intestin et peut-être aussi le spasme, peuvent être assez marqués pour donner lieu à des symptômes d'occlusion intestinale, constituant une véritable forme occlusive. Il en était ainsi dans une des observations de M. Bernard : au cours d'une colique de plomb en apparence normale, sans déformation de l'abdomen, le ventre augmente progressivement de volume jusqu'à devenir extrêmement ballonné; la température s'élève, en même temps qu'apparaissent des vomissements fécaloïdes et que s'installe une constipation absolue; à la suite d'un lavement électrique, puis de grands lavages de l'intestin, une abondante débâcle se produit, en même temps que la température tombe et que le ventre reprend sa forme normale.

De ce cas clinique, on peut rapprocher les cas expérimentaux de Prévost et Binet (1) qui, intoxiquant des animaux au moyen de divers sels de plomb, virent certains de ces animaux mourir d'occlusion intestinale : sur 8 lapins, 2 fois la mort survint par étranglement interne, au bout de deux ou trois jours; sur 25 cobayes, l'un mourut d'étranglement interne par volvulus; sur 14 rats, un mourut également d'étranglement interne par volvulus.

Formes fébriles. — Grisolle (2) commence sa description de la colique de plomb par ces mots : « Nous définissons la colique de plomb une maladie complètement apyrétique, caractérisée par... ».

Cependant Lorain avait déjà remarqué qu'il existait des coliques de plomb fébriles.

Renaut (3) rapporte un cas de Lorain, cas dans lequel il y eut pendant trois jours une fièvre dont le maximum fut de 39°,4. L'augmentation de fréquence du pouls fut parallèle à l'élévation de la température.

Depuis, tous les auteurs ont mentionné l'existence possible d'une élévation de température au cours de la colique, mais sans spécifier la fréquence ni les conditions de cette élévation thermique.

D'une étude attentive, M. Bernard conclut que les

1. Prévost et Binet, *Revue médic. de la Suisse romande*, 1889, p. 606.
2. Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 22.
3. J. Renaut, *loc. cit.*, p. 43.

formes fébriles de la colique de plomb sont beaucoup plus fréquentes que ne le disent les auteurs; c'est ainsi que, sur 40 cas observés par lui, il en compte 9 dans lesquels la température s'éleva au-dessus de la normale..

L'étude détaillée de ces 9 cas montre qu'il existe deux variétés de formes fébriles de la colique. Dans une première catégorie de faits, l'évolution fébrile répond à la description de Lorain et de Renaut : la fièvre paraît s'établir en même temps que la colique pour cesser de deux à quatre jours après le début du traitement. La forme de la courbe fébrile est celle d'une infection légère; après s'être maintenue un ou plusieurs jours à une hauteur supérieure à la normale (ordinairement entre 38° et 39°), la fièvre tombe brusquement ou en lysis. Il est rare qu'elle dépasse 39°.

Dans d'autres cas, la fièvre s'établit seulement plusieurs jours après le début de l'évolution ; elle est le plus souvent légère, et dépasse rarement 38°; elle est essentiellement irrégulière, revenant à la normale un jour, pour remonter deux ou trois jours.

La raison de l'élévation thermique dans ces formes fébriles est difficile à fixer avec certitude. La stercorémie ne paraît guère être en cause.

Faut-il incriminer une entérite ou une gastro-entérite légère concomitante? C'est l'explication qui paraît le plus plausible.

Formes compliquées. — La colique de plomb peut survenir au cours d'une autre évolution morbide, de nature saturnine ou non; elle peut elle-même se compliquer d'autres affections, également de nature saturnine ou non.

Parmi les accidents saturnins, certains paraissent être plus particulièrement satellites de la colique : tels sont les arthralgies, l'encéphalopathie, et, au second plan, l'hystérie, l'urémie et les paralysies.

Les arthralgies saturnines surviennent fréquemment comme prodromes de la crise de coliques; avec ou sans dyspepsie, elles annoncent l'imminence d'un accident aigu. D'autres fois, elles débutent en même temps que la colique, évoluent comme elle, et se terminent avec elle : les douleurs articulaires paraissent alors véritablement faire partie intégrante du cortège douloureux de la colique, au même titre que les autres douleurs propagées.

L'encéphalopathie saturnine, quelle que soit sa nature exacte, débute la plupart du temps au cours d'une colique. Sur 31 cas de cette complication rapportés par Tanquerel, 23 fois les accidents cérébraux débutèrent au cours ou à la fin d'une crise de coliques. L'intervention des signes cérébraux modifie profondément l'aspect clinique de la colique normale : les convulsions hystériformes ou épileptiformes, le délire, les troubles oculaires le coma, substituent le syndrome cérébral au syndrome abdominal.

Les rapports de la colique de plomb et des paralysies saturnines sont moins directs; parfois paralysie et colique ont un début simultané; mais fréquemment aussi on observe des paralysies chez des saturnins chroniques, qui jamais n'ont eu aucun autre accident de même origine. Les paralysies, quand elles coexistent avec les coliques, ne modifient d'ailleurs en rien la marche de ces dernières.

D'après Laffitte (1) et Fialon (2), les premiers signes d'une cirrhose hépatique saturnine peuvent apparaître au cours ou à la fin d'une colique de plomb. Dans une observation curieuse de Laffite, un saturnin fait, à la suite d'une colique, une ascite abondante, guérie par la ponction : il conserve pendant deux ans des signes de dyspepsie gastro-intestinale, puis fait une nouvelle crise de coliques de plomb, à la suite de laquelle s'installe franchement tout le cortège symptomatique de la cirrhose.

1. Laffitte, *Thèse* de Paris, 1892.
2. Fialon, *Thèse* de Paris, 1897.

III. — La colique de plomb dans ses rapports avec les autres affections. — I. *Colique de plomb et appendicite.* — Les rapports entre la colique de plomb et l'appendicite ont été signalés pour la première fois dans ces deux dernières années.

Sergent (1), le premier, rapporta deux cas dans lesquels une appendicite, survenant chez un saturnin chronique, porteur de stigmates et ayant eu antérieurement des coliques de plomb, fut prise pour une nouvelle crise de coliques de plomb : dans un cas, l'appendicite fut perforante et la mort s'ensuivit; dans le second cas, la guérison survint après la résection de l'appendice.

De ces deux cas, Sergent conclut avec raison à la difficulté et la nécessité d'établir, chez un saturnin avéré, le diagnostic entre l'appendicite et la colique de plomb. Puis il se demande, sans résoudre la question, si l'absorption du plomb par le tube digestif n'est pas suffisante pour créer des lésions inflammatoires intestinales, et particulièrement appendiculaires. En sorte que l'appendicite serait, dans certains cas, une complication de la colique de plomb, ou une manifestation du saturnisme chronique.

Depuis, Laporte (2) n'a fait que reprendre les conclusions de Sergent.

Legendre (3) rapporte trois cas intéressants : dans les deux premiers, le diagnostic entre l'appendicite et la colique de plomb était difficile; dans le troisième, il semble qu'une appendicite ait immédiatement succédé à la période d'état d'une colique de plomb. L'auteur se demande si, dans ce cas, l'appendicite n'a pas eu pour cause déterminante une purgation drastique, agissant sur un intestin irrité par une intoxication chronique et par un accident aigu.

Dans sa thèse, Galliot (4) a repris tous ces faits en y ajoutant quelques observations, notamment des cas anciens de Leroux, de Tanquerel, de Brachet, dans lesquels ces auteurs décrivent une péritonite, voire même, d'une façon plus précise, un abcès de la fosse iliaque droite, coexistant avec une colique de plomb ou la compliquant.

M. Bernard rapporte plusieurs observations personnelles dans lesquelles existaient des rapports variables entre l'appendicite et la colique de plomb.

De tous ces faits cliniques semblent ressortir nettement plusieurs propositions pratiques, qui sont les suivantes :

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic entre la colique de plomb et l'appendicite est impossible à trancher au premier abord, et parfois même pendant tout le temps que dure l'évolution morbide.

Mais, le plus souvent, le diagnostic de coliques de plomb peut être affirmé en toute sécurité, lorsqu'on a suivi le malade pendant 24 ou 48 heures : fait qui a son importance, puisque dans ce cas on peut faire bénéficier

1. Sergent, *Presse médicale*, 8 mars 1899.
2. Laporte, Appendicite et colique de plomb (*Thèse* de Paris, 1899).
3. Le Gendre, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 juin 1899.
4. Galliot, Saturnisme et appendicite (*Thèse* de Paris, 1899).

sans crainte, le malade d'une médication laxative et évacuante appropriée.

Le diagnostic certain de coliques de plomb sera basé, selon nous, sur l'absence du point de Mac Burney avec les caractères qui en font un signe pathognomonique (empâtement de la région, défense localisée de la paroi), sur la lenteur et la tension du pouls, sur la diminution de la matité hépatique (quand elle existe), sur la précocité et l'apparence porracée immédiate des vomissements, sur l'absence ordinaire de fièvre. Toutefois, aucun de ces symptômes n'est réellement pathognomonique et une certitude ne peut être tirée que de la réunion de plusieurs d'entre eux.

Un saturnin chronique peut faire alternativement des crises d'appendicite et des crises de colique de plomb.

Parfois, on peut observer un syndrome mixte, l'évolution paraissant débuter par une colique de plomb, pour finir par une appendicite.

Ces rapports cliniques entre la colique de plomb et l'appendicite incitent à chercher une relation pathogénique entre les deux affections.

Le premier pas dans cette voie a été fait, avons-nous vu, par Sergent : « Il est permis, dit-il, de se demander si l'absorption du plomb par les voies digestives ne peut pas provoquer l'apparition de lésions plus ou moins profondes de la muqueuse intestinale, et jouer ainsi un rôle immédiat dans la production des localisations inflammatoires appendiculaires. »

La question ainsi posée est restée jusqu'ici sans réponse satisfaisante. Il est toutefois logique de placer l'intoxication saturnine chronique et la colique de plomb parmi les causes prédisposantes de l'appendicite, en raison des lésions gastro-intestinales dont s'accompagnent ces infections, lésions retrouvées par un grand nombre d'auteurs (Kussmaul et Maïer, Pitt, Oliver), et par M. Bernard, chez l'homme et chez les animaux.

Sur un intestin ainsi prédisposé, une cause déterminante (excès de nourriture, d'alcool, de fatigue) pourra créer une crise aiguë, soit appendicite, soit colique de plomb. La colique de plomb à son tour pourra devenir facteur d'appendicite ; on conçoit également bien que ce facteur puisse être le purgatif drastique administré : la colique de plomb ou le drastique donnant à l'entérite chronique préexistante le coup de fouet qui créera l'appendicite. Il est permis également de se demander, dans cet ordre d'idées, si certaines, parmi les formes fébriles de la colique de plomb, ne sont pas des coliques compliquées d'appendicite, celle-ci restant à la vérité très légère et ne dépassant pas le stade anatomique de l'inflammation folliculaire.

II. *Colique de plomb et entérites.* — Le plus souvent, le saturnin chronique est atteint d'entérite chronique, d'abord avec hypertrophie, puis avec atrophie des divers éléments de la muqueuse intestinale. Aussi la colique de plomb coexiste-t-elle fréquemment avec cette lésion chronique, sans que celle-ci puisse être mise directement en cause dans la pathogénie de la crise aiguë.

L'existence d'une entérite aiguë, cause ou complication de la colique, a été beaucoup plus discutée.

Tanquerel des Planches, sans en faire une cause de la colique, puisque d'après lui celle-ci est une névralgie sympathique, avait décrit des entérites aiguës compliquant la colique. Les symptômes qui annonceraient la coexistence d'une entérite sont un léger ballonnement du ventre, l'existence (inconstante il est vrai) de diarrhée, l'état de la langue, grosse et blanchâtre, un mouvement fébrile.

M. Bernard adopte entièrement les vues de Tanquerel et, de l'étude d'un certain nombre de malades, conclut à la coexistence assez fréquente, avec la colique de plomb, d'une entérite plus ou moins marquée.

Ses arguments sont tirés de l'étude de la température, de la langue et des selles.

En effet, en présence de certaines coliques subfébriles, il paraît logique sinon d'admettre, tout au moins de se demander, s'il ne coexiste pas avec la colique un catarrhe intestinal léger, capable d'expliquer les élévations de température. D'autant que, le plus souvent, cet état fébrile correspond avec une augmentation marquée de la rapidité du pouls, et souvent aussi avec des selles diarrhéiques, comme nous le verrons plus loin.

En sorte que les formes fébriles de la colique seraient en réalité des formes compliquées, les unes d'appendicite catarrhale, avec ou sans entérite, les autres d'entérite plus ou moins aiguë.

L'état de la langue, dans certains cas, indique d'une manière évidente l'existence d'un état inflammatoire léger de l'estomac et de l'intestin.

Enfin l'existence de la diarrhée, dans un certain nombre de cas, paraît tenir à un certain degré d'entérite.

Mais à côté de cette entérite primitive, il existe vraisemblablement une entérite secondaire, consécutive au traitement, et provoquée par lui : fait qui n'a rien de surprenant, lorsqu'on voit dans un cas rapporté par M. Le Gendre, un sujet bien portant faire des accidents de typhlo-colite, puis d'appendicite, à la suite de l'absorption d'une dose de 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

Comment ne pas admettre la possibilité et même la fréquence de même fait, lorsque le drastique est administré non plus à un sujet bien portant, mais à un sujet atteint le plus souvent d'entérite chronique et en état de crise intestinale.

Aussi l'usage des drastiques, dans le traitement de la colique de plomb, doit-il être restreint aux cas dans lesquels les laxatifs et les purgatifs doux n'arrivent pas à rétablir le cours normal des selles : ces cas sont d'ailleurs rares.

Les entérites aiguës simples, primitives ou secondaires, ne sont pas les seules à présenter des rapports avec la colique, ou prêter à confusion avec elle.

Telles sont la dysenterie, dont la coexistence a été signalée par Tanquerel, et dont les principaux caractères (ténesme, épreintes, diarrhée muco-sanguinolente, pouls fréquent, langue rouge et sèche, parois abdominales tendues et saillantes) se retrouvent à peu près au complet. En sorte que la dysenterie masque à peu près complètement la colique de plomb, celle-ci n'étant plus représentée dans le tableau symptomatique que par ses douleurs spéciales et par les vomissements.

Telle encore la dothiénentérie, que le même auteur dit avoir vue survenir au cours de la colique : les symptômes de la complication masquèrent totalement ceux de l'affection primitive.

Oddo et Silbert (1) ont rapporté un cas dans lequel il paraît y avoir eu coexistence de colique de plomb et de grippe à forme gastro-intestinale.

Enfin, Gabrini-Borghi (2) a signalé la coexistence possible de coliques de plomb et de choléra morbus : dans deux cas signalés par cet auteur, le choléra ne fut

1. Oddo et Silbert, *Revue de médecine*, août 1892, obs. XX, p. 306.
2. Gabrini-Borghi, Des complications de la colique de plomb (*Thèse de Paris*, 1840).

nullement influencé dans ses symptômes par la coexistence de l'affection saturnine.

III. *Colique de plomb et affections gastriques.* — La gastrite aiguë, au même titre et pour les mêmes raisons que l'entérite aiguë, peut coexister avec la colique de plomb.

Tanquerel des Planches dit avoir observé 15 cas de cette complication. Mais il est souvent bien difficile, dans la région épigastrique, de distinguer les signes donnés par le côlon transverse de ceux donnés par l'estomac, surtout lorsque les fibres musculaires lisses du côlon sont parésiées. Quoi qu'il en soit, outre la prédominance des douleurs à l'épigastre, les signes de la gastrite seraient, d'après Tanquerel, la persistance des vomissements, la langue sèche, grosse, blanchâtre; le ballonnement de l'abdomen.

Le cancer de l'estomac peut également présenter des rapports avec la colique de plomb; mais ceux-ci sont d'un ordre tout différent.

Layral (1) a publié deux cas de colique de plomb chronique, avec cachexie saturnine, dans lesquels on porta le diagnostic de cancer de l'estomac.

Dans le premier cas, c'est en discutant la gastrostomie que l'on reconnut « une contracture très prononcée du sphincter anal et une diminution de calibre de tout l'intestin, transformé en un cordon dur », le tout accompagné d'un liséré gingival saturnin. Dans le second cas, le diagnostic était d'autant plus difficile que, quelques années auparavant, le malade avait eu à plusieurs reprises des hématémèses et du melæna.

M. Bernard a observé, cette année, un malade (2) chez lequel un cancer latent de l'estomac, chez un homme ayant quelque peu manié des préparations de plomb sans toutefois présenter aucun stigmate de saturnisme, fit croire pendant quelque temps à une colique de plomb chronique, avec cachexie saturnine.

IV. *Colique de plomb et affections respiratoires.* — La colique de plomb, survenant au cours d'une affection chronique des voies respiratoires peut, comme le feraient une infection ou un traumatisme intercurrents, donner à cette affection chronique un coup de fouet qui en active la marche.

Cette action se fait nettement sentir au cours de la tuberculose pulmonaire. Depuis longtemps on a fait justice du prétendu antagonisme entre le saturnisme et la tuberculose. Mais l'influence de la colique de plomb, en tant que syndrome isolé, sur la phtisie pulmonaire est mal connu.

Un malade, observé par M. Bernard, lui a montré quelle pouvait être cette influence: il s'agit d'un saturnin chronique atteint, depuis plusieurs années, d'une tuberculose pulmonaire restée latente jusque-là et qui, au cours d'une colique de plomb, fit un pneumothorax unilatéral total qui se termina par la mort deux mois après. Dans ce cas, le rôle de la colique a été très nettement celui d'un traumatisme, et c'est au cours d'un paroxysme douloureux que le malade a perforé sa plèvre.

Dans un autre cas, un saturnin, atteint d'une tuberculose pulmonaire peu avancée, entra à l'hôpital pour une colique de plomb. Lorsque cet accident fut guéri, la phtisie pulmonaire prit une marche aiguë et emporta le malade 3 mois après, sans qu'il ait pu quitter le lit.

L'influence de la colique de plomb sur les affections respiratoires aiguës est aussi peu connu. Le seul document que M. Bernard ait trouvé sur ce sujet est une observation de Tanquerel (1): un malade entre à l'hôpital pour une colique de plomb datant de 8 jours et une pneumonie dont le début est indéterminé; 5 jours après son entrée, le malade meurt d'hépatisation grise. Dans ce cas, la pneumonie et la colique paraissent avoir débuté le même jour, puisque l'évolution totale a été de 13 jours.

Peut-être dans des faits de ce genre, le début de l'infection aiguë a-t-il été la cause occasionnelle de la colique.

Déjà Verneuil et son élève Sabatier (2) ont montré l'influence des lésions traumatiques sur le saturnisme.

Les infections aiguës peuvent se conduire, vis-à-vis du saturnisme, comme un traumatisme pathologique, et provoquer une poussée aiguë de l'affection chronique.

V. *Colique de plomb et urémie.* — La colique de plomb constitue l'une des causes occasionnelles les plus communes de l'urémie, au cours de la néphrite saturnine. C'est ainsi que parmi les 31 observations d'encéphalopathie saturnine rapportées par Tanquerel, et dont les trois quarts sont des tableaux très nets d'urémie, la plupart ont débuté au cours d'une colique de plomb.

Dans tous les cas de ce genre, la colique est la cause occasionnelle qui, en perturbant ou en supprimant momentanément l'élimination fécale et urinaire, provoque l'insuffisance rénale et l'intoxication urémique.

VI. *Colique de plomb et hystérie.* — Plusieurs observations de M. Bernard permettent d'entrevoir les rapports de la colique de plomb et de l'hystérie.

Dans un premier cas, un malade, qui ne présentait auparavant aucun stigmate hystérique, fit au cours de sa colique, et à l'occasion d'un paroxysme douloureux, une crise hystériforme de courte durée.

Dans un autre cas, beaucoup plus intéressant, un malade, également sans stigmates hystériques, a commencé chacune de ses crises de coliques de plomb par une crise hystérique nette et de longue durée.

Dans deux autres cas, la colique de plomb s'accompagna d'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, avec monoplégie brachiale du même côté. Dans la première de ces observations, tous les symptômes nerveux disparurent en même temps que la colique; dans la seconde, ils s'atténuèrent considérablement.

Ces deux faits montrent que la colique de plomb agit à l'égard d'une hystérie latente comme à l'égard des affections chroniques: elle est le traumatisme occasionnel qui rappelle une manifestation aiguë.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Guillot. *Traitement chirurgical du cancer du pylore.* N° 246. (Steinheil.)

M. Besson. *Contribution à l'étude du cancer de l'ombilic.* N° 263. (Jules Rousset.)

M. Chérut. *Contribution à l'étude de la hernie ombilicale étranglée chez l'adulte.* N° 241. (L. Boyer.)

1. Layral, *Loire médicale*, 15 mars 1897.
2. H. Bernard, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1900.

1. Tanquerel des Planches, *loc. cit.*, t. I, p. 481.
2. Sabatier, Rapports du saturnisme avec les affections chirurgicales (*Thèse* de Paris, 1887).

M. Bayet. *Appendicite et fièvre typhoïde, étude clinique et diagnostic différentiel.* N° 250. (Maloine.)

M. de Taranto. *Les ostéomes de l'orbite.* N° 268. (L. Boyer.)

M. Galès. *Contribution à l'étude de la radiographie appliquée aux projectiles logés dans la tête.* N° 204. (Jules Rousset.)

M. Audy. *Des accidents d'éruption des dents permanentes autres que les dents de sagesse.* N° 252. (L. Boyer.)

M. Brugirard. *Bénignité relative des fractures du crâne chez les enfants.* N° 295. (Jules Rousset.)

M. Borges de Castro. *Des hémorrhagies du sinus longitudinal supérieur dans les traumatismes du crâne.* N° 270. (L. Boyer.)

M. Soulé (Alphonse). *Contribution à l'étude de la tuberculose des os de la voûte crânienne.* N° 314. (Vigot frères.)

M. Bernard (Armand). *Périostite aiguë suppurée sans ostéomyélite.* N° 306. (F. Steinheil.)

M. Berest. *Des troubles nerveux chez les amygdaliens.* N° 283. (L. Boyer.)

M. de Font-Réault. *De la conduite à tenir dans les plaies thoraco-abdominales (voie transpleurale).* N° 253. (Baillière.)

M. Pinatel. *Des lésions de l'estomac consécutives au traumatisme par contusion.* N° 293. (Jules Rousset.)

M. Guillot, élève de M. Ricard, dans une excellente thèse, défend très habilement les idées de son maître sur la pylorectomie.

Dans les cas moyens la mortalité de la pylorectomie est inférieure à celle de la gastro-entérostomie.

Le cancer du pylore se propage en général vers la petite courbure, mais on trouve assez fréquemment la propagation duodénale et la propagation épiploïque.

A cause de la facilité de la propagation du néoplasme en tous sens, la pylorectomie n'est peut-être souvent qu'une opération palliative, mais c'est de toutes la meilleure.

On est autorisé à faire systématiquement des pylorectomies palliatives.

Il n'existe pas encore de formule hématologique du cancer de l'estomac.

Lorsque l'abouchement gastro-duodénal est possible, le procédé de Billroth (1re manière) doit être choisi.

Le cancer de l'ombilic qui, pour M. Besson, serait le plus fréquent des néoplasmes de cette région, est tantôt primitif, tantôt secondaire. Les observations de cancer secondaire sont de beaucoup les plus nombreuses.

Le cancer secondaire de l'ombilic n'a guère le symptôme exclusif autre que la possibilité — rarement réalisée — de s'accompagner de localisations ganglionnaires en quelque sorte tertiaires.

Pratiquement, dans la majorité des cas, le cancer secondaire est cylindrique; le cancer primitif est pavimenteux.

En cas de cancer secondaire, il est très rarement indiqué de tenter une intervention radicale. Il peut y avoir utilité à pratiquer certaines opérations palliatives.

Le cancer primitif diagnostiqué comporte une indication opératoire nette : ablation du néoplasme en taillant dans les tissus sains (omphalectomie).

Il serait imprudent de s'abstenir pour la seule raison qu'il s'agirait de cancer cylindrique.

Pour M. Chérut, il importe au point de vue anatomique de distinguer, dans l'étranglement ombilical, la hernie de gros volume irréductible depuis longtemps formée par l'agglomération d'anses intestinales et d'épiploon intimement fusionnés, et les hernies de petit volume.

La marche de l'étranglement est différente dans les deux cas : elle revêt une allure aiguë dans les hernies de petit et de moyen volume; elle prend, au contraire, une marche chronique qui n'en est pas moins fort à redouter dans les hernies volumineuses.

La kélotomie est une opération de nécessité qui doit être pratiquée le plus rapidement possible après le début des accidents.

Les résultats fournis par l'opération dans la hernie ombilicale étranglée sont loin d'être encore satisfaisants. La mortalité prise en bloc est de 53 p. 100, chiffre qui paraît encore inférieur à la réalité.

Il existe des formes anormales de fièvre typhoïde, qui peuvent simuler une appendicite. Dans ces cas, le diagnostic différentiel est souvent très difficile et, d'après M. Bayet, il repose sur l'étude clinique, l'examen des urines, l'examen du sang, et le séro-diagnostic de Widal. Aucun signe clinique n'est pathognomonique. L'absence de leucocytose et de réticulum fibrineux dans le caillot plaident en faveur de la typhoïde. Le séro-diagnostic, lorsqu'il est positif, est un signe de certitude.

Certains cas de typhoïde se compliquent d'accidents appendiculaires, et même d'appendicite véritable. Parmi ceux-ci, il convient de distinguer les appendicites para-typhoïdes de M. Dieulafoy.

M. de Taranto étudie les ostéomes de l'orbite et des cavités avoisinantes des tumeurs bénignes dont la structure est celle de l'os.

Ce sont des tumeurs rares, car malgré des recherches très consciencieuses M. de Taranto n'a pu réunir que 149 cas d'ostéomes de l'orbite et des cavités avoisinantes.

Au point de vue anatomique, il faut distinguer les ostéomes éburnés, les compacts et les spongieux.

La théorie qui attribue aux ostéomes une origine osseuse est la plus probable.

Les ostéomes de l'orbite, par leur développement ultérieur, pénètrent dans le cerveau, et la mort survient au milieu des symptômes cérébraux.

Excepté dans les cas où il existe des symptômes cérébraux manifestes, une opération est toujours indiquée, et plus tôt on la tentera, plus on aura de chances de succès.

Actuellement l'intervention chirurgicale n'est pas aussi dangereuse que le prétendent certains auteurs. Sur une statistique de 113 cas, l'auteur trouve 12 décès imputables à l'opération, soit 10,6 p. 100.

Le séjour d'une balle dans la cavité intra-cranienne peut causer au blessé, au moins dans la moitié des cas, des accidents tardifs graves entraînant parfois la mort.

Pour M. Galès, la radiographie donne de précieux renseignements sur le nombre, le volume, la forme des projectiles perdus dans le crâne. Elle permet de reconnaître la situation des balles sous-craniennes entrées par la zone neutre de la région zygomatico-temporale (Mauclaire).

La méthode Contremoulins permet de connaître avec une précision rigoureuse la situation du projectile. Les autres méthodes dites exactes (Davidson, Mergier, Séchehaye) semblent moins précises.

On peut donc aujourd'hui aller sûrement à la recherche d'une balle intra-cranienne et l'extraire quand les troubles encéphaliques permettent de prévoir de graves complications (abcès, méningo-encéphalite, etc.).

En agissant ainsi, on préservera son malade des accidents tardifs qui surviennent après les plaies pénétrantes du crâne, accidents fréquents et souvent mortels, comme le montre la statistique de Bradfort et Smith.

D'après M. Audy, les accidents causés par l'éruption des dents permanentes, autres que la dent de sagesse, sont fréquemment de nature infectieuse.

On devra appliquer à la guérison de ces accidents les mêmes règles que dans le traitement des plaies infectées : débridement large et topiques antiseptiques.

L'asepsie buccale, la plus rigoureuse possible, est le seul moyen de se mettre à l'abri de ces accidents infectieux. Elle comporte nécessairement le brossage des dents des enfants à partir de l'âge de 3 ou 4 ans.

La production des accidents seulement douloureux et congestifs échappe à toute prévoyance.

Les accidents d'ordre nerveux d'origine réflexe que l'auteur n'a fait qu'entrevoir ne peuvent évidemment être influencés par le traitement préventif préconisé.

Malgré leur gravité apparente et l'importance du traumatisme qui les a déterminées, d'après M. BRUGIRARD, les fractures du crâne chez les enfants sont relativement bénignes.

Elles guérissent en un temps souvent court et assez fréquemment sans intervention.

La raison de cette bénignité relative est surtout la résistance des enfants aux infections.

En présence d'un traumatisme cranien, il faut penser à une hémorrhagie des sinus.

Pour M. BORGES DE CASTRO, le diagnostic en est souvent possible; facile quand il y a fracture ouverte; généralement difficile quand la fracture est fermée.

Cette hémorrhagie doit être traitée immédiatement : en mettant le sinus à jour par débridement osseux s'il est nécessaire, et en intervenant sur le sinus.

Avec un traitement rapidement exécuté le pronostic de ces hémorrhagies n'a plus la gravité qui lui a été longtemps attribuée.

La tuberculose des os de la voûte cranienne est rare. M. SOULÉ n'a pu trouver dans la littérature française médicale qu'une observation à laquelle il ajoute un exemple inédit. (Il aurait suffi de fréquenter un service d'enfants pour constater qu'elle est fréquente.) Elle peut être traitée chirurgicalement. Pour être efficace, l'intervention doit être large, car les lésions sont souvent beaucoup plus étendues qu'on ne le supposerait à la simple exploration clinique. L'opération consistera dans la résection de la paroi osseuse du crâne et, au besoin, dans le curettage de la dure-mère. Lorsque les lésions sont trop étendues pour pouvoir être supprimées en une seule opération, on aura recours à des interventions successives. Même dans les cas où la tuberculose se serait manifestée ailleurs, l'opération peut donner un résultat très satisfaisant.

Il existe des périostites aiguës primitives, sans lésion médullaire, se traduisant par la formation d'un abcès sus ou souspériosté.

Elles peuvent, d'après M. BERNARD, être causées par des microbes multiples, le plus souvent par le staphylocoque. Elles se différencient nettement de l'ostéomyélite par quelques-uns de leurs symptômes : début moins brusque, évolution plus lente, atteinte moins prononcée de l'état général, réaction nulle de la peau; localisation diaphysaire de la collection. Elles se distinguent aussi du phlegmon profond d'origine lymphangitique; pas de modification de la peau; réaction ganglionnaire insignifiante; collection suppurée nettement circonscrite. Au point de vue thérapeutique, elles sont justiciables de la simple incision. Elles guérissent sans élimination de séquestre osseux et sans accident ultérieur.

Les phénomènes nerveux réflexes sont très fréquents chez les amygdaliens.

D'après M. BEREST, c'est surtout dans la forme hypertrophique molle qu'on le remarque le plus souvent.

Comme dans ce cas, il y a hypertrophie de la totalité du tissu adénoïdien du pharynx, on peut donc déduire que c'est surtout dans les altérations de ce tissu que les réflexes prennent leur origine.

Il n'y a aucun rapport entre l'intensité et la fréquence de symptômes d'une part, et le volume des lésions d'autre part.

La nature des lésions amygdaliennes n'implique pas forcément tel ou tel trouble nerveux.

Le siège d'altération semble cependant avoir une influence sur la détermination des réflexes. C'est ainsi que les lésions postérieures s'irradient de préférence vers l'oreille.

Le traitement consiste à soigner la lésion locale, en débridant les amygdales; en les décimant, ou en pratiquant l'ablation lorsqu'elles sont hypertrophiées.

M. DE FONT-RÉAULT estime que, quand on a fait le diagnostic de plaie thoraco-abdominale, on devra intervenir chirurgicalement dans le plus bref délai possible. Le moindre retard peut être cause de décès.

Les malades non opérés ont, presque infailliblement, tôt ou tard, une hernie diaphragmatique qui, le plus souvent, s'étrangle.

Il faut, en général, que le chirurgien porte tout d'abord son bistouri vers la séreuse par laquelle a débuté le traumatisme.

La laparotomie est souvent insuffisante.

Par la voie transpleurale, il est beaucoup plus facile d'aborder le diaphragme, de trouver les plaies, de réduire les hernies, de suturer. On peut même examiner une partie de la cavité abdominale.

Les lèvres de la plaie diaphragmatique seront suturées, suivant le siège de la lésion, soit à la paroi, soit simplement entre elles.

Les contusions de l'estomac peuvent être causées par des violences directes, par des violences indirectes, et par des contrecoups. L'état de vacuité ou de réplétion de l'organe exerce sur le traumatisme une influence considérable.

D'après M. PINATEL, les lésions produites par la violence subie consistent en lésions immédiates : érosions des tuniques, et ruptures, incomplètes ou complètes; — en lésions secondaires : eschares, ulcérations; — elles peuvent aboutir à des lésions définitives : cicatrices, adhérences, sténose, dilatation, fistules.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Atrophie optique héréditaire, par le Dr GALLEMAERTS (*La Policlinique*, 1er avril 1901). — L'auteur rapporte l'observation de quatre malades atteints d'atrophie des nerfs optiques.

Chez ces malades, il ne s'agit pas ici d'une atrophie optique tabétique, mais bien d'une affection familiale, héréditaire, que Leber a décrite sous le nom d'atrophie optique héréditaire.

Les symptômes de cette singulière affection sont ceux d'une névrite rétro-bulbaire; le début de l'affection est généralement brusque, tandis que dans l'amblyopie d'origine nicotinique ou alcoolique, la vision diminue insensiblement; le trouble de la vision est bilatéral; il existe un scotome central pour le blanc ou pour les couleurs; au début, l'affection augmente très rapidement, puis reste stationnaire; très rarement elle aboutit à la cécité.

L'anatomie pathologique n'a pas encore permis de découvrir la cause de cette maladie; il s'agit probablement d'une faiblesse spéciale des fibres papillo-maculaires.

Amblyopie et cécité des enfants après méningite, par EECKMANN (*Annales de la Policlinique centrale de Bruxelles*, n° 3, mars 1901). — L'auteur a réunit 17 observations d'amblyopie post-méningitique. Le pronostic est tout à fait favorable tant que l'ophthalmologie ne révèle pas de lésion du fond de l'œil. Si le fond de l'œil est altéré, le pronostic est subordonné à la marche des lésions qui sont par ordre de fréquence, l'atrophie du nerf optique, l'infiltration des gaines du nerf optique, l'endochoroïdite suppurative de la choroïdite avec ou sans tubercules. L'atrophie du nerf optique partielle ou totale est la complication éloignée la plus communément observée. Le traitement est d'autant plus efficace que l'amblyopie est plus tôt reconnue : il faut achever la résorption des exsudats intracraniens.

MÉDECINE

Action thérapeutique et hématopoétique du cacodylate de soude; rapidité de l'absorption et de l'assimilation (Dell'azione terapeutica ed ematopoietica del cacodilato de soda e tulla velouta del suo assorbimento e della suo elimazione), par C. CUIAPPORI (*Giorn. d. r. accad. med. di Torrino*, fév. 1901, p. 167). — Les recherches de l'auteur portent sur 14 cas, il a trouvé que l'action hématopoétique du cacodylate de soude administré par voie hypodermique est très rapide et se manifeste déjà au bout d'une heure. Sur 14 expériences, le cacodylate de soude augmente dans une pro-

portion qui varie de 1 160 000 maximum à 600 000 minimum, et cela dans un temps qui varie entre 25 minutes et 55 minutes.

CHIRURGIE

Pathogénie de l'épididymite blennorrhagique (Zur Pathogenese der gonorrhorschein Epididymitis), par Dender Baskai (*Deutsche med. Woch*, 3 janv. 1901). — L'auteur admet comme cause de l'épididymite blennorrhagique la pénétration du microbe de Weisser dans le conduit déférent par voie de continuité. Dans un cas observé par l'auteur, le malade au 15e jour d'une uréthrite aiguë à gonocoques présenta une épididymite. Une fine ponction capillaire dans la région malade permit de retirer quelques gouttelettes de pus contenant le gonocoque de Weisser en culture pure.

Traitement du cancer utérin inopérable par le bleu de méthylène (Sul trattamento dei cancri uterini inoperabili; importanza del bleu de metilene), par Cucca et Ungaro (*La Rassegna d'ostetricia e ginecol.*, n° 1, 1901). — L'auteur, dans 15 cas de cancer utérin graves dont il rapporte l'observation, a employé le bleu de méthylène en pansements. Sans avoir d'action spécifique certaine, le bleu de méthylène est une précieuse acquisition thérapeutique pour le cancer utérin. Moins antiseptique que le sublimé, le phénol, le permanganate, etc., il a sur ces produits l'avantage de pouvoir être employé longtemps, sans inconvénient et il finit par arrêter ou tout au moins par diminuer la sécrétion utérine. Moins irritant que les caustiques et les astringents, il a autant d'action sur l'hémorrhagie. Il calme les douleurs, ralentit la marche du cancer et éloigne l'issue fatale. L'auteur se sert d'une solution à 5 p. 100.

Fibrome utérin simulant une tumeur de la vessie, par le Dr E. Loumeau (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, n° 1, janvier 1901). — L'auteur rapporte une erreur qu'il a commise, intéressante pour plusieurs raisons.

Il s'agit d'une malade atteinte depuis son enfance de troubles de la miction. Poussées de cystite, hématuries et constatation par l'examen extra et intra-vésical d'une tumeur prise pour une tumeur de la vessie. La taille hypogastrique pratiquée révéla l'intégrité de la cavité vésicale et l'existence d'un fibrome utérin faisant saillie dans la vessie et expliquant tous les phénomènes observés. Guérison par première intention de la cystotomie. Le fibrome utérin fut respecté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 14 Mai 1901.

De l'influence des sensations auditives musicales dans l'anesthésie opératoire.

M. Laborde signale le rôle que lui paraissent appelées à jouer les sensations auditives musicales dans l'anesthésie opératoire.

On sait que chez les patients soumis à l'anesthésie par le protoxyde d'azote on observe souvent des manifestations psychiques de nature terrifiante avec cris et agitation. Ayant constaté que ces rêves terrifiants se rapportent toujours à des bruits plus ou moins intenses provenant de l'extérieur, tels que celui des voitures, un dentiste, M. Drosner, a eu l'idée de substituer pendant l'anesthésie, à ces bruits accidentels, des bruits agréables, au moyen d'un phonographe.

Les opérations dentaires pratiquées dans ces conditions ne provoquent non seulement aucune sensation douloureuse, ce qui n'a rien de surprenant, mais encore tous les patients ont affirmé avoir été, durant toute l'intervention, sous le charme de la musique, sans rêve ni cauchemar.

Ces résultats peuvent être expliqués très facilement. Il s'agit en somme d'une influence psycho-physiologique directement exercée sur les centres perceptifs des sensations auditives musicales, lesquelles ont pour effet de modifier dans un sens favorable l'action psychique de la substance anesthésiante, en substituant à la provocation du rêve terrifiant celle du rêve musical.

Il y a peut-être lieu d'étendre cette méthode à l'anesthésie opératoire en général, même avec l'emploi des anesthésiques habituels, chloroforme et éther, dont l'action sur la sphère cérébrale et psychique engendre souvent, comme on le sait, des phénomènes intercurrents de nature à troubler plus ou moins l'action du chirurgien.

Sur un nouveau champignon pathogène : le « Rhizomucor parasiticus ».

M. Railliet lit un rapport sur une note de MM. Lucet (de Courtenay) et Costantin.

Le nombre des champignons reconnus pathogènes pour l'homme ou pour les animaux va sans cesse en augmentant. Le nouveau parasite signalé par MM. Lucet et Costantin a été trouvé par eux dans les crachats d'une femme de la campagne, atteinte depuis plusieurs mois d'une affection à marche lente des voies respiratoires : ils lui ont donné le nom de *Rhizomucor parasiticus*.

Inoculé dans les veines, dans le péritoine ou même sous la peau, ce champignon reste sans action chez le chien, mais se montre pathogène pour le cobaye et surtout pour le lapin. Il détermine chez ces animaux des lésions graves, souvent tuberculiformes, dans le foie, la rate, les poumons, les reins et les ganglions mésentériques.

L'étiologie et le traitement de la scrofule.

M. Hacks (de Fécamp). — De 1 000 cas de scrofule qu'il a eu l'occasion d'observer, il lui a été possible de tirer quelques conclusions relatives à la nature de cette affection.

Il doit dire d'abord qu'elle n'a, à son avis, aucun rapport avec la tuberculose, et qu'on ne saurait la considérer comme une tuberculose de virulence affaiblie; les mêmes remarques s'appliquent à la syphilis. Quand l'une de ces infections évolue chez un sujet dit scrofuleux, la scrofule lui cède la place et disparaît; il n'y a donc ni syphilo-scrofule, ni scrofulo-tuberculose.

Il croit qu'il faut en réalité regarder la scrofule comme le premier stade des infections superficielles, cutanées ou muqueuses, et cela à tout âge de la vie; les agents de ces infections sont, tout d'abord, le streptocoque, ensuite le staphylocoque, enfin le colibacille.

La manifestation la plus habituelle du complexus scrofule — on la rencontre dans 90 p. 100 des cas — est l'impétigo; puis la maladie se traduit par d'autres lésions de la peau ou des muqueuses (herpès, ecthyma) et par des phénomènes réflexes soit locaux (œdème, érythème, érysipèle, exsudats divers, tels que coryza, conjonctivite, otite), soit régionaux (hypertrophie ganglionnaire), soit généraux (lymphocytose). C'est donc à tort que l'on considère la scrofule comme une maladie générale, *totius substantiæ*, comme une dyscrasie ou une diathèse.

Toutefois, pour que les agents microbiens en question, qui normalement vivent en saprophytes sur les téguments, acquièrent une valeur pathogène, il leur faut une condition favorable : cette condition, c'est l'asphyxie locale de la peau.

On sait, en effet, que la peau remplit une fonction respiratoire, et qu'il existe une hématose respiratoire cutanée ; c'est dans ce « poumon cutané » que vivent les micro-organismes incriminés, et leur virulence y est atténuée par le milieu oxygéné dans lequel ils sont plongés : oxygène *intus*, dans le sang, et oxygène *extra*, dans l'air atmosphérique. Mais que ce milieu soit vicié par la présence d'oxyde de carbone et d'acide carbonique, et aussitôt ils deviennent nuisibles. C'est ce qui se produit notamment en hiver, à cause du défaut d'exercice au grand air. Ceci explique que les manifestations scrofuleuses s'observent surtout dans les régions froides et durant la mauvaise saison.

Il suit de là que le traitement de la scrofule comprend avant

tout l'emploi d'un moyen: l'oxygénation résolue, systématique, été comme hiver. Contre les manifestations réflexes, deux médicaments sont efficaces : l'iode et le tannin (surtout sous forme de feuilles de noyer).

Des névrites et thromboses rétiniennes d'origine paludéenne.

M. Chauvel lit, à l'occasion d'un travail de M. Galezowski, un rapport dans lequel il établit que, sur les quatre faits relatés par l'auteur, à l'appui de sa thèse sur la cure des névrites et des thromboses rétiniennes par la médication quinique, les deux premiers seuls semblent démonstratifs.

Le rapporteur estime, en outre, qu'avant d'affirmer l'origine paludéenne d'une névrite, il est nécessaire qu'on ait constaté chez les patients des manifestations évidentes et sérieuses de l'intoxication malarique.

Il ne suffit pas, en effet, de quelques intermittences dans les symptômes fonctionnels, de quelques antécédents lointains, de souvenirs confus, de troubles imprécis, pour conclure à l'existence du paludisme. On n'est pas en droit non plus d'affirmer la nature spécifique d'un processus rétinien du seul fait que la médication antipériodique l'a fait disparaître. Encore faudrait-il qu'on eût utilisé la quinine seule, et non, comme cela eut lieu dans quelques-uns des cas relatés par M. Galezowski, la quinine avec adjonction de sels de mercure dont l'action résolutive dans les processus inflammatoires du nerf optique, ainsi que dans les altérations des vaisseaux rétiniens et choroïdiens, est connue depuis longtemps.

M. Suarez de Mendoza communique l'observation d'une femme de 32 ans, atteinte d'accidents vertigineux dus à l'étroitesse des fosses nasales, qui disparurent à la suite de la résection de deux fragments de la cloison.

MÉDECINE PRATIQUE

L'iodure d'arsenic contre la bronchite dite chronique, emphysémateuse, des enfants,

D'après le Dr R. Saint-Philippe (1).

Quand on observe un grand nombre d'enfants et qu'on est appelé à traiter souvent leurs maladies des voies respiratoires, deux points frappent surtout :

1° L'asthme vrai, essentiel, proprement dit, est chez eux d'une extrême rareté;

2° La bronchite de l'enfance, — j'entends la bronchite simple, — n'est jamais ou presque jamais chronique, au sens qu'on doit donner à ce mot. La bronchite chez certains est remarquable par ses répétitions fréquentes, ses faciles recrudescences, sa ténacité et sa tendance à se prolonger. Mais en aucune façon elle ne peut être comparée à la bronchite chronique des adultes et surtout des vieillards, où il se passe du côté des poumons le même travail de rouille, d'usure, de destruction que du côté des artères, et où les alvéoles usées par l'âge et les efforts répétés de la maladie se dilatent et se déforment. La curabilité toujours possible de l'une par rapport à l'irréductibilité de l'autre ne permet d'établir entre les deux modalités aucune assimilation plausible.

Ce qu'on voit souvent chez les enfants, chez les rachitiques, chez les lymphatiques, les scrofuleux, c'est la bronchite emphysémateuse.

Deux ordres de phénomènes président à la genèse de la bronchite dite chronique, à la bronchite emphysémateuse des enfants. Tantôt c'est une maladie infectieuse qui est à la source, tantôt c'est une disposition, une prédisposition, qui constitue la cause originelle, le substratum pathogénique. Chez les enfants comme chez les adultes, peut-être un peu plus souvent chez les premiers que chez les seconds, les maladies infectieuses ont une tendance à revêtir la forme prolongée.

La bronchite emphysémateuse des enfants est accessible à nos moyens d'action : elle est la maladie des enfants débilités, soit héréditairement, soit passagèrement; cette débilité, innée ou acquise, aboutit au même résultat, à la torpidité, à la mollesse des tissus, à la lymphatisation de l'organisme : les muqueuses sont gonflées et gorgées de liquides, les voies lymphatiques sont plus larges, les ganglions plus gros, et le mouvement nutritif est ralenti, et par suite aussi le processus de cicatrisation et de réparation.

D'où la conclusion que la meilleure médication sera celle qui tendra à activer la nutrition, en modifiant dans un sens favorable les sécrétions, les excrétions, les humeurs comme on disait autrefois et comme on s'est repris à dire. Mention doit être faite seulement que, s'il existe des lésions locales, dues à une infection primitive, il faudrait les combattre préalablement. L'huile de foie de morue par son action d'ensemble, — que la pharmacie n'a jamais pu reproduire, — semblait de temps immémorial le traitement de choix, celui qui répondait le mieux à tous les desiderata. Mais justement ce n'est peut-être pas un modificateur suffisant, sans compter qu'il est rarement accepté par les enfants gâtés de notre époque. L'iodure de potassium serait plus électif, plus spécial; mais il est bien mauvais au goût et peut difficilement être continué le temps qu'il faudrait pour produire des effets utiles.

Aussi M. de Saint-Philippe a-t-il pensé que l'iodure d'arsenic pourrait ici rendre de grands services. L'iode agirait contre la diathèse, comme modificateur général, comme altérant, comme dépuratif, et opérerait aussi par substitution sur l'état local, sur la circulation et la sécrétion du haut en bas des voies respiratoires, pendant que l'arsenic remonterait et stimulerait l'organisme tout entier. Les résultats positifs obtenus contre les eczémas impétigineux d'essence strumeuse permettaient d'espérer que le médicament pourrait modifier heureusement aussi ces dermites internes de même origine.

Une série d'observations prises avec soin à la consultation externe de l'hôpital des Enfants et répétées pendant plusieurs années dans la pratique civile, avec des succès inégaux, mais certains, permettent de recommander en toute confiance ce médicament très puissant. Son premier effet est de faire couler assez abondamment les muqueuses des premières voies. Puis il stimule vigoureusement l'organisme, excite l'appétit, augmente les forces et l'entrain du petit malade qui néanmoins n'augmente pas sensiblement de poids. Il favorise la sécrétion intestinale, modifie les selles qui perdent leur fétidité, et opère ainsi en qualité d'antiseptique. A doses un peu plus fortes il amènerait de la diarrhée et troublerait peut-être le sommeil.

Mélangé aux aliments, il est facilement digéré et très bien supporté en général, n'ayant presque pas de goût. On le fait prendre aux repas dans le premier verre d'eau et de vin, ou chez les plus petits dans du lait. Mais pour n'être pas intoléré, il importe qu'on ne l'administre pas à des enfants atteints d'embarras gastrique. C'est pourquoi, si les voies digestives ne sont pas en bon état, fera-t-on bien de procéder tout d'abord au nettoyage de ces voies. Il convient également de le donner à doses progressivement croissantes, puis décroissantes.

L'iodure d'arsenic peut être préparé par tous les pharmaciens, pourvu qu'ils y mettent leur soin. L'essentiel, pour éviter la précipitation d'acide iodhydrique qui amènerait assez promptement le changement de couleur et troublerait la limpidité de la liqueur, est de la préparer à froid.

Voici comment il doit se formuler et se prescrire. C'est à la dose de 1 p. 100, soit par exemple :

Iodure d'arsenic.	0 gr. 30
Eau distillée	30 gr.

Faire dissoudre à froid.

Débuter par 5 gouttes à chaque repas, augmenter d'une goutte matin et soir, et arriver progressivement à 15, et même à 20 gouttes à chaque repas. Rester à la dose maxima pendant environ 1 mois. Redescendre en sens inverse et en suivant les mêmes proportions jusqu'à 5.

Se reposer 8 à 10 jours et recommencer comme avant.

1. *Journal de médecine de Bordeaux*, 5 mai 1901, p. 309.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Deux observations d'occlusion intestinale par vices de position de l'intestin, l'une de torsion de la totalité du mésentère autour de son pédicule, l'autre de rotation du cæcum autour de son axe vertical,

Par M. le Dr Frœlich,

Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Observation I. — *Occlusion intestinale par torsion du mésentère dans sa totalité autour de son axe. — Rétrécissement du côlon.*

Grégoire Jules, 3 ans, enfant malingre, sans antécédents pathologiques. Depuis 15 jours, absence presque complète de selles, mais vomissements alimentaires et bilieux.

A son entrée à l'hôpital, le 22 octobre 1900, nous constatons un ventre énorme dû à la distension des anses intestinales et à la présence d'une certaine quantité de liquide ascitique dans le bas-ventre et dans les flancs.

Rien au toucher rectal, sauf l'aplatissement de cet intestin au-dessus de l'ampoule par le liquide et par les anses distendues.

Pouls à 140; température 36° et 35°,8.

Le diagnostic que nous portons est obstruction chronique et incomplète de l'intestin : mais par quelle cause?

Rien ne nous permettait d'émettre une hypothèse plausible, nous pensions à une invagination malgré l'absence de selle sanguinolentes. Le médecin traitant avait supposé tout d'abord l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

Malgré l'état général déplorable, je me décidai, avec l'aide de M. le professeur Weiss, à pratiquer la laparotomie.

Il s'écoule de l'abdomen un litre environ de liquide, d'abord séreux puis légèrement sanguinolent.

Les anses intestinales qui se présentent dans l'incision à laquelle nous ne donnons, vu l'état général précaire du malade, que 8 centimètres, sont saines mais très distendues et congestionnées. Le long de leur insertion mésentérique court une bande blanchâtre d'aspect cicatriciel.

Par l'incision je sens à droite, dans le ventre, une bride qui me paraît formée par un repli du mésentère fortement tendu; et de plus je perçois nettement le cæcum distendu, dur et épaissi. Après avoir déroulé 2 mètres environ d'intestin et exploré de nouveau le ventre, il me semble que la bride mésentérique a disparu.

Une éviscération complète nous paraissant dépasser la résistance de l'opéré, nous refermons le ventre, après avoir cependant établi un anus contre nature médian.

L'anus fonctionna d'une façon parfaite et évacua une énorme quantité de nature liquide.

Le soir la température monta à 38°,2; le pouls était toujours à 140.

Le lendemain matin, température 36°, le pouls 160. Les vomissements avaient continué et l'enfant succomba dans la soirée, 36 heures après l'opération.

Autopsie. — Le ventre étant très largement ouvert, on voit les anses intestinales très distendues, mais sans trace de péritonite. L'S iliaque apparaît à droite sous les fausses côtes, il est peu dilaté. Avec beaucoup de patience et d'attention, je parviens à m'orienter, et à voir que tout le paquet intestinal, gros intestin compris, a subi un mouvement de torsion complète autour de sa racine mésentérique. Ce mouvement s'est fait de gauche à droite.

Tout le paquet est allé se loger dans l'hypochondre droit. Là, le mésentère, sous forme d'un bord tranchant, passe obliquement sur le gros intestin, au niveau de l'angle de flexion du côlon ascendant avec le côlon transverse (point fixe du côlon).

Après avoir dégagé le paquet intestinal, j'aperçus, au niveau du point comprimé par le bord mésentérique, un rétrécissement très profond entourant comme une bague le gros intestin.

En amont du rétrécissement le côlon et le cæcum sont énormément distendus, leurs parois sont charnues comme celles d'une matrice (épaisseur, un centimètre).

Au niveau du rétrécissement le mésocôlon présente des traces d'inflammation et il est rétracté : dans le mésentère, il existe un certain nombre de petits ganglions.

Le rétrécissement est perméable pour le petit doigt, la muqueuse est tout à fait saine à son niveau.

La musculeuse, comme l'a montré un examen ultérieur, est hypertrophiée, mais sans altération autre que de l'inflammation banale.

Dans presque toute l'étendue de l'intestin on voit, le long de l'intestin mésentérique une zone blanchâtre, trace probable d'ancienne entérite; même signification pour les ganglions.

En somme, si la torsion de tout le mésentère autour de son axe et le rétrécissement du côlon étaient évidents, il n'en est pas de même de la succession de ces deux accidents.

La bride saillante du bord mésentérique coupant le côlon au niveau du rétrécissement et s'y emboîtant exactement font plutôt attribuer la stricture au mésentère, quoique l'hypertrophie du cæcum et du côlon puisse faire penser à un obstacle datant de plus de 15 jours. Quoi qu'il en soit, le traitement rationnel eût consisté à détordre l'intestin, ce que n'eût permis, et encore avec beaucoup de peine, une éviscération totale.

L'état précaire de notre malade ne nous a pas permis cette manœuvre.

Quant au rétrécissement, il n'était pas de nature à provoquer immédiatement des accidents sérieux; plus tard, si des phénomènes d'obstruction s'étaient produits, il eût été utile de le réséquer, ou bien de faire l'entéro-anastomose.

Obs. II. — *Obstruction intestinale par rotation du cæcum et d'une partie du côlon ascendant autour de leur axe vertical. Opération, guérison.*

L..., négociant, atteint de bronchite chronique et de constipation habituelle, et soigné par notre collègue le Dr Schuhl, nous fait appeler le 10 novembre 1900.

Quatre jours auparavant, le malade étant tranquillement assis à table sentit tout à coup une douleur excessivement violente dans le flanc droit. Puis surviennent des nausées et des vomissements.

Le lendemain, M. Schuhl perçoit dans le flanc droit une masse dure, facile à délimiter, qui semble se déplacer pendant les mouvements de la respiration, et qui était mate à la percussion. Un lavement ramena un peu de matières et quelques gaz.

Le 3e jour, les douleurs sont identiques, le ballonnement du ventre a augmenté; quelques vomissements bilieux.

La température est à 37°,6, le pouls à 116.

A ce moment je vis le malade avec le Dr Schuhl.

Le facies est grippé, la respiration rapide. Le ventre est énormément ballonné. Des anses se dessinent sous la paroi, et quelques mouvements péristaltiques sont perçus.

Dans l'hypochondre droit, mais plus près de la fosse iliaque, existe une douleur exquise à la pression. Cette douleur serait constante et aurait des exacerbations fréquentes sous forme de coliques.

Au palper, je sens une tumeur allongée du volume de deux poings : son grand diamètre est vertical; elle est douloureuse à la pression, légèrement mobilisable latéralement, mate à la percussion superficielle, mais sonore à la percussion profonde; aucun péristaltisme.

Dans les deux flancs je trouve un peu de matité.

Le malade aurait eu un gaz dans la matinée, la langue est sèche et chargée.

Mon diagnostic est volvulus du cæcum; je le base sur l'énorme ballonnement du ventre, les phénomènes atténués d'occlusion, le léger mouvement fébrile survenant le 3e jour, la matité des deux flancs, l'anamnèse d'un état analogue il y a 3 ans, mais de 24 heures de durée seulement; enfin et surtout sur le syndrome de von Wahl. présence d'une tumeur dans le flanc droit, avec les caractères précédemment décrits.

Opération. — L'opération fut acceptée et pratiquée à 3 heures le même jour au pensionnat de l'hôpital civil, avec l'aide de mon collègue, le Dr Schuhl, de nos confrères les Drs Renaud et Pillon, et de mon interne.

Je fis une laparotomie latérale directement sur la tumeur à cause du doute émis par mon collègue sur la possibilité d'une appendicite.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité de sérosité sanguinolente. Après avoir écarté le grand épiploon en dedans, une énorme anse de gros intestin vient faire saillie dans la plaie : c'est le cæcum qui se présente avec son bord interne tourné en dehors et l'appendice. Ces deux organes sont énormément dilatés; l'insertion de l'iléon est également tournée vers le côté droit.

Le cæcum est congestionné, de couleur violacée, avec un lacis vasculaire très développé.

En élargissant l'ouverture de la paroi abdominale, nous apercevons à la direction des bandelettes longitudinales du gros intestin que le côlon est tordu sur lui-même à 15 centimètres au-dessus de la pointe du cæcum, au-dessous de la limite supérieure de la torsion le côlon est aplati.

L'insertion de l'iléon présente le même aplatissement dû à la torsion inférieure.

Le méso-cæcum et le méso de l'angle iléo-cæcal sont très développés.

Enfin l'apparence du cæcum est telle qu'il semble que le péritoine viscéral n'adhère que d'une façon lâche à l'intestin lui-même et que ce dernier s'est déplacé indépendamment de sa gaine péritonéale; cet aspect est dû à l'œdème du revêtement péritonéal.

Le grand épiploon est adhérent par une de ses brides dans une pointe de hernie inguinale droite, je libère cette adhérence, et je la lie; puis je détors le cæcum. Cette détorsion après quelques tentatives réussit, et le contenu du cæcum se vide avec bruits de gargouillement dans le côlon ascendant.

Je referme le péritoine, je suture les muscles isolément, puis la peau.

Dès le réveil du malade, ses douleurs dans le flanc droit avaient disparu.

Après 48 heures, il y eut une selle et des gaz, puis une forte débâcle de matières liquides et solides.

Le 4e jour, la température s'éleva à 38°, à cause d'un petit abcès de la paroi, dont l'ouverture fit tout rendrer dans l'ordre.

Le 12e jour le malade se leva, et le 15e jour, il put quitter l'hôpital, guéri.

Il s'agissait dans ce cas d'un de ces vices de position du gros intestin, assez rares d'ailleurs, dans lequel le cæcum a subi une rotation autour de son axe vertical, ce qui avait amené une obstruction au niveau de sa réunion avec le côlon ascendant, et au niveau de l'insertion de l'iléon.

Réflexions. — Ces deux observations ont trait à des affections relativement rares, mais très intéressantes par le mécanisme de leur production et par les difficultés du diagnostic exact, et par conséquent de leur traitement.

En France, un petit nombre d'auteurs se sont occupés de ces lésions d'une façon spéciale. Un des premiers en date semble être Pierre Delbet, dont le mémoire à la Société de chirurgie en 1898 suscita une discussion à laquelle prirent part Routier, Kirmisson, Ch. Monod et Reynier.

Depuis, nous avons eu la communication de Bérard et Delore (de Lyon) au *Congrès français de chirurgie*, 1899 (p. 410); le chapitre 15 des *Leçons de clinique chirurgicale* de P. Delbet (Paris, Steinheil, 1899); et une observation de Guelliot (de Reims) (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XXV, p. 335).

Enfin Lejars, dans son excellent *Traité de chirurgie d'urgence*, fait allusion au traitement du volvulus du gros intestin.

Les auteurs allemands, depuis le travail de Zoege von Manteuffel, qui est un chirurgien de nationalité russe (*Arch. für klin. Chir.*, Bd 41, p. 570), ont multiplié les publications sur ces vices de position de l'intestin et sur l'occlusion qui en est la conséquence.

Les plus récentes sont celles de A. von Bergmann, de von Eiselsberg, de C. Bayer, de H. Braux, de Riedel, de H. Hœckel, de von Schiemann, de Friele, de Weinreich, etc., de Zoege von Manteuffel aussi, dont les observations sont relatées dans le *Centralblatt für Chirurgie* entre les années 1895 et 1900.

Ces vices de position de l'intestin peuvent se diviser en trois groupes :

Le premier comprend les cas excessivement rares de torsion de la totalité ou de la presque totalité du mésentère autour de son pédicule;

Le deuxième groupe renferme les cas beaucoup plus fréquents de torsion du cæcum ou de l'S iliaque autour de son pédicule mésentérique. C'est le volvulus proprement dit;

Enfin le troisième groupe, les cas assez peu nombreux de rotation d'une portion du gros intestin, autour de son axe vertical ou mieux de l'axe de sa lumière.

Les deux observations de Delbet rentrent dans le premier groupe, ainsi que quelques observations incomplètes relatées à l'occasion de la discussion de son rapport.

Les six observations de Bérard et Delore sont également considérées par ces auteurs comme se rapportant à ce groupe, mais la lecture des observations ne permet pas de souscrire sans réserve à leurs conclusions; la torsion isolée d'une anse grêle nous paraissant assez pro-

blématique, sans qu'une autre cause ne survienne pour la fixer.

Ma première observation rentre dans cette première classe d'obstruction par vices de position de l'intestin.

Les symptômes de cette lésion, que Delbet et Bérard ont rencontrés chez des adultes, et que nous avons observés chez un enfant de 3 ans, sont assez peu nets pour que le diagnostic n'en ait jamais été fait avant l'intervention.

Et cependant l'on ne peut qu'être frappé de la similitude parfaite des symptômes décrits par Delbet comme caractéristiques de cette torsion, de tout ou de presque tout le mésentère autour de sa racine avec ceux que j'ai moi-même observés, à savoir :

1° La rapidité du météorisme et son volume;

2° La rareté des vomissements fécaloïdes ou même leur absence complète;

3° La production d'un épanchement ascitique assez rapide et assez abondant;

4° L'atténuation des symptômes de stricture, qui permet quelquefois à ces lésions de mettre 12 et 15 jours avant de provoquer un dénouement fatal.

Cette atténuation des signes de l'occlusion se remarque d'ailleurs dans toutes les occlusions par vice de position de l'intestin, y compris l'invagination dont nous ne nous occupons pas ici.

Les deuxième et troisième groupes ont des signes cliniques absolument identiques, et l'opération seule permet de les distinguer.

Nous retrouvons encore ici des symptômes semblables à ceux du groupe précédent et d'autres en plus, qui, souvent, comme dans notre dernière observation, permettent d'établir le diagnostic avant toute intervention :

1° La rareté des vomissements fécaloïdes;

2° L'atténuation des signes d'occlusion; la perméabilité de l'intestin n'étant pas abolie d'emblée comme elle l'est dans une bride ou dans un anneau;

3° Production d'une ascite plus ou moins considérable et que la percussion des flancs permet de découvrir;

4° Enfin le syndrome de von Wahl, syndrome très important qui nous a permis d'établir le diagnostic. Ce syndrome ne nous paraît pas avoir été décrit dans les dernières publications françaises d'une façon très exacte.

L'anse dont le pédicule est tordu, et qui est presque toujours le cæcum ou l'S iliaque, se distend à l'excès avant qu'un météorisme généralisé ne se soit produit. Elle s'immobilise, devient dure au palper, et tranche par un certain degré de matité sur le reste de l'abdomen.

Cette anse a une forme variable; le plus souvent c'est un boudin vertical ou oblique logé entre la fosse iliaque et le rebord des fausses côtes. Elle a la rénitence et la dureté d'une tumeur, elle peut être légèrement déplacée latéralement, et donne quelquefois par sa saillie une apparence asymétrique au ventre.

Ce syndrome était d'une netteté remarquable dans notre cas.

Traitement. — Le traitement des vices de position du premier groupe, c'est-à-dire par torsion de tout le mésentère autour de son pédicule, est facile à formuler en théorie : il s'agit de faire une laparotomie médiane aussi étendue que possible, éviscérer les intestins, et détordre le mésentère, mais s'il est facile à formuler, ce traitement est difficile à mettre en pratique.

Le diagnostic est le plus souvent impossible, la rareté de l'affection n'y faisant pas songer, et les signes que nous avons rapportés après Delbet comme étant ceux de la torsion totale, se rencontrent identiques dans certaines formes de péritonites tuberculeuses, affection, elle, très fréquente.

Enfin, la détorsion est loin d'être facile à exécuter, puisque, à l'autopsie, le ventre largement ouvert, nous avons eu une certaine difficulté à détordre le mésentère et à remettre les choses en place ; la direction de la torsion n'est pas évidente de prime abord.

Le moment n'est pas encore venu où l'opération de cette lésion, basée sur un diagnostic ferme, pourra être exécutée avec des temps réglés.

Il n'en est pas de même pour les deux autres groupes de vices de position : volvulus cæcal et iliaque ou rotation de ces mêmes organes autour de leur axe.

Les symptômes de la lésion sont plus nets, surtout le syndrome de von Wahl. L'éviscération du boudin cæcal ou iliaque seul suffira souvent pour en permettre la détorsion. Il est bon de se rappeler que ce boudin peut être énorme et a été trouvé par certains chirurgiens du volume d'une tête d'adulte.

La conduite à tenir doit varier avec le mode de torsion et l'état de l'anse tordue. Il faut détordre soit le mésocôlon, soit l'intestin.

Si le mésocôlon est très long, et si l'on craint une récidive de la torsion (ces récidives ont été signalées), on peut le raccourcir, ou bien encore la suturer dans la fosse iliaque.

Enfin, pour peu que l'anse ait une tendance au sphacèle, accident assez rapide, si l'on en croit les auteurs, il vaut mieux la réséquer, et pratiquer soit l'entérostomie en canon de fusil, soit l'entérorrhaphie, suivant l'état général du malade et les aptitudes du chirurgien.

Un mot encore sur la pathogénie des deuxième et troisième groupes de vices de position du gros intestin. Le mésocôlon et le mésocæcum chez ces sujets est toujours très long, de plus ce sont des malades constipés.

Le cæcum et l'S iliaque sont donc très mobiles, et presque toujours remplis de matières lourdes.

Dans un mouvement brusque d'extension ou de flexion de la colonne vertébrale, ou dans un simple effort de toux, ces organes peuvent être lancés sous les fausses côtes ou dans l'épigastre, et les anses grêles s'insinuent sous le gros intestin, l'empêchent de reprendre sa place et fixent soit la torsion, soit la rotation du cæcum ou de l'S iliaque. Cette hypothèse, déjà émise par Zoege von Manteuffel, nous paraît assez plausible.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 Mai 1901.

Tumeur cérébrale.

M. Géraudel montre le cerveau d'un homme qui a succombé dans le coma, après avoir présenté une hémiplégie incomplète du côté droit avec contracture.

On constate un gliome de la couche optique gauche, de la grosseur d'un œuf de poule, ayant refoulé légèrement la capsule interne.

Lipome intra-musculaire de la cuisse.

MM. Souligoux et **Lecène** présentent un lipome de la cuisse, développé chez un jeune homme de 20 ans. La tumeur

était infiltrée entre les faisceaux de fibres musculaires, au lieu d'être circonscrite comme d'ordinaire.

M. Milian a observé un lipome des muscles de la nuque, également infiltré ; l'ablation en fut pratiquée par M. Guinard.

Nématodes dans la paroi cæcale du faisan.

MM. Letulle et **Marotel** montrent des préparations et des photographies de nématodes logés dans la paroi du cæcum de faisans. On ne retrouve pas les traces de la pénétration des nématodes ; ceux-ci occupent le tissu sous-muqueux ou musculaire ; ils forment de grosses masses végétantes, orientées autour des vaisseaux sanguins. Les masses se tassent et constituent de véritables fibromes périvasculaires ; jamais il ne se produit de suppuration.

Pneumopathie post-typhoïdique.

MM. Cornil et **Célos** présentent des préparations du poumon d'un typhique qui fut atteint, pendant plus de 2 mois 1/2 après sa dothiénentérie, de phénomènes pulmonaires prolongés. A l'œil nu, les lésions rappelaient la tuberculose par leur disposition nodulaire.

Au microscope, les alvéoles contiennent de la fibrine, quelques leucocytes, et sont tapissés d'un épithélium cubique ou cylindrique ; les vaisseaux sanguins sont très dilatés ; le tissu conjonctif interstitiel est un peu épaissi et infiltré par places d'amas de leucocytes. On constate des streptocoques, mais pas de bacilles d'Eberth. C'est de la pneumonie chronique catarrhale et interstitielle.

Rupture transversale de l'aorte.

M. Letulle apporte une pièce trouvée à l'autopsie d'une femme de 72 ans, morte subitement. On constate une rupture de l'aorte en deux points différents : une section transversale prenant presque toute la circonférence de l'aorte, à quelques millimètres de la naissance du vaisseau ; et, d'autre part, au niveau de la concavité, une rupture de moindre étendue, n'intéressant pas cette fois toute l'épaisseur de la paroi, et ayant déterminé la formation d'un anévrysme disséquant. L'aorte était amincie, sans athérome apparent.

Fibrome du ligament large.

M. Pasteau présente un volumineux fibrome du ligament large. Cette tumeur, du poids de 11 livres, a été enlevée chez une femme de 39 ans ; elle était pédiculée sur la partie latérale droite de la portion sus-vaginale du col. L'uretère était dévié, croisait la face postérieure de la tumeur, puis s'insinuait sous le pédicule de la tumeur pour aller gagner la vessie. Après la décortication du fibrome, sur une longueur de 10 à 12 centimètres, l'uretère se trouvait accolé à la poche flottante constituée par le péritoine. En même temps que le fibrome, existait un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit, qui a été enlevé. L'utérus a été laissé en place ; les suites opératoires ont été simples.

Rhumatisme déformant et pachyméningite.

M. Touche apporte des préparations histologiques de la moelle d'une jeune fille qui était atteinte de rhumatisme déformant. On note de la pachyméningite au niveau du renflement cervical, et les racines, surtout les racines antérieures, semblent altérées.

Anévrysmes de l'aorte.

MM. Langevin et **Dobrovici** apportent deux pièces d'anévrysme aortique. L'une concerne un cas diagnostiqué par la radiographie par M. Béclère ; un anévrysme sacciforme est appendu à la convexité de la crosse ; deux dilatations cupuliformes s'étagent entre la naissance de la crosse et l'anévrysme sacciforme.

L'autre pièce a été prélevée à l'autopsie d'une cancéreuse ; l'aorte est très dilatée, l'anévrysme est circonférentiel ; et l'athérome est très accentué à la face interne de la crosse. Le cœur est remarquablement petit.

Prostatectomie totale.

MM. Albarran et **Robert Proust** présentent une pièce d'ablation de la prostate pour hypertrophie ; l'organe enlevé pèse 86 grammes ; le processus hypertrophique est mixte, glandulaire et fibreux.

L'opération a été pratiquée par le procédé de Gosset et Proust : découverte de la face postérieure de la prostate, section médiane de l'urèthre et de la prostate, énucléation sous-capsulaire de la prostate, en enlevant séparément les lobes droit et gauche.

L'intervention est de date trop récente pour qu'on puisse juger les suites ; mais on peut dès maintenant retenir la grande bénignité de l'acte opératoire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 Mai 1901.

Influence d'une alimentation insuffisante, du travail musculaire et de l'inhalation de poussières sur l'évolution de la tuberculose.

MM. Lannelongue, Achard et **Gaillard**, complétant leurs recherches antérieures relatives à l'influence exercée par le climat sur l'évolution de la tuberculose expérimentale, ont étudié l'action d'une alimentation insuffisante, de l'inhalation de poussières et du travail musculaire sur l'évolution de la tuberculose.

Pour cela, ils ont inoculé, le 19 octobre dernier, une culture de bacilles de Koch dans la plèvre droite de 100 cobayes mâles répartis en dix groupes de poids sensiblement égal, dont les uns devaient servir de témoins, tandis que les autres étaient mis en expérience.

Deux de ces derniers lots furent soumis chaque jour à l'inhalation de poussières, chargées ou non de cultures desséchées de colibacille. Il ne reste qu'un survivant pour chacun de ces deux groupes, tandis que 17 témoins sur 20 vivent encore.

Une troisième série fut enfermée dans des cages étroites, rendant tout mouvement presque impossible ; les animaux reçurent une nourriture abondante, mais furent placés 4 fois par jour, et pour un quart d'heure chaque fois, dans des cages à écureuil, ce qui les forçait à parcourir un chemin d'environ 480 mètres, soit 1 920 fois la longueur de leur corps : ces dix cobayes étaient tous morts le 1er mars.

Un quatrième lot vécut dans des conditions identiques, mais les quatre séances quotidiennes de travail eurent une durée double (une demi-heure chacune) : le dernier de ces animaux a péri dès le 31 janvier.

Un groupe de témoins enfermés dans des cages semblables, soumis au même régime alimentaire, mais ne fournissant aucun travail, n'a donné jusqu'ici que 2 décès.

Pour étudier l'influence du travail et de l'alimentation insuffisante combinés, on a fait exécuter à une série d'animaux ne recevant qu'une demi-ration quatre séances quotidiennes d'un quart d'heure de travail : tous étaient morts le 6 février ; or on a vu que les cobayes soumis au même travail, mais ayant ration entière, ont survécu jusqu'au 1er mars. Enfin, dix animaux restant au repos et à l'alimentation réduite de moitié n'ont succombé que le 1er avril ; ici encore, on rappelle que la série soumise également au repos, mais recevant une nourriture abondante, ne compte jusqu'à présent que deux décès.

La diminution moyenne de poids au moment de la mort a été fort variable dans les divers lots : de 18 gr. 50 centigrammes pour les animaux effectuant, à plein régime, un travail quotidien d'une heure, elle atteignait 63 grammes pour ceux qui, dans les mêmes conditions, fournissaient deux heures de travail ; elle s'élevait à 85 gr. 50 centigrammes dans la série de cobayes restant au repos, mais recevant une alimentation res-

treinte, et à 115 gr. 80 centigrammes pour celle où travail et inanition étaient associés.

Ces expériences prouvent que la perte de poids éprouvée par les cobayes au moment de la mort résulte bien moins de l'infection elle-même que des circonstances adjuvantes; ces conclusions sont vraisemblablement applicables à l'homme.

Recherches sur l'injection de sang et de sérum néphrotoxiques au chien.

M. Bierry. — Le sang de lapins ayant reçu une émulsion de reins de chien est néphrotoxique pour le chien : l'injection de 20 à 30 centimètres cubes de ce sang à un chien de 10 à 12 kilos entraîne une albuminurie intense et, dans certains cas, la mort en 4 ou 5 jours.

Le sang ou le sérum des chiens ainsi rendus néphritiques détermine aussi de l'albuminurie chez les chiens auxquels on l'injecte; les animaux de cette seconde série fournissent à leur tour un sérum néphrotoxique pour des chiens neufs; il semble que l'on puisse continuer l'expérience un nombre indéfini de fois.

Cette action néphrotoxique peut se manifester d'une façon instantanée et s'atténuer progressivement sans toutefois cesser complètement, ou bien se faire sentir peu à peu et augmenter jusqu'au 10° ou au 12° jour, moment où l'albumine devient dosable dans les urines.

Ces propriétés ne sont pas détruites par le chauffage à 55° ou 60° durant une demi-heure, voire même 3 quarts d'heure.

Le sang normal de lapin et de chien, chauffé ou non, ne provoque dans les mêmes conditions qu'une albuminurie passagère, disparaissant en 4 ou 5 jours au plus.

Caractères généraux des processus tératogènes.

M. E. Rabaud adresse une note tendant à démontrer que les processus tératogènes peuvent être classés en deux catégories : les uns, primitifs, interviennent dès le début pour donner à l'organe embryonnaire une physionomie propre, plus ou moins différente du type normal; les autres, consécutifs, n'agissent que sur des ébauches en voie de formation et ont pour effet soit de retarder, soit d'activer la croissance, la différenciation ou le développement.

Recherches sur la maladie des jeunes chiens.

M. Phisalix communique un travail duquel il résulte qu'il a pu identifier un micro-organisme trouvé par M. Lignières dans la maladie des jeunes chiens avec un bacille qu'il a lui-même isolé naguère dans une infection spontanée du cobaye. Il est parvenu, en outre, à vacciner le chien contre la maladie du jeune âge en lui inoculant, à diverses reprises, des cultures de ce microbe atténuées par plusieurs passages sur bouillon de peptone glycériné à 6 p. 100.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 mai 1901.

Echanges respiratoires chez un aliéné.

MM. Vaschilde et Marchand rapportent l'observation d'un aliéné persécuté chez lequel les modifications d'amplitude, de vitesse et de forme des courbes respiratoires suivent toujours à une distance appréciable l'acte mental émotif provoqué. Plus l'émotion est intense, plus le laps de temps est grand. La perception et la réaction mentale, pourrait-on dire, entrent fortement en jeu dans la production de ces phénomènes. Pour préciser ce fait, les auteurs ont mesuré les temps de réaction de leur sujet et ils ont observé que ce dernier réagissait très lentement. Cette lenteur des réactions expliquerait en grande partie ce défaut de rapidité des perceptions et la succession si facile à mesurer des troubles respiratoires.

Névrites expérimentales par injections de sérums toxiques au niveau des troncs nerveux.

M. Dopter. — Comme le sérum d'urémique, certains sérums toxiques donnent lieu aux phénomènes cliniques et anatomiques de la névrite périphérique. Des sérums de cancéreux, d'asystolique et de diabétique injectés au niveau du sciatique de cobaye ont provoqué des altérations de dégénérescence wallérienne plus ou moins accusées suivant le sérum utilisé. Ces expériences confirment pleinement l'hypothèse actuellement admise, que ces accidents nerveux périphériques, survenant au cours de ces états toxhémiques, reconnaissent pour cause l'action des substances toxiques qui, en circulation dans le sang, imprègnent les éléments nerveux, en troublent la structure et les fonctions.

En ce qui concerne le diabète, on sait, d'après Pitres et Auché, que le sucre n'engendre que des lésions insignifiantes. L'acide oxybutyrique β, l'acide diacétique donnent des résultats négatifs; l'acétone, au contraire, produit des lésions de dégénérescence wallérienne bien caractérisées. Il semble donc que l'acétone joue un certain rôle dans la genèse des névrites périphériques diabétiques; mais ce rôle n'est peut-être pas exclusif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 Mai 1901.

Sur l'analgésie médullaire cocaïnique.

M. Bazy n'a fait pratiquer dans son service qu'une seule rachi-cocaïnisation, chez un malade à vessie très irritable, et chez lequel il pensait de cette façon pouvoir rendre l'exploration plus facile. L'anesthésie se montra parfaite; par contre, il observa une rétraction de la vessie telle, qu'il lui fut impossible d'y injecter la moindre quantité de liquide. Si ce cas n'est pas une exception, il semble qu'on est en droit d'en conclure qu'il ne faut pas recourir à la rachi-cocaïnisation dans les lithotrities.

Mais cette méthode d'anesthésie, dont la technique paraît d'ailleurs très simple, a d'autres inconvénients plus graves : elle fait assister les malades à toutes les péripéties de leur opération; les vomissements qui se produisent au cours de celle-ci peuvent être très gênants; la céphalée post-opératoire est parfois excessivement pénible; enfin et surtout, la cocaïne est capable de causer des accidents mortels. Au cours de ses recherches sur l'absorption de la vessie, M. Bazy a noté plusieurs fois chez les animaux en expérience un œdème du poumon qui ne survenait qu'après l'injection de cocaïne, ce qui fait croire que dans le cas de mort de M. Tuffier, l'œdème pulmonaire devait reconnaître la même origine.

En somme, la rachi-cocaïnisation est très inférieure à l'anesthésie générale, sans compter que celle-ci peut être poussée, arrêtée, reprise au gré de l'opérateur, tandis qu'après une injection de cocaïne il est impossible de régler les effets de cette substance : il faut les subir tous, jusques et y compris les effets mortels.

M. Gérard Marchant apporte dans ce débat une observation de rachi-cocaïnisation, mais il la croit démonstrative au premier chef. Il s'agit d'une femme atteinte de fibrome utérin avec hémorrhagies abondantes et chez laquelle il était nécessaire d'intervenir au plus tôt. N'osant pas recourir à l'anesthésie générale à cause d'une affection cardiaque très grave que présentait la malade, M. Gérard Marchant pria l'interne de M. Tuffier de vouloir bien lui faire une injection sous-arachnoïdienne de cocaïne. Or le résultat fut réellement merveilleux : l'analgésie se montra parfaite pendant toute la durée de l'opération, qui dura 25 minutes; la malade ne présenta ni vomissements, ni céphalées; bref ce fut un succès complet.

M. Routier a pratiqué une demi-douzaine de rachi-cocaïnisations pour de petites interventions sur le périnée, les organes génitaux, et sur les membres inférieurs. Toujours il a obtenu des résultats anesthésiques parfaits; les accidents qu'il a observés : vomissements, céphalée, n'ont jamais été sérieux. Il avait donc tout lieu d'être satisfait de la méthode, et s'il y a

renoncé, c'est uniquement parce qu'il lui reproche de permettre aux malades d'assister à leur propre opération. C'est là un inconvénient grave, qui fait que M. Routier continue à se servir de l'anesthésie générale, dont il n'a d'ailleurs qu'à se louer.

M. Guinard n'a eu recours à la rachi-cocaïnisation qu'une seule fois pour trépaner une colonne vertébrale dans un cas de méningite spinale et streptococcique : or son malade a souffert pendant toute la durée de l'opération. M. Guinard se demande s'il n'est pas possible que ce soit précisément cet état inflammatoire des méninges qui ait empêché la cocaïne d'agir comme elle le fait sur les méninges normales.

Deux cas d'occlusion intestinale par torsion de l'intestin.

M. Broca. — (Voir page 445.)

M. Guinard a opéré, il y a trois jours, un volvulus limité au côlon transverse : la distension de l'anse tordue était énorme. Il fait la détorsion, et la malade est en voie de guérison : ici également l'établissement d'un anus iliaque eût été parfaitement inutile.

M. Quénu a observé une occlusion intestinale subaiguë par torsion du mésentère. Il intervint au 18e jour : le mésentère formait une corde infiltrée et tendue qui étranglait d'une part le côlon transverse, d'autre part l'intestin grêle. Malgré la détorsion, le malade mourut le lendemain. La morale qui se dégage de ce fait, c'est que, même dans ces cas d'occlusion à évolution lente, il faut opérer de bonne heure.

M. Delbet a observé un cas de volvulus absolument semblable à celui de M. Guinard chez un enfant de six ans. Il ne fut appelé à intervenir qu'au bout de cinq jours, il fit la détorsion, mais le petit malade mourut.

M. Lucas-Championnière a été également témoin d'un fait analogue à celui qu'a rapporté M. Guinard ; dans ce cas, non seulement le gros intestin était tordu, mais il englobait le petit intestin, qui était pris comme il l'est d'ordinaire dans les sacs secondaires. On fit la détorsion, et le malade guérit malgré sept jours d'obstruction.

M. Tuffier a observé chez un homme atteint de hernie inguinale un étranglement intestinal par l'épiploon tordu sur lui-même et fixé par son extrémité au col de la hernie. Il réséqua cet épiploon, qui était déjà en voie de sphacèle, et le malade guérit.

M. Schwartz a eu également l'occasion d'observer un cas de renversement total de l'intestin par torsion du mésentère. Il n'intervint pas à temps et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva le mésentère tordu et barrant d'une part le jéjunum et d'autre part l'iléon ; en déroulant ce mésentère, on fut frappé de sa longueur démesurée. Il y a là certainement une cause prédisposante à la torsion de cet organe.

Fracture fermée du fémur traitée par la suture.

M. Mignon présente un jeune soldat qui, à la suite d'une chute d'un deuxième étage, s'était fracturé la mâchoire inférieure, la rotule et la cuisse. On ne toucha pas à la rotule, dont la fracture était insignifiante. La mâchoire fut réduite et suturée avec un résultat parfait. Quant à la fracture de cuisse, qui portait à 15 centimètres environ au-dessus du genou, M. Mignon essaya d'abord de la traiter à l'aide de l'appareil d'Hennequin. Mais ayant constaté à plusieurs reprises, à l'aide de la radiographie, qu'il persistait un chevauchement de plusieurs centimètres entre les fragments au fil d'argent, il se décida à ouvrir le foyer de la fracture et à faire la suture des fragments au fil d'argent. Le succès est complet : le malade marche sans boiterie, la flexion du genou se fait parfaitement, le cal est peu volumineux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 Mai 1901.

De l'ictère acholurique à forme dyspeptique.

MM. Gilbert et **P. Lereboullet** ont fait connaître dans la séance du 2 novembre dernier un type morbide particulier, auquel ils ont donné le nom d'ictère acholurique simple, parmi les formes duquel ils ont décrit une forme dyspeptique. Ils rappellent que cette forme vient d'être rencontrée par M. Chauffard qui en a publié une observation.

Avec M. Castaigne, MM. Gilbert et Lereboullet ont également établi l'an dernier un lien entre un certain nombre de maladies des voies biliaires et les ont groupées sous le nom de famille biliaire. Cette notion d'une communauté d'origine des maladies des voies biliaires semble prouvée une fois de plus par l'observation de M. Chauffard qui a constaté chez son malade une hérédité biliaire minime, mais réelle.

Enfin le 9 mars dernier, étudiant l'état des urines dans l'ictère acholurique, MM. Gilbert et Lereboullet ont signalé ce fait qu'en fractionnant les urines, en les concentrant, en employant le spectroscope et des procédés sensibles tels que celui de Salkowski, on peut dans quelques cas exceptionnels mettre en évidence des traces de pigment biliaire chez les malades du type qu'ils ont étudié. Pareille constatation vient d'être faite par M. Chauffard chez son malade en employant des procédés analogues.

Ces constatations d'ailleurs ne paraissent aux auteurs rien enlever à l'importante notion de l'acholurie (entendue dans le sens d'absence de pigments biliaires dans l'urine, et non d'acides biliaires, ceux-ci semblant seuls décelés par la réaction de Haycraft) ; l'acholurie demeure un des traits fondamentaux de la maladie, au point de vue clinique des urines. De même qu'on ne peut dire d'un individu qui présente des traces minimes et physiologiques de glucose dans son urine qu'il est glycosurique, de même on ne peut confondre les ictères choluriques ordinaires avec ces ictères acholuriques, dans lesquels l'urine examinée par le praticien, le pharmacien ou le chimiste par les procédés ordinaires ne montre aucune trace de bile, et dans lesquels par les procédés les plus perfectionnés elle ne montre qu'une minime quantité de pigments biliaires et encore exceptionnellement. Le terme d'ictère acholurique leur semble donc justifié, car il permet de reconnaître et de grouper les cas.

MM. Gilbert et Lereboullet établissent que, dans les très nombreux faits d'ictère acholurique avec dyspepsie qu'ils ont observés, la dyspepsie était chimologiquement secondaire à l'ictère. Dans certains cas la dyspepsie paraît, comme dans les faits de M. Hayem, avoir joué un rôle causal, mais même dans ces faits on retrouve la notion d'un ictère antérieur très léger, aggravé par la dyspepsie, et celle d'une prédisposition héréditaire. Au point de vue symptomatique la dyspepsie revêt l'allure d'une dyspepsie avec hyperchlorhydrie, comme le prouve l'étude à la fois des symptômes fonctionnels et du chimisme gastrique. Les auteurs signalent les autres signes observés par eux, et établissent le diagnostic de ces faits, et de ceux où il y a dyspepsie initiale, tels que les faits de M. Hayem ; ils montrent le rapport pathogénique entre l'ictère acholurique et la dyspepsie, rapport prouvé par l'efficacité du traitement basé sur cette notion.

De la cholémie anictérique.

MM. Gilbert et **P. Lereboullet** ont fait allusion en novembre dernier, à propos de l'ictère acholurique simple, à un état pathologique très voisin, mais où l'ictère fait défaut, alors que l'on constate un certain degré de cholémie. Ils précisent les caractères de cet état relativement fréquent. On est amené à le reconnaître par l'examen du sérum chez des sujets appartenant à des familles où se retrouvent les autres maladies des voies biliaires et notamment l'ictère acholurique, chez des sujets ayant eu de l'ictère avéré, mais ayant repris depuis un teint normal, chez des sujets souffrant des manifestations diverses que les auteurs ont signalées au cours de l'ictère acholurique. Ils montrent les rapports très étroits de cet état et de l'ictère acholurique simple. On y peut constater aussi, dans les cas où la

cholémie est marquée, un léger degré de cholurie, mais à titre exceptionnel. Les auteurs montrent enfin, que, dans la plupart des maladies du foie, même sans traces d'ictère, on retrouve souvent aussi une cholémie appréciable. Tous ces faits justifient l'importance qu'on doit avec M. Hayem attribuer à l'examen du sérum en matière d'affections hépatiques.

M. Chauffard présente à la Société un malade atteint de cette variété d'ictère chronique des dyspeptiques, dont M. Legendre et M. Hayem ont montré les premiers des exemples.

Après avoir retracé l'histoire clinique de son malade, ses antécédents montrant l'existence d'une hérédité biliaire minime et d'un neuro-arthritisme des plus nets, ses troubles dyspeptiques et neurasthéniques et l'ensemble des symptômes qui reproduisaient les traits du tableau tracé par M. Hayem, MM. Gilbert et Lereboullet, M. Chauffard montre que dans son cas l'urine contient des pigments biliaires en très petites quantités, décelables seulement par les procédés délicats de Salkowski et de Haycraft. La cholurie est minime, comme l'ictère, et lui est proportionnée.

De plus, cette cholurie est discontinue, coupée par des intermittences synchrônes d'élimination du bleu. Il y a dans ce cas intermittences pour le glycose, pour le bleu, pour le pigment biliaire, cholémie identique pendant les périodes de cholurie et d'acholurie, degré très faible et proportionné de l'ictère cutané et de l'ictère urinaire. Tels sont, en résumé, les résultats physiologiques qu'a donnés l'étude minutieuse de ce cas.

Ces résultats n'ont pu être obtenus qu'en recourant à des procédés très sensibles, et, suivant la technique employée, la catégorisation de cet ictère aurait pu être très différente. Par la réaction de Gmélin et le spectroscope, on aurait dit ictère acholurique; par les procédés de Salkowski et de Haycraft, on reconnaît la cholurie; par l'examen fractionné des urines, on conclut enfin à une cholurie intermittente.

L'emploi de ces réactions très sensibles paraît à M. Chauffard destiné à modifier, sur bien des points, les idées en matière de cholurie et à démontrer la fréquence extrême des choluries sans ictère.

M. Chauffard a, par ces procédés très sensibles, étudié les urines d'un grand nombre de malades, et il a vu que très fréquemment ces urines contenaient des pigments que n'avaient pu déceler les procédés jusqu'ici employés. Il est arrivé à cette opinion que les choluries sans ictère sont des plus communes, et bien plus fréquentes que les ictères sans cholurie.

Insuccès de la ponction lombaire et des injections de cocaïne dans un cas de crises gastriques chez une ataxique.

M. Faisans. — Il est utile, en regard des cas où la ponction lombaire et les injections intra-rachidiennes de cocaïne ont donné de bons résultats dans les crises gastriques du tabes, de faire connaître aussi les insuccès de la médication.

Or c'est un insuccès complet que M. Faisans vient d'avoir chez une malade de son service, tabétique et hystérique, chez laquelle, après échec de toutes les médications, il a cru devoir essayer d'abord la ponction lombaire seule, pour diminuer la tension du liquide céphalo-rachidien, puis la ponction lombaire avec injection d'un demi-centigramme de cocaïne une première fois, d'un centigramme une deuxième fois. Les résultats ont été absolument nuls.

De l'abolition des réflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis.

MM. J. Babinski et A. Charpentier. — Dans un travail présenté en juillet 1899 à la Société de dermatologie, nous avons cherché à établir que l'abolition des réflexes des pupilles, et plus particulièrement du réflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire ou du nerf optique et n'est pas associée à une paralysie de la 3e paire, constitue un signe de syphilis acquise ou héréditaire, presque sinon tout à fait pathognomonique.

Les résultats de nos observations ont été confirmés en France par Parinaud et Antonelli, en Allemagne par Kœnig et Erb, en Angleterre par Harris.

Depuis, nous avons eu nous-mêmes assez souvent l'occasion d'observer des faits identiques à ceux que nous avons relatés.

Voici 4 malades actuellement hospitalisés dans le service de l'un de nous et dont l'histoire pathologique vient à l'appui de ce que nous soutenons.

L'une de ces malades est une femme de 34 ans, syphilitique depuis 6 ou 7 ans; elle a actuellement des exostoses syphilitiques et présente, de plus, le signe de Robertson; elle n'a aucune autre manifestation d'affection du système nerveux.

Cette autre femme, âgée de 58 ans, a contracté la syphilis il y a 42 ans, à l'âge de 16 ans; elle a une lésion du nez sur la nature de laquelle on n'a pas été fixé à l'hôpital Saint-Louis; il s'agit d'un lupus tuberculeux ou d'une syphilide; on constate chez elle le signe de Robertson, mais aucun autre signe de maladie organique du système nerveux.

Il en est de même de cet homme, âgé de 48 ans, qui, comme signe objectif de maladie du système nerveux, ne présente que le signe de Robertson. Il est syphilitique depuis l'âge de 33 ans.

Enfin, cette femme, âgée de 52 ans, chez laquelle on ne trouve également que le signe de Robertson comme manifestation d'une affection organique du système nerveux, a, depuis l'enfance, une déformation en lame de sabre du tibia. Il s'agit peut-être de syphilis héréditaire.

Chez ces 4 sujets, à l'examen du liquide céphalo-rachidien, on a constaté de la lymphocytose.

L'abolition des réflexes pupillaires dans les conditions précédemment précisées nous paraît indiquer que le système nerveux central est atteint par la syphilis et que le sujet chez qui on le constate est un candidat au tabes, à la méningo-encéphalite diffuse ou à la syphilis cérébro-spinale.

Sans avoir le droit de l'affirmer, nous sommes portés à croire que c'est un signe certain de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire.

Or, comme ce phénomène n'apporte aucun trouble dans la vision, il doit être recherché systématiquement chez tout individu qui se présente à l'examen du médecin.

Cette donnée nous semble avoir un très grand intérêt pratique, car il y a tout lieu d'admettre que le traitement spécifique est, dans les cas de ce genre, d'une grande utilité.

MM. Bruhl, Dupré, Rendu, citent des faits venant à l'appui de la communication de MM. Babinski et Charpentier.

La valeur du sérum antidiphthérique.

M. Chantemesse. — La question de l'efficacité du sérum antidiphthérique et de l'opportunité de son emploi n'a pas encore cessé d'être discutée. Quelques-uns ont de la tendance à juger de la valeur curative du sérum uniquement sur le résultat brut des statistiques, sans se préoccuper ni de la précocité de l'injection, ni de la dose injectée.

La statistique indique-t-elle une légère augmentation de la mortalité, on en conclut que le sérum a perdu de sa puissance.

Telle n'est pas, à mon sens, la vraie raison de l'augmentation de mortalité, et si j'en juge par les faits observés dans mon service hospitalier, la cause essentielle de la mortalité diphthérique est dans le retard que l'on met à pratiquer les injections de sérum. Ce retard n'est pas dû à l'indolence des médecins, mais à la crainte déplorable qui leur a été inspirée au sujet des dangers du sérum. Ces dangers, il faut le répéter bien haut, n'existent pas ou sont absolument insignifiants, dans l'immense majorité des cas. Pour ma part, dans mon service de crèche réservé aux tout jeunes enfants atteints de la diphthérie, je ne les ai jamais observés pendant une période de 6 ans.

En revanche, j'ai vu que les enfants qu'on amenait étaient souvent, au moment de leur entrée, intoxiqués par la diphthérie depuis plusieurs jours et que le nombre de ceux qui avaient déjà reçu du sérum ne dépassait pas 5 p. 100.

Les chiffres de ma statistique sont tout à fait caractéristiques à ce point de vue.

J'ai fait connaître déjà ceux de 1895 qui donnaient 12 p. 100 de mortalité. C'était l'époque qui suivait de près la communication de M. Roux à Buda-Pest et pendant laquelle les médecins

pratiquaient volontiers d'assez bonne heure les injections sérothérapiques. Du mois de mars 1896 au mois de mars 1901, j'ai reçu dans mon service 476 petits malades atteints de diphthérie, 70 ont succombé, soit une mortalité totale de 16,80 p. 100.

Cependant, en ce qui concerne la date des jours où sont morts les 70 petits malades, on remarque que 15 ont succombé le jour même de leur entrée, 29 le lendemain et 12 le surlendemain, c'est-à-dire que 56 d'entre eux sur 70 ont été amenés à l'hôpital étant déjà profondément intoxiqués par la diphthérie, trop tard par conséquent pour pouvoir bénéficier entièrement des injections de sérum qu'on leur a pratiquées à leur arrivée. On peut dire que bon nombre d'entre eux aurait survécu si l'on avait institué plus tôt le traitement sérothérapique.

L'observation que j'apporte ici n'est pas un cas isolé. Beaucoup de nos collègues des hôpitaux d'enfants ont fait la même constatation.

Il faut donc redire aux médecins praticiens qu'il est nécessaire, pour guérir presque à coup sûr la diphthérie, d'intervenir avec le sérum dès le début, dès que s'impose la suspicion de la présence de la diphthérie. Il est dangereux d'attendre toujours, avant de pratiquer une injection de sérum, que le diagnostic soit définitivement confirmé par la clinique ou par la culture bactériologique.

Qu'importe que le diagnostic soit encore hésitant. Après le nombre immense des injections pratiquées d'après quelques années, on peut dire qu'elles sont sans danger.

Mon observation personnelle me porte à considérer le sérum antidiphthérique, ayant vieilli dans les flacons et contenant de petits flocons de fibrine précipités, comme parfaitement efficace et provoquant des érythèmes plus rarement que le sérum frais.

Sur la ponction lombaire contre la céphalée des brightiques.

M. Pierre Marie. — Dans la dernière séance, à propos d'un cas présenté précédemment à la Société par mon interne M. Guillain et par moi, M. Babinski a fait une revendication de priorité, en rappelant qu'il y a 3 mois il a émis l'opinion que l'urémie à forme cérébrale pourrait être favorablement influencée par la ponction lombaire. Je dois déclarer qu'en ce qui me concerne il ne saurait me venir à l'idée de réclamer une priorité sur ce point, par la bonne raison que, depuis 6 ans au moins, la ponction lombaire, dans l'urémie, a été faite en Allemagne par un certain nombre des cliniciens les plus distingués de ce pays, tels que Quincke, von Leyden, Führbringer, Stadelmann, Lichteim, etc., et que les résultats qu'ils ont obtenus ont été publiés soit à la Société de médecine interne de Berlin en 1895, soit depuis, en 1896, 1897, 1898, dans différents mémoires.

De la comparaison de mon cas et de ceux des médecins allemands précités, il semble ressortir un fait : c'est que la ponction lombaire peut donner des résultats favorables quand l'urémie est d'intensité moyenne et de date récente, mais que cette intervention est impuissante dans les cas d'urémie ancienne et surtout d'urémie convulsive.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 Mai 1901.

Apoplexie avec aphasie d'origine hérédo-syphilitique; stigmates dentaires, guérison.

M. Gaucher communique l'observation d'une malade hémiplégique et aphasique. Comme elle avait accouché 2 mois auparavant, M. Gaucher crut tout d'abord à des accidents emboliques d'origine puerpérale. En examinant la malade avec plus de soin, il s'aperçut qu'elle présentait des altérations dentaires très suspectes; les dents sont petites, les incisives inférieures sont légèrement érodées, les supérieures sont dentelées; les canines ont toutes le sommet atrophié; enfin les quatre premières molaires sont érodées sur leur face triturante; ce dernier caractère est de beaucoup le plus important au point de vue de l'hérédo-syphilis, car les cuspides de ces dents sont les seules qui se calcifient pendant la vie intra-utérine.

Sur ce seul signe et malgré l'absence de tout autre stigmate de syphilis, M. Gaucher ordonna le traitement spécifique, frictions et iodure. Au bout de 48 heures, la malade pouvait articuler quelques mots; au bout de 6 semaines, elle était complètement guérie.

Cette année, M. Gaucher a eu une confirmation éclatante du diagnostic. Cette femme est revenue le voir, présentant, sur les deux jambes, des gommes caractéristiques.

Nous avons donc ici une observation indubitable de syphilis cérébrale héréditaire très tardive. Quelques observations analogues ont déjà été publiées, mais en les étudiant de près, M. Gaucher a vu qu'elles étaient toutes relatives à des méningites gommeuses. Dans notre cas, au contraire, il y a eu ictus apoplectique, hémiplégie et aphasie, par conséquent artérite sylvienne. Pour compléter l'observation, M. Gaucher ajoute que l'enfant est mort quelques jours après sa naissance sans aucun signe de syphilis, ce qui élimine l'idée de syphilis conceptionnelle. Quant au mari, il a été impossible de le retrouver, par conséquent de l'examiner.

M. A. Fournier tient à souligner l'importance considérable de cette observation. Elle démontre d'une façon incontestable la possibilité d'accidents cérébraux hérédo-syphilitiques à l'âge de 22 ans. M. Fournier a recherché dans ses notes les faits comparables à celui-là, il en a trouvé un certain nombre concernant des enfants de 7, 10, 12 et 15 ans; après 17 ou 18 ans, ils paraissent beaucoup plus rares; cependant il a eu un cas à 22 ans. Cela prouve, une fois de plus, ce que nous savions, du reste, déjà : que la syphilis héréditaire tardive peut être beaucoup plus tardive qu'on ne pense. En prenant en bloc l'ensemble des manifestations viscérales et cutanées, M. Fournier en a trouvé qui ont apparu à 35 ans, à 40 ans et même, dans un cas, à 66 ans.

Un autre point sur lequel on ne saurait assez insister, c'est la valeur diagnostique considérable des altérations dentaires.

Pelade trophonévrotique.

M. Jacquet a présenté une jeune femme qui offre de l'érythème facial prédominant à gauche; elle a de l'hyperesthésie, de l'hyperthermie et de l'hyperhidrose faciales également à gauche; elle a eu des épistaxis par la narine gauche, enfin elle a eu une plaque de pelade qui a débuté à gauche et ne s'est un peu étendue à droite que postérieurement. Or il existe un enchâtonnement de la dernière molaire inférieure gauche, et M. Jacquet pense que c'est là le point de départ de tous les accidents. Une irritation, partie d'un point quelconque et surtout de la bouche, peut être l'origine d'une série de troubles, par excitation ou paralysie, dont la pelade est l'un des plus importants. Si cette hypothèse est exacte, la petite opération qui libérera la molaire enchâtonnée devra faire cesser les troubles divers qu'il vient de nous signaler. Jusqu'ici le traitement local de la pelade est resté absolument sans effet, mais M. Jacquet a la conviction qu'après la suppression de l'épine irritative, la plaque de pelade entrera en régression.

M. Sabouraud vient d'examiner cette pelade et constate qu'il existe une vaste couronne de cheveux massués. La lésion est donc actuellement en pleine activité et le traitement local n'a jusqu'ici nullement modifié ses allures extensives. L'expérience que va faire M. Jacquet se présente donc dans de très bonnes conditions et sera fort intéressante à suivre.

Eruption lichénoïde linéaire chez un syphilitique.

M. A. Fournier montre un malade qui présente, sur toute la longueur du bras, une éruption linéaire d'aspect psoriasiforme ou plutôt lichénoïde. Le malade a, en outre, des symptômes indéniables de syphilis secondaire. L'éruption lichénoïde est-elle aussi d'origine syphilitique? l'auteur incline à le croire.

M. Gaucher pense que chez le malade de M. Fournier la lésion élémentaire qui est, en somme, une papule squameuse lichénoïde, n'a d'exceptionnel que son groupement en bande. D'après lui, elle est de nature syphilitique, et il rappelle qu'il a décrit avec Barbe des syphilides zoniformes.

M. Hallopeau montre un malade présentant aussi une éruption lichénoïde en bande sur la cuisse et la jambe; l'éruption est survenue à l'âge de 26 ans et est actuellement en voie de régression. Pour l'auteur, il s'agit de troubles tropho-névrotiques qui peuvent constituer des *loci minoris resistentiæ* dans lesquels viennent se localiser des agents pathogènes, tels que ceux du lichen de Wilson, du psoriasis et peut-être aussi, d'après le fait que vient de communiquer M. le professeur Fournier, celui de la syphilis.

Kératose folliculaire.

M. Du Castel présente un garçon de 20 ans, bien portant, chez lequel s'est développée depuis 2 mois une affection caractérisée par de petites saillies villeuses cornées, ayant pour centre les follicules pileux. La base de chaque élément est formée par une papule érythémateuse. Les lésions sont localisées surtout sur les hanches, les flancs, les parties supérieures et postérieures des bras et le cou. Il s'agit, en somme, d'une sorte d'acné cornée. On pourrait penser à la kératose pilaire, mais les lieux d'élection de cette dernière maladie sont ici indemnes.

M. Barbe croit qu'il s'agit d'un cas de kératose folliculaire contagieuse de Brooke.

Tuberculides.

M. Gastou présente 2 malades atteints d'adénites cervicales et d'abcès multiples, et chez lesquels on constate des lésions cutanées papulo-ulcéreuses et nécrotiques. Chez l'un de ces malades, les lésions ont l'aspect habituel des tuberculides. Chez l'autre, elles sont surtout eczématiformes et lichénoïdes. Il est remarquable que l'apparition de ces lésions coïncide avec des poussées d'adénite cervicale.

M. Barthélemy constate, dans ce cas, des lésions analogues à ce qu'il a décrit sous le nom de folliclis, et qui paraissent ici en rapport avec la tuberculose. Quant aux lésions lichénoïdes, il ne les rattache pas à la tuberculose et croit à une simple coïncidence.

M. Gastou. — Ne peut-on pas admettre que ces altérations simulant le lichen sont produites par les toxines tuberculeuses sans être, à proprement parler, de nature tuberculeuse, et l'expression de para-tuberculeuse ne serait-elle pas justifiée pour les désigner?

M. Darier. — Sur les préparations histologiques provenant de ce malade, on peut constater l'existence de tissu épithélioïde renfermant des cellules géantes; c'est tout à fait la structure du tissu tuberculeux; le microscope confirme donc le diagnostic clinique et il croit qu'il s'agit d'un cas de tuberculides polymorphes avec prédominance de la variété acné cachectique.

Accidents provoqués par la piqûre des épines de l'ononis spinosa, vulgairement appelée bougrane.

MM. Hallopeau et Fouquet. — Cette épine donne lieu à un gonflement considérable de la partie atteinte avec douleurs intenses; il se produit fréquemment une suppuration consécutive; ce n'est qu'au bout d'un mois que les parties reprennent leur aspect normal.

Accident provoqué par le baume du Pérou dans le traitement de la gale.

M. Hallopeau. — Il s'agissait d'une gale d'intensité moyenne avec des placards d'eczéma sur le bas-ventre; à la suite de la frotte, pratiquée en ville dans un établissement spécial, il s'est produit de larges ulcérations atrocement douloureuses; elles n'ont été cicatrisées qu'au bout d'un mois de séjour au lit. Ce traitement est donc réellement dangereux et à rejeter d'une manière absolue chaque fois qu'il existe un certain degré d'irritation cutanée.

Histologie de l'hidradénome.

M. Gasmann lit une note sur ce sujet, il conclut que les petites tumeurs ont pour origine des bourgeons épithéliaux d'origine glandulaire et que l'épithélium des kystes est en continuité avec celui des glomérules sudoripares.

Balanite clitoridienne à spirilles de Berdal et Bataille.

M. Gastou présente, au nom de **M. Druelle**, une préparation de spirilles provenant d'une vulvite clitoridienne érosive; cette affection rappelle, par ses caractères cliniques, la balano-posthite de l'homme, et les deux affections proviennent probablement l'une de l'autre par contagion.

Diagnostic cytologique des dermatoses squameuses.

MM. Gastou et Vieira ont trouvé que dans les squames il existe des types cellulaires assez constants pour chaque dermatose. Un premier type (corné) est caractérisé par des cellules épidermiques plates sans noyaux (tricophytie, érytrasmo-pityriasis versicolor, etc.). Dans un second type (malpighien), les cellules sont polygonales et nucléées (pityriasis simplex, séborrhée sèche). Il peut y avoir association de leucocytes sans fibrine (séborrhéide) ou avec fibrine (eczéma flanellaire). Enfin, dans un troisième type mixte, il y a réunion des diverses espèces cellulaires (psoriasis, syphilides psoriasiformes, etc.).

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 9 Mai 1901.

Placenta kystique.

MM. Demelin et Jeannin ont observé un cas de kyste très volumineux du placenta chez une femme accouchée à Lariboisière. Après l'accouchement, l'abdomen restant gros, on pensa à une grossesse gémellaire, puis, au moment de la délivrance, on s'aperçut que le placenta portait, au niveau de sa face fœtale, un kyste gros comme une tête d'enfant. Ce kyste, d'origine choriale, contenait de la sérosité roussâtre et des caillots anciens. Il s'agissait donc d'un kyste kératique ayant soulevé l'amnios. Ce qui est curieux dans le cas, c'est que ce kyste n'a pas empêché l'enfant de se développer et de naître vivant et bien portant.

Un cas de malformations plastiques du fœtus.

M. Bonnaire a présenté dernièrement à la Société un fœtus atteint d'éventration qui offrait, en outre, une scoliose très prononcée. Il vient d'observer un autre cas qui peut se rapprocher du précédent. Cependant, ici, le fœtus est beaucoup plus âgé (6 mois environ); de plus la malformation est limitée à une scoliose compliquée d'asymétrie pelvienne. Ces anomalies sont probablement dues à une insuffisance de liquide amniotique, le fœtus ayant été comprimé dans l'utérus.

Infection généralisée d'origine ombilicale.

M. Porak a beaucoup insisté, dans ces derniers temps, sur la fréquence et l'importance des infections d'origine ombilicale chez le nouveau-né. Il vient d'en observer un nouvel exemple. Il s'agit d'un nouveau-né en bonne santé apparente qui, quelques jours après sa naissance, alors que le cordon était tombé normalement, présenta un érysipèle de la main gauche qui s'étendit au bras. L'enfant étant mort peu de temps après, on trouva de la phlébite et de l'artérite ombilicales, alors que la région de l'ombilic paraissait absolument saine pendant la vie. En interrogeant le personnel, M. Porak apprit que l'enfant avait été baigné dans une baignoire sale.

A ce propos, M. Porak insiste particulièrement sur les soins que l'on doit prendre pour éviter les infections ombilicales. Il faut écraser le cordon avec une pince au ras de la peau, ne pas

baigner l'enfant dans les jours qui suivent la naissance et faire le pansement ombilical avec les plus grands soins.

M. Maygrier a observé un cas semblable. Il s'agissait d'un enfant qui, jusqu'au 7e jour, ne présenta rien d'anormal. L'ombilic paraissait tout à fait sain, et cependant le 8e jour survint de la fièvre, de l'agitation, un mauvais état général, etc. Puis il se forma bientôt un abcès dans le testicule droit. La mort ne tarda pas à survenir. A l'autopsie, on trouva la veine ombilicale épaissie et remplie de pus. Il existait, en outre, des petits abcès dans l'intérieur du foie et de la méningite suppurée. M. Maygrier n'a pas pu retrouver la cause de cette infection d'origine ombilicale, mais il est de l'avis de M. Porak pour attirer l'attention des médecins sur cette cause peu connue d'infection des nouveau-nés.

Déformations plastiques du fœtus dans les présentations du siège.

MM. Bonnaire et Schwab. — On a l'habitude de dire que dans les présentations du siège la tête du fœtus est ronde, régulière et se distingue ainsi des autres présentations. Cependant, dans un certain nombre de cas, la tête est asymétrique, aplatie au niveau du pariétal antérieur. Cet aplatissement est dû probablement à la pression de l'utérus. Dans d'autres cas, elle présente de la dolichocéphalie, c'est-à-dire un allongement dans le sens entéro-postérieur. Quand le liquide amniotique est insuffisant, les modifications peuvent être encore plus prononcées: on peut voir alors l'épaule s'imprimer plus ou moins profondément sur la tête inclinée latéralement. Le crâne du fœtus ressemble à un rein.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 13 Février 1901.

Méningo-encéphalite gommeuse.

M. Spillmann (père) présente le cerveau d'un malade âgé de 52 ans entré dans son service le lundi 21 janvier.

Cet homme, d'une constitution robuste, avait contracté un chancre syphilitique à la lèvre inférieure à l'âge de 40 ans. La cicatrice de ce chancre est encore visible. 2 ans après, ictus apoplectiforme avec hémiplégie gauche consécutive. A la suite d'un traitement spécifique une amélioration rapide se produisit, mais le malade conserva de l'impotence du bras gauche. Dans la journée du samedi 19, le malade était très gai et chantait. Le dimanche matin on le trouva dans son lit, la face tuméfiée, les lèvres violacées, présentant à tout instant des crises épileptiformes avec mouvements convulsifs limités au côté gauche de la face, au bras et à la jambe du même côté.

Le lundi matin, le malade est dans le même état; la face, les extrémités sont cyanosées; la tête est convulsée à gauche, la langue est tuméfiée et présente des traces de morsure. Le malade a, toutes les 5 à 6 minutes, une crise d'épilepsie jacksonienne qui dure de 1 à 2 minutes. Après ces crises il reprend connaissance et répond assez bien aux questions posées. On fait une application de sangsues au niveau des apophyses mastoïdes; lavement purgatif; injection de 6 gouttes d'huile grise.

L'état est le même le mardi matin; les crises sont moins espacées.

M. le professeur Gross, invité à vouloir bien examiner ce malade en vue d'une intervention chirurgicale, conclut à la trépanation. Elle est pratiquée le matin même, au niveau de la zone rolandique. Le cerveau est mis à nu; on constate des traînées jaunâtres le long des vaisseaux, mais il n'y a ni épanchement sanguin ou purulent ni tumeur.

Malgré l'intervention chirurgicale les crises deviennent de plus en plus fréquentes, elles s'imbriquent, et au bout de 24 heures le patient tombe dans un état comateux et meurt.

A l'autopsie on constate un ancien foyer de ramollissement occupant la zone rolandique; à ce niveau la masse cérébrale présente une dépression de près d'un centimètre de hauteur, avec destruction presque complète de la substance corticale. Dans toute la région rolandique les méninges présentent des traînées jaunâtres, péri-vasculaires (infiltration gommeuse).

Il n'y a ni lésion osseuse du crâne ni gommes dans la substance cérébrale.

Volumineux tubercules cérébraux chez des enfants.

M. Haushalter trouva chez un enfant de 2 ans, mort de méningite tuberculeuse, outre les lésions classiques de cette forme de méningite, trois volumineux tubercules cérébraux siégeant, l'un dans un des lobes frontaux, un autre dans un des lobes occipitaux, l'autre sur la couche optique du côté gauche; ce dernier faisait une énorme saillie dans la cavité du 3e ventricule. Chacun de ces tubercules avait le volume d'un gros marron. Ils s'étaient développés insidieusement et aucun signe n'avait pu faire soupçonner leur existence bien qu'ils fussent nécessairement bien antérieurs à la méningite tuberculeuse.

Chez un autre enfant de 2 ans 1/2, atteint de tuberculose généralisée subaiguë et mort de convulsions, M. Haushalter découvrit, dans un des lobes frontaux et dans un des lobes occipitaux, un gros tubercule du volume d'une noix; les premières manifestations de leur existence furent les convulsions au cours desquelles succomba l'enfant.

Il est d'ailleurs fréquent que les tubercules cérébraux demeurent latents; le système nerveux, dont les éléments ne sont pas détruits, mais lentement et progressivement refoulés par le néoplasme tuberculeux, s'habitue jusqu'à un certain degré à leur présence.

Cerveau d'une hémiplégique.

M. Bernheim présente le cerveau d'une femme de 69 ans entrée dans son service avec une hémiplégie gauche accompagnée d'hémi-anesthésie et d'hémi-analgésie complètes exactement limitées à la ligne médiane. L'attaque datait de 5 jours; torpeur, coma, mort le 10e jour. On trouva un foyer hémorrhagique occupant les 3/4 postérieurs de la couche optique et détruisant près de la moitié postérieure du segment postérieur de la capsule blanche interne. Ce siège correspond donc exactement au carrefour sensitif.

Ramollissement du lobule pariétal inférieur et attaques épileptiformes.

M. Bernheim présente le cerveau d'une femme de 47 ans qui fut longtemps traitée dans son service pour une insuffisance mitrale avec rétrécissement compliquée de néphrite et d'albuminurie. Cette femme mourut le 19 janvier. Elle avait présenté à plusieurs reprises des attaques épileptiformes; les deux premières le 10 novembre. Elles commençaient par des convulsions localisées au bras gauche, mais se généralisaient presque instantanément; depuis quelques jours, petites absences sans accès, par moments aussi cauchemars et hallucinations nocturnes.

Nouvelle crise épileptiforme le 11 décembre. Malgré l'absence d'hémiplégie on pouvait se demander si l'épilepsie était purement urémique ou s'il n'existait pas un foyer embolique cortical devenu épileptogène peut-être à la faveur de l'urémie.

A l'autopsie, outre le rétrécissement mitral et des reins cardiaques avec petits infarctus anciens, on trouva un foyer de ramollissement cortical mesurant environ 2 centimètres dans ses deux sens, siégeant au niveau de la jonction de la temporale droite avec le lobule pariétal inférieur, à la partie postérieure de la scissure de Sylvius.

Ce foyer existait donc en dehors de la zone corticale motrice: il était latent; mais tout foyer de ramollissement, même non situé dans la zone motrice, comme toute tumeur et toute lésion cérébrale même latentes et ne se révélant par aucun symptôme, peut devenir épileptogène. Les attaques d'épilepsie cérébrale peuvent être jacksoniennes, c'est-à-dire monoplégiques ou hémiplégiques, la convulsion étant localisée, au moins au début de l'accès, au membre ou au côté correspondant au siège de la lésion; mais d'autres fois l'épilepsie est d'emblée générale et ne diffère en rien de l'épilepsie idiopathique.

Un foyer embolique latent et sans symptômes peut devenir épileptogène sous l'influence de la toxémie urinaire qui actionne la plaque jaune.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er mai 1901.

De l'emploi thérapeutique de l'oxygène.

M. E. Aron fait observer que les inhalations d'oxygène sont destinées à favoriser la transformation de l'hémoglobine en oxyhémoglobine; or cette transformation a lieu dans une atmosphère ne contenant que 15 p. 100 d'oxygène; dès lors, il ne saurait être utile de faire respirer de l'oxygène pur, puisque l'air normal contient déjà 21 p. 100 de ce gaz, c'est-à-dire plus que la proportion nécessaire. On ne pourrait atteindre le but recherché qu'en élevant la quantité d'hémoglobine mise en contact, dans l'unité de temps, avec l'air inspiré, ce à quoi on arrive en activant la circulation et en augmentant le nombre et la profondeur des respirations.

Les partisans des inhalations objectent à ce raisonnement que les 14/15 seulement de l'hémoglobine sont saturés par l'oxygène dans l'atmosphère normale, le dernier quinzième ne pouvant être saturé que dans l'oxygène pur. L'orateur accepte la réalité de ce fait; mais il convient de remarquer que la quantité d'oxygène fixée par jour étant de 800 à 900 grammes, son quinzième n'est que 60 grammes pour les 24 heures ou moins de 3 grammes par heure (durée habituelle de l'inhalation): c'est là une quantité absolument inappréciable. Enfin, si une pareille saturation se produisait, il en résulterait, à cause de l'excès d'oxygène dans le sang, une véritable apnée, une respiration entrecoupée par de longues pauses, phénomène que M. Aron déclare n'avoir jamais observé.

Plus récemment, on a prétendu que c'est la dissolution d'oxygène dans le sang, consécutivement aux inhalations, qui produit de bons effets; mais la proportion de gaz ainsi dissous est extrêmement minime; on n'a pas de chiffres précis pour l'homme; chez le chien, elle ne dépasse pas 0,2 p. 100; en admettant qu'on puisse la quintupler et l'amener à 1 p. 100, ce serait encore bien peu en comparaison des 21,6 p. 100 d'oxygène combiné à l'hémoglobine. Le taux de ce dernier peut s'abaisser jusqu'à 10 p. 100, mais il ne saurait guère tomber plus bas sans que la mort survienne par asphyxie: en relevant légèrement ce taux, les inhalations d'oxygène sont susceptibles de prolonger un peu l'agonie, sans influencer si peu que ce soit la dyspnée et la cyanose.

En ce qui concerne l'oxydation des produits de désassimilation, l'organisme sain puise dans l'air atmosphérique l'oxygène qui lui est nécessaire pour ces combustions; à l'état pathologique, il se produit une compensation par l'utilisation de forces latentes de réserve: c'est ainsi que dans la phthisie, les pleurésies, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe bronchique chronique, le mal de Bright, la chlorose, etc., la consommation d'oxygène demeure normale. D'ailleurs, si cette compensation ne se produisait pas et si les produits de désassimilation s'accumulaient dans l'organisme, les inhalations d'oxygène seraient encore inefficaces, car ce qui manque, ce n'est pas l'oxygène, c'est l'hémoglobine nécessaire pour fixer ce gaz.

M. Aron rend compte ensuite des recherches cliniques qu'il a faites sur l'emploi thérapeutique de l'oxygène, dans le service de M. Lazarus, à l'hôpital israélite. Dans la chlorose, les résultats ont été absoluments négatifs; dans quelques cas de dyspnée d'origine cardiaque ou pulmonaire, ils ont été un peu favorables; mais souvent l'amélioration cesse quand on suspend les inhalations; il est probable que la suggestion intervient ici pour une part. En cas de syncope, comme dans l'empoisonnement par la morphine, les inhalations d'oxygène ne sauraient entrer en concurrence avec la respiration artificielle. Ce n'est que dans l'intoxication par l'oxyde de carbone que les inhalations sont réellement indiquées, car il s'agit alors d'une combinaison de l'hémoglobine avec le gaz oxy-carboné, combinaison que l'oxygène est susceptible de détruire. La même méthode peut aussi rendre des services dans l'empoisonnement par l'aniline et contre les troubles résultant du séjour dans l'air raréfié.

En terminant, l'orateur communique les résultats d'expériences qu'il a faites sur un homme atteint d'empyème tuberculeux et traité par le siphon de Bülau: en mettant un manomètre en communication avec la cavité pleurale, il a pu s'assurer que les inhalations d'oxygène n'avaient pas pour effet de rendre la respiration plus profonde, mais au contraire plus superficielle et plus fréquente. Des recherches ayant porté sur des animaux soit sains, soit atteints de lésions expérimentales diverses (pneumonie, pneumothorax, etc.), lui ont également montré que l'inhalation d'oxygène pur ne modifie en rien la respiration.

M. Ewald rappelle que naguère il a combattu le traitement par l'ozone, que préconisait Lender. Les arguments qu'il opposait à l'ozone conservent leur valeur pour l'oxygène; ce n'est pas avec l'ozone mais avec l'oxygène ordinaire que l'hémoglobine entre en combinaison, et il existe toujours une proportion suffisante de ce gaz pour saturer les globules rouges. Quant à la quantité d'oxygène qui peut être fixée lorsqu'on élève la pression de ce gaz, elle est insignifiante. Aussi l'emploi de l'oxygène paraît-il à l'orateur une hérésie au point de vue physiologique.

M. G. Meyer, tout en reconnaissant que la respiration artificielle doit avoir le pas sur les inhalations d'oxygène, croit celles-ci nécessaires dans le traitement de l'asphyxie, qu'il s'agisse de submersion ou de suffocation. Il rappelle que l'oxygène a été employé dans ce but dès sa découverte par Scheele, en 1774.

M. Zuntz tient à rectifier certains des chiffres apportés par M. Aron. Dans le sérum, la teneur en oxygène atteint en réalité 0,5 ou 0,6 p. 100; si donc on parvient seulement à la quadrupler, c'est un gain en oxygène de 2 p. 100 que réalise l'économie, peut-être plus encore dans certaines circonstances. En outre, le taux de l'oxygène dans les alvéoles pulmonaires, qui normalement est de 15 p. 100, s'élève, par la respiration d'oxygène pur, à 95 p. 100, ce qui est susceptible d'exercer une action salutaire, quand la proportion d'hémoglobine est très faible, comme c'est le cas après les hémorrhagies abondantes, dans certaines intoxications (par l'oxyde de carbone, l'aniline), après le séjour dans l'air raréfié; c'est ainsi que les inhalations d'oxygène font cesser le mal de montagne.

M. A. Baginsky proclame également les bons effets de l'oxygène dans l'intoxication oxycarbonée; ce moyen n'est pas moins efficace dans certains cas d'asphyxie; il cite l'exemple d'une jeune idiote qui avait un corps étranger de la trachée, et qui fut très améliorée par les inhalations d'oxygène; on ne saurait parler ici de suggestion. Dans certaines formes de paralysie du cœur et dans des états analogues, on peut également obtenir de l'oxygène au moins un soulagement momentané.

M. Senator constate que le dogme, jusqu'ici à peu près accepté sans discussion, de l'inefficacité de l'oxygène, commence à paraître moins inattaquable. Pour lui, il considère les inhalations comme tout à fait conformes aux données de la physiologie; elles lui semblent aussi rationnelles en cas d'obstacle mécanique à la respiration que lorsqu'il s'agit des accidents consécutifs au séjour dans l'air raréfié.

L'orateur a expérimenté l'oxygène ozonisé par son passage sur de l'essence de térébenthine; il n'en a obtenu aucun résultat dans les maladies accompagnées de troubles graves des échanges (leucémie, chlorose, diabète, maladie d'Addison); par contre, cette méthode produit une amélioration notable de la dyspnée cardiaque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 mai 1901.

A propos de la symptomatologie des tumeurs cérébrales.

M. L. Michaelis communique l'observation d'un homme de 34 ans souffrant depuis quelques mois de vives céphalalgies occipitales et qui, durant les 3 semaines ayant précédé son admission à l'hôpital, eut à trois reprises des pertes de connaissance le laissant un peu obnubilé pour 1 ou 2 jours. Il n'existait, comme signe physique, que de la parésie du facial droit; malgré l'absence de toute paralysie du membre inférieur, le signe de Babinski fut trouvé très nettement à droite; le réflexe patellaire était vif des deux côtés; on notait, à l'examen ophthalmoscopique, quelques symptômes de stase.

On porta le diagnostic de tumeur cérébrale; la présence du phénomène des orteils à droite fit conclure que le néoplasme devait siéger dans l'hémisphère gauche. Néanmoins, l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules géantes situé dans l'hémisphère droit.

L'orateur attribue au signe de Babinski une certaine valeur pour le diagnostic des tumeurs cérébrales.

M. A. Fränkel relate l'observation d'un malade de 36 ans dont la tête était presque absolument immobilisée, et qui présentait, en outre, une vive sensibilité de la région occipitale, de la dureté d'oreille et du trismus; aucune trace de paralysie. L'orateur pensa à un mal de Pott vertébral ou occipital, et appliqua un appareil à extension, mais qui ne put être supporté. Après une amélioration de peu de durée survint une paralysie du facial gauche et du droit externe du côté droit; un peu plus tard, des accès de suffocation nécessitèrent une trachéotomie. A ce moment, on admit qu'il existait des lésions tuberculeuses de l'occipital, siégeant en avant du trou occipital et propagées au sphénoïde.

La nécropsie permit de constater une tumeur provenant de la cavité naso-pharyngienne et ayant entièrement infiltré l'occipital; fait curieux, l'apophyse odontoïde était complètement détachée de l'axis.

M. von Leyden considère l'immobilité du cou, et notamment l'impossibilité de tourner la tête, comme un bon signe de lésion de l'occipital. Quant à la fracture de l'apophyse odontoïde, c'est un accident rare; il en a observé un cas, où il a pu porter le diagnostic pendant la vie.

M. A. Fränkel attire l'attention sur le trismus que présentait son malade; c'est là un symptôme important pour la localisation du processus morbide dans le voisinage du pharynx.

Diabète et accident.

M. Litten a eu naguère à donner son avis sur le cas suivant : un homme, au cours d'une chute accidentelle, se fit une contusion du testicule gauche avec gonflement considérable de l'organe; au bout de quelques jours, l'état s'aggrava; il y eut de fréquentes gastralgies accompagnées de vomissements, et le patient tomba dans le coma; on constata, à ce moment, que l'urine renfermait 3 p. 100 de sucre et un peu d'albumine; les deux sommets étaient le siège de lésions tuberculeuses. Dix jours après l'accident la mort survint dans le coma.

On avait demandé à M. Litten : 1° si la mort avait été causée par l'accident, celui-ci ayant déterminé le diabète; 2° si l'on pouvait admettre que l'accident avait aggravé un diabète préexistant et avait ainsi entraîné une mort prématurée. M. Litten répondit affirmativement à la seconde question, et, par suite, négativement à la première, se basant sur ce qu'il n'existe pas dans la science d'exemple qu'un diabète ait, quelques heures après son début, provoqué le coma.

M. Strauss fait remarquer qu'au cours de la dernière séance, M. Hirschfeld a beaucoup insisté sur les lésions organiques comme causes du diabète, et pas assez, à son avis, sur les troubles purement fonctionnels, De l'examen de 80 cas observés par M. Strauss et de 80 autres recueillis dans la littérature, il résulte qu'une fois sur trois, la glycosurie d'origine traumatique est une glycosurie alimentaire; les rapports de cette dernière avec le diabète ne sauraient donc être contestés.

M. Strauss croit que, sans prédisposition, un accident ne saurait déterminer le diabète; mais il est clair que chez un prédisposé le traumatisme constitue un moment étiologique efficace. Quant au rôle du pancréas, il le juge peu considérable, car ce n'est que rarement que l'on trouve chez les diabétiques des lésions de cet organe; ici aussi il faut attacher plus d'importance aux altérations fonctionnelles.

M. Jastrowitz estime que l'on doit tenir compte, pour expliquer l'action du traumatisme, de l'élément psychique; il ne pense pas, comme M. Strauss, que seuls les prédisposés puissent devenir diabétiques; chez un certain nombre d'individus ayant une prédisposition héréditaire à cette diathèse, et qu'il a examinés au point de vue de la tolérance pour les hydrates de carbone, il n'a pu provoquer de glycosurie alimentaire.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 2 Mai 1901.

Péritonite iodopathique primitive.

M. Nothnagel a communiqué le résultat de ses recherches sur la péritonite iodopathique primitive, dont il distingue trois variétés, suivant qu'elle reconnaît pour cause une irritation chimique, mécanique ou bactérienne.

La péritonite due à des agents chimiques n'a qu'un intérêt théorique; on a pu la produire sur les animaux de laboratoire, mais on ne l'a jamais observée chez l'homme.

Quant à la péritonite d'origine mécanique, elle est plus importante à connaître pour le clinicien. La compression exercée par l'intestin rempli de matières fécales en est un facteur assez fréquent. Les péritonites chroniques qui s'observent au voisinage des grosses tumeurs du foie et de la rate, les péritonites péri-herniaires, etc., reconnaissent également la même cause. L'existence de la péritonite mécanique a été du reste prouvée expérimentalement par l'introduction, dans la cavité péritonéale de lapins, de vessies remplies d'un liquide stérilisé.

Restent enfin les péritonites d'origine bactérienne; l'orateur les croit beaucoup plus souvent secondaires que primitives : il en est ainsi, en particulier, des péritonites consécutives à la fièvre typhoïde, à l'infection puerpérale, etc. Sur 2 000 cas de péritonite typhoïdique, Liebermeister n'en a trouvé que 16 qui ne fussent pas consécutifs à une perforation de l'intestin, et sur ces 16 il n'y en avait pas un seul qui fût véritablement idiopathique, car il existait toujours des altérations d'un autre organe; de même la péritonite qui s'observe au cours de l'influenza serait due, selon Leichtenstern, à une entérite grippale; le caractère primitif de la péritonite qui se manifeste dans le cours d'un rhumatisme articulaire ou d'une septicémie n'est pas mieux prouvé. Sur 867 autopsies de péritonites, dont 13 avaient été déclarées essentielles, Grawitz a toujours pu établir que ce n'était pas le péritoine qui avait été lésé primitivement.

Il est, en outre, une classe de péritonites, en apparence idiopathiques, qui sont dues en réalité au passage à travers les stomates du diaphragme de micro-organismes contenus dans la plèvre ou les bronches, etc. Des bactéries provenant des amygdales pourraient même pénétrer dans le tube digestif et envahir ensuite le péritoine. La rareté de la péritonite au cours des maladies infectieuses dépend du pouvoir absorbant considérable de la séreuse péritonéale.

En ce qui concerne les péritonites chroniques, M. Nothnagel n'en a observé aucun cas susceptible d'être considéré comme idiopathique. Dans la péritonite tuberculeuse paraissant primitive, le point de départ de l'infection siège souvent au niveau des ganglions rétropéritonéaux ou mésentériques, à la surface de la plèvre ou dans les organes génitaux. Quant à l'ascite des jeunes filles, décrite par Quincke, c'est une névrose vasomotrice ou sécrétoire de la puberté, et non une véritable péritonite.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La bascule de l'omoplate dans la réduction des luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule,

Par M. le Dr Berthaut (de Saint-Pons).

Il s'agit seulement de luxations récentes et sans complications. Les luxations sous-coracoïdiennes sont les plus fréquentes de toutes les luxations de l'épaule. Tous les procédés et toutes les manœuvres, qui peuvent amoindrir la difficulté souvent considérable que l'on éprouve à les réduire, ont un grand intérêt pratique. Certaines de ces luxations se réduisent avec la plus grande facilité, parfois même à la suite de manœuvres mal combinées. Mais, dans un assez grand nombre de cas, quel que soit le procédé de réduction que l'on emploie, on éprouve de très grandes difficultés, qui peuvent être insurmontables.

On n'est pas d'accord sur la nature des obstacles qui s'opposent à la réduction des luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule. Pour les uns, le principal obstacle à la réduction vient de la tension des portions intactes de la capsule. Pour les autres, c'est les muscles qui constituent le seul, ou du moins, le principal obstacle à la rentrée de l'os dans la cavité articulaire.

Lorsque la luxation se produit, il se fait une déchirure de la capsule au voisinage du bord antérieur de la cavité glénoïde, et c'est à travers cette déchirure que la tête de l'os sort de la cavité articulaire, pour aller se loger en avant et en dedans sous l'apophyse coracoïde. La portion antéro-inférieure de la capsule est seule plus ou moins déchirée, et la tête de l'humérus, en se déplaçant en avant et en dedans, entraîne après elle la partie supérieure et la partie postérieure de la capsule, qui sont intactes. Toute la portion intacte de la capsule fortement tendue recouvre la cavité glénoïde et limite l'étendue du déplacement. Pour que la tête de l'os puisse aller plus loin, dépasser l'apophyse coracoïde, et aller jusque sous la clavicule, il faut des déchirures plus étendues de la capsule, associées à des ruptures musculaires ou tendineuses et à des arrachements de fragments osseux. La tension de la portion intacte de la capsule doit diminuer, si la tête de l'os, par suite des tractions, se rapproche de la cavité glénoïde, et, par suite, les bords de la déchirure peuvent plus facilement permettre le passage de l'extrémité osseuse déplacée. Bien plus, il est probable que, dans le procédé de Kocher par exemple, la portion intacte de la capsule aide beaucoup à la réduction de la luxation.

Le rôle de la contraction, ou plutôt de la contracture musculaire, est beaucoup plus important que celui des ligaments capsulaires conservés. En même temps qu'elle entraîne après elle la portion intacte de la capsule, la tête de l'humérus attire de son côté les insertions tendineuses des muscles deltoïde et sus-épineux, ainsi que le tendon de la longue portion du biceps. Les muscles deltoïde et sus-épineux réagissent promptement et, immédiatement après que la luxation s'est produite, ils se trouvent dans un état de tension extrême. Parmi les autres muscles qui entourent l'articulation, certains sont tendus modérément et quelques-uns même sont à peu près dans le relâchement. Mais, au bout de quelques heures, parfois beaucoup plus tôt, au bout d'une heure par exemple, tous les muscles se contractent et il en résulte une rétraction et une rigidité générales, qui ont pour conséquence la fixation de la tête de l'humérus dans sa nouvelle situation. La position forcée et presque toujours uniforme du bras est une preuve de l'action exercée par la rigidité musculaire. De plus, lorsque l'on fait cesser la contraction des muscles par l'anesthésie, on réduit ordinairement la luxation avec la plus grande facilité.

Mais la contracture musculaire n'est pas le seul obstacle à la réduction des luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule. L'omoplate, à ce point de vue, joue un rôle très important, parfois même prédominant, qui, à juste titre, a préoccupé bon nombre de chirurgiens.

Avec les procédés de réduction basés sur la traction dans la direction de l'humérus luxé, on place le bras dans une abduction plus ou moins marquée. On va quelquefois très loin dans le degré d'abduction et, avec le procédé de Mothe, le bras placé dans l'élévation a son axe presque parallèle à l'axe du corps. L'abduction de l'humérus a pour conséquence une tension des muscles grand pectoral et grand dorsal, tension qui est d'autant plus considérable que l'abduction est plus prononcée, et qui devient extrême quand le bras est placé dans l'élévation. Mais, par contre, la portion intacte de la capsule est relâchée, ainsi que les muscles sus-épineux et deltoïde. De plus, la tension des autres muscles du moignon de l'épaule, qui sont retractés et rigides à la suite du traumatisme, est telle, que l'abduction du bras entraîne de dedans en dehors, vers l'aisselle, l'omoplate, d'autant plus que l'abduction est plus prononcée. Les tractions exercées dans la direction donnée au bras luxé augmentent encore ce déplacement, les muscles qui relient étroitement l'omoplate à l'humérus étant contracturés et transformés pour ainsi dire en cordons inextensibles.

On peut aisément constater cette progression de l'omoplate, pendant les tractions qu'on exerce sur le bras faisant avec le tronc un angle droit. En effet, si on place la main sur la paroi costale du creux axillaire, on sent avec netteté la main soulevée par l'angle inférieur

et le bord antérieur de l'omoplate, et ce soulèvement est d'autant plus sensible que les tractions se prolongent ou deviennent plus énergiques. Ce déplacement de l'omoplate est facile à comprendre quand on connaît ses connexions avec la clavicule et sa situation au milieu des nombreux muscles auxquels elle fournit des points d'attache. Si l'on fait abstraction des muscles, l'omoplate n'est reliée au squelette du tronc que par ses articulations avec la clavicule, à l'extrémité externe de laquelle elle se trouve suspendue. Les articulations coraco-claviculaire et acromio-claviculaire ne permettent à l'omoplate que des mouvements de glissement peu étendus. L'extrémité interne de la clavicule est unie au sternum par une articulation beaucoup plus mobile, mais dont les mouvements sont limités par le ligament costo-claviculaire, de telle sorte que les mouvements du moignon de l'épaule n'ont pas plus d'étendue que celle que leur permet la mobilité relative de cette articulation.

Le mouvement d'abaissement du moignon de l'épaule, notamment, est très resteint et est limité par le contact de l'extrémité interne de la clavicule avec la première côte.

Si l'on ne considère que les mouvements de glissement des articulations coraco-claviculaire et acromio-claviculaire, on voit, qu'à l'occasion de ces mouvements, l'angle inférieur de l'omoplate peut cependant décrire un arc d'une notable amplitude. On peut dire que l'omoplate oscille à la façon d'un pendule et le centre de ce mouvement se trouve au niveau des articulations de l'os avec la clavicule.

Cette mobilité de l'omoplate est physiologiquement mise en jeu par l'action des nombreux muscles au milieu desquels elle est située et auxquels elle fournit des points d'attache. Ces muscles qui la relient, les uns au squelette du tronc, les autres au squelette du bras, sont en même temps des moyens de fixité. Mais les muscles de l'épaule la fixent bien plus solidement à l'humérus, que les autres ne la fixent au tronc. Lorsqu'on exerce des tractions dans la direction du bras pour réduire une luxation de l'épaule, la contraction des muscles qui relient l'omoplate au tronc cesse en général rapidement, et les muscles contracturés et rigides qui relient cet os à l'humérus l'entraînent et lui font exécuter un mouvement de bascule dont le centre ou pivot se trouve au niveau des articulations coraco-claviculaire et acromio-claviculaire.

Ce mouvement de bascule a pour résultat de déplacer la partie inférieure de l'omoplate de dedans en dehors. La cavité glénoïde, située plus près que l'angle inférieur du centre de ce mouvement, se déplace beaucoup moins, mais sa surface devient plus oblique. A mesure que les tractions se prolongent et deviennent plus énergiques, la cavité glénoïde se place dans une situation de plus en plus défavorable, parce que son obliquité s'accroît et qu'elle s'éloigne de plus en plus de la tête de l'humérus, de telle sorte que, plus on cherche par les tractions à rapprocher la tête de l'humérus de la cavité glénoïde, plus on l'en éloigne, et plus on place cette cavité dans une situation défavorable pour recevoir l'extrémité osseuse déplacée. L'omoplate n'étant pas fixée par les muscles qui la relient au tronc, on a peu d'action sur les muscles qui la relient à l'humérus. Il en résulte que si ces muscles ne se relâchent pas et continuent à être rétractés et rigides, la réduction de la luxation par les tractions peut devenir impossible. C'est peut-être parce qu'on n'a pas pu fixer l'omoplate et remédier au mouvement de bascule de cet os, que certaines luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule sont restées irréductibles, malgré les manœuvres les mieux dirigées.

Parmi les nombreux procédés imaginés pour réduire les luxations de l'épaule, certains ont pour résultat à un certain moment une fixation relative de l'omoplate, sans que l'opérateur veuille atteindre ce but, d'autres ont pour objectif de fixer cet os, d'autres enfin tendent à le faire basculer.

Dans les procédés anciens, qui sont assez nombreux, on se sert de la diaphyse de l'humérus comme d'un levier et on prend un point d'appui dans l'aisselle, pour repousser la tête de l'humérus en dehors. On peut prendre, comme type de ces procédés anciens, le procédé du talon, qui a été appelé procédé d'Astley Cooper, bien qu'il nous vienne d'Hippocrate en passant par Ambroise Paré. La situation du bras, tout en offrant l'avantage de relâcher les muscles grand pectoral et grand dorsal, distend le deltoïde et la partie supérieure intacte de la capsule. Avec le talon il est difficile d'atteindre le fond de l'aisselle sans presser en même temps sur le grand pectoral et sur le grand dorsal. Le talon peut appuyer facilement sur la tête de l'humérus, mais il lui est difficile d'agir sur l'omoplate, sinon pour repousser en arrière l'angle inférieur, ce qui lui fait exécuter un mouvement éloignant quelque peu la cavité glénoïde de la tête humérale.

Dans certains cas, si le talon déborde suffisamment en arrière la cavité de l'aisselle, il peut constituer un point d'arrêt pour le bord antérieur de l'omoplate. Cette fixation relative, qu'on ne recherche certainement pas et que l'on retrouve dans le procédé du genou, dans celui de l'épaule et d'autres qui ne sont que des modifications du procédé du talon, n'est pas toujours suffisante pour faciliter la réduction de la luxation.

En instituant, pour réduire les luxations, la méthode des tractions mécaniques ou non mécaniques exercées sur le bras placé plus ou moins dans l'abduction, on a pour assurer l'extension imaginé la contre-extension. On s'est proposé évidemment de vaincre la résistance des muscles qui font obstacle à la rentrée de la tête humérale dans sa cavité. Bien entendu, on tire aussi fort qu'on le peut, soit en employant plusieurs aides vigoureux, soit avec des machines munies d'un dynamomètre, pour ne pas aller trop loin, et sans la contre-extension on entraînerait le malade, mais on ne pourrait pas vaincre la résistance des muscles. Pour faire cette contre-extension on place un drap plié en cravate sous l'aisselle du côté luxé, et les deux extrémités de ce drap sont attachées à un point fixe, situé du côté opposé ou tenues, fortement par des aides vigoureux.

Si ce drap appuie bien sur le bord antérieur de l'omoplate et conserve cette situation tout le temps nécessaire à la réduction, la bascule de l'omoplate ne peut s'effectuer complètement et la cavité glénoïde se trouve placée dans des conditions relativement favorables. Mais il n'en est ordinairement pas ainsi. Tantôt le drap se plisse de plus en plus, se transforme en une sorte de corde qui glisse vers le haut du creux axillaire et laisse une trop grande mobilité à la partie inférieure de l'omoplate. Tantôt, au contraire, le drap glisse en bas sur la paroi thoracique, laissant au-dessus de lui l'omoplate complètement libre de suivre l'impulsion que les tractions lui font subir, par l'intermédiaire des muscles rétractés et rigides. Ces tractions violentes avec appareil de contre-extension, arrêtant plus ou moins la progresion de l'omoplate, sont surtout employées actuellement pour la réduction des luxations anciennes de l'épaule. Mais, on s'en est servi quelquefois pour la réduction des luxations

récentes, et dans un certain nombre de cas on n'a pas pu réussir. Il est possible que ces insuccès soient dus à ce que, ayant surtout pour but de fixer le corps du blessé, on ne s'est pas suffisamment préoccupé d'arrêter le mouvement de progression de l'omoplate.

C'est de la même manière qu'on fait la contre-extension, quand on emploie pour faire les tractions les liens élastiques. Mais ici, on ne cherche pas à vaincre la résistance des muscles par la violence; on se propose de fatiguer ces organes et lorsque, à la suite de l'action continue et prolongée des liens élastiques, la contracture cesse, la tête de l'os rentre dans sa cavité. Ordinairement, avec les tractions continues, mais faites sans violence, soit par des aides qui se succèdent l'un à l'autre, soit par des liens élastiques, on réussit à réduire la luxation, si on a la patience d'attendre que les muscles soient fatigués et se relâchent. Mais dans quelques cas cependant, quelque temps que l'on mette à faire les tractions, la luxation ne se réduit pas et cela, probablement, parce qu'on ne fait rien pour empêcher la progression de l'omoplate.

Nathan Smith a indiqué un moyen qu'il croit le plus efficace pour assurer l'immobilité de l'omoplate et il a conseillé de pratiquer la contre-extension sur le poignet opposé à la luxation. De cette manière les trapèzes seraient excités à se contracter et l'omoplate du côté luxé serait solidement attirée vers la colonne vertébrale. Mais la pratique ne justifie pas la théorie et il n'y a là rien de surprenant.

Les muscles simplement contractés résistent beaucoup moins longtemps aux tractions que les muscles rétractés et rigides. Les muscles trapèze sont fatigués et se relâchent bien avant les muscles qui entourent l'articulation luxée, et l'omoplate, cessant d'être attirée vers la colonne vertébrale, ne peut être fixée.

D'autres opérateurs ont cherché, non plus à fixer l'omoplate, mais à lui faire éprouver un mouvement de bascule en sens inverse du mouvement qu'elle subit par l'effet des manœuvres de réduction.

Le procédé décrit par Nélaton, sous le nom de réduction par la simple coaptation, a probablement été le point de départ de cette manœuvre qui se retrouve en substance dans plusieurs autres manœuvres de réduction. Voici comment Nélaton décrit son procédé : « Les mains seront appliquées, l'une en avant, l'autre en arrière du moignon de l'épaule, les quatre derniers doigts de chacune d'elles reposant sur la tête de l'humérus et les pouces sur l'acromion. Ceux-ci trouvant un point d'appui sur l'épine de l'omoplate, les doigts opposés repoussent en haut l'os luxé. »

Edmond Andrews (1) décrit un procédé analogue : « Le malade est assis. On fait la contre-extension à l'aide d'un drap résistant disposé autour du tronc immédiatement au-dessous de l'aisselle et l'extension sur le membre luxé placé à angle droit avec le tronc. Le chirurgien agit avec les mains sur l'omoplate et l'humérus de façon à rapprocher l'une de l'autre leurs surfaces articulaires. » Il n'est pas indiqué comment les mains du chirurgien agissent sur l'omoplate et l'humérus. Cette méthode était très en faveur autrefois, dit Andrews. C'est probablement le procédé de coaptation de Nélaton, à cela près que Nélaton ne parle ni d'extension, ni de contre-extension.

Andrews pense que dans le procédé du talon l'omoplate peut basculer sous l'influence de la traction exercée sur le bord de la cavité glénoïde par la portion supérieure de la capsule restée intacte, et que cette cavité peut s'incliner en bas par suite de ce mouvement de bascule. Il n'est pas certain que la portion intacte de la capsule soit fortement tendue par suite de la position même donnée à l'humérus et qu'elle puisse agir sur la cavité glénoïde.

Le talon agit comme un coin qui, en se glissant entre le tronc et la tête de l'os, refoule cette dernière dans sa cavité et, en outre, il sert de point d'appui à l'humérus transformé en levier. C'est à ce double rôle du talon qu'il faut attribuer la réduction, bien plus qu'à la traction hypothétique exercée par la portion intacte de la capsule sur la cavité glénoïde.

Bien différente est la première méthode décrite par Andrews : « Le malade est dans le décubitus dorsal. Le chirurgien, mettant le bras luxé à angle droit avec le tronc, le saisit solidement de ses deux mains tout en faisant la contre-extension avec le talon ou le bourrelet métatarso-phalangien d'un pied placé dans l'aisselle et le bourrelet métatarso-phalangien de l'autre pied appuyant contre l'acromion. Dans cette position la partie supérieure intacte de la capsule n'oppose pas de résistance, mais au contraire elle facilite la réduction quand la tête de l'humérus a été attirée bien en dehors en amenant en bas vers elle la cavité glénoïde. Cette bascule de l'omoplate est un élément important de la réduction et peut être sérieusement aidée par un pied placé sur l'acromion qui imprime à cet os un mouvement en bas au moment convenable. »

C'est aussi sur l'acromion que Hamilton conseille de prendre un point d'appui, dans un double but : fixer l'omoplate et la faire basculer. « Les doigts ou les mains d'un aide expérimenté peuvent suffire à cet égard ou encore le chirurgien peut presser sur l'apophyse avec la plante du pied. Ce dernier procédé est souvent avantageux, car plus le bras est porté en dehors, plus la prise sur l'acromion est sûre... Il n'est pas de position qui rende plus complètement maître de l'omoplate que celle où le bras est porté directement en haut pendant que le pied du chirurgien est placé sur le bord supérieur de cet os (1). »

En réalité, on a très peu d'action sur l'omoplate, si on prend un point d'appui sur l'acromion ou plus exactement sur la voûte acromio-claviculaire. On ne peut ainsi ni abaisser suffisamment l'omoplate, ni la faire basculer. La mobilité de l'acromion dans la direction de haut en bas est limitée par la mobilité même de la clavicule, et le mouvement d'abaissement de la clavicule est peu étendu, arrêté qu'il est par le contact de l'extrémité interne de cet os avec la première côte. En agissant sur l'acromion, on ne peut donc pas abaisser suffisamment l'omoplate pour modifier beaucoup la situation de la cavité glénoïde.

Mais on peut remédier dans une certaine mesure au mouvement d'élévation du moignon de l'épaule qui peut être produit par les tractions et qui est poussé à son extrême limite si le bras est lui-même placé dans l'élévation comme dans le procédé de Mothe. Que ce soit pour abaisser l'omoplate, ou bien pour empêcher le mouvement d'élévation du moignon de l'épaule, il n'est pas prudent d'agir avec force sur la voûte acromio-claviculaire; on est exposé à produire sinon une fracture de la clavicule, du moins une entorse de l'articulation sterno-claviculaire.

1. Edmond Andrews, *Encyclopédie internationale de chirurgie.*

1. Hamilton, *Traité pratique des fractures et des luxations.*

En prenant un point d'appui sur l'acromion on agit à la fois sur la clavicule et sur l'omoplate, et le point d'application de la force se trouve placé au niveau du centre du mouvement de bascule. Ce n'est pas sur le centre de ce mouvement qu'il faut agir pour le produire, mais sur la partie de l'os qui en est le plus éloignée. C'est donc sur l'angle inférieur de l'omoplate et sur la partie voisine du bord antérieur ou axillaire de cet os qu'il faut exercer l'action mécanique si l'on veut obtenir l'abaissement et le mouvement en dedans de la cavité glénoïde. Cette manœuvre, que je n'ai trouvée décrite nulle part, n'a probablement jamais été employée systématiquement. Elle m'a parfaitement réussi dans le cas suivant.

Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche, chez un vieillard de 86 ans, mais encore vigoureux et surtout bien musclé. J'ai commencé les manœuvres de réduction le 30 décembre 1900 vers 6 h. 1/2 du soir, une heure environ après la chute qui avait produit la luxation. Après un essai infructueux du procédé de Kocher, j'ai fait placer le malade sur un lit dans le décubitus dorsal et j'ai mis le bras à angle droit avec le tronc, l'avant-bras étant fléchi également à angle droit sur le bras. Les tractions ont toujours été légères, mais soutenues et faites par une seule personne à la fois. Le bras était saisi à l'aide des deux mains au-dessus du coude et on tirait dans la direction indiquée par la position donnée à l'humérus. D'autres personnes fixaient le corps du blessé pour l'empêcher de glisser sous l'influence des tractions. 3 ou 4 minutes après le début des tractions, la partie inférieure de l'omoplate a commencé à faire sur la paroi costale de l'aisselle une saillie notable qui n'a fait que s'accentuer. Après 1/4 d'heure de tractions, aucun résultat n'avait pu être obtenu.

J'ai alors essayé la simple coaptation de Nélaton, mais avec une variante. Au lieu de placer mes deux mains l'une en avant, l'autre en arrière de l'épaule, je les ai placées toutes les deux en avant, les quatre derniers doigts de chacune d'elles reposant sur la tête de l'humérus et les deux pouces sur l'acromion. Cette manœuvre ne m'a donné aucun résultat; la tête de l'humérus n'a pas bougé et la partie inférieure de l'omoplate est restée aussi saillante qu'auparavant. Après ces tentatives infructueuses, constatant la nature de l'obstacle qui s'opposait à la réduction, j'ai cherché à faire exécuter à l'omoplate un mouvement de bascule en sens inverse de celui qu'avaient déjà produit les tractions par l'intermédiaire des muscles qui relient cet os à l'humérus. Laissant en place ma main gauche, dont le pouce prenait un point d'appui sur l'acromion et dont les quatre derniers doigts appliqués sur la tête de l'humérus repoussaient cette extrémité osseuse vers la cavité glénoïde, j'ai placé les doigts de ma main droite dans l'aisselle sur la partie saillante de l'omoplate, c'est-à-dire sur l'angle inférieur et la partie voisine du bord antérieur ou axillaire, et j'ai cherché à repousser cette partie inférieure de l'os en dedans vers la colonne vertébrale.

A mesure que le déplacement se produisait, je sentais que la tête de l'os se rapprochait de la cavité articulaire et tendait à y pénétrer. A deux reprises différentes, j'ai essayé d'abandonner l'omoplate au moment où la tête de l'humérus allait rentrer complètement dans la cavité articulaire. Dès que l'omoplate était abandonnée à elle-même, sa portion inférieure faisait une saillie plus considérable et la tête de l'humérus soulevant les doigts de ma main gauche reprenait brusquement la situation qu'elle avait avant le commencement de la manœuvre de bascule. Ces deux expériences me paraissant concluantes et suffisantes, j'ai alors fait exécuter à l'omoplate le mouvement de bascule jusqu'à ce que la tête de l'humérus rentrant facilement dans la cavité articulaire eût repris sa situation normale. Toutes ces manœuvres n'ont déterminé aucune douleur, tandis que l'essai infructueux du procédé de Kocher avait été notablement douloureux.

Evidemment le cas était favorable. La luxation était récente, puisque j'ai pu commencer les manœuvres de réduction une heure après la chute qui l'avait produite. Mais le blessé, quoique âgé de 86 ans, était remarquablement vigoureux pour son âge et surtout bien musclé.

De plus, malgré le peu de temps qui s'était écoulé depuis la production de la luxation, les muscles qui entourent l'articulation de l'épaule étaient contracturés et, malgré 20 minutes de tractions environ, lorsque la tête de l'humérus est rentrée dans la cavité articulaire, le relâchement musculaire n'avait pas encore été obtenu. Ce qui prouve bien que la contraction musculaire persistait, c'est que, quand j'abandonnais l'omoplate, la tête de l'humérus revenait brusquement comme si elle avait été attirée par des liens élastiques dans la situation anormale qu'elle occupait avant de commencer la manœuvre de bascule.

J'ai préféré placer le blessé dans le décubitus dorsal. C'est dans cette position qu'on est le plus maître de faire ce que l'on veut, et chez ce vieillard très nerveux et cardiaque on pouvait redouter une syncope. Je n'ai pas placé le bras directement dans l'élévation et je n'ai pas donné aux tractions cette direction, cette situation du bras déterminant une tension extrême des muscles grand pectoral et grand dorsal et exposant à des lésions du plexus brachial et des vaisseaux axillaires. Pour faire la contre-extension, je n'ai pas placé dans l'aisselle un drap plié en cravate; je n'aurais pas pu surveiller à mon gré les mouvements de la partie inférieure de l'omoplate.

Si j'ai mis 1/2 heure à réduire cette luxation, c'est que je l'ai bien voulu. Avant de chercher à produire le mouvement de bascule de l'omoplate, j'ai voulu voir ce que me donneraient certains procédés que l'on conseille généralement. Tout ce que j'ai essayé a complètement échoué et j'ai pu me rendre compte de la difficulté qu'il y aurait à arriver au relâchement musculaire. En me contentant des tractions continues, je crois que j'aurais attendu longtemps la rentrée de la tête de l'humérus dans la cavité articulaire. Dès que j'ai commencé à faire basculer l'omoplate, toute difficulté a disparu et, malgré la contracture des muscles péri-articulaires, dès que le mouvement de bascule a été suffisamment étendu, j'ai pu repousser la tête humérale dans la cavité articulaire avec la plus grande facilité.

Je ne sais s'il serait bien aisé de produire ce mouvement de bascule de l'omoplate, le malade étant assis. Dans ce cas, il faudrait se placer derrière le malade et l'une des mains étant disposée en avant de l'articulation pour agir sur la tête humérale, chercher à faire basculer l'omoplate en saisissant la partie inférieure de cet os avec l'autre main.

Je ne puis invoquer qu'un seul cas pour étayer la supériorité de la bascule de l'omoplate dans la réduction des luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule. Mais les luxations qu'on a à soigner sont tellement rares (j'en ai vu 2 en 17 ans) que je pourrais attendre longtemps si je voulais pouvoir fournir d'autres observations. C'est ce qui m'a décidé à publier ce cas de réduction de luxation espérant que la bascule de l'omoplate sera essayée par

d'autres observateurs et que l'on recherchera si cette manœuvre peut être utile dans toutes les espèces de luxations de l'épaule.

REVUE DES CONGRÈS

19e CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

(Tenu à Berlin du 16 au 19 Avril 1901).

Les médicaments cardiaques et la médication vasomotrice.

M. Gottlieb (de Heidelberg), *rapporteur*. — Les troubles de la circulation ayant pour résultat une répartition inégale du sang dans l'organisme, le but de la médication cardiaque et vasomotrice est de rétablir l'équilibre rompu.

La paralysie des vaisseaux par insuffisance de l'innervation centrale des vasomoteurs fait affluer le sang dans les vaisseaux de l'abdomen, tandis que les vaisseaux périphériques, ceux de la peau et de l'encéphale se vident; le pouls est petit et le cœur ne reçoit qu'une quantité de sang insuffisante pendant la diastole. Cette variété d'insuffisance de la circulation s'observe dans les intoxications par les narcotiques et au cours des maladies infectieuses. Ici, l'emploi de médicaments cardiaques sera, d'ordinaire, sans effet, car ce n'est pas l'énergie du cœur qui est en souffrance, c'est seulement la quantité de sang qu'il reçoit qui est insuffisante. Mais le sang soustrait à l'action du cœur et accumulé dans les vaisseaux dilatés de l'abdomen peut être rendu à la circulation générale, grâce aux médicaments vasomoteurs qui déterminent une constriction des vaisseaux splanchniques. C'est dans ce but que l'on prescrit la strychnine, le camphre et la caféine; on peut aussi atteindre le même résultat en irritant la peau ou en faisant des applications froides.

Les médicaments cardiaques ont pour mission de relever l'énergie du cœur. Ils augmentent le volume de la systole et agissent ainsi sur la répartition défectueuse du sang dans l'organisme, conséquence ordinaire de la plupart des affections du cœur accompagnées d'une diminution de l'énergie de cet organe, l'accumulation du sang dans le système veineux et l'anémie des vaisseaux artériels étant les suites fatales d'une systole incomplète et d'une aspiration diastolique ventriculaire insuffisante.

La digitale agit principalement en renforçant l'énergie du cœur; son effet vasomoteur ne vient qu'en seconde ligne. On a depuis longtemps observé, sur le cœur de la grenouille, que la systole cardiaque augmente et que l'énergie de la contraction ventriculaire se relève sous l'influence de la digitale. Récemment, on a réussi à faire la même démonstration sur des animaux à sang chaud, chez lesquels on avait soustrait le cœur à l'influence des résistances variables de la grande circulation; nous n'en sommes donc plus réduits à conclure de la grenouille à l'homme. En isolant, à l'exemple de François-Franck et de E. Hering et Boch, la circulation cardio-pulmonaire, on peut étudier l'action de la digitale sur le cœur indépendamment de son effet sur les vaisseaux; on peut également se servir d'un cœur séparé dont les fonctions sont entretenues par la circulation artificielle dans les vaisseaux coronaires. On a pu prouver directement, par cette dernière méthode, l'augmentation du volume de la systole, et, à l'aide d'un dispositif spécial, constater qu'après une application de digitoxine le travail du ventricule est triplé ou quadruplé.

L'augmentation du volume de la systole provient avant tout d'une contraction plus complète du muscle cardiaque : le ventricule se vide mieux. Cette action a d'autant plus d'importance pour un cœur malade, qu'un ventricule insuffisant est de moins en moins capable de se débarrasser de son contenu. D'autre part, la légère diminution de la fréquence du pouls, par excitation du pneumogastrique, que l'on observe en plus de l'effet cardiaque proprement dit durant la période d'action de la digitale, influe favorablement aussi sur le travail du cœur. L'aspiration diastolique du sang des veines dans la cavité cardiaque est, de son côté, favorisée par ce ralentissement du pouls. Aussi, l'efficacité de la digitale se manifeste-t-elle surtout quand ce ralentissement se produit. Le maximum d'effet du médicament coïncidera avec une expansion complète du ventricule pendant la diastole associée à une contraction maximum pendant la systole. Le cœur pompe ainsi une plus grande quantité du sang contenu dans les veines qui sont engorgées pour le rejeter dans les vaisseaux artériels exsangues.

Tous les médicaments agissant d'une façon analogue à la digitale ont, en plus de leur action sur le cœur, un effet vasoconstricteur, comme M. Gottlieb a pu le démontrer à nouveau dans des expériences récentes. Mais cette action vasomotrice, au point de vue thérapeutique, est accessoire; le facteur important pour combattre la stase veineuse est l'amélioration du travail du cœur. Les contractions vasculaires peuvent être d'une certaine utilité en ce sens que le sang est chassé du système porte engorgé vers d'autres parties de l'arbre vasculaire (car c'est en premier lieu sur le système de la veine porte que se manifeste l'action vasculaire de la digitale); mais si cette contraction dépasse certaines limites, l'effet utile est transformé en une action nuisible : par suite de l'élévation de la résistance artérielle, le travail du cœur est augmenté inutilement.

Le camphre n'agit pas seulement sur le cœur par la voie indirecte des vasomoteurs; il augmente directement aussi l'irritabilité du muscle cardiaque. Son action sur le cœur normal est peu prononcée; par contre, chez le lapin, dans certains états pathologiques, lorsque le cœur s'arrête, on peut, par l'application de camphre, combattre cet arrêt momentané et sauver l'existence.

La caféine a un effet direct sur le cœur, mais tout autre que celui de la digitale; aussi ne saurait-elle être considérée comme un succédané de cette dernière. En effet, elle n'augmente pas l'énergie fonctionnelle du cœur sain dans les cas où la tension sanguine est normale, mais elle renforce l'action du muscle cardiaque en présence d'une résistance artérielle pathologique; aussi peut-elle être utile dans les affections cardiaques avec tension aortique élevée.

L'alcool n'a pas d'influence directe sur le cœur; il agit indirectement sur cet organe en diminuant les résistances périphériques, lorsque, par suite d'une tension aortique exagérée, le ventricule gauche ne peut plus se vider complètement. Il a pour effet, dans ce cas, de dilater les vaisseaux et de diminuer les résistances; le cœur, travaillant dès lors dans de meilleures conditions, peut fournir une plus grande somme de travail utile.

Les médicaments cardiaques agissent donc sur la circulation tout autrement que les médicaments vasomoteurs. Malgré les difficultés que présente l'étude d'un mécanisme aussi compliqué, nous pouvons espérer que, par la collaboration de la clinique et de la pharmacologie expérimentale, on arrivera peu à peu à mieux connaître la nature des troubles circulatoires qui s'offrent à notre observation, et à choisir avec plus de discernement les médicaments capables de combattre ces troubles et de rétablir l'équilibre.

M. Sahli (de Berne), *co-rapporteur*. — L'objectif de la pathologie doit être l'étude minutieuse des troubles fonctionnels que déterminent les maladies, afin que, grâce à une connaissance approfondie de l'action des médicaments, nous puissions dans chaque cas ordonner le remède qui convient au trouble que nous avons constaté. Les nombreux échecs, souvent inexplicables, que l'on observe dans l'emploi des médicaments cardiaques les mieux connus, tels que la digitale ou la caféine, proviennent, d'ordinaire, d'un diagnostic insuffisant de la nature des perturbations physiologiques que la thérapeutique est appelée à combattre.

La stase veineuse ou les différentes formes de congestions passives, constituant les indications principales des remèdes cardiaques et vasomoteurs, il est indispensable de pénétrer au cœur de la pathologie générale des états congestifs. Le caractère distinctif de la stase est le ralentissement de la circulation dans l'aorte; il en résulte une diminution de la quantité de sang traversant les capillaires dans l'unité de temps, et une répartition inégale de la masse sanguine dans l'organisme. On doit distinguer différentes formes de stase :

1° Une stase cardiaque, par affaiblissement de la systole ventriculaire; un obstacle mécanique à l'expansion diastolique du ventricule, tel qu'un épanchement péricardique, peut aussi produire une stase cardiaque. Cette variété est caractérisée par la congestion des vaisseaux pulmonaires et des veines de la grande circulation, et par l'anémie des artères et des capillaires ;

2° Une stase pulmonaire ou respiratoire, qui est la conséquence d'une affection des organes respiratoires (emphysème, cyphoscoliose, induration pulmonaire, asthme bronchique, bronchite capillaire, épanchement pleurétique); il s'agit ici d'un obstacle soit à la systole du cœur droit, soit à l'expansion diastolique du cœur, par suite d'une augmentation de la pression intra-thoracique. Les symptômes de cette forme de stase sont les mêmes que ceux de la précédente; dans les deux, la tension artérielle est d'ordinaire diminuée; elle est cependant élevée quand les résistances artérielles sont accrues. On peut donc distinguer les stases à haute tension des stases à tension diminuée;

3° Une stase vasomotrice, due à une dilatation considérable des capillaires de la grande circulation ayant pour effet de rendre insuffisante la quantité de sang qui arrive au cœur pendant la diastole, bien que cet organe lui-même fonctionne normalement; la tension artérielle ainsi que la tension veineuse sont diminuées. Les symptômes de cette forme de stase sont la cyanose, l'oligurie et la petitesse du pouls; les œdèmes font ordinairement défaut;

4° Une stase splanchnique, qui intéresse spécialement les vaisseaux de l'abdomen; les malades qui en sont atteints sont pâles plutôt que cyanosés ; ils donnent l'impression d'individus saignés à blanc. Cette variété survient soit isolément, soit comme complication des stases cardiaques, telles qu'on les observe surtout dans l'insuffisance aortique; son pronostic est défavorable.

Au point de vue thérapeutique, il est bon de poser le diagnostic de la stase dès qu'on en observe les premiers symptômes (pouls fréquent, traces d'œdème, diminution de la sécrétion urinaire, réplétion des veines jugulaires), sans attendre le complet développement du tableau morbide.

En ce qui concerne le traitement, la première question qui se pose est de savoir si l'emploi de la digitale est indiqué dans toutes les formes mentionnées ci-dessus, ou si l'on doit faire certaines distinctions. La digitale agit dans la stase cardiaque en augmentant la contraction systolique du ventricule. Elle est, de même, efficace contre un obstacle à l'expansion diastolique du cœur, en renforçant la diastole et en favorisant l'aspiration ventriculaire. Ce médicament est encore utile dans le traitement de la stase vasomotrice, où il produit également une amélioration de l'aspiration du ventricule, et où, de plus, il agit directement sur le cœur, qui généralement est atteint lui aussi, soit directement par l'influence morbide même qui intervient sur les vaisseaux, soit indirectement par suite de l'insuffisance de la circulation. La digitale est donc indiquée dans tous les cas de stase généralisée. On doit cependant la prescrire avec discernement et se rappeler qu'il est des circonstances où le camphre et la caféine, grâce à leur action énergique sur les vasomoteurs, doivent lui être préférés. J'ai observé que, même quand il s'agit de stase accompagnée de haute tension artérielle, la digitale agit favorablement; elle n'augmente pas la tension comme on pourrait le croire *a priori*, mais au contraire l'abaisse.

On observe fréquemment que l'effet de la digitale se maintient longtemps. Ce phénomène est dû à ce que, sous l'influence de ce médicament, la nutrition du cœur se relève et que l'organe reprend une nouvelle vigueur, qui persiste après qu'on a suspendu le traitement. Dans d'autres cas, l'action de la digitale est éphémère, et souvent on ne parvient à soutenir un peu la circulation que par une administration continue du médicament. Parmi les nombreux facteurs qui entravent l'action de la digitale, il en est un que l'on néglige généralement, c'est ce que l'on pourrait appeler l'insuffisance essentielle d'une valvule. Cet état existe lorsque l'insuffisance a atteint un degré qui rend impossible toute compensation, la quantité de sang régurgitée à chaque révolution cardiaque étant telle qu'une systole renforcée ne parvient plus à rétablir l'équilibre de la circulation. La stase produite par une insuffisance essentielle est donc parfaitement distincte de celle que cause un trouble de compensation d'une lésion valvulaire ordinaire, et le traitement n'a que peu ou pas d'action sur elle.

Peut-on administrer la digitale dans tous les cas de lésion valvulaire, sans tenir compte de la valvule malade? De nombreux auteurs déconseillent l'emploi de ce médicament dans l'insuffisance aortique. Les mauvais résultats qu'elle donne parfois alors proviennent surtout de ce que le médecin n'est appelé le plus souvent que lorsque la lésion a déjà pris la forme d'une lésion essentielle, tandis que les affections mitrales, en raison même des malaises qu'elles occasionnent, nécessitent un appel précoce de l'homme de l'art. Pour son compte, M. Sahli estime que la digitale prescrite à doses modérées, et alors que l'on a encore à espérer quelques effets du traitement, peut être administrée avec avantage dans l'insuffisance aortique.

Contre l'arhythmie du pouls par stase veineuse, la digitale régularise l'action du cœur. Les observations cliniques dont nous disposons sont insuffisantes pour nous permettre d'apprécier actuellement l'influence de ce médicament sur les autres formes d'arhythmie.

Le strophantus, l'adonis, le convallaria, la scille, agissent d'une façon analogue à la digitale, et il est douteux que ces médicaments diffèrent entre eux autrement que par l'intensité de leurs effets.

La caféine est surtout un vaso-constricteur; elle est donc indiquée dans le traitement des stases vaso-motrices. La clinique fournit, en outre, de nombreux éléments permettant d'admettre une action directe de cet alcaloïde sur la systole cardiaque. Son influence dilatatrice sur les artères coronaires permet d'expliquer les résultats favorables qu'on en obtient dans l'angine de poitrine.

Le camphre a un effet analogue à celui de la caféine. En plus de son action sur les centres vaso-moteurs et sur la respiration, Il semble exercer, d'après des recherches récentes, une influence directe sur le cœur ; il est particulièrement utile pour soutenir les fonctions essentielles à la vie au cours des maladies infectieuses.

L'alcool n'intervient pas directement sur le cœur. Son effet principal est de relâcher les vaisseaux ; aussi peut-il être avantageusement employé lorsque, par suite de la contraction vasculaire, la résistance artérielle est exagérée. Son action est cependant trop éphémère pour qu'on puisse l'administrer seul ; mais, pris en même temps que la digitale ou la caféine, il agit favorablement en cas de stase avec haute tension. Il rend souvent des services dans l'angine de poitrine. Il ne saurait être recommandé pour relever la circulation dans les maladies infectieuses; par contre, il est utile, voire même indispensable, contre le frisson fébrile ou après le bain, lorsque les malades ne parviennent pas à se réchauffer. Il peut se montrer efficace contre l'algidité causée par la faiblesse cardiaque ou par un spasme vasculaire, mais il est contre-indiqué quand l'algidité s'accompagne de vaso dilatation.

L'éther a des effets semblables à ceux de l'alcool, avec cette différence que si on l'administre en injections hypodermiques, la douleur produite par l'injection peut provoquer certaines actions réflexes dont il faut tenir compte.

Les recherches expérimentales concernant l'action des nitriles et des iodures sur les vaisseaux sont encore insuffisantes pour qu'on puisse discuter l'action de ces médicaments en connaissance de cause; toutefois, l'observation clinique fournit de nombreuses preuves de leur activité.

M. Schott (de Nauheim) ne croit pas qu'il soit possible en pratique de séparer nettement l'action sur le cœur d'avec celle sur les vaisseaux ; à son avis, l'essentiel est de relever l'activité du cœur, le fonctionnement normal de cet organe ayant pour effet de faire disparaître les troubles vaso-moteurs. Les applications froides sont utiles lorsqu'elles sont de courte durée; prolongées outre mesure, elles peuvent provoquer de l'algidité.

M. Lang (de Marienbad). — Il ne faut pas toujours imputer les insuccès de la digitale à ce que le médecin, du fait d'un diagnostic insuffisant, a institué un traitement inutile. Dans nombre de cas, c'est au pharmacien qu'il faut s'en prendre. Fréquemment, en effet, les pharmaciens se servent d'infusions concentrées préparées d'avance et qu'ils diluent au moment de les délivrer; or ces infusions s'altèrent au bout de peu de

temps, de sorte que le malade absorbe un médicament ayant perdu une grande partie de ses propriétés thérapeutiques.

M. Heinz (d'Erlangen) ne croit pas, contrairement à M. Gottlieb, que la digitale agisse de la même manière chez les animaux à sang chaud et chez les animaux à sang froid. Il existe quelques différences qu'il ne faut pas perdre de vue; ainsi, chez la grenouille, le ralentissement du pouls se produit indépendamment de toute intervention du pneumogastrique, tandis que chez les animaux à sang chaud il est dû surtout à l'excitation de ce nerf. L'énergie du muscle cardiaque est considérablement augmentée par l'effet de la digitale.

M. Goldscheider (de Berlin). — L'administration de la digitale à petites doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour, pendant des mois et même des années, produit souvent un effet remarquable. Tant que les malades sont sous l'influence du médicament, ils se portent relativement bien, mais il suffit qu'on suspende le traitement pendant quelque temps pour qu'aussitôt ils s'en ressentent. Il est important de ne pas supprimer brusquement la digitale, mais d'en diminuer peu à peu les doses.

Parmi les glycosides de la digitale, la digitoxine est sans contredit de beaucoup le plus actif, et ce produit mérite plus d'attention qu'on ne lui en a accordé jusqu'à présent.

M. Hirsch (de Leipzig). — La résistance que rencontre le sang dans les capillaires est due en partie au faible calibre de ces vaisseaux, en partie à la viscocité du liquide, c'est-à-dire au frottement interne des molécules l'une contre l'autre. La viscosité est d'autant plus faible que la température est plus élevée; elle dépend, en outre, du poids spécifique. Aussi, en ce qui concerne le sang, varie-t-elle suivant l'état de la nutrition de l'animal; elle diffère aussi selon les espèces. De 15° à 45°C., elle diminue proportionnellement à l'augmentation de la température, ce qui n'est pas le cas du sérum, lequel se comporte comme une solution, tandis que, dans le sang, il faut tenir compte des éléments cellulaires, dont l'influence à ce point de vue dépend et de leur nombre et de changements intracellulaires dont nous ignorons encore la nature; c'est à cette dernière raison qu'il faut attribuer ce fait que parfois la viscosité du sang est exagérée, bien que le nombre des globules soit normal. Aussi n'existe-t-il pas de rapport fixe entre la viscosité du sang et son poids spécifique.

On peut combattre la viscosité soit par la dilatation des vaisseaux, soit par la dilution du sang au moyen d'une injection de liquide dans les vaisseaux.

M. Ewald (de Berlin) a constaté que c'est en vain qu'on administre la digitale, même à hautes doses, si la pression extérieure qui agit sur les vaisseaux sanguins est assez forte pour les comprimer et entraver la circulation. C'est pour éliminer ce facteur que nous pratiquons la paracentèse des cavités pleurale et abdominale en cas d'hydrothorax ou d'ascite, ou que nous faisons disparaître les œdèmes par la ponction des jambes ou par des scarifications.

L'emploi des médicaments cardiaques, notamment de la digitale, détermine souvent des symptômes gastriques qui mettent obstacle à la continuation du traitement. On peut alors administrer le médicament par la voie rectale, sous forme de clystères ou de suppositoires, mais les troubles ne cèdent pas toujours, car ils proviennent vraisemblablement d'une irritation centrale et non pas uniquement de l'action locale de la digitale sur la muqueuse. L'adonis, le convallaria, le strophantus sont loin d'être aussi actifs que la digitale. Les adjuvants que l'on associe à cette dernière jouent un grand rôle dans le traitement des maladies de cœur; parmi eux, un des plus importants est la morphine; on peut dire que, dans certaines conditions, la morphine est un des meilleurs médicaments cardiaques dont nous disposions.

M. Fr. Pick (de Prague). — On ne doit pas considérer l'action vaso-motrice de la digitale administrée à doses thérapeutiques comme négligeable; cette action, quoique faible, suffit pour empêcher l'œdème de se développer. Quant à l'hydrastinine, elle agit énergiquement sur la contraction des vaisseaux périphériqnes.

M. Unverricht (de Magdebourg) a pu s'assurer que l'efficacité des préparations de digitale est proportionnelle à la quantité de digitoxine qu'elles contiennent; à ce point de vue, les préparations dialysées ont donné d'excellents résultats.

M. Unverricht a remarqué que l'administration prolongée de digitale fut plus efficace que la médication de courte durée, mais à doses plus élevées.

M. Rosenstein (de Leyde) s'étonne que jusqu'à présent on ait pour ainsi dire passé le strophantus sous silence. Il estime, pour sa part, qu'après la digitale le strophantus est notre meilleur cardiotonique. Il l'emploie sous forme de teinture, à petites doses, et ne l'a jamais vu produire de troubles gastriques. Le camphre agit souvent d'une façon brillante, mais malheureusement passagère.

M. Naunyn (de Strasbourg), après avoir expérimenté toutes les préparations de digitale, est revenu à l'infusion qu'il considère comme la plus efficace et la plus sûre.

Employée avec prudence, la digitale n'irrite pas l'estomac, mais pour cela il faut la donner à petite dose; à la dose de 0 gr. 30 par jour pour une infusion de 150 grammes : dans ces conditions, on n'observe jamais d'accumulation. Parfois, il est vrai, la digitale n'est pas supportée, mais il s'agit alors de malades qui présentaient déjà des troubles gastriques avant l'administration du médicament.

M. Grödel (de Nauheim) a observé nombre de patients qui se trouvaient très bien de l'usage constant de la digitale, et qui ont vécu des années de cette façon. Dans ces cas, on ne saurait parler de digitalisme, c'est-à-dire d'un état analogue au morphinisme, car, lorsque les circonstances le permettent, on peut supprimer la digitale sans que le malade en souffre. Parfois, l'accoutumance au médicament se produit et il faut alors augmenter les doses.

M. Rosenfeld (de Stuttgart) se vante de l'emploi de la digitoxine; cette substance n'agit cependant pas d'une façon aussi régulière et aussi constante que l'infusion de digitale. Pour prolonger les effets du traitement digitalique, on peut faire prendre aux malades de la tisane d'adonis vernalis à raison d'une cuillerée d'adonis pour une tasse à thé, une ou deux fois par jour.

TRENTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE.

Tenu à Berlin du 10 au 13 Avril 1901.

Un cas de méningite spinale suppurée traitée par une double laminectomie.

M. Barth (de Dantzig) présente un jeune homme amené dans son service avec une blessure de la moelle épinière par coup de couteau, et chez lequel la ponction lombaire permit de reconnaître une méningite spinale suppurée. Une première laminectomie fut pratiquée au niveau du traumatisme, puis une deuxième à la région lombaire. Cette double intervention, combinée avec le drainage, fut suivie tout d'abord d'une paraplégie complète, mais passagère, qui n'entrava pas la guérison. Il persiste comme seule conséquence du traumatisme une légère paralysie de Brown-Séquard, due à la blessure unilatérale directe de la moelle par le couteau.

Encéphalite du lobe temporal consécutive à une otite moyenne.

M. Merkens (de Berlin) communique l'observation d'un malade amené dans le service de M. Sonnenburg avec des symptômes cérébraux consécutifs à une otite moyenne purulente. La trépanation de l'antre montra l'existence d'un petit abcès extra-dure-mérien. Les symptômes cérébraux persistèrent malgré l'opération, s'accompagnant d'aphasie et d'hémiplégie et donnant tout à fait l'impression d'un abcès cérébral. L'état du malade étant devenu très grave, on porta un pronostic fâcheux et on renonça à une nouvelle intervention. Quelques jours après, cependant, les manifestations cérébrales s'amendèrent pour disparaître spontanément au bout de peu de temps.

M. Merkens admet qu'il s'est agi dans ce cas, non pas d'un abcès, mais d'une encéphalite non suppurée, caractérisée probablement par la simple infiltration du tissu cérébral.

La castration contre la tuberculose testiculaire.

M. von Bruns. — La question de la castration dans la tuberculose testiculaire a été fort discutée, notamment à la Société de chirurgie de Paris, dont la plupart des membres se sont montrés opposés à cette mesure radicale, et surtout à la castration double. On a prétendu, en effet, que l'ablation du testicule entier est inutile et qu'il suffit de détruire le tissu tuberculeux au niveau de l'épididyme; on a dit aussi que la castration est insuffisante dans les cas où d'autres organes sont également atteints de tuberculose; cette dernière opinion repose sur la théorie de l'origine descendante de la tuberculose testiculaire, théorie que mon expérience personnelle ne me permet pas d'admettre. Enfin, on a invoqué l'effet fâcheux, au point de vue psychique, de l'ablation des deux testicules.

En présence de ces critiques, M. von Bruns a voulu se rendre compte des résultats obtenus dans son service par la castration tant unilatérale que bilatérale. Cette enquête a porté sur 111 cas (dont certains remontent à 34 ans), comprenant 78 castrations unilatérales et 33 castrations doubles.

En ce qui concerne la propagation au testicule de la tuberculose épididymaire, on a pu constater dans 24 p. 100 des cas que le testicule était envahi dès le 3e mois, et qu'il l'était dans 40 p. 100 des cas au 6e; passé ce délai, il fut trouvé atteint dans 60 p. 100 des cas. Quant à la participation de l'autre testicule, on l'a notée chez 26 p. 100 des malades soumis à la castration unilatérale; en comparant ce pourcentage à celui de la fréquence de la tuberculose testiculaire double en général, on peut conclure que la castration unilatérale constitue une mesure prophylactique favorable au testicule encore sain.

Comme résultats définitifs, 11 p. 100 des sujets ayant subi la castration unilatérale succombèrent plus tard à une tuberculose uro-génitale, et 15 p. 100 à une tuberculose pulmonaire, qui existaient déjà, le plus souvent, au moment de l'intervention. Dans 46 p. 100 des cas, la guérison fut définitive. Pour la castration bilatérale, on trouve 15 décès ultérieurs par tuberculose uro-génitale, 24 par tuberculose générale; 53 p. 100 des opérés furent définitivement guéris. Quant aux prétendus troubles psychiques produits par la castration, on ne les a jamais observés. M. von Bruns se croit donc autorisé à dire que, dans la moitié des cas, la tuberculose testiculaire guérit par la castration, l'étude détaillée de sa statistique lui ayant prouvé qu'une guérison qui se maintient 3 ans a toutes les chances d'être définitive.

Aussi M. von Bruns continue-t-il à considérer la castration précoce comme le traitement de choix de la tuberculose testiculaire, jusqu'à ce que l'on ait pu présenter des résultats aussi favorables obtenus par des mesures conservatrices.

M. von Baumgarten (de Tubingue) a fait des recherches sur l'origine de la tuberculose testiculaire et uro-génitale.

Il s'agissait, avant tout, de déterminer si la tuberculose testiculaire peut être descendante, c'est-à-dire si elle peut survenir à la suite d'une tuberculose vésicale ou prostatique.

Une première série d'expériences faites sur des lapins a démontré qu'il est impossible de produire une tuberculose testiculaire par l'injection de cultures de bacille de Koch dans l'urèthre, lors même qu'on parvient ainsi à provoquer une tuberculose de la prostate et de la région attenante de la vessie.

Il est facile, par contre, de réaliser une tuberculose du canal déférent, de la vésicule séminale et de la prostate, en injectant des bacilles de Koch dans le testicule. Ce résultat a été constant avec des bacilles provenant d'une tuberculose bovine et très virulents; les injections de bacilles de Koch recueillis sur l'homme furent moins démonstratives. Ce fait montre que la virulence du micro-organisme joue un rôle considérable dans la propagation de la tuberculose uro-génitale.

Cette tuberculose ascendante put être constatée dans tous les cas au bout de 4 ou 5 semaines, alors même — mais ici d'une façon moins nette — que le canal déférent avait été lié. Jamais, par contre, on n'a observé la propagation de la tuberculose au testicule du côté opposé.

Ces particularités s'expliquent par l'immobilité du bacille de la tuberculose, qui ne peut remonter le courant des liquides organiques, d'autant qu'il ne se développe pas dans l'urine ni le sperme. Il ne saurait donc exister de tuberculose ascendante dans les uretères, ni descendante dans le canal déférent. Pour ce qui est du courant lymphatique, nous ne savons pas encore d'une manière certaine s'il est ascendant ou descendant au niveau du canal déférent; tout porte à croire cependant qu'il a la même direction que le sperme.

M. von Bungner (de Hanau) a recommandé, il y a 8 ans, une modification du procédé habituel de la castration, consistant dans l'évulsion du canal déférent jusqu'à sa rupture, laquelle se produit généralement au niveau du tiers supérieur, parfois même du cinquième supérieur. Il croit que l'on peut ainsi obtenir la guérison radicale même dans les cas où la simple castration est insuffisante.

On a objecté que cette opération pouvait entraîner la déchirure du péritoine, ou la rupture du canal déférent au milieu d'un foyer tuberculeux; on a craint aussi qu'elle ne détermine une hémorrhagie au niveau du canal. Or M. Büngner n'a jamais constaté la déchirure du péritoine sur le cadavre, ni l'hémorrhagie sur le vivant; quant à la rupture du canal déférent au niveau d'un foyer tuberculeux, il estime qu'elle ne présente aucun inconvénient particulier; elle doit se produire, d'ailleurs, plus fréquemment encore au cours de la castration habituelle.

M. Büngner a appliqué sa méthode un grand nombre de fois et n'a eu qu'à s'en louer. Il est évident qu'elle demeure insuffisante lorsque la vésicule séminale ou la prostate sont également atteintes. On pourrait songer, en pareil cas, à faire une opération plus radicale encore, par exemple à associer la castration telle qu'il l'a propose avec l'ablation de la vésicule séminale et du foyer prostatique par la voie périnéale. Mais les malades sont souvent dans un état de faiblesse qui ne leur permettrait pas de supporter cette double intervention. Aussi M. Büngner a eu l'idée d'injecter de la glycérine iodoformée dans le canal déférent, tant vers la vésicule séminale que vers l'épididyme. Ses observations sont encore trop récentes pour qu'il puisse en tirer des conclusions, mais il croit cependant pouvoir conseiller ce mode de traitement qui, en tout cas, ne présente aucun inconvénient.

M. Simon (de Heidelberg) rapporte les résultats obtenus à la clinique chirurgicale de Heidelberg, dans le traitement de la tuberculose testiculaire par la castration. Sa statistique comprend 92 cas, avec 66 guérisons radicales. Chez 24 de ces malades, il existait déjà, au moment de l'intervention, une tuberculose pulmonaire qui, 10 fois, rétrocéda après l'opération; 10 autres sujets étaient atteints simultanément d'une tuberculose osseuse dont les progrès furent également arrêtés par la castration. Dans 29 cas, on fit la castration double, avec 8 morts ultérieures et 21 guérisons, dont quelques-unes datent de 20 ans. Quant aux troubles psychiques, ils n'ont été observés qu'une seule fois; bien souvent, au contraire, le fonctionnement de l'appareil sexuel a paru rester normal, même après une castration double.

M. König (d'Altona) préconise l'ablation totale du canal déférent, en partie par la voie inguinale — en ouvrant largement le canal inguinal et en pénétrant aussi loin que possible dans la direction de la vessie, — en partie par la voie périnéale, laquelle permet d'extirper en même temps la vésicule séminale et la partie de la prostate atteinte de tuberculose. Il conseille, pour cette seconde partie de l'opération, de pratiquer en arrière de la racine du scrotum un volet périnéal rectangulaire à base antérieure.

M. König (de Berlin) fait remarquer que les résultats obtenus par M. von Bruns et les expériences faites par M. von Baumgarten renversent complètement les notions ayant cours jusqu'ici sur la tuberculose testiculaire. Aussi, en ce qui concerne les conclusions de ces expériences, ne peut-il s'empêcher d'exprimer quelques doutes sur la possibilité de les appliquer à la pathologie humaine.

Il convient que l'on peut rencontrer des exemples de tuberculose testiculaire primitive, mais un examen minutieux et répété de ses malades lui a montré que, dans la plupart des cas, la tuberculose de la prostate et des vésicules séminales précède celle du testicule, cette dernière n'étant généralement qu'une manifestation secondaire de la tuberculose uro-génitale; c'est ainsi qu'on voit assez fréquemment une tuberculose rénale se

compliquer successivement de tuberculose de la vessie, puis de la prostate, et enfin du testicule.

Quant au traitement, M. König reconnaît qu'il existe telles circonstances où, malgré une tuberculose bilatérale, la castration s'impose : il s'agit alors de lésions très avancées ne permettant l'application d'aucun autre moyen thérapeutique. Mais il est moins radical dans la grande majorité des cas, et il estime, bien que les essais d'injection de glycérine iodoformée ne lui aient pas donné de résultats très satisfaisants, que l'on ne doit pas procéder trop hâtivement à une opération aussi mutilante que la castration.

M. Gussenbauer (de Vienne) pense également que la tuberculose testiculaire n'est pas une manifestation primitive de la tuberculose, mais qu'il existe le plus souvent, concurremment avec elle, des foyers tuberculeux soit dans le poumon, soit dans d'autres organes. La propagation au testicule se fait non seulement par le canal déférent, mais aussi par la voie sanguine.

En ce qui concerne les indications thérapeutiques, l'orateur préconise le traitement conservateur quand il se manifeste une tendance spontanée à l'induration et à la cicatrisation, tandis qu'il recommande la castration dans les cas de destruction étendue. Il insiste sur les guérisons spontanées, avec ou sans formation de fistule. Au point de vue du choix de l'opération, il veut une intervention aussi radicale que possible, par exemple l'ablation complète du canal déférent par la voie inguinale.

M. Henle (de Breslau) communique les résultats obtenus à la clinique chirurgicale de Breslau ; les injections iodoformées étant très douloureuses et ayant une efficacité insuffisante, il se déclare partisan de la castration et aussi de l'opération de M. von Büngner.

M. Bier (de Greifswald) se montre opposé à la castration; il proscrit même complètement la castration double, parce qu'elle constitue une mutilation trop considérable. Comme traitement général, il préconise les bains de mer de très courte durée en été et en automne, et différentes pratiques d'hydrothérapie en hiver. Cette thérapeutique lui a valu d'excellents résultats, même dans des cas de tuberculose rénale et vésicale.

Opération plastique pour perte de substance complète de la peau du pénis et du scrotum.

M. Bessel-Hagen (de Charlottenbourg) relate l'observation d'un malade chez lequel un phlegmon étendu avait déterminé la gangrène des téguments du pénis et du scrotum. Les testicules se recouvrirent spontanément de peau, comme c'est la règle en pareil cas, mais la perte de substance des téguments du scrotum n'en eut pas moins pour conséquence de priver le chirurgien du meilleur moyen de reconstituer les téguments péniens. Il fallut donc s'adresser ailleurs; l'orateur pratiqua à cet effet deux incisions horizontales à l'hypogastre, l'une au niveau de la symphyse, l'autre plus haut, à une distance correspondant à la longueur de la verge. Il décolla le pont cutané ainsi formé, et glissa dans ce canal artificiel le pénis relevé vers le haut. Le lambeau ayant été sectionné 10 jours plus tard, la verge se trouva complètement entourée de téguments abdominaux. De nouvelles opérations autoplastiques furent pratiquées, tant pour couvrir la perte de substance de l'hypogastre que pour éviter la rétraction cicatricielle ultérieure du membre vers le haut. Le résultat définitif fut très satisfaisant, malgré la nécrose des bords du lambeau hypogastrique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Monraisse (André). *De la coqueluche. Son pronostic à l'hôpital. Statistique de l'hôpital des Enfants-Assistés (1890-1900)*. N° 309. (J. Rousset.)

M. Fradin (G.). *Infection et épilepsie. La diphthérie chez les épileptiques.* N° 277. (Boyer.)

M. Mélin. *Contribution à l'étude des complications broncho-pulmonaires de la rougeole.* N° 256. (Ollier-Henry.)

M. Tournemelle. *Des éventrations post-opératoires; causes et traitement.* N° 242. (Steinheil.)

M. Polonsky. *Contribution à l'étude des fistules congénitales sacro-coccygiennes.* N° 267. (L. Boyer.)

M. Perros. *De la suture de la vessie et du traitement de la plaie abdominale après la taille hypogastrique.* N° 243. (L. Boyer.)

M. Minet. *Les suppurations prostatiques et péri-prostatiques (formes et traitement.)* N° 291. (Steinheil.)

M. Berthelot. *Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par les opérations économiques.* N° 289. (L. Boyer.)

M. Agnesi. *Contribution à l'étude des luxations récidivantes de la rotule.* N° 251. (L. Boyer.)

M. Pesme. *Traitement des tuberculoses externes fistulisées et des tuberculoses cutanées.* N° 290. (L. Boyer.)

La coqueluche est une affection dont le pronostic est, en clientèle, généralement bénin. Les statistiques démontrent que dans ce cas le coefficient de mortalité s'élève rarement au-dessus de 1 p. 100. Ce caractère de bénignité est dû aux conditions hygiéniques dans lesquelles évolue cette maladie.

A l'hôpital, au contraire, le pronostic est beaucoup plus grave, du fait et de l'affaiblissement originel des sujets, et de l'agglomération et surtout de l'infection nosocomiale. Le relevé de la mortalité des hôpitaux de Paris en donne une proportion de 25 à 30 p. 100.

M. Monraisse a, pour l'hôpital des Enfants-Assistés, dans le service du professeur Hutinel, établi le chiffre total des cas qui se sont produits de 1890 à 1900. Sur les 825 coqueluches enregistrées, il n'y a eu que 35 décès, soit une mortalité de 4,36.

La tuberculose et la broncho-pneumonie ont été comme toujours les principales causes de l'issue fatale.

L'auteur montre qu'on peut, sans cause d'erreur, attribuer les résultats obtenus aux améliorations réalisées dans son service par M. Hutinel. Les mesures les plus efficaces à cet égard semblent avoir été l'isolement immédiat et spécial des enfants coquelucheux, atteints de complications, la désinfection mensuelle et celle consécutive à toute infection, les précautions antiseptiques auxquelles est tenu le personnel hospitalier. Leur réalisation est indispensable dans tout service affecté aux coquelucheux.

Après avoir rappelé l'influence manifeste des maladies intercurrentes sur l'épilepsie et les rapports étiologiques, pathogéniques, cliniques et thérapeutiques très étroits entre l'épilepsie et les maladies infectieuses, M. Fradin (à propos d'une épidémie de diphthérie qui éclata à la Salpêtrière l'an dernier) étudie l'action que la diphthérie exerce sur les crises épileptiques; il montre qu'elle a une action d'arrêt, complète pendant la maladie et atténuée pendant la convalescence, mais la marche de l'épilepsie n'en est pas modifiée.

Pendant la diphthérie ou toute autre maladie infectieuse, les accès et vertiges sont accompagnés d'une élévation de température.

Le traitement de la diphthérie chez les épileptiques n'offre d'ailleurs aucune indication particulière.

Mais l'action du sérum chez les dégénérés donne lieu à des complications d'autant plus marquées que ces individus sont placés plus bas sur l'échelle intellectuelle.

Élève de Lesage, M. Mélin rappelle que, pour la majorité des auteurs, les complications pulmonaires de la rougeole sont dues à des microbes étrangers à la rougeole (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, microbe de Pfeiffer). Les cas dans lesquels on ne rencontre pas ces microbes ordinaires laissent muets les auteurs.

Il existe pourtant, au point de vue bactériologique, deux variétés de complications pulmonaires dans la rougeole :

1° Les unes dans lesquelles il n'y a point les microbes ordinaires décrits par les auteurs (staphylocoques, streptocoques, etc.);

2° Les autres où ces microbes existent, dans les alvéoles pulmonaires et le pus des petites bronches.

D'après M. Mélin, dans le premier cas l'examen sur lame par la méthode de Gram, la culture, l'inoculation d'animaux, ne permettent de retrouver que le microbe de Lesage : la complication est une localisation de l'infection morbilleuse qui dure sur l'organe plus longtemps que sur la peau. Cette opinion qui repose sur l'examen bactériologique vient confirmer l'hypothèse que certains auteurs avaient faite de la nature morbilleuse de beaucoup de cas de complications.

Dans le deuxième cas, l'examen microscopique du pus des petites bronches et des alvéoles montre qu'il existe tantôt des staphylocoques, tantôt des streptocoques, tantôt des pneumocoques, tantôt le microbe de Pfeiffer, tantôt l'entérocoque.

Mais, depuis la description du microbe de Lesage, si l'on étudie de nouveau ces cas, on retrouve presque toujours, avec ces microbes des infections ordinaires, le microcoque décrit par Lesage.

L'examen microscopique, la culture, l'expérimentation, montrent que ce microcoque est constant, tandis que les autres varient suivant l'habitat, la saison, l'épidémicité.

La constance du microbe de Lesage, dans les cas où il est seul et dans les cas où il est associé, a son importance.

D'après M. Mélin, les dernières recherches expérimentales tendent à la démonstration de la spécificité morbilleuse de ce dernier microbe.

M. Tournemelle distingue les éventrations post-opératoires en aiguës ou chroniques.

Les causes déterminantes n'ont pas la même importance; l'infection de la suture est la plus habituelle; viennent ensuite les hernies de cicatrice dues à des hématomes, à des causes mécaniques, à une technique imparfaite.

En présence d'une éventration aiguë, le chirurgien peut faire trois choses :

a) Réduire sans désinfection, suturer sans drainage;

b) Laver l'intestin, suturer après réduction, drainer;

c) Panser à plat et attendre la guérison spontanée.

Il existe des indications pour chacun de ces cas.

La cure radicale des éventrations chroniques est basée sur un certain nombre de principes qu'il est indispensable de suivre si l'on veut obtenir un bon résultat.

Le procédé de Quénu donne les plus grandes chances de guérison dans la cure extra-péritonéale des éventrations. La technique que l'auteur a indiquée, et qui est celle de Pozzi, réalise le mieux la protection de l'intestin dans les interventions intra-péritonéales.

Au cours de l'opération, deux éventualités sont à craindre : la perforation de l'intestin, l'impossibilité de rapprocher les muscles.

Les fistules sacro-coccygiennes sont des affections rares, d'origine congénitale, parfois héréditaires.

Pour M. Polonsky, elles sont dues à la prolifération des téguments inclus au cours du développement; mais les auteurs discutent la question de savoir si cette inclusion tégumentaire est liée à l'évolution du canal neural ou à celle de la saillie coccygienne.

Sous l'influence d'un traumatisme, par manque de propreté de la région, ces fistules sont sujettes à l'inflammation, surtout quand leur trajet est étroit et profond.

Cette inflammation s'accompagne de douleurs assez vives et d'un écoulement séro-purulent et se complique parfois de décollements assez vastes, d'abcès à répétition et de fusées purulentes.

L'étiologie et le siège de ces fistules permettront de les distinguer des fistules anales; il est plus facile de les confondre avec les fistules ostéopathiques.

La véritable méthode thérapeutique, la seule qui mette à coup sûr à l'abri d'une récidive, c'est la cure radicale avec extirpation complète et minutieuse du trajet fistuleux.

Selon M. Perros, après la taille hypogastrique, sauf quelques rares indications, la suture totale de la vessie doit être préférée à la suture partielle.

La suture totale, sans être plus dangereuse que la suture partielle avec drainage, possède sur cette dernière le grand avantage de diminuer la durée du traitement et de procurer une cicatrice plus solide.

Le meilleur procédé de suture de la vessie est le procédé de suture à double étage :

1° Plan muco-muqueux;

2° Plan musculo-musculeux.

M. Minet pense que, dans les abcès prostatiques, il faut intervenir le plus tôt possible; à la moindre alarme, si l'abcès s'est déjà ouvert spontanément.

La voie d'élection est la voie périnéale. En outre, les fusées purulentes seront incisées à la région où elles proéminent.

La voie rectale est tentante, quand on sent sous le doigt la fluctuation. S'il semble bien, par les observations publiées, que l'on ait exagéré le danger des hémorrhagies et des fistules uréthro-rectales, du moins il persiste d'autres griefs plus graves :

1° L'incision rectale bien faite, telle que la recommande Routier, avec anesthésie au chloroforme ou au bromure d'éthyle, dilatation du sphincter, incision large, n'est pas beaucoup plus simple que l'incision prérectale pour un opérateur exercé;

2° Le danger d'infections secondaires n'est pas douteux, malgré les cas heureux publiés en faveur de l'incision rectale. Ce n'est pas au cours d'un abcès prostatique que l'on pourra tenter la désinfection du rectum, déjà si difficile à obtenir dans d'autres conditions.

On a vu souvent l'incision rectale ne pas empêcher l'ouverture uréthrale spontanée. La fistulisation est rare mais possible, et elle doit être évitée par l'incision périnéale.

On ne peut soutenir que les pansements puissent être appliqués aussi facilement et aussi antiseptiquement après l'incision rectale.

Dans les cas d'abcès multiples, à cloisonnements nombreux, à plus forte raison dans les phlegmons périprostatiques étendus, l'incision rectale ne pourrait permettre d'évacuer toutes les collections comme l'incision périnéale.

Pour M. Berthelot, la castration, comme traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire, peut être regardée comme une opération relativement exceptionnelle, et, chaque fois que cela sera possible, on devra lui préférer les opérations économiques, parmi lesquelles l'épididymectomie pratiquée seule ou jointe à la déférentectomie et même à la vésiculectomie, doit être regardée comme l'opération de choix.

L'expérience montre la persistance de la guérison après ces opérations économiques qui ont une heureuse influence sur l'état général, lequel se relève assez rapidement.

Il ne survient pas d'atrophie testiculaire quand on a conservé le pédicule vasculo-nerveux.

Les lésions de la prostate et des vésicules séminales sont améliorées après l'opération.

La puissance génitale est conservée, même après épididymectomie bilatérale.

Le traitement général contribue puissamment à la guérison définitive.

D'après M. Agnesi, les luxations récidivantes de la rotule peuvent reconnaître pour causes : *a*) une altération pathologique de l'articulation; parmi ces luxations pathologiques récidivantes, il faut compter les luxations traumatiques anciennes qui se reproduisent; *b*) une malformation congénitale : ce sont les luxations congénitales souvent doubles.

La variété en dehors est toujours de beaucoup la plus fréquente.

Les signes se résument en signes objectifs du déplacement de la rotule et en signes fonctionnels; ceux-ci sont les plus marqués et les chutes particulièrement sont très fréquentes.

Le traitement comprend des méthodes orthopédiques, des procédés chirurgicaux pouvant se ranger en deux groupes : ceux qui s'attaquent aux parties molles, ceux qui s'attaquent aux surfaces osseuses.

Selon M. Pesme, contre les fistules tuberculeuses, le traitement qui a le plus de chance de réussir est le traitement par les injections modificatrices.

Le naphtol camphré, employé sous diverses formes, sera la base du traitement; mais, en cas de fistules rebelles, il faudra lui substituer d'autres agents, qui alterneront entre eux et se suppléeront les uns les autres. Ces variations dans les liquides injectés auront le plus souvent d'heureux résultats, mais il faudra savoir s'armer de patience, car ces lésions sont difficiles à guérir.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de métatarsalgie (maladie de Morton), par Montalto et G. La Rosa (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 28 avril 1901, p. 541). — Observation détaillée d'un cas chez une femme de 41 ans souvent exposée par son métier au froid et à l'humidité, et ayant assez fréquemment des douleurs articulaires. Traitement : salicylate de soude, lithine, régime, vêtements de laine, chaussures larges. L'amélioration rapide survenue de suite fait espérer la guérison complète par ces seuls moyens, sans qu'on ait à recourir à l'opération de Péraire et Mally.

La réaction pupillaire, les réflexes tendineux et les troubles de la parole en rapport avec l'accès épileptique, par Guilio Levi (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 28 avril 1901, p. 535). — D'après les observations de l'auteur, poursuivies pendant quatre ans, la rigidité pupillaire n'est pas un caractère différentiel absolu entre l'accès épileptique et l'attaque d'hystérie. Dans le cas de l'hystérie on a trouvé après l'accès (Westphal) l'abolition de la réaction de l'iris à la lumière; après l'accès épileptique, cette réaction peut être présente (G. Levi).

Dans l'état de mal épileptique, M. G. Levi a noté une façon spéciale qu'ont les pupilles de réagir à la lumière, et qui tient probablement à une irritation du sympathique. Cette particularité consiste en ce que la pupille en mydriase se rétrécit bien d'abord un peu à la première approche de la lumière; mais immédiatement ensuite elle reprend sa dilatation, malgré la persistance de l'excitation lumineuse.

Les réflexes tendineux chez les épileptiques sont habituellement accentués; fréquemment il y a inégalité entre les réflexes d'un côté et ceux de l'autre côté. Comme effet de l'attaque sur ces réflexes, on voit rarement une diminution, mais souvent une augmentation; celle-ci est très notable dans l'état de mal où on peut même observer le clonus du pied.

Les troubles de la parole (lenteur, monotonie, bégayement, etc.), liés à l'épilepsie, montrent leur plus grande accentuation tout de suite après les accès.

MÉDECINE

L'ammoniaque dans l'haleine des ozéneux (L'ammoniaca e i compositi ammoniacali nell' alito ozenatoso), par A. Cagnola (*Annali di laring. ed. otol.*, 1901, n° 1). — Tandis que certains auteurs cherchent la cause de l'odeur ozénateuse dans un produit spécifique constant résultant d'une fermentation spéciale, l'auteur a voulu chercher s'il ne s'agissait pas surtout de combinaisons chimiques et, en particulier, si, parmi les principes volatils dont le mélange constitue l'odeur ozénateuse, il n'existait pas une certaine quantité d'ammoniaque. Des recherches entreprises par l'auteur, il résulte qu'une quantité d'ammoniaque assez faible du reste existe chez les ozéneux, mais le rapport qui existe entre cette quantité et celle éliminée par les sujets sains démontre que l'ammoniaque n'a rien à voir dans la composition de l'odeur ozéneuse.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 21 Mai 1901.

Les strychnos africains et les plantes servant à empoisonner les flèches en Afrique.

M. Chatin lit un rapport sur un mémoire de M. Bureau, traitant de la nature des poisons des flèches africaines.

Les strychnées, qui sont généralement employées par les Américains pour empoisonner leurs flèches, ne sont pas utilisées en Afrique.

Les apocynées sont employées par les Malgaches pour leurs épreuves judiciaires.

Les trophantus sont surtout employées en Afrique. Ainsi, dans la Casamance et la Gambie, les indigènes se servent d'une mixture où le strophantus joue le plus grand rôle. En d'autres régions ce sont les apocynées, des euphorbiacées, un croton voisin du croton tiglium, qui servent à empoisonner les couteaux et les flèches, voire même les balles de fusil.

M. Laborde présente à ce propos une série de flèches africaines empoisonnées généralement avec le strophantus; l'étude physiologique de leurs poisons a été faite par MM. Malbec et Bourgeois.

Ces poisons ont souvent une extrême puissance; celui des Batemba, de la côte de Zanguebar, tue un éléphant en un quart d'heure, et un hippopotame en quelques minutes.

M. Laborde rappelle à ce propos les effets du curare et les expériences qu'il a entreprises dans le but d'utiliser le curare comme antidote du tétanos strychnique et des intoxications par d'autres toxines.

Sanatorium pour lépreux.

M. Besnier lit un rapport sur le projet de création d'un sanatorium pour lépreux dans la commune de Ronceux (Vosges). Ce projet, dû à M. Santon, donna lieu à de nombreuses réclamations dans la localité; l'Académie est sollicitée par le Conseil d'Etat de donner son avis sur cette question.

Les chances de contagion de la lèpre sont loin d'être aussi grandes qu'on semble le craindre, à condition que des précautions hygiéniques suffisantes soient prises. On sait, en effet, que certains hôpitaux de Paris, l'hôpital Saint-Louis, par exemple, contiennent des lépreux; or jamais on n'a observé de contagion.

Il existe encore à notre époque, en France, quelques foyers de lèpre mal éteints; si une léproserie était fondée, cela devrait être dans le voisinage de ces foyers de lèpre, sur le littoral méditerranéen, par exemple.

Au point de vue humanitaire, cette création serait fort utile; une léproserie rendrait de grands services aux sujets ayant contracté la lèpre à l'étranger. Cela devra être un sanatorium libre où le placement d'office n'aurait pas lieu.

La fondation d'un sanatorium de lépreux ne constitue pas un un danger pour le voisinage; les chances de contagion sont à peu près nulles si toutes les mesures de préservation sont suffisamment prises.

Les léprologistes étrangers ne pensent pas que cette contagion soit bien redoutable : Hansen constate que les lépreux à Bergen, en Norvège, circulent librement hors des sanatoriums sans communiquer leur maladie. A Christianiu, pays où la lèpre sévit, on a vu que la contagion n'a pas lieu aux environs des léproseries. Le sanatorium établi en Prusse n'a donné lieu à aucun inconvénient. Ehlers (de Copenhague) estime qu'une léproserie peut donner lieu à quelques contagions; il faut donc éviter de la créer dans un pays exempt de lèpre. César Büuck pense aussi qu'une léproserie peut avoir des inconvénients.

La Commission propose à l'Académie de répondre par les conclusions suivantes aux questions posées par le ministre de l'Intérieur :

1° Dans la mesure, dans les conditions et avec les réserves expresses formulées au cours du rapport, l'Académie pense que, placé le plus près possible d'une région où il y a encore des

lépreux, un sanatorium privé pour lépreux peut avoir une réelle utilité ;

2° Dans la mesure et avec les réserves expresses formulées au cours du rapport, l'Académie pense que, convenablement situé et isolé, solidement réglementé dans sa constitution par l'autorité sanitaire, et soumis par elle à un surveillance intérieure et extérieure permanente et effective, un sanatorium privé pour lépreux paraît dans l'état actuel ne devoir être l'origine d'aucun inconvénient pour la santé publique ;

3° L'état actuel de notre législation ne rendant pas cette surveillance possible, une Commission nommée par l'Académie étudiera les mesures qu'il y aurait lieu de prendre à cet égard.

Les conclusions du rapport de M. Besnier seront discutées dans la séance prochaine.

Epidémie de horse pox.

M. Hervieux relate une épidémie de horse pox observée à Lusignan (Vienne), par M. Moreau. Le premier cas fut constaté sur un cultivateur qui avait à la face dorsale des mains et des doigts une éruption de vésicules larges, aplaties, ombiliquées, blanc nacré, entourées d'une aréole rouge. Une des juments de ce cultivateur avait, après la saillie, présenté des boutons analogues à la vulve ; le fils du cultivateur, qui avait aussi donné ses soins à la jument, avait eu une éruption analogue.

Huit autres personnes, en soignant des juments saillies au même haras, avaient contracté de semblables éruptions ; les animaux portaient des pustules à la vulve, à la croupe, à la partie inférieure des membres, aux conjonctives, dans les narines, aux lèvres, etc.

L'origine de cette épidémie remontait à une épidémie de horse pox qui avait régné, en 1898, au haras de la montée Rouge et s'était propagée à Lusignan. M. Hervieux insiste sur la nécessité de la revaccination pour éviter de tels accidents.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium (1),

Par M. Albert Mathieu.

La dernière épidémie de fièvre typhoïde a, on le sait, présenté une gravité relativement grande, avec fréquence particulière d'hémorrhagies intestinales. Peu satisfait des traitements habituels, M. Mathieu a cherché à constituer une méthode meilleure en mettant en œuvre deux des moyens hémostatiques les plus récemment préconisés, les grands lavements à température élevée et le chlorure de calcium.

Les grands lavements très chauds ont été employés avec succès par R. Tripier, de Lyon, contre les hémorrhagies.

Contre les gastrorrhagies, R. Tripier conseille d'administrer 3 fois par jour un grand lavement d'eau à la température de 48° à 50°. Ces lavements doivent être continués au moins matin et soir pendant 8 jours après la fin de l'hémorrhagie. Le malade doit rester immobile dans la situation horizontale ; on lui impose une diète absolue au moins pendant 3 jours.

Le but de l'auteur est d'amener la contraction des petits vaisseaux à distance. Ce mode de traitement ne s'appliquerait pas aux seules hémorrhagies de l'estomac. « Du moment, dit-il, où l'on sait que le lavement d'eau chaude agit efficacement à distance, il n'y a pas de raison pour ne pas l'employer dans tous les cas d'hémorrhagie interne ou externe, quels qu'ils soient. »

Si R. Tripier cherchait à amener l'hémostase par le resserrement des petits vaisseaux, P. Carnot insistait sur deux moyens capables de favoriser la production de caillots oblitérateurs dans les vaisseaux béants. Il a de la sorte expérimenté dans le laboratoire et essayé cliniquement la gélatine et le chlorure de calcium. La gélatine paraît avoir eu plus de succès près des médecins que le chlorure de calcium. Cependant P. Carnot lui-même donnait la préférence à ce dernier agent.

1. Communication lue à la *Société de thérapeutique*, dans sa séance du 12 mars 1901.

« L'emploi de la gélatine à distance et en injection sous-cutanée, dit-il, est encore une méthode mal réglée et dangereuse. Le traitement par ingestion ou injection du chlorure de calcium, qui procure les mêmes avantages, est plus simple, mieux connu et expose à moins de dangers (1). »

Il était logique d'essayer les deux moyens dans le traitement des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde. C'est ce que M. Mathieu a fait depuis un an dans les 7 ou 8 cas qui se sont présentés à son observation, timidement d'abord, puis avec plus de confiance, l'expérience clinique ayant été favorable.

Voici comment il institue actuellement le traitement dès qu'une hémorrhagie se produit chez un malade atteint de fièvre typhoïde.

Le malade est immobilisé le plus complètement possible ; les bains froids sont donc suspendus et remplacée par de simples enveloppements à l'aide d'un drap mouillé.

Le lait est supprimé et remplacé pendant 2 ou 3 jours par une certaine quantité d'eau.

On donne tous les jours un ou deux lavements d'un litre d'eau bouillie, à 48°, à faible pression, à l'aide d'un bock à injections placé à 20 ou 40 centimètres au-dessus du lit.

A chaque lavement on ajoute 4 grammes de chlorure de calcium, et on en fait prendre 2 grammes par la bouche en solution aqueuse.

Il lui paraît utile de compléter le traitement par une petite dose d'extrait thébaïque, 4 ou 5 centigrammes, en pilules d'un centigramme espacées. L'administration de l'opium a pour but d'immobiliser l'intestin.

Dans quelques cas il a de plus donné trois doses espacées de 5 grammes de sous-nitrate de bismuth. Ce médicament a la propriété de désodoriser les selles d'une façon remarquable.

Les grands lavements peuvent évidemment ramener du sang rouge, soit liquide soit en caillots, lorsque l'hémorrhagie n'est pas encore arrêtée ou que l'intestin ne s'est pas encore débarrasé du sang déversé dans sa cavité ; mais on ne connaît pas encore de cas dans lequel l'hémorrhagie n'ait pas fini par être arrêtée. Cette éventualité pourrait évidemment se produire si le vaisseau saignant était de calibre trop considérable.

Le plus souvent, le premier lavement a ramené des caillots de sang plus ou moins noirs : les lavements ultérieurs en étaient exempts.

C'est un sérieux avantage de débarrasser l'intestin du sang extravasé. En effet, lorsqu'il séjourne dans le tube digestif, il s'y putréfie, ce qui devient une cause nouvelle d'intoxication et de fièvre. La fièvre se voit quelquefois après les hémorrhagies de l'ulcère simple de l'estomac, sous l'influence de la putréfacfaction du sang dans l'intestin ; les sels mélœniques sont toujours très fétides.

Le lait est rendu au bout de quelques jours, en petite quantité d'abord. Au bout de 5 ou 6 jours, si le sang n'a pas reparu dans les selles, le traitement normal et les bains froids sont repris.

En cas de grave hémorrhagie, il peut être utile de faire de grandes injections sous-cutanées de sérum chloruré : il semble qu'on pourrait y ajouter une certaine quantité de chlorure de calcium. A. Carnot a quelquefois ajouté du chlorure de calcium aux solutions de gélatine administrées par la voie sous-cutanée.

Il y aurait lieu, du reste, de fixer d'une façon précise la posologie du chlorure de calcium.

Pour M. Carnot, ses propriétés coagulantes ne sont pas proportionnelles à sa quantité. Aux environs de 10 grammes au contraire, la coagulabilité du sang aurait tendance à diminuer. La dose utile serait de 4 à 5 grammes.

4 grammes de chlorure de calcium sont absorbés par la voie stomacale sans inconvénient en solution un peu étendue. Depuis un an environ, administré à cette dose dans tous les cas d'hémoptysie qui se sont présentés à l'observation, il a donné des résultats encourageants.

1. P. Carnot, *Indications et contre-indications de l'hémostase par la gélatine*, p. 295. 1898.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

Rapport sur les modifications à apporter au régime actuel de la thèse (1),

Par M. A. Pinard.

Messieurs,

Invité par M. le Recteur à convoquer le Conseil de la Faculté à l'effet de délibérer sur la question, soulevée au Conseil de l'Université, de savoir s'il ne conviendrait pas d'apporter quelques modifications au régime actuel des thèses de doctorat, M. le Doyen saisit de cette question la commission des thèses dans une de ses précédentes réunions, et me fit l'honneur de me demander un rapport sur cet intéressant problème, que vous êtes appelés à discuter aujourd'hui.

La commission des thèses examina ces trois questions :

1° Doit-on demander la suppression de la thèse?

2° Si on la conserve, doit-on la maintenir dans les formes et conditions où elle est actuellement soutenue?

3° Ou bien y aurait-il lieu d'apporter des modifications au régime actuel?

La première question concernant la suppression de la thèse fut résolue par la négative, à l'unanimité moins une voix.

Pour les deux autres questions, aucune décision ne fut prise et aucun projet ne réunit, je ne dirai pas l'unanimité, mais la majorité, parmi les membres présents à la réunion de la commission des thèses.

1. Ce rapport sera discuté ce soir en séance du Conseil.

Dans ces conditions, je crois nécessaire de vous donner un rapide aperçu historique de la question, et de vous exposer brièvement les arguments qui ont été fournis pour ou contre le maintien ou la suppression de la thèse, et les projets de modifications proposées au régime actuel.

Dans la loi du 19 ventôse (10 mars 1803) qui régit actuellement encore en France l'exercice de la médecine, se trouve l'article 7 ainsi conçu :

« Art. 7. — Après les 5 examens, l'aspirant sera tenu de soutenir une thèse qu'il aura écrite en latin ou en français. »

Un premier arrêté, en date du 22 mars 1842, concernant la thèse exigée des aspirants au grade de docteur en médecine, modifia cette épreuve.

D'après l'arrêté du 22 mars 1842, l'épreuve de la thèse consista :

1° « En une dissertation imprimée dont le sujet aura été choisi par le candidat, soit sur un point quelconque de médecine ou de chirurgie, ou tiré au sort par lui sur une série de questions rédigées par la Faculté ;

2° « En une argumentation verbale sur un certain nombre de sujets correspondants aux diverses matières de l'enseignement, tirés au sort par le candidat et transcrits sans développement, à la suite de la dissertation imprimée. »

Par un deuxième arrêté, en date du 5 août 1884, pris à la suite d'un rapport fait au Conseil supérieur de l'Instruction publique par M. Béclard, sur une demande de la Faculté de médecine reclamant à l'unanimité la suppression des questions placées à la fin des thèses, l'épreuve de la thèse est ainsi modifiée :

« Article premier. — La thèse à soutenir par les candidats au titre de docteur en médecine consiste en une dissertation imprimée, sur un sujet de médecine ou de chirurgie choisi par le candidat.

« Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

« Art. 2. — Le présent arrêté recevra son exécution à partir du 1er novembre 1884. »

C'est conformément à cet arrêté que la thèse est soutenue à la Faculté de médecine depuis le 1er novembre 1884.

Voyons dans quelles conditions.

Tableau indiquant, par année, le nombre des candidats ajournés à la thèse depuis 10 ans.

	Nombre des thèses	Ajournements
1890-1891	386	1
1891-1892	376	1
1892-1893	373	0
1893-1894	441	3
1894-1895	558	3
1895-1896	547	2
1896-1897	594	1
1897-1898	640	2
1898-1899	661	0
1899-1900	671	3
Totaux	5,247	16

Ce qui donne 1 ajournement sur 327 thèses.

Il semblerait, d'après ces résultats, que toutes ou presque toutes les thèses, soutenues à la Faculté de médecine, constituent des œuvres sérieuses ou originales.

Que sont-elles en réalité? L'un de nos collègues, et des plus indulgents, partisan du maintien de la thèse, va nous le dire :

« Nous n'ignorons pas que beaucoup des thèses ont une valeur absolument nulle. Sur 100 thèses, il en est environ la moitié qui sont piteuses et qui ne nous font guère honneur. »

C'est ainsi que s'exprime mon ami Charles Richet dans le rapport qu'il vient d'adresser à M. le Doyen à propos des échanges de thèses de la Faculté de Paris avec les thèses des autres Facultés de la province et de l'étranger.

Reconnaissant que la collection de nos thèses, qui va sans cesse s'accumulant dans les rayons des Bibliothèques étrangères, est peu faite pour maintenir ou augmenter le prestige de notre Faculté, on a songé à faire un choix et à n'envoyer que les bonnes.

A propos de ce choix, notre collègue, dans le même rapport, formula ainsi son opinion :

« Des raisons très sérieuses s'opposent à ce qu'il soit fait un choix parmi les thèses à envoyer en échange. Si nous ne choisissons que les meilleures de ces thèses, celles par exemple qui ont eu la mention *bien* ou *très bien*, nous nous exposons à envoyer nombre de thèses encore très peu recommandables. » — J'ajoute que le Conseil de l'Université, ayant exprimé à M. le Ministre le vœu que, désormais, il ne fût plus envoyé aux Universités étrangères, à titre d'échange, que les thèses reconnues d'une valeur scientifique satisfaisante, reçut cette réponse : « Les échanges internationaux sont réglés par des conventions intervenues entre mon Administration et les Universités étrangères participantes. Elles stipulent d'un côté, comme de l'autre, l'envoi réciproque *de toutes* les publications académiques, notamment *de toutes les thèses*. »

Nous voilà donc condamnés à perpétuité à envoyer chaque année ces thèses dont plus de la moitié sont piteuses !

Mais alors, peut-on dire, pourquoi les juges se montrent-ils si indulgents? Pourquoi les professeurs acceptent-ils de présider des nullités semblables?

Avant de répondre à ces questions, examinons de quelle façon les choses se passent.

Le nombre de thèses est en moyenne de plus de 600 par an. Les 34 professeurs sont-ils appelés à présider un nombre égal de thèses?

Le tableau ci-dessous va donner la réponse.

Tableau indiquant le nombre de thèses présidées par chaque professeur pendant les 3 dernières années.

MM.	1897-1898	1898-1899	1899-1900	Total
Berger	56	48	43	147
Blanchard	3	5	5	13
Bouchard	6	3	4	13
Brissaud	»	»	31	31
Brouardel	15	18	14	47
Budin	11	30	31	72
Chantemesse	23	15	12	50
Cornil	14	18	20	52
Debove	41	33	34	108
Dieulafoy	28	14	18	60
Duval (Matth.)	9	16	7	32
Farabeuf	»	1	»	1
Fournier	28	32	31	91
Gariel	2	4	1	7
Gautier	1	»	5	6
Grancher	13	7	9	29
Guyon	22	25	22	69
Hayem	7	4	5	16
Hutinel	38	37	41	116
Jaccoud	4	1	»	5
Joffroy	17	31	23	71
Laboulbène	11	»	»	11
Landouzy	19	19	22	60
Lannelongue	3	8	12	23
Le Dentu	17	33	15	65
Panas	16	11	5	32
Pinard	37	22	39	98
Potain	43	55	48	146
Pouchet	22	9	13	44
Proust	13	14	3	30
Raymond	26	25	13	64
Reclus	»	1	»	1
Richet	1	4	7	12
Tarnier	1	»	»	1
Terrier	18	19	14	51
Tillaux	95	107	111	313

Ainsi, un de nos collègues préside plus de *cent* thèses par an, 313 en 3 ans!

Le président est-il consulté par le candidat sur le sujet à choisir, à étudier? Non, dans l'immense majorité des cas. On lui apporte un manuscrit à signer et, sauf des cas exceptionnels, il signe sans savoir ce que contient ce manuscrit. Celui-ci est alors imprimé à la hâte et distribué aux examinateurs. Quel est le rôle de ces juges qui reçoivent 3 et 4 thèses à étudier en quelques jours, quand ce n'est pas en quelques heures? Je crois inutile de vous le dire, vous le connaissez aussi bien, sinon mieux que moi.

Enfin, il faut ajouter que, dans certains cas, à la fin de l'année scolaire surtout, nombre de candidats sont très embarrassés pour trouver un professeur acceptant de présider leur thèse, et quand ils en ont trouvé un, ce dernier, au point de vue scientifique, est aussi étranger à la thèse qu'au candidat.

Est-il possible, dans ces conditions, d'encourir une responsabilité quelconque? Personne ne l'admettra, je pense.

En présence d'un pareil état de choses, l'on comprend bien comment et pourquoi la question concernant les modifications à apporter à la soutenance de la thèse a été portée depuis longtemps et est revenue si souvent en discussion au Conseil de la Faculté.

Mais aussi, les discussions toutes négatives restées stériles jusqu'à présent montrent également combien la question est difficile à résoudre.

Il faut supprimer la thèse disent les uns, car ce n'est point un examen probatoire, c'est une simple formalité qui, la plupart du temps, n'a pour résultat que de faire dépenser de l'argent aux candidats et de faire perdre du temps aux juges, et tout cela sans aucun profit pour la science.

Il faut maintenir la thèse, disent les autres, car s'il y en a beaucoup de mauvaises, il y en a de bonnes. De plus, revêtir la robe est une chose nécessaire, indispensable. L'on ne peut faire dire à un candidat qui vient de passer la 3e partie de son 5e examen, par un garçon de la Faculté : « Vous êtes reçu docteur ». Il faut de la solennité pour conférer ce titre.

Tous ces arguments en apparence si opposés peuvent se soutenir et se défendre, et j'ajoute, qu'à mon avis, leurs partisans peuvent s'entendre.

Est-ce en demandant que la thèse soit facultative? Je ne le pense pas, car, comme on l'a très justement dit dans une autre Faculté (Faculté de droit), en rendant la thèse facultative en droit, on la supprime en fait. « On ne voit pas en effet bien clairement, dit M. le doyen Glasson, quels avantages sérieux ceux qui seraient déjà docteurs, par suite de leurs examens subis avec succès, pourraient retirer de la soutenance d'une thèse. Cela ne saurait ni leur conférer une qualité nouvelle, ni même, en cas d'échec, leur retirer leur titre de docteur. »

Voilà donc une première proposition écartée.

Nous restons en face de ces deux autres : suppression ou maintien.

Les partisans de la suppression de la thèse actuelle sont-ils partisans de la suppression de tout acte terminateur des études? Si je ne me trompe, telle n'est point leur pensée. Ils veulent supprimer un acte qu'ils considèrent comme inutile le plus souvent et le remplacer par quelque chose qui soit sérieux, sinon solennel.

Les partisans du maintien de la thèse sont-ils partisans de la thèse telle qu'elle est présentée et soutenue à l'heure actuelle? Je ne le crois pas davantage, et si je ne m'abuse, ils veulent le maintien du principe, mais ils ne s'opposent pas à ce que des modifications soient apportées à l'état de choses existant, ils les demandent même.

N'y a-t-il pas là un terrain d'entente? Je le crois, et je pense rester sur ce terrain en faisant les propositions suivantes :

Propositions de modifications à apporter à la thèse de doctorat en médecine.

1° Le principe de la thèse est maintenu;

2° Tout candidat à la thèse devra choisir son président et être agréé par lui, après la 16e inscription;

3° La thèse à soutenir par les candidats au grade de docteur en médecine consiste en une dissertation sur un sujet ressortissant aux sciences médicales;

4° Cette dissertation, soit imprimée, soit copiée à l'aide de la machine à écrire, sera remise au président un mois au moins avant la soutenance;

5° Le candidat devra déposer à la Faculté 6 exemplaires de sa dissertation 15 jours avant la soutenance;

6° Le Jury, dans les formes ordinaires de la soutenances des thèses, déterminera : *a*) si le candidat est reçu; *b*) si la thèse est jugée digne de faire partie des publications académiques, et, dans ce cas, le candidat devra fournir à la Faculté 200 exemplaires de son travail imprimé. En cas contraire, la dissertation reste dans les archives de la Faculté.

PATHOLOGIE INTERNE

Sur la genèse des calculs biliaires. Recherches histologiques, cliniques et expérimentales,

D'après le Dr F. E. Italia (1).

Le Dr Italia vient de publier une intéressante étude expérimentale sur la genèse des calculs biliaires. A cause de l'étendue de ce travail nous n'en reproduirons que les conclusions :

1. *Il Policlinico*, vol. VIII-C, p. 153-180, mars 1901.

1° Le bacterium coli et le bacille typhique virulents, injectés de telle façon que ce soit dans la vésicule biliaire, déterminent la mort des animaux en expérience avant qu'il se forme une concrétion;

2° Le bacterium coli et le bacille typhique atténués sont capables de déterminer dans la bile rassemblée dans la vésicule biliaire un changement de réaction (acidification); il s'ensuit un précipité de cholestérine qui, cimenté par le mucus sécrété par la muqueuse biliaire enflammée, prend les caractères macroscopiques et microscopiques d'un calcul, tandis que l'analyse chimique démontre qu'il en a la composition;

3° Les cultures du bacterium coli et du bacille typhique, si l'on tue les microbes, ne sont pas capables de déterminer des concrétions. Cela prouve, d'une part, que l'action chimique toute seule ne peut pas former rapidement des calculs et, d'autre part que les bacilles morts, agissant comme corps étrangers, ne rassemblent pas autour d'eux la cholestérine;

4° La présence des glandes dans la muqueuse de la vésicule biliaire n'est pas en rapport avec la lithiase biliaire; elle constitue seulement une prédisposition importante;

5° Expérimentalement, la stase biliaire dans la vésicule (ligature du canal cystique) n'est pas nécessaire à la production de la lithiase; il n'est pas non plus nécessaire que l'atténuation des germes se soit faite dans la bile;

6° La voie que suivent les germes pour arriver dans la vésicule ne saurait être que les canaux biliaires; avançant lentement par ce chemin, ils s'habituent à vivre dans la bile et ils arrivent dans la vésicule déjà atténués;

7° Aucune théorie de la lithiase biliaire n'a tant d'arguments en sa faveur que la théorie infectieuse; on ne peut pourtant pas nier *a priori* que d'autres microbes ou d'autres causes puissent déterminer la lithiase biliaire.

L'auteur rapproche des résultats obtenus par lui ceux de quelques travaux importants et récents.

Mieczkowski (1), de la clinique de Mikulicz, a étudié les bactéries contenues dans la vésicule biliaire normale et dans la vésicule calculeuse. Dans cette dernière il a presque toujours trouvé le bacterium coli seul ou quelquefois acccompagné du staphylocoque pyogène doré ou du streptocoque; une seule fois la bile fut trouvée stérile. Les examens des cultures montrent d'ailleurs que le bacterium coli est le microbe qui se cultive le mieux dans la bile.

Ehret et Stolz (2) ont montré que les bactéries contenues dans la bile de la vésicule proviennent toujours de l'intestin; peut-être peut-il en arriver par voie sanguine. Puis, étudiant les bactéries par rapport à leur quantité, ils ont constaté qu'elles n'arrivent à la vésicule biliaire qu'en petit nombre; injectées dans la cavité péritonéale avec la bile, elles n'ont jamais déterminé de péritonite aiguë. Ces mêmes auteurs ont déterminé l'espèce des bactéries de la vésicule calculeuse et ont trouvé constamment : le streptocoque pyogène, le staphylocoque, le bacterium coli et deux autres bacilles se rapprochant du bacterium mésentérique et du subtilis.

Enfin Miyake (3), étudiant les bactéries des voies biliaires, a confirmé les résultats obtenus par Mieczkowski et Ehret et Stolz. En provoquant des altérations pathologiques variées de la muqueuse biliaire, il n'a pu obtenir la formation de calculs. Il a cherché comment se comportent les germes artificiellement introduits dans la vésicule, après ligature du canal cystique.

Il a conclu de ses expériences que l'inflammation catarrhale produite par les germes atténués est absolument nécessaire à la formation des calculs.

Par l'examen des calculs, Miyake a confirmé les résultats de certaines expériences de Italia : lorsqu'il injectait du coli, il obtenait des calculs de cholestérine presque pure; les autres agents infectieux donnaient des calculs formés en majeure partie de sels de chaux et de pigments biliaires; il en a conclu que c'est l'inflammation catarrhale et infectieuse qui détermine la formation des calculs.

1. Mieczkowski. Zur Bacteriologie der Gallenblase (*Mitteilungen aus den Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1900, XVII.

2. Ehret et Stolz. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis (*Mitteilungen aus den Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1900, XI).

3. Miyake. Zur experimentellen Erzeugung der Gallensteine (*Mitteil aus den Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1900, XVII).

Italia, comme on l'a vu plus haut, émet et maintient une interprétation un peu différente : une action chimique précipite la cholestérine, les sels de chaux et le mucus sécrétés par la muqueuse enflammée agglutinent et cimentent en un calcul la cholestérine précipitée.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 17 Mai 1901.

Anomalie rénale.

M. Bauer montre une pièce d'anomalie congénitale du rein et de l'appareil séminal, provenant du service de M. Calmette à Versailles. Le rein, l'uretère et la vésicule séminale du côté gauche font totalement défaut. La vessie n'offre qu'un seul orifice urétéral, celui de l'uretère droit.

Le rein unique occupe le flanc droit et pèse 190 grammes; l'aorte lui envoie une artère rénale; mais l'artère gauche manque, de même que la veine rénale du même côté.

Les capsules surrénales ne présentent aucune anomalie.

Arthrite sèche.

M. Ch. Dujarier apporte les pièces d'un sujet qui présentait des lésions généralisées d'arthrite sèche. Du côté des deux épaules, la tête, très augmentée de volume, s'articulait non seulement avec la glène, mais encore avec la face inférieure de l'acromion et une partie de la face inférieure de l'extrémité externe de la clavicule.

Cals vicieux.

M. Dujarier montre trois cals vicieux de fracture de jambe avec déviations angulaires considérables des fragments inférieurs. Dans un cas, il y avait fusion des fragments; dans l'autre cas, un cal fibreux du tibia. Le troisième cas concerne une lésion très intéressante, de l'arthrite sèche traumatique de l'articulation tibio-tarsienne; l'auteur insiste sur ces troubles dans les articulations voisines à la suite de fractures consolidées en position vicieuse.

Il présente, d'autre part, une fracture de l'olécrane avec cal fibreux et arthrite sèche secondaire du coude; puis un cal de l'humérus et un autre du fémur avec déviation angulaire et chevauchement.

Sarcome de la paroi abdominale.

M. Péraire présente un sarcome récidivé de la paroi abdominale qu'il a eu l'occasion d'opérer récemment; ce sarcome ne s'était reproduit qu'au bout de 6 ans.

A cette occasion, il donne l'observation d'un sarcome interne du bras opéré par lui il y a 3 ans. L'examen histologique pratiqué à cette époque avait fait craindre une réapparition rapide de la tumeur; cependant la malade est encore en parfait état.

Tuberculose musculaire.

M. Morestin présente une pièce de tuberculose du muscle couturier, coïncidant avec une adénopathie tuberculeuse de l'aine.

Cicatrisation vicieuse d'une main traumatisée.

M. Morestin montre le moulage de la main d'un malade qui, à la suite d'un traumatisme considérable de cette main, avait vu son pouce s'enclaver en quelque sorte dans la cicatrice, sous la peau. L'extrémité du pouce faisait une saillie gênante, et tout ce doigt avait été d'ailleurs arrêté dans son développement.

L'extirpation du squelette du pouce a été suivie d'un bon résultat au point de vue de la fonction de la main.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 mai 1901.

Coagulation du sang.

M. Milian. — En dissociant l'étude de la coagulation par la recherche séparée des temps de coagulation des différentes gouttes qui composent une même hémorrhagie, l'auteur a pu constater que le sang du début et de la fin d'une hémorrhagie et surtout celui obtenu par pression après cessation de l'hémorrhagie, coagule beaucoup plus vite que le sang du milieu de l'hémorrhagie. Les différences sont considérables.

Chez un sujet sain dont l'hémorrhagie dura trois minutes, la 1re goutte coagulait en 27 min. 30 s., la 21e et dernière en 21 min. 30 s. et la 5e en 54 minutes. Quant à la goutte obtenue par pression après cessation de l'hémorrhagie, elle coagulait en six minutes.

Il est presque impossible d'obtenir du sang d'une piqûre qui a fini de saigner même en y repassant la lancette.

La coagulabilité du sang est donc différente suivant le moment de l'hémorrhagie.

Ce n'est pas une modification de la coagulabilité de la masse totale du sang, car une piqûre faite en un autre point à la fin d'une hémorrhagie donne du sang dont la coagulabilité n'est pas exagérée.

C'est une modification locale due à l'accumulation de substance coagulante, sans doute de fibrin ferment; il faut en tenir grand compte dans l'étude clinique de la coagulabilité du sang. Le mécanisme en sera ultérieurement exposé.

Ponction lombaire et fracture du crâne.

MM. Tuffier et G. Milian. — Au cas d'hésitation le diagnostic de fracture du crâne peut être affirmé par la ponction lombaire : le liquide obtenu est rosé, couleur claire, teinté qu'il est par du sang reconnaissable au microscope; un liquide rouge vif permettra d'affirmer une abondante hémorrhagie intra-méningée.

Il importe de se mettre à l'abri d'une erreur d'interprétation due à la contamination de l'aiguille par son passage à travers les tissus; il suffit pour cela de recueillir le liquide céphalo-rachidien dans trois tubes successifs et de constater que la coloration est identique et uniforme dans chacun d'eux.

La coloration des éléments figurés, les cultures microbiennes permettent aussi de voir si le milieu est infecté. Un résultat négatif ne doit pas faire rejeter le diagnostic de fracture du crâne, car il est possible qu'au cas d'hémorrhagie légère la contamination céphalo-rachidienne lombaire soit nulle ou tardive, tout comme est tardive l'ecchymose sous-conjonctivale.

L'influence des crises hystériques sur l'olfaction.

M. Vaschide a mesuré l'odorat dans les crises hystériques avec la méthode de l'eau camphrée. Il résulte de ses expériences que l'influence des crises hystériques s'exerce presque exclusivement sur la sensation olfactive et tactile; avant les crises il y a une légère hypéresthésie, sorte d'éréthisme nerveux analogue à celui que nous avons observé chez les épileptiques, mais moins intense. Cette hyperesthésie disparaît pour revenir à l'état normal avant même que la crise soit complètement finie. La reconnaissance des odeurs, qui est un phénomène de perception, diminue avant les crises et plus encore dans la période paroxystique des crises. La sensibilité tactile de la muqueuse pituitaire devient plus fine avant et pendant les crises.

Voici les principales différences que l'on observe dans l'état de l'olfaction lié aux crises épileptiques ou hystériques.

1° *Immédiatement avant la crise.* — Dans les deux cas il y a

une hyperesthésie olfactive, qui est cependant plus grande dans l'épilepsie, mais la sensibilité tactile est augmentée seulement dans l'hystérie;

2° *Pendant la crise.* — L'anesthésie olfactive et tactile est complète dans l'épilepsie. L'odorat n'est diminué dans l'hystérie que pour la sensation, tous les autres modes d'activité sensorielle (olfactive et tactile) sont au contraire intacts ou même dans un meilleur état, et c'est là une première différence essentielle que trahissent, sous une autre forme, dans ces deux accidents la conservation, et la perte du souvenir;

3° *Après la crise.* — L'odorat et le tact recouvrent dans l'hystérie immédiatement leur premier état, tandis qu'ils restent plusieurs heures, dans l'épilepsie, à redevenir normaux.

En somme, l'accès épileptique est un accident violent, dont les phases d'action (hyperexcitabilité et hyperesthésie) et de dépression (coma et anesthésie) sont nettement masquées, ce qui n'existe pas dans l'hystérie, où l'état des fonctions nerveuses de consciense du sujet subit des modifications peu importantes.

Analgésie épidurale par la méthode de Sicard.

M. Brocard. — Les faits publiés par MM. Sicard, Widal, Soucques, m'ont engagé à me servir de la méthode des injections épidurales sacro-coccygiennes pour traiter les douleurs névralgiques des membres inférieurs.

Dans seize cas divers de sciatique ou de tabes à douleurs fulgurantes, j'ai toujours obtenu par l'injection de 4 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 200 poussée dans le canal sacré, à travers le ligament sacro-coccygien postérieur, une cessation de la douleur souvent très rapide. L'analgésie médicale plus ou moins complète peut se prolonger de quelques heures à trois jours. L'injection, non douloureuse, peut être facilement renouvelée; je n'ai jamais observé d'accidents à la suite de l'emploi de cette méthode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 Mai 1901.

Sur la rachicocaïnisation.

M. Lejars a employé cette méthode 33 fois (intervention sur les membres inférieurs, les organes génitaux, la région pelvienne, cures radicales de hernies, appendicectomies). Cependant les faits qu'il a observés permettent déjà de se faire une opinion sur la valeur et sur les indications de la méthode. Ces faits, M. Lejars les groupe de la façon suivante: d'un côté, les cas où l'anesthésie a été vraiment parfaite, sans accident d'aucune sorte; de l'autre, les cas, beaucoup plus nombreux, où cette anesthésie s'est montrée insuffisante ou bien s'est accompagnée d'accidents divers, vomissements, maux de tête, angoisse, etc.

Les accidents n'ont jamais été inquiétants. Mais ce qui fait que jusqu'à nouvel ordre M. Lejars n'emploiera pas la rachicocaïnisation de façon courante, c'est: 1° l'ennui des piqûres qui ne réussissent pas (étroitesse de l'espace inter-lamellaire, chez certains sujets; mouvement réflexes faisant dévier l'aiguille, chez d'autres), échecs qui font perdre du temps et produisent toujours mauvais effet; 2° l'irrégularité de l'anesthésie, irrégularité dans son apparition, dans sa distribution, dans son intensité, dans sa durée; 3° enfin les vomissements qui se produisent souvent au cours de l'anesthésie, pendant l'opération, et qui sont parfois très gênants pour le chirurgien.

A ce nouveau mode d'anesthésie, M. Lejars reconnaît des indications formelles: interventions sur les sujets atteints d'affections pulmonaires, pour lesquels l'éther et le chloroforme sont si dangereux; répugnance invincible de certains malades pour l'anesthésie générale. On peut y ajouter la possibilité d'opérer avec moins d'aides, avantage qui, dans la clientèle privée, peut être précieux.

La rachicocaïnisation est donc une méthode d'anesthésie qui restera dans la pratique; il n'est d'ailleurs pas téméraire de prédire qu'elle se perfectionnera encore. C'est ainsi que l'un des internes de M. Lejars, M. Cathelin, a tenté, en février dernier, de substituer aux injections sous-arachnoïdiennes les injections épidurales; mais les essais faits sur des malades n'ont pas donné le résultat espéré; les injections épidurales se sont montrées insuffisantes comme méthode d'analgésie chirurgicale.

M. Poirier a fait 53 cocaïnisations; 3 d'entre elles sont intéressantes: 2 parce que, malgré la pénétration de l'aiguille dans le canal médullaire, on n'a pas vu sortir la moindre goutte de liquide céphalo-rachidien; 1 parce que l'injection de cocaïne resta sans effet. Enfin, dans un quatrième cas, M. Poirier n'eut également pas d'anesthésie malgré l'injection de 2 centigrammes de cocaïne.

Dans tous les autres cas, l'analgésie a été parfaite. La rachicocaïnisation serait donc une bonne méthode d'anesthésie si on ne pouvait lui reprocher des suites parfois pénibles (céphalée) et surtout si les hoquets et vomissements qui surviennent si souvent au cours de l'analgésie n'étaient une cause de gêne parfois très grande pour l'opérateur. Aussi, M. Poirier ne recourra jamais à cette méthode pour les opérations abdominales graves; seules, les hernies et les appendicites lui en paraissent justiciables. Il ne parle pas, bien entendu, des interventions sur le membre inférieur qui constituent l'indication de choix pour la méthode.

M. F. Legueu a pratiqué environ 150 fois la rachicocaïnisation.

Les résultats de 150 cas ont été les suivants: dans 4 cas, l'anesthésie a été nulle et il a fallu recourir au chloroforme. Cependant un de ces malades fut plus tard anesthésié par une nouvelle injection de 1 centigramme. Bien que ces malades n'aient pas été insensibilisés, ils ont eu des vomissements.

L'analgésie a été parfaite dans environ 100 cas; elle a été imparfaite, mais très suffisante dans 50 cas. Cette analgésie s'étend à tous les éléments; la vessie elle-même perd sa sensibilité douloureuse, et, dans 10 cas, M. Legueu a pu mener à bien la lithotritie ou examiner une vessie douloureuse, avec un centigramme de cocaïne. L'analgésie apparaît au bout de quelques minutes, mais elle devient imparfaite au delà de 40 minutes.

Les incidents pendant l'opération sont les vomissements (1/3 des cas), avec état de malaise sans gravité, le tremblement des membres inférieurs et le relâchement du sphincter anal (10).

Les incidents consécutifs ont paru sans gravité: les vomissements ne se sont produits que dans 20 cas, l'élévation de la température a paru plus rare avec la cocaïne stérilisée. Seule, la céphalalgie est fréquente; on l'a notée chez la moitié des malades.

M. Legueu a encore remarqué la parésie des membres inférieurs pendant quelques jours (une fois), la rétention d'urine (une fois) ou l'incontinence (une fois). Aucun de ces incidents ne fut durable ou persistant; par contre, les suites opératoires furent parfois absolument simples, plus simples qu'elles ne le sont avec le chloroforme.

Au point de vue analgésie, la rachicocaïnisation peut supporter la comparaison avec n'importe quelle autre méthode.

Au point de vue de la gravité, il n'est pas prouvé qu'elle soit plus dangereuse que le chloroforme. Aux cas de morts secondaires qu'elle a peut-être causées, M. Legueu oppose les morts tardives au chloroforme, qui surviennent dans les deux ou trois jours qui suivent l'opération, et dont il n'est pas tenu compte dans la mortalité de 1 pour 2300 attribuée au chloroforme. Aux accidents graves, dont la cocaïne est coupable, M. Legueu oppose les alertes du chloroforme, très communes même lorsque l'administration est régulière. Enfin, à ces incidents fréquents et sans gravité qu'on objecte encore à la cocaïne, on peut supposer la morbidité du chloroforme, les vomissements, l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, qui troublent pendant quelques jours le bien-être des malades. Et ainsi, sans nier les inconvénients de la cocaïne, M. Legueu ne croit pas que ces inconvénients soient jusqu'alors plus fréquents, plus gênants ni plus graves que ceux qui sont dus au chloroforme.

La conservation de la conscience est un avantage dans quelques cas, elle n'est jamais un inconvénient pour une foule d'opérations peu graves, peu mutilantes. D'ailleurs, dans l'anesthésie générale, ce que les malades redoutent le plus, c'est souvent l'anesthésique, c'est-à-dire le chloroforme. Plusieurs des malades ont été à même de faire la comparaison, ils ont tous préféré la cocaïne.

M. Legueu reste d'ailleurs partisan du chloroforme pour toutes les opérations sus-ombilicales, et pour les laparotomies. Au contraire, la rachicocaïnisation est préférable pour toutes les opérations inférieures, c'est-à-dire sous-ombilicales, à condition qu'elles soient réglées, méthodiques, de courte durée. M. Legueu fait exception pour les enfants, pour les sujets nerveux et préoccupés. Lorsque la méthode aura été perfectionnée, elle restera ce qu'elle est déjà, une excellente méthode d'anesthésie, qui aura sa place à côté des autres.

M. Chaput a eu l'occasion de pratiquer de nouveau plusieurs rachicocaïnisations. Or, dans plusieurs cas, il a obtenu une anesthésie totale du sujet, c'est-à-dire s'étendant jusqu'au sommet de la tête. D'autre part, il a remarqué que cette anesthésie était plus parfaite et s'accompagnait de troubles fonctionnels moindres que dans ses premières expériences. Faut-il attribuer ces résultats aux injections de sérum artificiel qu'il fait systématiquement aussitôt après la piqûre rachidienne? Enfin, dernier point à noter : les solutions de cocaïne vieilles, même quand elles datent d'un an, produisent une anesthésie aussi parfaite que les solutions fraîches.

M. Reclus a constaté depuis que, pourvu qu'elles fussent stérilisées, les solutions de cocaïne conservaient pour ainsi dire indéfiniment leur pouvoir analgésique,

Pour en revenir à la statistique que vient de présenter M. Legueu, M. Reclus ajoute que les trois quarts au moins de ces opérations, il se charge de les pratiquer sous l'anesthésie cocaïnique locale. Le champ de la rachicocaïnisation semble donc plus limité qu'on ne le dit.

Urétéro-colostomie.

M. Guinard présente une femme de 35 ans qu'il a opérée récemment pour un volumineux épithélioma de l'ovaire. Au cours de l'extirpation de la tumeur, très adhérente, il réséqua accidentellement une portion notable de l'un des uretères, à tel point qu'il fut impossible ensuite de reconstituer le canal par la suture bout à bout des extrémités séparées. Il songea alors à faire l'abouchement du bout supérieur dans le côlon. L'opération réussit parfaitement, et aujourd'hui le fonctionnement de ce nouveau réservoir est parfait : cette femme n'a pas de diarrhée; elle a une selle par jour, qui s'accompagne d'une émission abondante d'urine; enfin elle ne présente pas trace d'infection rénale ascendante.

Kystes hydatiques du foie traités par la suture.

M. Poirier présente deux femmes qu'il a opérées de kyste hydatique du foie par le procédé de Delbet : chez l'une d'elles, le kyste était vraiment énorme. Dans les deux cas, la guérison a été rapide et parfaite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 Mai 1901.

Péritonites gonococciques des petites filles.

MM. Comby et **Gadaud** ont observé, presque simultanément, une série de 3 cas de péritonite aiguë compliquant la vulvo-vaginite des petites filles. Dans ces 3 cas, la brutalité de l'invasion, la violence des symptômes, la gravité de l'état général avaient fait penser à une péritonite appendiculaire et on fut sur le point d'ouvrir le ventre. Cependant les 3 malades guérirent sans opération.

La première, fille de 12 ans, était convalescente d'une fièvre typhoïde, mangeait, se levait, quand elle fut prise brusquement de fièvre, de vomissements, de douleurs de ventre. Facies péritonéal, pouls filiforme, état général des plus inquiétants. La palpation ne révèle aucun foyer localisé, notamment dans la région de l'appendice. On fait le diagnostic de péritonite aiguë généralisée et on consulte M. Brun qui opine pour l'appendicite perforante et conseille la laparotomie. Mais on n'avait pas l'autorisation des parents, et la malade se trouvant un peu mieux le lendemain, évita l'opération. On songe alors à établir un rapport entre la péritonite et un écoulement purulent des voies génitales qui existe depuis peu. C'était une péritonite gonococcique qui a rapidement guéri.

Dans un second cas (fille de 6 ans et demi), la péritonite avait également succédé à une vulvo-vaginite de date récente. Même invasion brutale. mêmes symptômes de péritonite diffuse, même état général alarmant. Pas de signes de localisation dans la fosse iliaque droite. Pourtant on songe encore à l'appendicite et on se tenait prêt à intervenir, quand les accidents présentèrent une atténuation. La guérison, rapide, fut obtenue par les moyens médicaux : glace sur le ventre, injections de morphine, diète absolue, injections de sérum artificiel. Rechute 5 semaines après; guérison.

Dans le troisième cas (fille de 6 ans et demi), la malade avait été soignée au préalable pour une pleurésie purulente à faible épanchement, qui avait guéri par la ponction simple. Elle achevait sa convalescence à l'hôpital, quand elle fut prise, tout à coup, des mêmes accidents péritonéaux que dans les deux cas précédents. Depuis quelques jours, elle présentait un écoulement de pus vaginal, dans lequel on a trouvé le gonocoque. Les premiers moments de l'explosion péritonéale, le pouls est à 130, la fièvre à 39°. Vomissements incessants, douleurs abdominales, visage grippé, facies effrayant. On pense encore une fois à la péritonite appendiculaire et on est sur le point d'intervenir, quoiqu'il n'y ait pas de signes de localisation. On se borne, en attendant le moment opportun, à faire de larges applications de glace, à injecter du sérum artificiel à calmer les douleurs par la morphine. Guérison en 5 jours.

Les 3 cas rapportés aujourd'hui sont des plus instructifs; ils rappellent l'attention sur la péritonite gonococcique des petites filles qu'on a de la tendance à oublier et qui est relativement fréquente. On est trop hanté par l'appendicite. Désormais, quand une fillette aura de la péritonite aiguë, si elle est atteinte de vulvo-vaginite, on devra songer à la relation qui unit les deux maladies. La propagation de l'infection gonococcique de la vulve et du vagin au péritoine se fait très aisément par l'utérus et les trompes.

En général, les péritonites gonococciques des petites filles sont bénignes et guérissent par le traitement médical.

Sclérodermie en plaques, zoniforme.

MM. Gaucher et **A. Coyon** présentent une malade portant sur le bras droit et à la base du sein droit des petites plaques blanchâtres, irrégulièrement arrondies, ayant l'aspect d'une cicatrice. Ces plaques indurées, lardacées, à peau lisse, d'un blanc nacré, permirent de porter le diagnostic de sclérodermie en plaques ou morphée.

Le caractère particulier de cette affection est sa disposition zoniforme. Cinq plaques siègent sur le territoire du brachial cutané interne ; une sixième, située dans le 2e espace intercostal, est aussi sous la dépendance de ce nerf, dont une branche, l'accessoire du brachial cutané interne, s'anastomose avec le 2e nerf intercostal. Cette disposition zoniforme vient appuyer l'origine nerveuse de la sclérodermie regardée comme une trophonévrose. La malade est atuellement soumise au traitement par l'électrolyse.

Leucémie myélogène.

MM. Triboulet et **Delcoux** présentent un malade, âgé de 46 ans, atteint d'une tuméfaction considérable de la rate : il s'agit d'une leucémie myélogène. L'absence de tout antécédent paludéen, de toute cause de dégénérescence amyloïde, de tumeur localisée, leur avait fait penser, tout d'abord, qu'ils se trouvaient en présence d'une mégalosplénie primitive, c'est-à-dire vraisemblablement tuberculeuse. L'examen du sang vint rectifier le diagnostic.

Il montra une hyperleucocytose intense : 514000 globules blancs par millimètre cube. Cette leucocytose est, en grande partie, due à des globules blancs d'origine médullaire; la présence de nombreux globules rouges à noyaux et de mastzellen vient confirmer que l'on se trouve en présence de cette affection, bien décrite par Ehrlich sous le nom de leucémie myélogène.

Les signes cliniques présentés sont presque limités à la rate : en effet, en dehors de la mégalosplénie, on ne peut constater qu'une anémie intense, de l'œdème des membres inférieurs, et un peu d'albumine dans les urines. Rien d'autre à signaler dans les autres appareils.

En présence d'antécédents spécifiques certains, le traitement mercuriel fut institué; on dut l'interrompre dès la 6e injection à cause d'un accroissement considérable des œdèmes et de l'albumine. Actuellement, il est soumis au régime des injections sous-cutanées de cacodylate de soude à la dose de 5 centigrammes par injection tous les 2 jours.

M. Widal confirme le type clinique que les auteurs viennent de présenter. Il insiste sur l'absence de lésions ganglionnaires dans ces formes spléniques de leucémie.

Insuffisance aortique s'entendant à distance et survenue brusquement dans un cas de syphilis de l'aorte.

MM. P.-E. Launois et **J. Camus** présentent un malade chez lequel on entend très nettement, à 20 ou 25 centimètres de la poitrine, un bruit strident, vibrant, et que l'auscultation permet de rattacher au 2e bruit aortique. Ce malade, syphilitique ancien, souffrait de la région du cœur depuis plusieurs années quand subitement, en octobre dernier, à la suite d'une émotion violente, il fut pris d'une douleur intense dans le thorax. Il perdit connaissance, tomba et depuis cet accident il entend lui-même distinctement le bruit pathologique rhythmique avec les battements de son cœur.

Cette observation se rapproche de celle qui a déjà été publiée par M. Launois. Il s'agissait d'une rupture soudaine d'une valve aortique à la suite d'efforts violents. Cette rupture fut suivie également de l'apparition d'un souffle musical s'entendant à distance.

Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien.

MM. Babinski et **Nageotte**. — Nous avons examiné le liquide céphalo-rachidien chez 120 sujets.

Chez les individus ne présentant aucun signe objectif d'affection organique du système nerveux, aucun trouble fonctionnel pouvant faire craindre l'éclosion prochaine d'une affection organique, le résultat a toujours été négatif.

Il a été, au contraire, constamment positif dans les nombreux cas de tabes et de paralysie générale que nous avons étudiés, et ce résultat est tout à fait conforme à celui auquel sont arrivés MM. Widal et ses élèves.

Nous avons aussi constaté de la lymphocytose chez tous les sujets qui présentaient le signe d'Argyll Robertson en l'absence de tout autre signe de tabes ou de méningo-encéphalite diffuse.

Nous avons encore trouvé de la leucocytose dans un cas d'épilepsie et chez 3 malades atteints vraisemblablement de sclérose multilobulaire. Dans tous les autres cas (myopathie, polynévrite, sciatique, chorée, hémiplégie, paraplégie spasmodique, mal de Pott, tumeur cérébrale, atrophie papillaire non tabétique) la lymphocytose a fait défaut.

Le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien nous paraît avoir une grande importance. Il peut permettre de reconnaître le tabes ou la paralysie générale dans des cas où le diagnostic serait resté incertain. En d'autres termes, la lymphocytose peut être le premier signe objectif d'une de ces affections.

Le cyto-diagnostic permettra peut-être de différencier de l'atrophie tabétique des papilles certaines formes d'atrophie papillaire mal définies qui, objectivement, peuvent être confondues avec la précedente.

Ajoutons que nous venons d'observer un individu, malade depuis 5 mois, ne présentant que de la diplégie par paralysie de la 6e paire et de la congestion papillaire, chez qui la ponction a donné issue à du liquide louche contenant un grand nombre de cellules polynucléaires. Il s'agit d'un cas remarquable de méningite cérébro-spinale ambulatoire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 Mai 1901.

Différence de constitution de la bile suivant l'âge et l'état d'engraissement des aniaanimaux.

M. R.-L. Craciunu a fait des recherches, pour déterminer les conditions qui concourent à la formation des calculs biliaires. Ce but, s'il n'a pas été encore atteint, a, du moins, déjà fourni quelques résultats intéressants.

Les expériences, qui ont porté sur la bile de 18 animaux, forment deux séries distinctes : d'une part, celles ayant trait aux animaux jeunes ou vieux et maigres ; de l'autre, celles qui se rapportent aux animaux jeunes ou vieux, mais gras.

Or M. Craciunu a constaté que les animaux maigres ont une bile plus riche en résidu sec que les animaux gras et que, par conséquent, l'eau est en plus grande quantité dans la bile de ces derniers ; les animaux maigres éliminent plus de mucine, de sels fixes, de cholestérine, de corps gras, de lécithine et de taurocholate et de glycholate de sodium que les animaux gras.

Sans vouloir tirer une règle générale de ces expériences, M. Craciunu pense cependant que les déchets qui s'accumulent dans la bile sont plus abondants dans la jeunesse et à l'état de maigreur que dans la vieillesse et à l'état d'engraissement. Or si l'on considère que l'excrétion de la bile est fonction de l'activité vitale, ces résultats n'ont rien qui doivent surprendre. Pourtant, en ce qui concerne l'excrétion de la lécithine, il est curieux de voir qu'elle est maxima chez les animaux vieux, maigres ou gras, comme si cette substance était ici un produit de déchet de l'organisme.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 13 Mai 1901.

Intoxication mortelle par le sublimé.

M. Lepage. — Il s'agit d'une femme auprès de laquelle il fut appelé il y a quelques années. Enceinte pour la première fois, elle avorta à environ 3 mois et demi. Après l'expulsion de l'embryon, la température ayant atteint 38° et le pouls 110, le médecin traitant fit appeler M. Lepage pour extraire le placenta. M. Lepage pratiqua le curage digital qui fut suivi d'une injection intra-utérine de 2 litres avec une solution phéniquée à 1 p. 100. Voulant ensuite faire une injection avec de l'eau bouillie et le liquide étant trop chaud, la garde le refroidit en versant dans le bock de l'eau froide contenant une pastille de sublimé de 1 gramme, pastille qui était incomplètement dissoute. S'étant aperçu de la chose, M. Lepage fit passer dans l'utérus plusieurs litres d'eau filtrée. Malgré cela des phénomènes d'intoxication hydrargyrique de la plus grande gravité ne tardèrent pas à apparaître et la femme succomba dans le coma.

Les faits de ce genre sont heureusement très rares, mais prouvent cependant combien il faut être prudent.

M. Varnier croit que la suppression des solutions concentrées constitue un progrès, mais que le mieux serait de ne laisser à la disposition des sages-femmes que de la liqueur de Van Swieten.

M. Champetier de Ribes trouve, en effet, que cette dernière manière de procéder serait la meilleure, mais il croit qu'elle est difficilement réalisable en pratique. Pour lui, les comprimés sont moins dangereux que les solutions concentrées; dans l'eau chaude, il les a toujours vus se dissoudre très vite.

Il ajoute qu'il est très surpris des conditions dans lesquelles cette intoxication s'est produite. M. Tarnier a eu recours pendant plusieurs années aux injections de sublimé à 1 p. 2000 et n'a jamais eu d'accidents.

M. Pinard partage l'opinion de M. Varnier. Qu'il s'agisse de solutions concentrées, de pastilles ou de cachets, des accidents seront toujours à redouter; la seule façon de les éviter

est de ne donner aux sages-femmes que de la liqueur de Van Swieten.

M. Pinard demande à M. Lepage si, chez sa malade, il n'y avait rien de particulier du côté du foie et des reins. M. Pinard a eu l'occasion d'observer récemment un cas qui montre combien les femmes atteintes d'insuffisance hépatique peuvent facilement faire de l'intoxication hydrargygrique.

M. Lepage déclare que, chez la femme dont il a rapporté l'histoire, rien n'avait attiré l'attention, ni du côté du foie, ni du côté des reins. Elle avait eu la scarlatine dans son enfance, mais n'avait jamais présenté d'albumine dans ses urines.

De l'intervention dans l'inversion utérine.

M. Pinard a eu l'occasion d'observer récemment 2 cas d'inversion utérine, où la ligne de conduite suivie prouve que cette dernière doit beaucoup varier avec les circonstances.

L'une de ces femmes, âgée de 22 ans, est accouchée pour la première fois, le jour de Pâques, à Romilly-sur-Seine; elle est transportée à Paris 8 jours après et entre le 14 avril à la clinique Baudelocque. A son arrivée, on constate des phénomènes d'anémie aiguë. Le pouls, difficilement perceptible, est entre 120 et 130; pas d'élévation de température. Par le toucher, on sent l'utérus inversé qui remplit le vagin et présente une consistance uniforme. On n'arrive que très difficilement sur l'orifice cervical. La réduction manuelle était impossible; M. Pinard, après une désinfection soigneuse, place dans le vagin un ballon Champetier, ballon dont les dimensions sont un peu inférieures au plus grand modèle. Le soir on constate que, sous son influence, l'inversion s'est réduite en grande partie, le fond de l'utérus est au niveau du col et redescend au moment des cris. Le chef de clinique, M. Paquy, remet un ballon, mais cette fois du plus grand modèle, et le lendemain matin la réduction est complète. La température s'éleva, dans les jours qui suivirent, au voisinage de 40° et ne redevint normale qu'après une quinzaine.

Le second cas est de date plus ancienne. Il s'agit d'une femme qui, 2 jours après un accouchement, faisant des efforts pour aller à la garde-robe sur un bassin, vit brusquement apparaître son utérus entre les jambes. On la transporta alors à la clinique Baudelocque où l'on constate que l'utérus se laisse assez facilement refouler dans le vagin, mais qu'il ressort au moindre effort. L'étranglement est extrêmement serré, la consistance de la tumeur utérine n'est pas la même en tous les points; par places se voient de larges taches noirâtres comme s'il y avait un début de sphacèle. La femme présentait, de plus, de l'élévation de température, et M. Pinard, se décidant pour l'intervention radicale, pria M. Segond de débarrasser cette femme d'un organe qui avait été infecté et souillé de toutes façons.

M. Segond pratiqua l'hystérectomie extra-vaginale. Après l'opération on vit, comme dans le premier cas, la température rester très élevée pendant 15 jours, puis tout rentrer dans l'ordre.

Indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de fibromes.

M. Varnier, à propos de la communication faite par M. Schwartz dans la séance du 22 avril, discute la question de l'intervention qui, au cours de la grossesse, peut être commandée par des accidents de compression, de dégénérescence, de réaction péritonéale dus aux fibromes de gros volume et à croissance rapide.

Dans l'immense majorité des cas, les fibromes, alors même qu'ils ont un volume énorme, sont remarquablement bien tolérés durant la grossesse. Autant, à défaut d'une thérapeutique opportunément hardie et réfléchie, le pronostic de l'accouchement compliqué de gros fibromes — qu'ils siègent au fond, dans le corps ou dans le segment inférieur, qu'ils soient interstitiels ou sous-péritonéaux — est sombre, autant il l'est habituellement peu au cours de la grossesse. Cependant il y a des cas exceptionnels où ce que M. Pozzi a appelé la marche galopante du fibrome, même sous-péritonéal et du fond, peut, au cours de la grossesse, produire des accidents péritonéaux mortels.

M. Varnier en a rapporté un exemple en 1886, dans les *Annales de gynécologie*. Il s'agissait d'un fibrome sous-péritonéal resté latent jusqu'à l'âge de 37 ans. Survient une grossesse. Le fibrome subit une énorme hypertrophie qui, en 5 mois, l'amène à 3 700 grammes, et il se produit après des poussées de péritonite à répétition, l'avortement et la mort. Mais en dehors de cette réaction péritonéale rarement observée, l'organisme s'accommode habituellement bien de ces gros fibromes surajoutés à la grossesse.

M. Varnier montre trois pièces recueillies dans le service de M. Pinard, qui sont des exemples frappants de ce fait.

M. Varnier a enlevé la première par l'opération de Porro à une femme, III° pare, âgée de 33 ans, chez laquelle, utérus, fibrome, placenta et fœtus pesaient ensemble près de 7 kilogrammes. La grossesse avait évolué sans aucune complication jusqu'au début du travail.

Dans la deuxième (hystérectomie abdominale totale, pratiquée à terme par MM. Varnier et Delbet), le fibrome, du volume du poing, émerge sessile du fond de l'organe. Ce fibrome, adhérent au fond du bassin, fixait l'utérus en rétroflexion avant l'imprégnation. L'utérus s'est développé jusqu'à terme en rétroflexion, et cela sans accidents, malgré l'invraisemblable distorsion qui en a été la conséquence.

Enfin la troisième pièce présentée par M. Varnier provient d'une femme ayant eu une grossesse gémellaire. La masse totale, formée par l'utérus fibromateux et son contenu, avait un poids de près de 10 kilogrammes au moment où le travail débuta, c'est-à-dire vers 7 mois 1/2. Jusque-là cette femme n'avait, au cours de sa grossesse, présenté aucun trouble inquiétant. Mais des accidents d'asphyxie apparurent après l'évacuation brusque de l'utérus pendant l'extraction du deuxième fœtus; la femme mourut quasi subitement (accident du travail et non de la grossesse).

Le fibrome compliquant la métrite puerpérale aiguë, et considéré comme indication de l'hystérectomie.

M. Mouchotte présente un utérus fibromateux recueilli à l'autopsie d'une femme morte d'accidents puerpéraux consécutifs à un avortement provoqué. Cette femme mourut 30 heures après son entrée à l'hôpital. L'examen de l'utérus montre que la paroi postérieure est soulevée par une masse fibromateuse, au-dessus de laquelle existe un cavum dans lequel est resté adhérent du tissu décidual, que la curette ne put atteindre, lors du curettage pratiqué à l'entrée de la malade.

M. Mouchotte en conclut que, lorsque chez une femme atteinte de fibromes éclatent des accidents puerpéraux, il faut recourir d'emblée à l'hystérectomie.

Hernie diaphragmatique congénitale.

MM. Porak et G. Durante. — Dans ce cas la sonorité intestinale de la moitié gauche du thorax avait permis de faire le diagnostic avant l'autopsie. Au cours de cette dernière on vit que, la moitié gauche du diaphragme faisant défaut, le foie avait basculé de telle sorte que son lobe gauche remontait dans le thorax jusqu'au niveau de la deuxième côte. La cavité pleurale gauche contenait, en outre, la rate, l'estomac et tout le paquet intestinal, sauf toutefois le côlon descendant. Le péricarde était fortement refoulé à droite, la pointe du cœur était située au niveau du mamelon droit. Les deux poumons très atrophiés étaient réduits à deux petits lobes refoulés dans les gouttières costo-vertébrales.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 14 Mai 1901.

Discussion sur le traitement de l'infantilisme par les préparations thyroïdiennes.

M. Guinon fait remarquer que M. Brissaud distingue deux

espèces d'infantilisme. L'un, lié à des troubles de la sécrétion thyroïdienne, est l'infantilisme dysthyroïdien ou myxœdème fruste, qui peut s'accompagner ou non de troubles de l'intelligence et de myxœdème cutané. L'autre, auquel M. Brissaud donne le nom d'infantilisme type Lorrain, serait un faux infantilisme, une dystrophie due à des maladies, maladies de la rate (paludisme), du foie (cyrrhose), infections chroniques (tuberculose), intoxications. Cette distinction ne paraît pas admissible à M. Guinon. Tout processus entravant le développement normal de l'organisme peut aboutir à l'infantilisme, et, à ce point de vue, les lésions du foie, comme dans l'observation que nous a rapportée M. Lereboullet, les lésions de la rate, comme dans les observations de Lancereaux, et celles de tous les organes hématopoétiques, doivent être mises sur le même plan que les lésions du corps thyroïde. En un mot, l'infantilisme n'a pas une seule cause, la dysthyroïdie, il a des causes multiples, variables dans chaque cas; à nous de découvrir l'origine pathogénique de chaque cas en particulier.

Il y a des cas où l'insuffisance thyroïdienne ne paraît pas en cause; l'autopsie que nous a rapportée M. Apert le démontre. Les cas de MM. Lereboullet, Lancereaux, montrent qu'il y a des infantilismes relevant de lésions d'autres viscères que le corps thyroïde. Mais, même dans ces cas, le traitement thyroïdien doit être tenté, car on peut obtenir par lui des améliorations. Il semble que l'extrait thyroïdien excite le fonctionnement des viscères en général.

M. Guinon a traité par l'extrait thyroïdien un jeune homme, candidat à l'Ecole navale, menacé de ne pas être accepté dans cette Ecole à cause de son insuffisant développement physique; c'était un hypogénital à testicules petits, à verge très réduite, à poils rares, sans aucune trace de myxœdème cutané et sans aucun retard du développement intellectuel. Le corps thyroïde ne fit pas développer chez lui les organes génitaux; mais le sujet se développa en stature et en périmètre thoracique et gagna 6 centimètres de tour de taille en 5 mois.

M. Guinon croit donc que l'usage du corps thyroïde doit être recommandé contre tous les arrêts de croissance et retards de développement, même s'ils ne paraissent pas relever directement d'une lésion thyroïdienne.

M. Variot fait remarquer que les bons résultats obtenus par M. Apert avec les préparations thyroïdiennes contre la cryptorchidie ont été observés dans un cas où il s'agissait de cryptorchidie inguinale. C'est là une variété de cryptorchidie qui n'est pas très à redouter au point de vue du développement ultérieur de l'individu; bien souvent elle n'empêche pas le développement des caractères sexuels accessoires. Le malade de M. Apert était, en outre, un obèse; or, nous savons depuis longtemps que les prépararations thyroïdiennes donnent dans l'obésité des résultats excellents. Je viens de le constater encore chez une enfant de 12 ans, obèse, fille d'une mère obèse. Avec le régime et le traitement thyroïdien elle a perdu en peu de temps 6 kilos et s'est complètement transformée au point de vue de l'aspect de la santé générale.

Dans le myxœdème classique, le traitement thyroïdien fait aussi merveille; le myxœdème, l'obésité, voilà deux indications certaines du traitement thyroïdien, mais on ne peut en dire autant de la cryptorchidie et de l'infantilisme.

Les cryptorchides ne sont pas toujours des infantiles; il en est de très bien développés, qui ne réalisent pas le type eunuque; les eunuques eux-mêmes n'ont pas toujours de retard de croissance, et peuvent être très bien développés. Dans les cas de développement génital incomplet, ce n'est pas au corps thyroïde qu'il faut s'adresser, mais aux glandes génitales. L'extrait thyroïdien n'a pas d'action, l'extrait testiculaire fera apparaître la virilité.

M. Guinon ajoute que, chez son malade candidat à l'Ecole navale, l'extrait testiculaire en injections sous-cutanées a été administré, outre le traitement thyroïdien. Le développement de la stature et du périmètre thoracique a été des plus satisfaisants, mais le développement des organes génitaux n'a fait aucun progrès. M. Guinon reconnaît, avec M. Variot, que l'obésité est une indication du traitement thyroïdien, les sujets gras présentent des accidents d'intolérance beaucoup moins facilement que les sujets maigres; ils n'ont pas l'énervement, les accès de mauvaise humeur, les bouffées congestives, les palpitations que l'on observe chez les sujets maigres lorsqu'on augmente trop vite les doses.

En terminant, M. Guinon signale l'accident mortel arrivé au malade, obèse et myxœdémateux, dont il a publié l'observation avec M. Marfan. Il est mort subitement au cours du traitement thyroïdien, dans un accès subit de spasme de la glotte. L'autopsie a montré une infiltration graisseuse considérable de la muqueuse préaryténoïdienne. C'est là sans doute la cause de la mort.

M. Apert. — L'emploi du corps thyroïde contre les arrêts de développement génital ne me paraît pas illogique; certes les extraits testiculaires doivent contribuer à faire développer les caractères sexuels secondaires; ceux-ci apparaissent en effet lorsque s'établit la sécrétion interne du testicule. Mais la mise en train du testicule lui-même ne s'établit pas sous l'influence de sa propre sécrétion; ce serait un cercle vicieux; au contraire, nous savons que, lorsque la sécrétion interne du corps thyroïde fait défaut, le développement s'arrête, tant le développement de l'organisme en général, que celui des organes génitaux, en particulier. Il est donc logique d'essayer pour ces arrêts de développement l'influence des préparations thyroïdiennes; l'expérience nous dira jusqu'où va leur pouvoir.

Depuis la dernière séance, il a eu l'occasion d'observer un second enfant atteint de myxœdème et de cryptorchidie. Il avait été vu antérieurement par d'autres médecins qui avaient constaté la cryptorchidie absolue. M. Hutinel, un mois auparavant, avait porté le diagnostic « myxœdème et cryptorchie double » et conseillé l'usage du corps thyroïde. Quand il a vu l'enfant, après un mois de traitement thyroïdien, le myxœdème avait déjà bien diminué, la verge était restée minuscule et le scrotum absolument plat, mais les parents s'inquiétaient de ce que l'enfant ne pouvait plus marcher et souffrait de la hanche gauche. Ils craignaient une coxalgie. Cette gêne de la marche tenait simplement à la présence, dans le trajet inguinal, du testicule gauche, que l'on sentait gros comme un haricot perdu dans l'épaisse couche graisseuse abdomino-pubienne. C'est ce début de migration du testicule qui avait causé les douleurs. Il lui paraît difficile de ne pas voir une relation entre le traitement thyroïdien et le début de la migration testiculaire. Cette observation aura besoin d'être poursuivie, mais telle qu'elle est, elle lui a paru utile à signaler dans le débat actuel.

Depuis la dernière séance, il a eu, en outre, l'occasion de faire une seconde autopsie d'infantile. Il s'agissait d'un sujet de 19 ans, qui n'en paraissait pas plus de 12 à 14; il n'avait ni barbe, ni poils au pubis ou aux aisselles; la verge et les testicules étaient minuscules; la taille était de 1 m. 26. Ce sujet était amené par des phénomènes méningés et ne tarda pas à succomber à sa méningite tuberculeuse. Il nous apporte son corps thyroïde; il existe dans le lobe droit une masse dure, du volume d'une grosse noisette, encapsulée, ayant refoulé le tissu thyroïdien autour d'elle; à la coupe, cette masse est brune à sa périphérie, présente en son centre une conglomération de petites masses blanchâtres non ramollies. L'examen histologique, non encore pratiqué, nous dira s'il s'agit de tubercules, comme le font supposer l'examen macroscopique et l'histoire du malade.

De la sérothérapie préventive dans les épidémies de diphthérie.

M. Netter estime, comme M. Guinon, que l'inoculation préventive des sujets exposés à la contagion est le meilleur moyen d'arrêter une épidémie. On a proposé, cependant, et on a employé à l'étranger, un autre procédé, qui a son bon côté, mais qui est beaucoup plus difficile à appliquer : faire l'examen bactériologique des gorges de tous les enfants de l'agglomération atteinte (école, salle d'hôpital, etc.), et isoler ceux dont la gorge renferme du bacille de Löffler. Les résultats sont inférieurs à ceux de l'inoculation préventive.

Beaucoup de faits semblables à celui de M. Guinon ont été observés, et toujours l'épidémie a été enrayée; souvent, pas un seul cas n'est apparu après l'inoculation, ou seulement quelques cas bénins dans les premiers jours qui ont suivi. Au lycée de Pau, après plusieurs cas successifs de diphthérie, 207 élèves et employés ont été inoculés préventivement, aucun nouveau cas ne s'est produit.

Dans les familles où un cas de diphthérie a éclaté, M. Netter a l'habitude de proposer aux parents ou bien l'inoculation préventive d'emblée, ou l'examen bactériologique préventif des gorges des enfants non encore atteints. Il préfère le premier procédé. Avec le second, il a vu, en effet, des angines se développer dans le temps que nécessite la culture; ces angines auraient été enrayées plus facilement si l'inoculation avait eu lieu plus tôt.

Dans les hôpitaux, où il se déclare de temps en temps des cas intérieurs de diphthérie, est-il bon d'inoculer préventivement tous les enfants entrants? C'est la pratique de Slavik, assistant de Heubner à la Charité de Berlin. Depuis l'application méthodique de ce procédé, les cas intérieurs ont à peu près disparu; toutefois, des enfants ont été pris, qui séjournaient depuis quelque temps déjà à l'hôpital. On sait que l'immunité due aux sérums antitoxiques est peu persistante. Il faudrait renouveler les injections tous les 25 jours environ.

M. Netter n'emploie pas les inoculations préventives dès l'entrée dans les salles générales de son service, mais dans les chambres d'isolement, il inocule préventivement avec le sérum antidiphthérique tous ses rougeoleux; la prédisposition particulière que crée la rougeole l'a encouragé à cette conduite; il n'a cependant pas évité complètement les cas intérieurs de diphthérie, mais ils sont en notable diminution.

Hypertrophie congénitale simple d'un membre.

M. Variot rapporte l'histoire d'une enfant qui présentait dès sa naissance une hypertrophie notable et uniforme du membre inférieur gauche. L'augmentation de volume était uniformément répartie sur les différents segments et les différents tissus du membre; aucun trouble trophique, ni circulatoire; aucun trouble fonctionnel. Quand l'enfant commença à marcher, à 16 mois, la différence de dimensions des deux jambes causa une claudication notable. Le membre inférieur gauche mesurait 34 centimètres de l'épine iliaque à l'extrémité de la malléole extrême, l'autre membre 31 centimètres.

Traitement de la tuberculose testiculo-épididymaire par la ligature du cordon.

M. Mauclaire présente un adolescent qui avait un noyau tuberculeux du volume d'une mandarine dans son épididyme, adhérent au testicule. Il pratiqua chez lui la ligature du cordon; par une incision inguino scrotale, il attira en bas le canal déférent, de façon à le lier le plus haut possible, et referma la plaie. 3 semaines après, un petit abcès s'ouvrit qui suppura 3 mois, puis se ferma spontanément; la tumeur s'atrophia. Actuellement, le testicule atteint est atrophié et dur, mais le processus tuberculeux y est complètement éteint; le testicule du côté opposé semble avoir subi une hypertrophie compensatrice.

L'épreuve du bleu de méthylène chez les nourrissons.

MM. E. Lesné et **Prosper Merklen.** — L'épreuve du bleu de méthylène est plus difficile à pratiquer chez le nourrisson que chez l'adulte. On choisira de préférence des garçons; une vessie sera solidement attachée au-dessus des bourses, et on aura soin de regarder toutes les heures, toutes les deux heures au plus, si l'enfant a uriné; aussitôt on recueillera l'urine. Le début de l'élimination est parfois difficile à préciser; tout au contraire on se rend facilement compte de la durée et du maximum de l'élimination. Les intermittences sont également aisées à saisir.

A l'état normal, le nourrisson élimine son bleu en 12 à 18 heures, avec maximum entre la 5e et la 7e heure. Au cours des gastro-entérites, on peut noter des modifications évidentes. Sur 7 nourrissons atteints de gastro-entérite aiguë, 2 ont éliminé des urines claires, non teintées, assez longtemps après l'injection pour permettre de conclure à un retard dans l'élimination (plus de 2 heures). Un nourrisson atteint de gastro-entérite prolongée a, d'autre part, éliminé son bleu en 52 heures, présentant ainsi une prolongation manifeste. Dans 3 cas sur 8, il nous a donc été possible de constater des troubles de la perméabilité rénale au bleu de méthylène.

Nous avons aussi pu déceler l'insuffisance fonctionnelle du foie par ce procédé, puisque 4 nourrissons sur 11 frappés de gastro-entérite prolongée ont eu des intermittences, et qu'un nourrisson sur deux atteints de gastro-entérite subaiguë en a également présenté.

L'épreuve du bleu est donc susceptible de fournir, à cet âge, des indications utiles, et elle acquiert tout son intérêt par la recherche simultanée des autres signes, qui, concurremment avec elle, témoignent de troubles dans le fonctionnement du foie et du rein.

La diazo-réaction d'Ehrlich dans la diphthérie.

M. Lobligeois a recherché la diazo-réaction d'Ehrlich dans les urines des diphthériques. Elle y fait défaut d'une façon presque absolument constante. Elle est, au contraire, fréquente dans la scarlatine. Sa recherche est indiquée pour le diagnostic de la scarlatine et des éruptions scarlatiniformes post-sérothérapiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 3 mai 1901.

Glossite hypertrophique aiguë.

M. Monod présente un malade atteint d'une hypertrophie énorme de la langue. Ce malade n'offre aucun antécédent spécial à signaler. A l'âge de 2 ou 3 ans cependant, il a vu apparaître un gonflement des régions sous-maxillaires qui existe encore et qui paraît être dû à de l'adéno-lipomatose.

Il y a 3 semaines, dans l'espace de 2 jours, la langue se tuméfia, devint rouge violacé et acquit un tel volume qu'elle fut projetée hors de la cavité buccale. On n'a relevé pour expliquer la lésion ni traumatisme ni aucune altération de la muqueuse buccale. Au moment du gonflement, deux des enfants du malade étaient atteints de scarlatine et lui-même a eu un léger mouvement fébrile sans éruption ni angine.

M. Sabrazès, qui l'an dernier a publié un cas de macroglossie streptococcique survenue à la suite d'accidents puerpéraux, a bien voulu s'occuper de l'examen bactériologique du sang. Les résultats en seront publiés.

M. Durodié, qui a constaté un cas de macroglossie dû à l'abus du tabac, demande si le malade est fumeur ou chiqueur.

M. Monod. — Le malade a beaucoup fumé autrefois. Actuellement, il ne fume qu'une quinzaine de cigarettes par jour.

M. Mongour a observé l'an dernier un cas de macroglossie qui fut pris, on ne s'explique pas trop pourquoi, pour de la diphthérie, peut-être à cause de la gêne respiratoire. Toujours est-il qu'on pratiqua des injections de sérum. La lésion a rétrocédé rapidement et peut-être les injections de sérum ont-elles eu une action favorable dans ce cas, comme elles en ont une dans certaines affections autres que la diphthérie.

Fracture bi-malléolaire avec plaies et luxation de l'astragale.

M. Courtin présente un garçon de 13 ans qui fut atteint, le 29 juillet 1900, d'une fracture bimalléolaire de la jambe droite, compliquée de plaies avec issue des deux malléoles fracturées par la plaie, siégeant au-dessous de la malléole interne, luxation de l'astragale et du pied en dehors à angle droit venant saillir au niveau d'une seconde plaie siégeant au niveau de la malléole externe.

L'accident était survenu à bord d'un bateau de pêche. L'enfant avait eu le bas de la jambe droite enroulé dans un cordage, son pied reposant sur le pont du bateau. Une hémorrhagie peu abondante s'était produite. Le malade fut transporté à Bordeaux

et la luxation réduite avec quelques difficultés. Les suites de cet accident furent simples; il n'y eut pas d'élévation de la température, et pendant quelque temps le malade fut mis en observation. Au mois d'octobre, malgré l'immobilisation dans une gouttière, le pied avait pris une attitude en *varus équin* très accentuée; de plus, les plaies bimalléolaires n'avaient pas de tendance à cicatriser, et bien qu'il n'y ait pas eu d'expulsion d'esquilles osseuses on apercevait au fond des plaies des parties d'os dénudé qui prenaient de plus en plus l'aspect séquestral.

Cette suppuration fort longue, ces parties osseuses destinées à s'éliminer, la mauvaise attitude du pied qui s'ankylosait de plus en plus en *varus équin*, décidèrent M. Courtin à pratiquer, le 5 décembre 1900, la résection atypique tibio-tarsienne. Deux incisions latérales en T au niveau des plaies existantes furent tracées, découvrant ainsi largement les malléoles et permettant l'entrée facile dans l'articulation.

Armé de la gouge et de la curette, on fit l'ablation de toutes les esquilles tout en respectant le mieux possible le périoste. On enleva les cartilages d'encroûtement de la mortaise tibio-tarsienne de l'astragale, et, détruisant toutes les adhérences existantes, on redressa le pied pour le replacer dans sa position normale.

Actuellement il existe un demi-centimètre de raccourcissement de la jambe; le pied est très légèrement rejeté en dedans, mais cette déviation est corrigée par une petite semelle de liège mince dans sa chaussure. Une partie de la mortaise tibio-péronière est reproduite et on retrouve une partie de la malléole externe. Quant à la malléole interne, elle ne s'est reproduite qu'en partie, ce qui explique le léger varus. La position en équinisme n'existe plus et l'enfant appuie bien toute sa face plantaire sur le sol.

Cette observation est intéressante à cause de la statique solide du pied. En général, la résection tibio-tarsienne après fracture bimalléolaire donne chez l'adulte d'assez mauvais résultats, et cela par suite de la disparition de la mortaise, organe indispensable de soutien.

Dans ce cas particulier on retrouve, ce qui est fréquent chez les enfants de cet âge, des parties osseuses régénérées au niveau des malléoles, grâce au fonctionnement intensif du périoste. Avant toute intervention radicale pour fractures bimalléolaires, on devra donc user chez l'enfant des procédés conservateurs qui peuvent donner d'heureux résultats.

Cryptorchidie double avec atrophie considérable de la verge.

M. Oraison présente un jeune malade de 12 ans, atteint de cryptorchidie abdominale avec atrophie considérable de la verge.

Cette ectopie testiculaire rentre dans la sous-variété rétro-pariétale. Le père de l'enfant a eu une atrophie de la verge jusqu'à l'âge de 14 ans, et une incontinence d'urine diurne et nocturne qui n'a cédé que très tard. Un frère du malade présente une atrophie congénitale de la papille, et sa sœur une malformation de la lèvre supérieure.

A l'examen, en août 1899, il y avait absence complète de scrotum. A la place des bourses, la peau, sur une étendue de 3 ou 4 centimètres dans les deux sens, offrait la coloration, les plis et le raphé médian que l'on trouve sur le scrotum, mais elle était intimement appliquée sur les parties sous-jacentes et se laissait à peine pincer. La verge avait à peine 1 centim. 1/2 à 2 centimètres de long avec un prépuce développé. Sa grosseur était un peu moindre que celle d'un crayon ordinaire. Les testicules ne purent être trouvés. Dix mois plus tard, pas de modifications du côté de la verge, mais on constate que le scrotum est devenu plus lâche, et les testicules se présentent en dehors de l'orifice inguinal externe lorsqu'on fait faire un effort à l'enfant.

Actuellement, tout est à peu près dans le même état. Les testicules, en dépit de leur ectopie prolongée, semblent être normalement développés, et la procréation sera peut être possible plus tard si ces testicules réintègrent le scrotum naturellement ou artificiellement.

M. Hassler fait ressortir l'intérêt de la présentation; il rapporte aussi un cas de cryptorchidie rétro-pariétale, le seul qu'il ait jamais eu l'occasion de voir, et croit que la proportion de 1 sur 10000 signalée est exagérée en ce qui concerne la cryptorchidie rétro-pariétale. L'enfant actuel est vigoureux et il est probable que les testicules descendront naturellement; mais comme il y a, en même temps que l'ectopie, une pointe de hernie, on pourra faire plus tard, avec la cure radicale de la hernie, la fixation des testicules.

M. Vénot pense qu'il s'agit non pas d'une cryptorchidie abdominale puisque le testicule vient à l'anneau, mais d'une ectopie testiculaire. Il rapporte l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une émotion, vit rentrer ses testicules dans la cavité abdominale, où ils sont restés cachés pendant 3 ans. Pour ce qui est du traitement, on a tout intérêt à attendre avant d'intervenir.

M. Brindel rapporte également un cas de cryptorchidie avec atrophie de la verge qu'il a observé récemment chez un enfant de 13 ans, du poids de 115 kilos. L'enfant a des goûts féminins, de l'hypertrophie des mamelles; il était porteur de végétations adénoïdes.

Eschare chez un hémiplégique.

M. Pitres relate les résultats heureux qu'il a obtenus par l'administration de la levure de bière chez un hémiplégique atteint d'eschare sacrée très étendue. Il s'agissait non pas d'une de ces eschares purement tropiques qui apparaissent brusquement quelques heures après l'ictus en formant un soulèvement bulleux rempli d'un liquide stérile qui s'infecte dans la suite, mais d'une de ces eschares qui succèdent à des lésions ecthymateuses, surtout occasionnées par le contact de l'urine et des matières fécales. La guérison s'est faite en quelques jours. Il sera intéressant de rechercher la valeur de ce traitement dans les lésions de cette nature.

M. Chambrelent. — La levure de bière agit très heureusement dans certains cas, mais échoue dans d'autres. Il serait intéressant de rechercher si les cas heureux ne sont pas ceux où la suppuration provient d'une auto-intoxication, les suppurations d'origine externe échappant à l'action de la levure.

Hystérie et vomissements incoercibles.

M. Davezac rapporte l'histoire d'un malade qui présente une anesthésie cutanée et muqueuse totale et des vomissements incoercibles. Le malade est également alcoolique. Pendant longtemps, ces vomissements n'ont apporté aucun trouble apparent de la santé générale, mais actuellement la dénutrition commence et le malade maigrit.

N'existe-t-il pas en dehors de l'hystérie une autre cause capable d'expliquer les vomissements, et ne serait-on pas en droit de faire une laparotomie exploratrice qui pourra toujours agir comme suggestion dans le cas où l'on ne trouverait pas d'autre lésion?

M. Pitres dit que rien ne légitime les interventions chirurgicales chez les malades atteints de troubles purement fonctionnels, pas même les succès obtenus dans ces cas, la simple suggestion, même en état de veille, ou le simulacre d'une opération pouvant produire des résultats aussi favorables.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 25 Février 1901.

Érythème scarlatiniforme.

M. Rouget présente une paire de semelles et une paire de gants épidermiques complets, d'une seule pièce, d'une seule venue, résultant de la desquamation d'un malade atteint d'érythème scarlatiniforme.

Cette dermite exfoliatrice est relativement rare; son intérêt réside surtout dans la difficulté du diagnostic au début.

Deux cas observés récemment dans le milieu militaire, et comparés aux descriptions fournies par les classiques, permettent d'en tirer les enseignements suivants.

Dans les deux premières phases de la maladie (invasion, éruption), le diagnostic est ordinairement impossible : en effet, les symptômes généraux et les symptômes locaux cadrent de tous points avec ceux de la fièvre éruptive, si bien que quelques auteurs ont donné à cet érythème le synonyme de pseudo-scarlatine. Même début brusque par un malaise général s'accompagnant de fièvre et d'angine; même marche de la température, même éruption caractérisée par un exanthème généralisé de couleur rouge vineux avec granité plus foncé à la surface; même aspect de la gorge, qui est vernissée, et de la langue, qui est framboisée après desquamation, etc., etc.

La difficulté est encore souvent accrue par l'apparition de l'affection au cours d'une épidémie de scarlatine vraie, sévissant dans le milieu auquel appartient l'homme; c'est ce qui a eu lieu pour les deux malades de M. Rouget. Bien plus, on peut encore constater chez eux des arthropathies, ou tout au moins des arthralgies rappelant le rhumatisme scarlatin. Le malade qui a fourni les larges lambeaux épidermiques présentés éprouvait de la douleur au niveau des deux genoux et des petites articulations des doigts, qui étaient gonflées, déformées.

Parfois, cependant, l'attention est éveillée par le malade lui-même, qui affirme avoir été déjà atteint de la même affection, à plusieurs reprises; mais la difficulté n'en est pas moins réelle : elle persiste entière lors de la première manifestation morbide; de plus, en présence d'une récidive, on doit toujours se demander, surtout en temps d'épidémie, si le malade n'a pas contracté une scarlatine vraie, la première de ces affections ne vaccinant pas contre la seconde.

Le seul symptôme qui, dans la période prodromique préruptive, a quelque importance au point de vue du diagnostic différentiel, consiste dans l'existence de démangeaisons parfois assez intenses pour importuner vivement le malade et empêcher tout sommeil. Malheureusement, ce signe n'est pas constant; on ne peut donc pas tabler sur lui pour le diagnostic.

A la troisième période (desquamation), l'erreur ne paraît plus possible, si l'on en croit les auteurs; car, d'après eux, la desquamation commence alors que l'éruption persiste encore. C'est généralement vrai, et chez le dernier malade de M. Rouget, sous les larges lambeaux déjà soulevés, on apercevait encore l'épiderme rouge foncé et déjà craquelé par une deuxième poussée desquamative. Mais ce n'est pas constant; la desquamation peut très bien ne commencer que lorsque l'éruption a totalement disparu, absolument comme dans la scarlatine. Le premier malade en a fourni la preuve la plus convaincante.

M. Fromaget a vu, l'an dernier, à la consultation de M. Frèche, un malade atteint d'érythème scarlatiniforme récidivant qui apportait trois ou quatre plantes du pied et trois ou quatre paires de gants analogues à celles que présente M. Rouget. Lorsqu'il était atteint d'une poussée, il s'alitait pendant une huitaine, puis se relevait, et quelques jours après voyait tomber de ses mains et de ses pieds de grands lambeaux épidermiques.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 27 Mars 1901.

Arrachement incomplet d'un bras, désarticulation de l'épaule.

M. Piet, présente, au nom de M. Guermonprez et au sien, la relation d'un cas très intéressant d'arrachement d'un bras, produit par une courroie de transmission, chez un homme de 56 ans. A l'examen, le blessé avait conservé toute sa connaissance, il n'avait perdu que très peu de sang. La main droite pendait flasque, sans mouvement, le pouls avait disparu. Les téguments de la région deltoïdienne étaient meurtris, décollés et déchirés depuis l'apophyse coracoïde jusqu'au niveau du coude, et, d'autre part, depuis la face postérieure de l'aisselle jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse. Les bords de la plaie étaient exsangues, mais avaient un aspect aussi net que s'ils avaient été produits par un instrument tranchant. L'humérus était fracturé et le fragment supérieur sortait de la plaie; derrière l'os on apercevait les cordons nerveux et l'artère humérale étirée comme un tube de verre fermé à la lampe et terminée par un cordon de tissu cellulaire. Le fond de la plaie paraissait constitué par les muscles de la partie postéro-externe du bras.

M. Guermonprez, qui avait été appelé d'urgence auprès du blessé, pratiqua la désarticulation de l'épaule trois heures après l'accident. Le chirurgien compléta le lambeau postéro-externe commencé par le traumatisme, en incisant en arrière et en bas; ce lambeau descendait jusqu'au-dessous du milieu du bras, mais présentait des traces de contusion violente. Quoique l'hémostase fût complète, il fit une ligature de précaution sur le bout supérieur de l'humérale, sectionna les muscles et les nerfs. Puis il pratiqua la désarticulation scapulo-humérale après avoir dénudé l'extrémité supérieure de l'humérus. Pendant l'opération, il n'y eut presque pas d'écoulement de sang. Après avoir placé un drain vertical dans la plaie, l'opérateur rabattit la peau et les muscles en avant et en dedans, et ferma la plaie par un surjet interne. Pansement antiseptique.

Les suites furent assez bonnes, malgré un peu de suppuration et un sphacèle partiel du lambeau.

M. Piet montre, sur la pièce, les différentes lésions de la peau et des muscles, qui sont lésés en deux endroits; l'un, interne, occupe toute la partie moyenne du bras; l'autre, externe, est situé au niveau du pli du coude. Les deux foyers sont séparés par le biceps, qui est resté intact, de même que le long triceps, tous les autres muscles ayant été plus ou moins atteints par le traumatisme. L'artère humérale se termine par une extrémité effilée et se continue par un fil de tissu conjonctif fourni par la tunique externe; sur son bord interne se trouve une veine humérale oblitérée, présentant une extrémité mousse. Le nerf musculo-cutané est dénudé, la branche interne du brachial cutané interne est arrachée.

Le radial externe est dénudé, le brachéal antérieur divisé longitudinalement, le long supinateur divisé transversalement.

L'humérus présente une fracture irrégulière et esquilleuse.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 26 Avril 1901.

Foie cardio-tuberculeux.

MM. Ingelrans et **Druchert** présentent des pièces anatomiques provenant d'un malade qu'on croyait atteint de cirrhose veineuse du foie. Il s'agissait en réalité d'un tuberculeux pulmonaire qui avait fait une symphyse cardiaque tuberculeuse par propagation de voisinage. Les feuillets du péricarde soudés entre eux, au diaphragme et au péritoine péri-hépatique, présentent des noyaux tuberculeux du volume d'un gros pois qui infiltrent même le myocarde, ce qui est exceptionnel. L'asystolie dérivant de cette lésion avait pris, comme c'est la règle en pareil cas, la forme de l'asystolie hépatique avec ascite à répétition.

L'examen du cœur dans la symphyse tuberculeuse donnant en général des renseignements très insuffisants (Venot), il en résulte qu'on croit presque toujours à une cirrhose hépatique, et ç'a été ici le cas. Le tableau clinique est tel que Pick dénomme cet ensemble : pseudo-cirrhose du foie d'origine péricardique. La plupart des auteurs expliquent la fréquence de l'asystolie à forme hépatique dans la symphyse en disant que la dilatation permanente de l'oreillette droite entraîne celle de la veine cave inférieure et des veines sus-hépatiques. Quelques-uns invoquent la tuberculose possible du foie : c'est une réalité dans l'observation ici présentée.

Il y a des tubercules dans le foie; c'est un foie cardio-tuberculeux. Ainsi s'éclaire la forme hépatique de l'asystolie, mieux que par une interprétation mécanique.

M. Surmont. — Dans la symphyse péricardo-hépatique existe une autre cause de gêne dans la circulation hépatique, c'est l'épaississement de la capsule qui, devenue inextensible, s'oppose à la dilatation de l'organe sous l'influence de la sanguine, ce qui a pour effet d'augmenter la pression dans la veine porte.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

De la conduite à tenir dans la présentation du siège,

Par M. le Dr L. Funck-Brentano,

Ancien chef de clinique obstétricale.

Vers le cinquième mois, le fœtus se présente le plus souvent par le siège, mais plus tard il fait la culbute et son extrémité céphalique vient se placer en bas.

Pourquoi en est-il ainsi ? L'explication donnée est très simple. L'utérus a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure ; sa surface interne étant lisse et le fœtus mobile, l'extrémité la plus volumineuse de ce dernier devra se placer au niveau de la partie la plus large de la cavité utérine. Avant le sixième mois, c'est l'extrémité céphalique qui est la plus volumineuse, c'est donc elle qui viendra se loger au niveau du fond de l'organe où on pourra la sentir, à cinq mois, ballotter un peu au-dessus de l'ombilic. Durant la seconde moitié de la grossesse l'extrémité pelvienne augmente proportionnellement plus, si bien qu'elle finit par former avec les membres inférieurs repliés au-devant d'elle une masse plus volumineuse que la tête. Ce sera elle alors qui viendra occuper la grosse extrémité de l'ovoïde utérin. Le fœtus fera la culbute (1).

Mais cette dernière tarde parfois à se faire ou même ne se fait pas du tout. En pratiquant alors le palper, à une époque plus ou moins rapprochée du terme, c'est toujours en haut que l'on trouvera les sensations fournies par la tête séparée du dos par le sillon du cou, dont la constatation au voisinage du pôle supérieur est pathognomonique de la présentation du siège. Cette constatation ne laissera plus de doute sur la présentation, même dans les cas où l'on a affaire à un siège décomplété mode des fesses, dont le diagnostic est rendu plus difficile par la situation particulière des pieds, que l'on sent au fond de l'utérus à côté de la tête.

Cette présentation du siège, qu'au voisinage du terme on rencontrera près de deux fois sur cent, faudra-t-il l'accepter et se résigner à voir l'enfant, comme le disait Louise Bourgeois, naître « le cul devant » ? N'y aurait-il pas intérêt à lui substituer la présentation de l'extrémité céphalique ? Certainement oui. Notre maître Varnier en donne, chiffres en main, la preuve dans l'*Obstétrique journalière*.

Du temps de Mme Lachapelle on voyait, et cela à la Maternité, par conséquent dans un milieu particulièrement favorable, succomber un enfant sur dix dans les accouchements par le siège.

La mortalité s'élève bien autrement dans la pratique rurale.

Les recherches faites en 1866 par Hegar, dans le haut Rhin badois, donnent une mortalité pendant le travail de 35 p. 100, mortalité qui s'élève à 40 p. 100, au bout de 24 heures.

Mais ce sont là des statistiques globales. Bataillard et Cocagne ont recherché quel était, au point de vue de la mortalité fœtale, le pronostic de l'accouchement par le sommet et de l'accouchement par le siège, en ne prenant l'un et l'autre en considération que des cas où n'existait aucune complication et où l'enfant pesait plus de 2 500 grammes. Voici les résultats de ces recherches faites dans le service de M. le professeur Pinard :

Accouchements par le sommet : mortalité fœtale de 1,38 p. 100 ;

Accouchements par le siège : mortalité fœtale de 3,57 p. 100.

En d'autres termes, toutes choses égales d'ailleurs, un enfant qui naît par le siège a presque trois fois plus de chances de mourir que si l'accouchement se faisait par le sommet.

D'autre part, la morbidité maternelle est un peu plus élevée, ce qui tient en particulier à la nécessité dans laquelle on est d'introduire plus ou moins profondément les mains dans les organes génitaux. Enfin l'on verra, bien plus souvent que pour le sommet, se produire des déchirures de la vulve et du périnée, et cela à cause de la distension trop brusque de ces parties, la durée de la période d'expulsion étant beaucoup plus courte.

De tous ces faits il résulte que, quand on sera appelé à temps, il faudra toujours chercher à transformer le siège en sommet et recourir pour cela à la *version par manœuvres externes* dont M. le professeur Pinard a fixé le manuel opératoire dans son *Traité du palper abdominal* (1878) et qui est entrée depuis dans la pratique courante. Cette version devra toujours être tentée avant la fin du 8e mois. Chez les primipares il y aura même intérêt à ne pas attendre si longtemps.

Nous n'avons pas l'intention de traiter ici de la version par manœuvres externes, qu'il nous suffise de dire qu'il ne faudra pas se décourager après un premier échec. Là où on aura échoué tel jour, on réussira tel autre et l'on

1. A 5 mois, la présentation du siège est la plus fréquente, mais la présentation de l'extrémité céphalique est cependant loin d'être rare. Si l'on s'en rapporte à la manière dont est expulsé le fœtus dans les avortements de 4 à 6 mois, on a 79 sièges pour 75 sommets (Brion, *Etude critique sur 530 cas d'avortement*). Comment concilier ces faits avec ce que nous venons de dire ? M. Pinard le fait en remarquant très justement qu' « à ce moment le volume total de l'utérus l'emporte beaucoup sur celui du fœtus, de sorte que la sollicitation à l'accommodation n'est pas impérieuse, nécessaire, comme elle le deviendra plus tard ».

renouvellera ces essais sans crainte de voir survenir la série d'accidents dont la possibilité a été *théoriquement* prévue, mais dont la clinique n'est pas venue fournir d'exemples. On saura aussi qu'il faudra se méfier des succès trop faciles, les récidives étant alors particulièrement fréquentes. Ces dernières pourront nécessiter l'emploi de la ceinture eutocique.

La difficulté que l'on a dans certains cas à faire évoluer le fœtus, difficulté plus ou moins grande et qui peut aller jusqu'à l'impossibilité, dépend de causes très variables.

Quand il s'agira d'un siège décomplété mode des fesses, on échouera plus souvent, les membres inférieurs relevés en attelles au-devant du plan ventral empêchant le fœtus de se replier sur lui-même. La version sera aussi plus délicate chez les femmes ayant une sensibilité exagérée de la paroi abdominale, chez celles où cette dernière est surchargée de graisse ou chez qui l'utérus présente un degré d'antéversion très accusé (ventre en besace). L'existence d'une grossesse gémellaire, d'une brièveté du cordon, naturelle ou accidentelle, d'une malformation ou d'une tumeur utérine, peuvent rendre cette manœuvre impossible. On ne la réussira que bien rarement quand on la tentera chez une femme dont les membranes se sont rompues prématurément. L'hydropisie de l'amnios suivant le degré de tension des parois utérines qui l'accompagne peut rendre impossible ou la pratique de la version ou le maintien du fœtus. Mais quelles que soient les difficultés rencontrées, il ne faudra se déclarer vaincu qu'après plusieurs essais que l'on aura tentés en se mettant dans les meilleures conditions possibles.

Voyons maintenant quelle est la conduite que l'on aura à tenir quand on se trouvera, durant le travail, en présence d'une présentation de l'extrémité pelvienne.

Appelé tout à fait au début, et si les membranes ne sont pas rompues, la version peut ne pas être impossible. On pourra encore la tenter, mais ces essais devront être faits très prudemment; il ne faudrait pas transformer un siège en épaule. On échouera le plus souvent et l'on devra se résigner à voir l'enfant naître par le siège.

Il faudra alors faire toujours des réserves au sujet de l'enfant. Car, comme le dit M. Pinard, « il n'est pas un accoucheur, quelles que soient son expérience et son habileté, qui puisse, en face d'une présentation du siège chez une femme en travail, affirmer que l'enfant naîtra vivant ». On devra préparer tout ce qu'il faut pour le ranimer s'il naissait en état de mort apparente: faire bouillir le tube de Ribemont, veiller à ce qu'on ait sous la main de quoi donner un bain sinapisé, des linges chauds, du rhum, etc.

Etablissons tout de suite une règle qui est absolue : *il ne faut jamais entreprendre l'extraction d'un enfant se présentant par le siège avant la dilatation complète.* Il faut savoir résister aux sollicitations d'un entourage qui commence à perdre patience et qui ne vous a peut-être fait appeler qu'avec l'espoir de vous voir immédiatement terminer l'accouchement. Même quand la dilatation est d'une paume de main, il ne faut pas céder à la tentation que l'on pourrait avoir de tirer sur les pieds et se souvenir que l'accouchement par le siège est l'accouchement de trois parties : siège, épaules et tête, dont le volume va en augmentant. Là où le siège passera facilement, les épaules ne pourront passer qu'avec grand'peine et quelquefois seulement au prix de la fracture d'un des bras, dont l'abaissement offrira, dans certains cas, des difficultés presque insurmontables. Cet abaissement enfin obtenu, l'accoucheur fatigué s'épuisera en vains efforts pour extraire la tête retenue par le col utérin qui s'est rétracté au niveau du cou. On verra l'enfant faire des mouvements inspiratoires répétés; la lutte se prolongera, et quand, couvert de sueur, l'accoucheur semblera enfin victorieux, il ne lui restera entre les mains qu'un petit cadavre. Bien heureux si, dans cette lutte, l'utérus ne s'est pas rompu!

En quoi consistera donc le rôle du médecin avant la dilatation complète? D'abord il ne devra pas abuser du toucher, surtout si les membranes sont rompues, ce dernier pouvant alors amener des inspirations prématurées du fœtus ayant pour conséquence l'introduction dans les voies respiratoires de liquides chargés de méconium qui s'opposeront plus tard à l'établissement de la respiration et dont on aura parfois de la peine à débarrasser la trachée et les bronches. L'aspiration de ces mucosités dans les voies aériennes a aussi été, dans certains cas, le point de départ d'une broncho-pneumonie entraînant la mort de l'enfant au bout de quelques jours.

Mais s'il faut être avare de toucher, il y aura intérêt à ausculter souvent et cela dès le début du travail. En effet, il peut, le cas échéant, être de la plus grande importance pour l'accoucheur de prouver que l'enfant a succombé à un moment où on ne pouvait lui porter secours.

Dans certains cas, où l'état de la mère ou celui de l'enfant nécessiterait une délivrance rapide, on pourrait, à l'aide de manœuvres manuelles, chercher à compléter la dilatation.

Quoi qu'il en soit, et d'une manière générale, le rôle de l'accoucheur, avant la dilatation complète consistera surtout à savoir faire attendre et à savoir attendre lui-même.

Cette dilatation obtenue, si l'on a affaire à une multipare et surtout à une grande multipare, il sera prudent, même avant de pratiquer la rupture des membranes, si ces dernières sont encore intactes, de mettre la femme en travers du lit, le siège arrivant au bord de ce dernier, et les jambes fléchies et écartées étant soutenues par deux aides ou deux chaises. On pourrait en effet, alors, voir les choses se précipiter. Chez une primipare, au contraire, dont les parties molles ont encore toute leur résistance, on attendra, pour mettre la femme dans cette position, que la hanche antérieure apparaisse au niveau de la vulve.

Sera-ce pour terminer immédiatement l'extraction? Non. Car si cette dernière est possible après la dilatation complète, elle n'est pas plus indiquée que ne l'est l'application de forceps chez un enfant se présentant par le sommet au début de la période d'expulsion. On ne doit y recourir que quand l'état de la mère ou de l'enfant le nécessite, car elle n'est pas sans avoir ses inconvénients.

En effet, c'est surtout au cours de cette extraction que se produisent les inspirations prématurées dont nous avons signalé les dangers. Elle détermine très souvent le relèvement des bras dont l'abaissement peut être difficile et nécessite l'introduction profonde et réitérée des mains dans les organes génitaux.

On laissera donc aux contractions utérines et aux efforts de la femme le soin d'amener le siège à la vulve, au niveau de laquelle vont se produire des modifications semblables à celles que détermine l'accouchement par le sommet.

D'abord, c'est en haut, sous la symphyse, qu'apparaîtra, au moment de la contraction, une petite partie de la hanche antérieure sur laquelle peut se former une

bosse séro-sanguine si les choses traînent en longueur. A chaque douleur, le périnée bombe davantage et la partie de la fesse que l'on voit apparaître augmente d'étendue. Bientôt se montrera l'anus laissant échapper une certaine quantité de méconium sous forme d'une grosse chenille noire, puis la hanche postérieure et les talons s'il s'agit d'un siège complet.

A chaque contraction l'on voit l'extrémité pelvienne se redresser davantage, exactement comme le fait l'occiput dans la présentation du sommet quand le front est arrivé dans le bassin mou. Avant que le diamètre bitrochantérien ne franchisse le détroit vulvaire, il se produit, surtout chez la primipare, une élongation considérable du périnée, et le siège finit par regarder presque directement en haut.

Quand ce dernier se dégagera, on se bornera à le soutenir d'une main, mais l'on n'exercera sur lui aucune traction. Comme le dit Mme Lachapelle, « l'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent en pareil cas, et résister à la tentation d'agir qu'excite naturellement la facilité apparente offerte par la disposition des parties du fœtus. *Il doit avec ménagement et lenteur recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus, plutôt que l'extraire* ».

Si l'on avait affaire à un siège décomplété mode des fesses, on ne dégagerait les membres inférieurs qu'au moment où leur creux poplité arriverait à la vulve; on imprimera pour cela aux cuisses un mouvement de flexion et d'abduction qui, comme nous le verrons pour la manœuvre de Pinard, a pour effet de fléchir la jambe et de rendre ainsi les pieds facilement accessibles.

Après la sortie des hanches une main ira à la recherche du cordon ombilical, sur le bout placentaire duquel on exercera de légères tractions pour en amener une anse au dehors. Cette anse est destinée à éviter tout tiraillement ultérieur, soit au niveau du placenta, soit au niveau de l'ombilic. Si elle était impossible à faire à cause d'une brièveté naturelle du cordon ou de multiples circulaires, il faudrait sectionner le cordon entre deux pinces à forcipressure et terminer ensuite l'extraction le plus rapidement possible.

Si tout va bien, on attendra aussi la sortie spontanée du thorax et des bras, qui, dans ces conditions, demeureront fléchis et croisés au devant de la poitrine.

La tête reste bientôt seule dans le bassin où elle s'est engagée suivant l'un des diamètres obliques, face en arrière, si l'on a eu soin, comme il ne faut jamais manquer de le faire, d'orienter dès le début de l'accouchement le dos du fœtus un peu en avant. Cette attitude de la tête facilitera son extraction qui devra être faite immédiatement après le dégagement des épaules et pour laquelle on recourt à la *manœuvre de Mauriceau*.

On introduira la main ventrale, celle qui, dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, répond par sa face palmaire au plan ventral du fœtus, cette main, la droite pour les S. I. D., la gauche pour les S. I. G., après avoir pénétré dans le vagin en arrière et sur le côté, ira à la recherche de la bouche de l'enfant en se dirigeant vers l'articulation sacro-iliaque correspondante, et non directement en arrière.

La bouche se trouve, en effet, le plus souvent au niveau de la partie postérieure d'un des diamètres obliques. Quand elle répond à leur extrémité antérieure, elle est beaucoup plus difficile à atteindre. Une fois la bouche trouvée, on y introduira l'extrémité de l'index ou du médius. Pendant ce temps l'autre main, la main dorsale, qui dès le début de la manœuvre a placé le fœtus à califourchon sur l'avant-bras de la main ventrale, insinue l'index et le médius de chaque côté du cou du fœtus, le tenant comme dans une fourche, les doigts étant placés en bretelles sur les deux épaules.

L'enfant étant ainsi saisi, on fera d'abord exécuter à la tête un mouvement de flexion obtenu à l'aide d'une traction exercée sur le maxillaire inférieur et par le refoulement de l'occiput. Puis on la fera tourner de manière à ramener la bouche directement en arrière, et l'occiput directement en avant, derrière la symphyse. Pour faire cette rotation on se servira également des deux mains. Après cette dernière, des tractions exercées à la fois sur le maxillaire et les épaules feront descendre la tête et engageront la face dans le bassin mou. C'est à ce moment que l'on conseille, d'ordinaire, de relever les tractions en redressant, puis en renversant le tronc du fœtus, que l'on peut ainsi finalement faire tomber avec le dos sur le ventre de sa mère.

Mais notre maître, M. Pinard, conseille de continuer à tirer par en bas jusqu'à ce qu'on ait amené la plus grande partie de l'écaille occipitale au-dessous de la symphyse. Cet abaissement, sur l'utilité duquel M. Pinard insiste, est, chez certaines primipares, absolument indispensable pour arriver à dégager la tête. Ce n'est qu'après que l'on commencera à relever le tronc.

Il sera commode, pour terminer la manœuvre, de se mettre un peu de côté en faisant un pas du côté de la main dorsale. Le passage du front dans le bassin mou sera accompagné d'un ressaut de ce dernier au niveau du coccyx. C'est alors qu'il faudra redoubler de prudence et ne pas trop se hâter pour éviter de produire une déchirure du périnée surdistendu, déchirure qui est le plus à craindre au moment où le front va passer à la fourchette.

L'enfant extrait naîtra souvent plus ou moins étonné. Je crois qu'il y a alors grand intérêt à ne pas immédiatement sectionner le cordon; attendez quelques instants et vous verrez souvent la circulation se rétablir dans la tige funiculaire. L'enfant se recolorera et ne tardera pas à faire spontanément des mouvements respiratoires. Parfois ces derniers ne deviendront tout à fait normaux que quand vous aurez débarrassé la trachée des mucosités qui l'encombrent, ce que l'on fera à l'aide de l'insufflateur de Ribemont, dont on ne se servira, bien entendu, que comme *aspirateur*. Je suis convaincu qu'en mettant trop de hâte à sectionner le cordon, on a souvent occasionné la mort d'enfants qu'il a été impossible de ranimer et qui seraient revenus à la vie si on avait agi avec moins de précipitation.

Après avoir vu quelle devait être votre conduite en face d'une présentation du siège durant la grossesse et pendant le travail avant la dilatation complète, nous venons d'indiquer à quoi devait se borner votre rôle après cette dernière, quand, durant la période d'expulsion, ni l'état de la mère ni l'état de l'enfant n'exigeaient l'extraction immédiate. Voyons maintenant comment on devra la pratiquer quand on y sera forcé par les circonstances.

Ce sera l'état de souffrance de l'enfant qui obligera le plus souvent à la faire. Sur cet état, l'auscultation seule pourra renseigner, l'évacuation prématurée de méconium étant chose normale dans la présentation du siège. Cette auscultation devra donc être particulièrement soigneuse. Quand le fœtus commence à souffrir, ses battements cardiaques augmentent tout d'abord de fréquence. Dès lors il faudra se méfier. Un ralentissement fait bientôt place à l'accélération. Le nombre des battements du cœur

fœtal va progressivement en diminuant et finit par tomber au-dessous de 100. C'est alors qu'il faudra intervenir. Il y aurait danger à attendre davantage.

La façon de faire l'extraction variera suivant que l'on aura affaire à un siège complet ou à un siège décomplété mode des fesses. Les variétés décrites sous le nom de siège décomplété mode des genoux et siège décomplété mode des pieds doivent, au point de vue pratique, être confondues avec le siège complet. En effet, dans ces trois variétés, l'opérateur a les pieds à sa disposition. Ils s'offrent tout naturellement à lui, et il pourra s'en servir comme tracteurs.

De quelle main se servira-t-on pour aller à leur recherche? Il suffit d'un instant de réflexion pour voir que cette main variera avec la position. Ce devra toujours être la main ventrale, celle dont la face prenante correspondra au côté du fœtus où sont placés les pieds.

Faudra-t-il saisir les deux pieds ou n'en prendre qu'un seul? La traction monopode est préférable. On n'étend ainsi qu'une seule jambe; l'autre, restant repliée au-devant de l'extrémité pelvienne, forme avec cette dernière une masse plus volumineuse, ce qui facilitera le passage ultérieur des épaules et de la tête à travers le canal utéro-vagino-vulvaire.

S'il est plus avantageux de ne tirer que sur un pied, le choix de ce pied est d'une importance capitale. *Il faudra toujours saisir celui qui correspond à la hanche antérieure.* Le pied droit dans les S. I. D., le pied gauche dans les S. I. G.

En effet, le siège ne se présente pas perpendiculairement au niveau du détroit supérieur, l'axe du fœtus est incliné sur la colonne vertébrale. Il en résulte que l'anus est sensiblement plus rapproché de la symphyse que du promontoire. La hanche postérieure est tout entière dans l'excavation, tandis que l'antérieure repose sur la symphyse par sa partie inférieure. Sur la figure 1, on peut bien se rendre compte de cet asynclitisme.

Regardez le siège : pour l'engager il suffirait de le repousser d'avant en arrière, la hanche postérieure irait se loger dans la concavité sacrée, et l'antérieure glisserait derrière la symphyse. C'est ce qui va arriver quand, après avoir saisi le pied de la hanche antérieure, on exercera sur lui des tractions qui devront être, disons-le tout de suite, dirigées très en arrière par rapport à la mère, vers les pieds de l'opérateur. De cette façon l'engagement du siège sera facilement obtenu.

Il n'en serait plus ainsi si l'on avait saisi le mauvais pied, le pied de la hanche postérieure. La disposition des parties molles et osseuses est telle que les tractions seront fatalement alors exercées beaucoup trop en avant; loin de porter le siège vers la concavité sacrée, elles le déplaceront au contraire en avant, « plaçant le fœtus sur le pubis comme une amazone sur son cheval » (Farabeuf et Varnier). Dans ces conditions, avec un enfant à terme et d'un développement normal, l'extraction devient absolument impossible. C'est ce qu'avait parfaitement vu Mme Lachapelle, qui écrit dans son quatrième mémoire : « Si le membre (pied ou genou) seul sorti est celui qui touche le pubis, on peut en toute sûreté tirer sur lui seul lorsque les hanches sont encore au détroit supérieur. En tirant sur ce pied, on fera descendre le tronc dans l'axe du détroit supérieur. » Et, plus loin, elle ajoute : « Si le genou ou le pied seul dégagé, lorsque les hanches sont encore au détroit supérieur, est celui qui touche la partie postérieure du bassin de la mère, alors les conditions sont bien différentes, et l'on ne peut se permettre sans imprudence d'agir sur ce seul membre : c'est en pareil cas qu'on l'arracherait plutôt que de faire descendre le fœtus. »

Ce que dit Mme Lachapelle est parfaitement exact si l'on ne fait qu'exercer des tractions sur la jambe postérieure. Mais en combinant ces tractions à une torsion *en dedans*, on pourra, avec une rotation de 90° pour les sacro-iliaques postérieures, de deux fois 90° pour les sacro-iliaques antérieures, ramener la hanche postérieure en avant, et, transformant ainsi le mauvais pied en bon pied, terminer l'extraction. Cependant, en pratique, si l'exécution de cette manœuvre doit offrir quelque diffi-

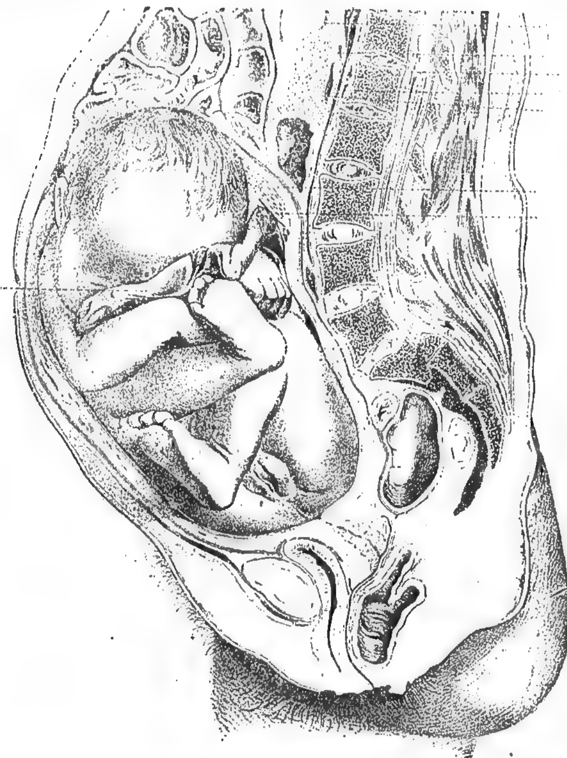


FIG. 1. — Réduction d'une planche grandeur nature de l'Atlas de Waldeyer, publiée par M. Varnier dans son étude sur *le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1887).

Cette figure représente la coupe médiane d'une femme de 38 ans qui, arrivée au terme de sa 10° grossesse, mourut à la suite d'un grave traumatisme. Une locomotive lui emporta les deux cuisses. Il se produisit en outre une fracture de la 1re vertèbre sacrée qui glissa au-devant de la 2° vertèbre sacrée, comme s'il s'agissait d'une spondylolisthèse.

culté, il vaut mieux n'y pas recourir et aller tout de suite à la recherche du second pied. On fera alors l'extraction en tirant à la fois sur les deux membres inférieurs.

Puisqu'il existe un bon pied, il est important de savoir le reconnaître et de pouvoir, par le toucher, distinguer le pied droit du pied gauche. On ne fera ce diagnostic qu'en cherchant à se figurer le pied que l'on tient entre les doigts et en voyant si l'image qu'évoquent les sensations perçues est celle d'un pied droit ou celle d'un pied gauche. Le bon pied reconnu, il sera saisi entre l'index et le médius recourbés en crochets, l'un de ces doigts passant au-dessus du cou-de-pied et l'autre au-dessus de la saillie du talon.

L'opérateur commencera l'extraction en exerçant la

traction aussi en arrière que possible; il tirera ainsi vers ses pieds et le fera jusqu'à ce que la hanche antérieure se montre au niveau de la vulve. Alors il tirera vers ses genoux, et quand la hanche postérieure, arrivée dans le bassin mou, fera bomber le périnée, il relèvera progressivement ses tractions et finira par tirer presque verticalement en haut, dans la direction de son visage, au moment où la hanche postérieure passera au niveau de la fourchette.

Le siège une fois dégagé, ainsi que le membre postérieur que l'on a vu se déployer spontanément, à moins que ce dernier ne se soit relevé au cours de la descente, on saisira le fœtus par les deux cuisses en ayant soin de prendre la cuisse droite avec la main droite et la cuisse gauche avec la main gauche. De cette façon le dos sera tout naturellement ramené un peu en avant, et nous savons que cela n'est pas sans importance. Les pouces de chaque main seront placés sur les fesses correspondantes, les quatre derniers doigts embrassant la face antérieure et interne des cuisses. Jamais il ne faudra, comme on le voit trop souvent faire aux manœuvres, saisir le fœtus en exerçant des pressions sur la paroi abdominale. L'enduit sébacé fera quelquefois glisser les mains et l'on se servira alors avec avantage de compresses stérilisées dont on recouvrira les cuisses de l'enfant.

Les tractions seront de nouveau exercées en bas et en arrière pour engager les épaules. Quand l'ombilic arrivera à la vulve, on fera une anse au cordon en s'y prenant comme nous l'avons dit, puis on tirera de nouveau par en bas. Le fœtus, dans certains cas, continuera à descendre et l'on verra bientôt l'épaule antérieure apparaître sous la symphyse. Les bras sont restés croisés au-devant de la poitrine, et leur dégagement sera alors d'une extrême facilité. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : souvent, et cela surtout quand on est obligé d'aller vite, on sentira, au moment où la base du thorax commence à se dégager, une résistance due à ce que la tête est retenue au détroit supérieur entre les deux bras relevés. Il serait alors inutile et dangereux de chercher à vaincre cette résistance par des tractions plus énergiques. En augmentant l'enclavement de la tête, on ne ferait que rendre plus difficile l'abaissement des bras que l'on a ainsi fracturés dans certains cas.

Quel est le bras qu'il faut abaisser le premier? Théoriquement, c'est le bras postérieur. En effet, il est déjà en grande partie dans l'excavation, tandis que le bras antérieur est encore presque tout entier au-dessus du détroit supérieur. De plus, la concavité sacrée permet à la main de s'insinuer en arrière, ce qui serait en avant beaucoup plus difficile. Le bras postérieur étant dégagé, on a fait de la place, l'abaissement du bras antérieur en est devenu plus facile. D'autre part, une légère descente de la tête et de l'épaule antérieure a rendu ce bras plus accessible. On essayera donc d'abord d'abaisser le bras postérieur, sachant cependant qu'en pratique on pourra rencontrer des cas où l'on réussira mieux en commençant par dégager le bras antérieur.

Quel que soit le bras que l'on ait à abaisser, on se servira pour le faire de la main dorsale.

S'il s'agit du bras postérieur, on introduira cette main en arrière en la faisant glisser de bas en haut le long du plan postéro-latéral du fœtus. L'autre main qui tient l'enfant par les jambes l'aura préalablement soulevé de manière à faciliter cette introduction. La main dorsale devra pénétrer tout entière. L'index et le médius s'insinueront par-dessus l'épaule postérieure de manière à atteindre le pli du coude. Car *c'est sur ce dernier seul* que devront porter les pressions, pressions qui chercheront à ramener le coude en dedans et en bas, comme si on voulait le repousser au-devant du visage de l'enfant. Les pressions ne devront jamais être faites sur le milieu du bras. Ces dernières ont trop souvent amené la fracture de l'humérus dont la production s'accompagne d'un petit craquement sec. On évitera cet accident en n'agissant que sur le pli du coude qui, entraîné dans la direction que nous avons indiquée, fera passer la main correspondante successivement au-devant du front, du nez, de la bouche de l'enfant, qui *se mouchera*, comme le disait Pajot.

L'abaissement du bras antérieur se fait avec la même main, tandis que celle qui tient les jambes abaissera le fœtus. L'index et le médius seront insinués par-dessus l'épaule jusqu'au pli du coude, tandis que le pouce se placera dans l'aisselle. Le bras de l'enfant est alors tenu entre ces trois doigts comme le serait un porte-plume. On ne cherchera pas à l'abaisser directement en l'attirant à soi, mais on le repoussera vers la profondeur de l'excavation, l'extrémité des doigts n'agissant toujours que sur le pli du coude.

Après le dégagement du second bras il faut extraire la tête sans plus attendre. On le fera à l'aide de la manœuvre de Mauriceau sur laquelle nous n'avons plus à revenir.

Voyons maintenant comment on s'y prendra pour extraire un siège décomplété mode des fesses.

L'étude de cette question est du plus grand intérêt, le siège décomplété mode des fesses étant la variété la plus commune. On la rencontrerait dans près des deux tiers des cas si l'on s'en rapporte à une statistique dressée par Lepage à la Clinique Baudelocque. Dans cette statistique, qui ne porte que sur des enfants pesant au moins 2 000 grammes et qui étaient vivants au début du travail, on trouve, en effet, sur 174 sièges, 107 fois la variété qui nous occupe.

Ajoutons à cela que, dans le mode des fesses, l'accoucheur aura plus souvent à intervenir.

Les membres inférieurs relevés en attelles au-devant du plan ventral donnent au fœtus une rigidité qui s'oppose aux inflexions nécessaires au mécanisme de l'accouchement. Aussi voit-on parfois l'engagement ne pas se faire, ou bien le sacrum, dans un mouvement anormal, se porter soit directement en avant, soit directement en arrière, donnant ainsi au fœtus une attitude des plus défavorables.

Souvent tout marche normalement jusqu'au moment où le siège vient appuyer sur le périnée. Ce dernier bombe quelquefois même au moment des douleurs, mais les choses peuvent en rester là. La femme s'épuise en vains efforts, le fœtus ne progresse plus. Il est arrêté parce que les membres inférieurs relevés empêchent le tronc de s'incurver en avant. La hanche postérieure butte au niveau du coccyx, et il ne peut pas plus passer à travers la filière pelvi-génitale qu'un manche à balai à travers un tuyau de poêle recourbé. Qu'on ait à intervenir parce que le fœtus ne progresse plus ou parce que son état de souffrance exige une extraction rapide, comment devra-t-on s'y prendre et, tout d'abord, comment devra-t-on le saisir?

Ne recourez pas au forceps, instrument qui n'a d'ailleurs été construit que pour s'appliquer sur la tête. Sur le siège, il dérape et l'on est souvent obligé de faire plusieurs applications avant de le voir tenir. Le forceps n'est pas seulement difficile à appliquer, il est également dangereux par la compression que peuvent déterminer les

cuillers et, tout particulièrement, par les grandes chances que l'on a de comprimer le cordon et, par conséquent, d'extraire un enfant mort.

Le crochet mousse, et les lacs, dont on a tant fait usage, sont aussi inutiles. Leur placement peut d'ailleurs être très difficile, et ils exposent à la fracture du fémur et à la blessure des parties molles.

Dans le siège décomplété mode des fesses, comme dans le siège complet, l'opérateur, pour extraire l'enfant, n'aura besoin d'autre chose que de ses mains. Voyons comme il devra s'en servir :

La première chose à faire est d'abaisser le pied antérieur, abaissement qui pourra être obtenu presque toujours à l'aide de *la manœuvre de Pinard*. Pour pratiquer cette dernière, on se servira de la main ventrale. Cette main sera introduite tout entière dans les organes génitaux et empaumera le siège, en plaçant le pouce sur



FIG. 2 (H. VARNIER).

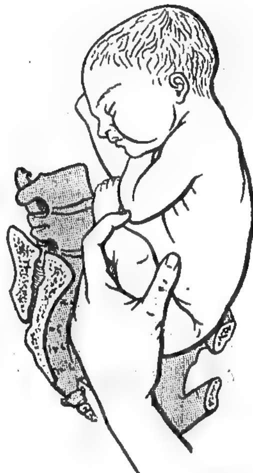


FIG. 3 (H. VARNIER).

les parties postérieure et supérieure de la fesse antérieure, tandis que l'index et le médius répondront à la partie postéro-interne de la cuisse correspondante, l'extrémité de ces deux doigts remontant jusqu'au creux poplité. La main ainsi placée, on exercera avec l'extrémité de l'index une pression au niveau du creux poplité, de manière à porter, par rapport au fœtus, le genou en arrière et en dehors. De cette manière, la cuisse est mise en abduction et en flexion forcée. Le résultat de ce déplacement est la distension des muscles ischio-jambiers qui a pour conséquence la flexion de la jambe. Cette flexion s'accuse d'autant plus qu'on écarte davantage le genou. Le pied tombe avec le talon sur la partie dorsale de l'extrémité des doigts de l'opérateur. Il sera alors très facile à ce dernier de l'accrocher avec le médius et de l'amener ensuite au dehors. Toutes ces manœuvres ne devront être faites, bien entendu, que dans l'intervalle des contractions utérines.

On terminera l'extraction comme s'il s'agissait d'un siège complet, avec cette petite différence que le membre postérieur étant toujours relevé il faudra le dégager au moment où le creux du jarret apparaîtra à la vulve. Pour faire ce dégagement, on commencera par fléchir la jambe en imprimant à la cuisse un déplacement analogue à celui dont on s'est servi pour abaisser le pied antérieur. Une fois qu'on aura accroché cette jambe, on la dégagera en ayant bien soin que le talon du pied postérieur *rase* la face ventrale du fœtus. On évitera ainsi toute déchirure de la vulve, qui aurait les plus grandes chances de se produire si, comme les élèves ont toujours tendance à le faire, on voulait extraire la jambe en l'attirant directement à soi. Cette dernière sort alors brusquement, comme mue par un ressort, après avoir distendu la vulve en un point où une déchirure peut ainsi se produire.

Dans certains cas, quand les eaux sont écoulées depuis longtemps, la rétraction de l'utérus sur le fœtus ne permet pas de déplacer la cuisse comme on le voudrait, et s'oppose ainsi à la descente de la jambe. On a conseillé en pareil cas de recourir à l'anesthésie pour obtenir le relâchement de l'utérus, mais, même sous chloroforme, la jambe pourra ne pas se fléchir suffisamment; le fait que nous rapportons plus loin en est un exemple. L'on fera alors pénétrer la main plus profondément, jusqu'à ce que l'index, après avoir contourné le genou, puisse



FIG. 4 (H. VARNIER).



FIG. 5 (H. VARNIER).

accrocher la jambe. L'attitude que doit prendre la main qui opère est très bien reproduite sur la figure 2. Les figures 3, 4 et 5 montrent la façon dont on fléchira la jambe et dont on abaissera le pied.

La manœuvre est aussi d'une exécution plus difficile quand le siège, profondément engagé, appuie déjà sur le plancher périnéal. Les parois du bassin ne permettent pas alors de porter la cuisse suffisamment en abduction. D'ailleurs, quand le genou est arrivé au niveau du détroit supérieur, elle serait même, d'après les recherches de Potocki, théoriquement impossible avec un enfant de plus de 3000 grammes. En effet, chez ce dernier, la distance qui s'étend de la face antérieure des condyles fémoraux à la plante du pied, quand la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse, est de plus de 12 centimètres, alors que les grands diamètres du détroit supérieur, sur un bassin garni de ses parties molles, atteignent 12 centimètres au maximum. Mais, en pratique, l'abaissement du pied pourra encore être souvent obtenu. Ceci tenant

certainement en partie à ce que la main introduite dans les organes génitaux remonte plus ou moins le siège. Aussi faudra-t-il toujours tenter cet abaissement qui pourra même, comme dans le cas suivant, être d'une grande facilité.

Ce cas est celui d'une jeune primipare auprès de laquelle je fus appelé l'été dernier et chez qui on ne parvenait pas à terminer l'accouchement. En arrivant chez cette dame, qui était couchée en travers de son lit, les jambes soutenues par deux chaises, je trouvai auprès d'elle deux confrères dont l'un donnait du chloroforme et l'autre tenait un forceps qu'il regardait d'un air de profond découragement. Une sage-femme, agenouillée, faisait de la dilatation préfœtale. Après examen, je vis qu'il s'agissait d'un siège décomplété mode des fesses. Les nombreuses applications de forceps, faites avant mon arrivée, n'avaient eu pour résultat que de produire une déchirure assez étendue du périnée. Au moment des douleurs, on voyait ce dernier bomber légèrement et la hanche antérieure commençait à se montrer sous la symphyse. Les bruits du cœur, quoique très ralentis, existaient encore. Le dos étant dirigé à droite, j'introduisis ma main droite. Le siège remonta tout naturellement, mais, pour atteindre le pied, je dus fléchir directement la jambe après l'avoir accrochée avec l'index. Cette manœuvre fut d'une exécution très facile, le reste de l'extraction ne présenta aucune difficulté et me fit mettre au monde une superbe fille pesant près de 3700 grammes. Elle naquit un peu étonnée, mais ne tarda pas à crier après que les battements du cordon se furent rétablis et que j'eus désobstrué les voies aériennes. Le confrère, qui tenait toujours son forceps à la main, fut absolument stupéfait de la rapidité de cette extraction, qu'il avait d'ailleurs contribué à faciliter en déchirant le périnée avec son instrument.

Tel est le seul cas qu'il m'ait été donné de voir où l'on ait eu recours au forceps pour extraire un siège. Je crois qu'il n'est pas sans enseignement.

Chez cette femme, la main introduite refoula le siège très facilement. Il n'en sera pas toujours ainsi, et quand la hanche antérieure sera descendue au-dessous de la symphyse, le siège, dans certains cas, ne se laissera plus remonter. C'est alors que l'abaissement artificiel du pied antérieur pourra ne plus être possible et qu'il faudra, pour extraire le fœtus, recourir aux *tractions inguinales*.

On pratiquera ces dernières de la façon suivante :

L'index d'une main sera introduit dans le pli inguinal antérieur et exercera des tractions par en bas, de manière à abaisser le siège le plus possible. Puis on introduira en arrière les quatre derniers doigts de la main dorsale. On les fera pénétrer profondément jusqu'à ce que l'index et le médius puissent accrocher le pli inguinal postérieur. Tout d'abord, ce sont ces derniers qui exerceront surtout les tractions, tandis que l'index de la première main, placé dans le pli inguinal antérieur et situé directement sous la symphyse, y restera pour empêcher que le siège ne remonte en glissant derrière cette dernière. Le siège sera ainsi amené dans le bassin mou, puis extrait à l'aide de tractions exercées par les deux mains et dont la direction sera progressivement relevée. Nous savons comment on dégagera les jambes quand les genoux seront arrivés à la vulve et comment on terminera ensuite l'extraction.

Nous avons dit qu'il ne fallait jamais entreprendre l'extraction d'un enfant se présentant par le siège avant la dilatation complète, il ne faut également jamais la commencer sans s'être préalablement assuré qu'il n'existait pas un rétrécissement du bassin de nature à rendre impossible le passage de la tête. Quand, chez une femme à terme, on aura affaire à un bassin rachitique dont le diamètre promonto-sous-pubien sera de 90 à 95 millimètres, on pourra encore *espérer* extraire un enfant vivant, en ayant recours, pour faire passer l'extrémité céphalique, à la *manœuvre de Champetier de Ribes* (1). Mais quand le rétrécissement sera plus accusé, si l'on veut un enfant vivant, il faudra pratiquer la symphyséotomie d'emblée à la dilatation complète, car au moment où la tête resterait dernière, il serait bien tard pour l'entreprendre.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Furet (Louis). *De la narcolepsie.* N° 303. (Rousset.)

M. Benoist de La Graneière (Louis). *Contribution à l'étude des varices de l'estomac.* N° 269. (Carré et Naud.)

M. Bournisien de Valmont. *Étude sur une forme non douloureuse d'hypersécrétion chlorhydrique continue avec dénutrition générale.* N° 307. (Boyer.)

M. Pron (Lucien). *Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques.* N° 302. (J. Rousset.)

A propos d'un cas observé récemment par M. Debove et M. Sainton, et publié ici même, M. Furet consacre sa thèse à la narcolepsie, type clinique nettement défini et distinct de tout autre sommeil pathologique.

Il établit que c'est un symptôme d'auto-intoxication, et comme arguments en faveur de cette opinion il cite :

a) Les affections au cours desquelles ce symptôme s'observe : maladies de la nutrition (diabète, obésité), maladies aiguës microbiennes (grippe, fièvre typhoïde, typhus), intoxications (alcoolisme) qui toutes peuvent être considérées comme produisant l'auto-intoxication ;

b) La coexistence d'autres symptômes relevant également de l'intoxication, tels que l'épilepsie;

c) L'action narcotisante de certains toxiques opium et ses dérivés, chloral, etc.);

d) Les observations dans lesquelles la narcolepsie disparaît en même temps que les troubles de nutrition ;

e) La théorie dite toxique du sommeil de Preyer et Léo Eréra confirmée, en partie, par les expériences de Bouchard sur la toxicité urinaire.

La narcolepsie n'a pas de pronostic en elle-même, sa gravité dépend de l'affection au cours de laquelle elle se montre.

Le traitement se résume en deux indications :

a) Supprimer la cause d'intoxication (alcool, excès alimentaires) ;

b) Favoriser l'élimination de la toxine (régime lacté, purgatifs, lavements).

Élève de Letulle, M. Benoist de la Grandière consacre sa thèse aux varices de l'estomac. Il conclut que la présence de valvules et de dilatations ampullaires au niveau des anses veineuses de la muqueuse gastrique semble probable. Ces dilatations ampullaires peuvent être un siège d'élection pour une phlébite limitée. Les varices gastriques peuvent s'observer en même temps que les varices de l'œsophage mais peuvent aussi se rencontrer isolées.

1. Champetier de Ribes, Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur du bassin dans la présentation du siège (*Thèse* de Paris, 1879).
Voir aussi l'*Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*, de Farabeuf et Varnier (1891).

Ces varices sont souvent secondaires à une gêne de la circulation porte, particulièrement par cirrhose, sans que ce soit cependant un facteur indispensable. Lorsqu'il n'existe point d'obstacle sur la circulation, porte la présence de varices semble liée à une véritable phlébite des origines des veines gastriques. Cette phlébite est probablement due à une irritation préalable de la muqueuse gastrique par les ingesta, particulièrement par l'alcool.

L'ulcération de ces varices est due non pas à une augmentation de pression dans le système porte, mais à l'ulcération progressive par nécrobiose allant de la surface à la profondeur. La présence de varices gastriques peut être sinon affirmée, du moins soupçonnée en présence d'hématémèses abondantes à répétition lorsqu'elles ne sont pas précédées ou accompagnées du syndrome habituel de la maladie de Cruveilhier.

M. Bournisien de Valmont, élève de Mathieu, rapporte les observations de malades ayant tous ce trait commun : peu ou pas de phénomènes subjectifs de dyspepsie, une perte de force, un amaigrissement considérable malgré la conservation de l'appétit et une alimentation abondante.

Chez ces malades l'examen de l'estomac a fait découvrir l'existence le matin à jeun d'une certaine quantité de liquide contenant peu ou pas de détritus alimentaires. 8 de ces malades sur 10 présentaient un degré accentué d'hyperchlorhydrie tant dans le liquide de stase que dans le liquide du repas d'épreuve. Chez un 9e, il y avait hyperchlorhydrie dans le liquide de stase et chez le dernier l'élévation du chiffre des chlorures fixes pouvait faire penser soit à l'existence d'une hyperchlorhydrie tardive, soit à la phase d'épuisement d'une gastrite hyperchlorhydrique ancienne.

Il paraît légitime d'attribuer dans la pathogénie de la dénutrition générale une part importante à la viciation de la digestion et de l'assimilation des aliments non azotés résultant de l'hypersécrétion chlorhydrique.

En conséquence, toutes les fois qu'on se trouvera en présence de ce syndrome : affaiblissement marqué et amaigrissement accentué malgré la persistance de l'appétit et une alimentation suffisante, voire même exagérée, on devra examiner l'estomac au point de vue de l'hypersécrétion chlorhydrique continue.

Le traitement qui a paru le plus propre à amener chez ces malades une augmentation de poids a été l'usage prolongé de la belladone et des alcalins à dose élevée.

Dans une importante thèse, M. Pron rappelle que l'estomac est relié anatomiquement au cerveau d'une façon directe par le grand sympathique, d'une façon indirecte par la moelle.

Cette union permet de comprendre l'action que le plexus solaire — à l'état de santé et surtout à l'état de maladie (dyspepsie) — exerce sur les fonctions psychiques.

Chaque aliment imprime au plexus solaire une excitation qui lui est propre et qui est immédiatement transmise au cerveau.

Le manque d'aliment (faim) produit chez l'homme sain certains troubles légers ; chez certains dyspeptiques, dont la faim est exagérée, l'absence d'aliment rend le sujet incapable du moindre travail intellectuel et engendre de profondes modifications du caractère.

Le jeûne, fait d'ordre à la fois local et général, détermine l'apparition d'hallucinations et de cauchemars, se rapportant à l'acte de manger.

L'inanition, fait d'ordre général, est capable de produire le délire et la folie.

La dyspepsie, dont tous les symptômes si divers sont régis par le plexus solaire, et qui s'installe à la faveur d'un mauvais équilibre héréditaire du système nerveux, engendre des troubles psychiques sérieux, d'abord intermittents, puis continus.

La théorie de l'auto-intoxication est impuissante à expliquer certains de ces troubles qui apparaissent ou disparaissent brusquement ; l'accord est du reste loin d'être fait sur la valeur à attribuer à la toxicité du contenu gastrique des dyspeptiques.

Au contraire, la théorie réflexe explique à peu près tous les phénomènes morbides ; elle est de plus d'accord avec l'invasion de la maladie et la marche de la guérison qui consistent essentiellement en phénomènes intermittents et périodiques.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Résistance réactionnelle variable dans les différents territoires du cerveau, par Mlle Stefanowska (*Revue de Neurologie*, 1901, p. 5). — Les divers territoires du cerveau réagissent d'une façon différente vis-à-vis des mêmes troubles généraux qui les atteignent. Ce fait apparaît avec une évidence incontestable, surtout dans les noyaux gris de la base du cerveau étudiés dans les différentes circonstances.

C'est ainsi qu'après la décapitation tous les noyaux de la couche optique ne sont pas également altérés au même degré ; c'est ainsi que l'altération variqueuse envahit surtout le noyau thalamique interne et le pulvinar, alors que le vaste territoire du noyau thalamique externe est épargné ; il est rare, en effet, d'y trouver quelques cellules nerveuses légèrement modifiées.

Quant au corps strié, l'effet de la décapitation ne provoque aucune altération dans ses éléments nerveux.

Après la strangulation, les lésions se répartissent d'une manière tout à fait analogue, c'est-à-dire elles se localisent principalement dans le bulbe et dans les noyaux gris profonds du cerveau.

Même résultat après l'asphyxie par privation brusque du contact de l'air, et presque le même résultat après la mort provoquée par l'éthérisation prolongée (séjour dans les vapeurs d'éther variant de 25 minutes à 1 heure 1/2).

Tous ces faits prouvent surabondamment que même les neurones appartenant à un ordre semblable sont doués d'une résistance différente.

A en juger par le degré de l'altération observée, il faudrait classer les divers territoires du cerveau comme suit :

1° Le bulbe et les masses grises inférieures du cerveau présentent le plus faible degré de résistance ;

2° Suit encore l'écorce cérébrale qui révèle une résistance plus considérable que les masses grises inférieures ;

3° Enfin le corps strié (noyau caudé et putamen) est doué d'une résistance de beaucoup supérieure à celle de l'écorce.

CHIRURGIE

Balle de revolver ayant pénétré entre l'apophyse mastoïde et la jugulaire (Palla di rivoltella incurvata tra la mastoide ed il golso della guigulare ; radioscopia, operazione, guarigione), par G. Marini (*Annali di laring. ed otol.*, 1901, n° 1, p. 52). — Jeune homme, 27 ans, s'étant tiré un coup de revolver dans la région hyoïdienne gauche deux ans auparavant. La balle ne fut pas retirée. Vers la fin de 1899, apparition d'une tuméfaction douloureuse derrière l'oreille, avec fièvre, vertiges, bourdonnements, amnésie partielle. Radioscopie permettant de localiser la position de la balle. Opération. Guérison complète.

De l'extirpation totale du larynx (Contributo clinico alla estirpazione totale della laringe), par G. Dom. Rosciano (*Annali di laring. ed otol.*, n° 1, 1901, p. 17). — L'auteur rapporte 2 cas de laryngectomie totale avec suture immédiate du pharynx. Les malades le jour même de l'opération purent avaler des aliments liquides sans l'aide de la sonde œsophagienne.

Quelques jours après, les points de suture pharyngienne correspondant à l'extrémité supérieure de la plaie se relâchèrent en laissant une fistule. L'emploi de la sonde et le drainage de la fistule suffirent à amener la guérison.

MÉDECINE

Un cas de peliose rhumatismale, par Camart (*la Clinique*, 1er mars 1901). — L'auteur rapporte un cas caractérisé par l'apparition d'une éruption spéciale compliquée de rhumatisme.

L'éruption cutanée localisée au coude gauche consiste en macules disposées sur une étendue de 10 à 12 centimètres au-dessus et au-dessous de l'articulation, se faisant de plus en plus rares

à mesure qu'on s'éloigne de celle-ci. Les autres articulations offrent également des vestiges d'une éruption semblable.

Les lésions articulaires qui sont celles de l'arthrite aiguë ont occupé les deux coudes, la hanche gauche et les articulations tibio-tarsiennes. Il s'agit donc d'un cas de peliose rhumatismale qui, d'ailleurs, céda au salicylate de soude.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séances des 21 et 28 Mai 1901.

Névralgies et anévrysmes latents de l'aorte.

M. Huchard lit un travail dans lequel il relate plusieurs observations prouvant que les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante, ainsi que ceux de l'aorte abdominale, peuvent rester très longtemps latents et ne se manifester que par des douleurs qu'on attribue à de simples névralgies, à du rhumatisme, etc. Un diagnostic précoce serait cependant de la plus grande utilité, puisqu'il permettrait d'instituer de bonne heure un traitement assez souvent curatif.

Pour reconnaître la véritable cause de ces douleurs et dépister la tumeur anévrysmale dont elles sont la seule manifestation, on devra s'appuyer sur l'opiniâtreté et la longue durée des accidents douloureux, sur leur fixité et surtout sur la possibilité de leur diminution ou de leur exagération par certains changements d'attitude des malades.

En outre, si ces douleurs restent inexpliquées et si elles résistent aux médications habituelles, il faudra toujours, d'après l'auteur, soupçonner l'existence d'une tumeur anévrysmale, et même dans les cas où l'exploration du cœur et des gros vaisseaux restera négative, on devra avoir recours à la radioscopie pour fixer avec certitude le diagnostic. Sans doute cette certitude ne sera pas complète parce qu'il y aura encore à déterminer la nature de la tumeur décelée par les rayons de Röntgen ; cependant, dans la majorité des cas, il sera possible de constater sur l'image radioscopique les mouvements d'expansion de l'anévrysme. Il convient, en outre, de se rappeler que, de toutes les tumeurs intrathoraciques, ce sont les anévrysmes qui donnent lieu aux douleurs les plus violentes.

M. A. Fournier croit pouvoir rapprocher des faits, dont M. Huchard vient de parler, l'observation déjà ancienne d'un de nos confrères qui, pendant de longues années, éprouva des douleurs épouvantables le long du bras gauche. Comme ce malade avait eu la syphilis, on lui prescrivit le traitement spécifique qui le débarrassa de ses accidents douloureux presque du jour au lendemain.

Quelque temps après, on reconnut l'existence chez ce médecin d'une volumineuse tumeur gommeuse péri-aortique qui disparut complètement à la suite d'une nouvelle cure par l'iodure de potassium.

Déciduome malin.

M. Barette (de Caen) communique l'observation d'une femme de 20 ans qui fut prise, deux mois après une fausse couche, de métrorrhagies abondantes et répétées. Ayant constaté l'existence d'un utérus volumineux et déformé, il en pratiqua l'ablation. Le fond de l'utérus était occupé par une tumeur lobulée intra-musculaire qui fut reconnue au microscope comme étant un déciduome malin.

REVUE DES CONGRÈS

TRENTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE.

Tenu à Berlin du 10 au 13 Avril 1901.

Des différentes méthodes d'anesthésie et de leurs indications.

M. von Mikulicz (de Breslau). — Après avoir discuté pendant longtemps si l'on doit donner la préférence à l'éther ou au chloroforme pour l'anesthésie générale, on en est arrivé maintenant à se demander s'il ne conviendrait pas de remplacer l'anesthésie générale par l'anesthésie locale, telle que la produisent la congélation par l'éther, le chlorure d'éthyle ou le mélange de chlorures d'éthyle et de méthyle, la cocaïnisation d'après les méthodes de MM. Reclus, Schleich, Oberst et Hackenbruch, et enfin l'anesthésie médullaire de M. Bier.

Ce dernier procédé a été employé par M. Mikulicz 40 fois environ dans son service, et il estime, comme M. Bier d'ailleurs, qu'il n'est pas assez perfectionné ni assez inoffensif pour passer dans la pratique.

La proportion dans laquelle on emploie les différentes méthodes d'anesthésie ressortira des chiffres suivants, représentant la statistique de la clinique et de la policlinique chirurgicales de Breslau au cours des 5 dernières années : on a pratiqué 5 242 narcoses au chloroforme, 438 à l'éther, 85 au bromure d'éthyle, 1 739 anesthésies locales d'après le procédé de Schleich, 850 d'après celui d'Oberst et 60 d'après celui de Hackenbruch, enfin 5 000 anesthésies locales par la congélation.

En ce qui concerne le choix entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale, il convient d'établir 3 catégories de faits :

A la première ressortissent les cas où aucun chirurgien ne consentirait à pratiquer une anesthésie générale, l'anesthésie locale suffisant amplement, comme en cas d'extirpation d'un athérome, d'incision d'un abcès et, d'une manière générale, dans les nombreuses interventions de petite chirurgie.

Le 2° groupe comprend les cas où, tout au contraire, l'anesthésie générale doit être préférée, sans discussion possible, à l'anesthésie locale. Telles sont les nombreuses laparotomies laborieuses, les opérations rénales, l'ablation du cancer du sein, la chirurgie cranienne, les grandes opérations sur les mâchoires. L'anesthésie locale par infiltration, d'après la méthode de M. Schleich, aurait ici l'inconvénient d'exiger une trop grande quantité de cocaïne, puis d'être incomplète et enfin d'empêcher l'orientation du chirurgien à un degré qui rendrait l'opération inutilement dangereuse.

Dans la 3° classe, on doit ranger les cas où il est permis actuellement de se servir tantôt de l'anesthésie générale, tantôt de l'anesthésie locale : ce sont les opérations sur l'estomac et l'intestin, la kélotomie et la cure radicale de la hernie, les opérations sur la vessie, l'ablation du goître. Ici, la statistique, à elle seule, ne suffit pas à trancher la question ; il faut, dans chaque cas pris isolément, tenir compte de l'importance des lésions et de la gravité de l'opération en elle-même : on se décidera d'autant plus facilement pour la narcose générale que l'affection sera plus sérieuse et l'intervention plus dangereuse. On se basera ensuite sur l'état du cœur et des poumons, on songera aux effets ultérieurs de l'anesthésie générale (dégénérescence du muscle cardiaque, des tissus hépatique et rénal), plus fréquents après la chloroformisation qu'après l'éthérisation, enfin on agira d'après l'état général du patient. Quant aux pneumonies post-opératoires, elles surviennent non seulement après la narcose à l'éther, mais aussi après l'anesthésie locale.

Enfin, il est de toute importance de faire intervenir la sensibilité physique et psychique du patient, qui présente des différences très notables suivant le sexe, l'âge et les habitudes : la même opération est faisable sous anesthésie locale chez l'un et impossible chez l'autre. Il convient, en particulier, de tenir compte plus qu'on ne le fait d'ordinaire de la sensibilité psychique, une intervention sans anesthésie générale pouvant, dans certains cas, amener un shock considérable, lequel disparaît,

comme on a pu le constater, dès qu'on administre un anesthésique général.

Quant au choix entre le chloroforme et l'éther, M. Mikulicz est devenu partisan de l'éther, dont la limite est beaucoup plus large entre la dose suffisante pour obtenir la narcose et la dose mortelle.

M. Bier depuis le moment où il a publié ses 6 observations d'anesthésie de la moelle épinière à l'aide d'une injection de cocaïne dans les méninges de la région lombaire, a pu réunir dans la littérature médicale 1 200 cas où ce mode d'analgésie a été employé. Ses nombreux avantages sont contrebalancés par des inconvénients plus ou moins sérieux et en tout cas très fréquents, allant depuis une céphalalgie plus ou moins tenace jusqu'à des accidents graves, voire même mortels.

Aussi cette méthode, dans sa forme actuelle, ne mérite-t-elle pas l'enthousiasme avec lequel elle a été accueillie par certains confrères. Toutefois, elle présente des avantages si marqués qu'il est nécessaire de chercher à la rendre inoffensive; on peut la perfectionner de trois façons différentes :

1° En remplaçant la cocaïne par une substance tout aussi analgésique, mais moins toxique. Dans des expériences ayant porté sur 150 chats, on a pu constater que la simple injection d'une certaine quantité de solution physiologique de chlorure de sodium suffit, probablement par compression, pour produire l'anesthésie; malheureusement, ce moyen est inefficace chez l'homme. On a obtenu des effets analogues très marqués avec l'acide phénique, mais la grande toxicité de cette substance en empêche l'emploi. On a essayé enfin un grand nombre d'autres produits, dont aucun ne lui a donné satisfaction. Dans ses opérations sur l'homme, il a substitué à la cocaïne l'eucaïne et la péronine, mais ces substances ont un effet analgésique insuffisant, sans mettre à l'abri de tout accident secondaire. Quant à la tropacocaïne, sa toxicité est moins grande que celle de la cocaïne, mais son action analgésique a paru également inférieure, dans les cas relativement peu nombreux où il s'en est servi;

2° En employant des solutions plus diluées, et en extrayant avant l'injection une quantité correspondante de liquide céphalo-rachidien. Il a expérimenté ce procédé dans 19 cas et il a pu constater que l'on obtient ainsi une anesthésie plus étendue encore que par la méthode ordinaire — elle remonte jusqu'aux bras, — mais moins intense : elle porte exclusivement sur l'abolition des sensations douloureuses, sans influencer le sens tactile ni le sens thermique; aussi ce procédé n'est-il applicable qu'aux patients peu agités; il n'est, d'ailleurs, pas exempt d'inconvénients : il a produit dans 14 cas des accidents post-anesthésiques, moins accusés, il est vrai, qu'après l'injection telle qu'on la fait d'habitude;

3° En élevant la pression intra-cranienne, de façon à éviter la production des troubles cérébraux par un obstacle à la diffusion du poison jusqu'à l'encéphale. Il a atteint ce résultat par l'application, autour du cou, d'une bande élastique juste assez serrée pour déterminer une légère cyanose, sans provoquer des sensations trop désagréables. Ce moyen lui a paru diminuer notablement les accidents ultérieurs de l'anesthésie médullaire.

On doit conclure de ces essais que l'on ne possède pas encore une méthode susceptible d'être recommandée aux praticiens. On n'hésite pas à déclarer que le procédé, tel qu'il l'a décrit dans sa première publication, est trop dangereux pour pouvoir être employé couramment, mais il estime qu'en poursuivant les recherches dans le sens qu'il vient d'indiquer, on arrivera à trouver une méthode exempte de dangers.

M. Schwarz a obtenu l'anesthésie de la moelle épinière d'après la méthode de M. Bier, mais en remplaçant la cocaïne par la tropacocaïne, dont l'action analgésique, quoique légèrement inférieure à celle de la cocaïne, est cependant suffisante pour permettre la cure radicale de la hernie. Les effets désagréables sont, par contre, presque nuls avec cette substance; c'est ainsi que les nausées font complètement défaut; les vomissements ne se sont produits que 2 fois sur 44 cas, et les céphalalgies seulement 4 fois; dans aucun cas on n'a constaté d'élévation de la température.

M. Kader (de Cracovie) a eu recours au procédé de M. Bier dans 65 cas, en utilisant au début la cocaïne, puis l'eucaïne et enfin la tropacocaïne. Quand il emploie cette dernière substance, il a toujours soin d'extraire une quantité de liquide cérébro-spinal une fois et demie aussi grande que la quantité de liquide qu'il va injecter. Le titre de la solution varie de 0,5 à 1 p. 100; comme dose, il est allé jusqu'à 0 gr. 07 chez l'adulte. Il a obtenu ainsi une anesthésie remontant jusqu'au cou et permettant de pratiquer l'opération du goître et l'extirpation de ganglions lymphatiques. M. Kader a soin d'administrer préalablement de la digitale et de faire des injections d'huile camphrée toutes les fois que le pouls présente quelque modification. En prenant ces précautions, il n'a jamais observé d'accident fâcheux.

Transformation de la cocaïne, dans l'organisme, en un produit non toxique.

M. Kohlhardt (de Halle) communique les résultats d'expériences qu'il a faites sur la transformation de la cocaïne dans l'organisme. Il a pu constater que l'injection dans la patte d'un lapin de 0 gr. 20 de cocaïne, dose sûrement mortelle, a une action sensiblement atténuée, sinon nulle, si l'on a soin d'appliquer avant l'injection une constriction élastique autour de la racine du membre. Si l'on ne maintient ce lien que pendant un quart d'heure après l'injection, la mort survient, bien qu'un peu plus tardivement que d'ordinaire; mais il suffit de laisser le lien en place durant une heure pour rendre cette dose mortelle de cocaïne absolument inoffensive. Le même résultat a été obtenu après injection du double de la dose mortelle.

Destruction des débris de néoplasmes par l'eau bouillante.

M. Ehrhardt (de Königsberg). — Partant de ce fait que la présence de débris néoplasiques, même microscopiques, dans une plaie, suffit à amener la récidive, il a étudié les moyens de détruire ces germes dans la mesure du possible. L'application de substances chimiques ayant des inconvénients sérieux pour la guérison des plaies, il s'est alors adressé à l'eau bouillante; il a pu constater que l'introduction de 25 centimètres cubes d'eau bouillante dans la cavité d'une plaie, durant un quart de minute, produit une nécrose très superficielle de toute la surface de la plaie, et, par suite, supprime les germes cancéreux qui peuvent s'y trouver, sans entraver, d'autre part, la guérison par première intention. Il a donc recours à ce procédé toutes les fois qu'il croyait la plaie contaminée de débris néoplasiques.

Des examens microscopiques ont permis de s'assurer que cette cautérisation par l'eau bouillante est à la fois beaucoup plus égale et moins profonde que celle que l'on obtient par des moyens chimiques d'une efficacité suffisante.

De l'anesthésie dans la résection du maxillaire supérieur.

M. Krönlein. — En étudiant les statistiques relatives aux résultats immédiats de la résection du maxillaire supérieur, principalement pour néoplasmes malins, l'on constate que l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie n'a pas amené, pour cette intervention, la diminution de la mortalité qui s'est manifestée dans d'autres domaines de la chirurgie opératoire : certains chirurgiens de la première moitié du siècle ont eu des séries d'opérations pour ainsi dire sans décès, tandis que des statistiques peu favorables ont encore été publiées naguère.

Cette particularité dépend surtout de la narcose, et M. Krönlein est porté à croire, d'après sa propre expérience, que les auteurs ayant eu les meilleurs résultats sont précisément ceux qui se sont abstenus d'une manière plus ou moins complète de l'anesthésie générale. Cette opinion paraît confirmée par ce fait que la pneumonie est mentionnée comme ayant causé la mort dans la moitié des cas des statistiques détaillées de MM. Küster et König.

Les constatations fâcheuses que M. Krönlein a eu jadis l'occasion de faire comme assistant de von Langenbeck sur la narcose, et l'application de la canule-tampon de M. Trendelenburg, l'ont engagé à abandonner de plus en plus l'anesthésie générale complète. Il se contente de faire une injection de morphine avant de commencer l'intervention et de produire une anesthésie

générale très légère pendant les premiers temps de l'opération, c'est-à-dire tant que la cavité buccale n'est pas intéressée ; dès ce moment, il interrompt la narcose et termine rapidement.

Il a pratiqué ainsi 35 résections totales du maxillaire supérieur pour néoplasmes malins, avec un seul décès qui fut causé par une méningite, chez un patient où les lésions, ayant envahi la base du crâne, l'avaient obligé à dénuder la pie-mère.

M. Riedel a recours, pour la résection du maxillaire supérieur, à l'anesthésie générale complète, sans trachéotomie préalable; mais il pratique la deuxième moitié de l'intervention dans la position de Rose pour éviter l'aspiration du sang, car il croit celle-ci beaucoup plus dangereuse à elle seule que la narcose et l'hémorrhagie résultant généralement de la position de Rose.

Traitement opératoire du phlegmon péri-œsophagien et médiastinal.

M. von Hacker (d'Innsbruck) a eu l'occasion d'opérer avec un plein succès un cas de phlegmon péri-œsophagien. Il s'agissait d'une femme ayant un rétrécissement cicatriciel très irrégulier de l'œsophage, chez laquelle il a pratiqué la gastrostomie, et qui se fit soumettre, contre mon conseil, à une cure de dilatation au moyen de bougies. L'introduction du cathéter causa un jour une vive douleur dans la région sternale, et la patiente lui fut amenée, trois jours plus tard, ayant de la matité au niveau du sternum et une tuméfaction diffuse du cou, et expectorant des crachats spumeux et fétides; il y avait de l'emphysème cutané autour de l'ouverture thoracique. Ayant diagnostiqué une perforation de l'œsophage avec phlegmon médiastinal, M. von Hacker fit une incision au niveau du cou et pénétra dans la profondeur en suivant l'œdème du tissu conjonctif. Il réussit à évacuer ainsi un quart de litre de pus fétide, mélangé de gaz, puis il draina la cavité qui s'étendait, comme le montra l'examen radiographique, à une profondeur de 10 centimètres à partir du bord supérieur du sternum.

Il put facilement mettre la perforation de l'œsophage en évidence, en introduisant dans la cavité de l'abcès un tampon imbibé de ferrocyanure de potassium et en faisant avaler à la malade une solution de citrate de fer; la formation immédiate du bleu de Prusse indiqua le passage du citrate de fer dans l'abcès; l'examen endoscopique permit enfin de voir directement la perforation. En projetant radiographiquement l'ombre d'une sonde métallique introduite dans la cavité sur la paroi postérieure de la cage thoracique, on put se rendre compte que la cavité s'étendait jusqu'au bord inférieur de la 5e côte et qu'elle siégeait dans le voisinage immédiat de la colonne vertébrale.

Ce cas est le troisième où l'on ait incisé un abcès du médiastin par la région cervicale. M. von Hacker croit que c'est là le procédé de choix, et que l'on devrait réserver l'ouverture du médiastin par la voie postérieure aux cas où l'incision cervicale se montrerait insuffisante à arrêter les progrès du processus infectieux.

M. Gottstein (de Breslau) insiste sur l'utilité de préciser la nature des affections de l'œsophage en excisant un fragment de tissu au moyen de l'œsophagoscope et d'une pince construite à cet effet. Ce procédé, employé à la clinique de M. von Mikulicz dans 40 cas environ, a permis entre autres de reconnaître un ulcère peptique de l'œsophage, une actinomycose et une gomme de cet organe. Cette petite opération exploratrice ne présente aucun danger. Il est préférable, cependant, de ne pas la pratiquer tant que le néoplasme n'est pas ulcéré, de crainte d'amener l'infection et l'ulcération d'une tumeur encore recouverte d'une muqueuse saine.

La pneumonie consécutive aux interventions sur l'abdomen.

M. Henle communique les observations faites dans le service de M. von Mikulicz, à Breslau, sur la pneumonie consécutive aux opérations abdominales. Il cite, comme facteurs de cette complication, l'anesthésie générale, la faiblesse cardiaque, la difficulté de l'expectoration à cause de la douleur produite par la plaie abdominale et la fixation du diaphragme à la suite de l'intervention elle-même; mais le rôle prépondérant devrait être attribué, d'une part au refroidissement des malades pendant la désinfection et l'opération, et d'autre part à l'existence d'un foyer d'infection dans l'organisme. C'est ainsi qu'en employant une table chauffable et en réduisant au minimum la durée de la désinfection du malade et le refroidissement que celle-ci occasionne (grâce à l'emploi de la teinture de savon), on a vu diminuer progressivement la fréquence de la pneumonie à la clinique de Breslau, malgré le nombre toujours croissant des laparotomies. L'autopsie des patients ayant succombé à cette complication a, d'ailleurs, démontré l'existence fréquente d'un foyer d'infection péritonéale, resté parfois méconnu pendant la vie.

M. Henle a pu confirmer ces données par des expériences sur les animaux: il a réussi à produire des affections pulmonaires au moyen du refroidissement artificiel associé à la narcose et à l'introduction d'un micro-organisme infectieux dans la circulation sanguine ou le péritoine. L'importance de ces processus infectieux est prouvée chez l'homme par ce fait que la pneumonie, très rare après la cure radicale de la hernie ou l'ablation à froid de l'appendice, est relativement fréquente à la suite de l'opération de la hernie étranglée ou des interventions pour appendicite aiguë. Les pneumonies les plus graves sont celles qui s'accompagnent de gangrène pulmonaire; il s'agit là, le plus souvent, de pneumonies par aspiration du contenu buccal et stomacal en cas de vomissements, quoique la gangrène survienne parfois chez des malades n'ayant pas vomi.

M. Krönlein dit avoir observé une seule pneumonie sur 298 laparotomies : c'était chez un vieillard de 77 ans. Il estime qu'il est de toute importance d'administrer le moins d'éther possible et de se servir, ainsi que l'a fait ressortir M. von Bruns, d'un produit absolument pur. Il n'emploie pas de tables chauffables, mais il évite d'inonder le malade d'eau au cours de l'opération.

M. Kümmell, sur un total de 1,070 laparotomies, a vu 40 pneumonies, dont 29 mortelles. Il s'agissait le plus souvent de sujets affaiblis, souffrant d'affections malignes, et fréquemment atteints de bronchite au moment de l'opération. Dans 4 cas, il crut pouvoir attribuer cette complication à l'emploi de l'éther. Il estime enfin que le climat joue un rôle considérable dans la genèse de la pneumonie post-opératoire. Il s'efforce d'en diminuer la fréquence en ordonnant aux sujets âgés de quitter le lit le plus tôt possible après l'opération, dès le deuxième ou le troisième jour qui suit la cure radicale d'une hernie, par exemple.

M. Stolper (de Breslau), ayant trouvé une embolie graisseuse chez un malade décédé 8 jours après une intervention sur les voies biliaires, pense que cet accident pourrait avoir quelque influence sur la genèse de la variété de pneumonie dont il s'agit, le traumatisme opératoire étant susceptible de déterminer une certaine résorption de substance graisseuse.

De l'emploi du tamponnement abdominal à la Mikulicz.

M. Samter (de Königsberg) recommande l'application du tamponnement à la Mikulicz comme mesure préliminaire, quand on doit intervenir sur un foyer infectieux situé dans la profondeur de la cavité abdominale. On crée ainsi des adhérences qui mettent le reste de l'abdomen à l'abri d'une contamination dangereuse. Ce procédé lui a rendu de grands services dans deux cas.

Du mécanisme de la dilatation aiguë de l'estomac.

M. Kelling (de Dresde) communique les résultats d'expériences qu'il a instituées sur les causes de la dilatation aigüe de l'estomac. Cet accident serait produit d'abord par l'anesthésie générale, puis par les opérations sur les voies biliaires, par l'occlusion artério-mésentérique de l'intestin grêle; il s'observerait aussi après l'application d'un corset orthopédique contre la scoliose.

Les expériences en question, faites tant sur le cadavre que sur des animaux, lui permettent de conclure que la dilatation

aiguë se produit toutes les fois que l'estomac ne peut se vider ni par l'intestin, ni par l'œsophage, et cela soit par suite d'un « mécanisme de soupape » aux orifices pylorique et œsophagien, soit parce que le réflexe qui normalement préside à l'évacuation de l'estomac fait défaut. L'abolition de ce réflexe peut être attribuée à l'anesthésie générale; quant au mécanisme de soupape, il serait dû à l'ingestion rapide d'un volume excessif de liquide.

M. Borchard (de Posen) a observé 2 fois une dilatation aiguë de l'estomac après une gastrostomie, et il a pu constater dans ces cas l'existence d'un pli de la muqueuse au niveau de l'orifice pylorique. Cet obstacle mécanique, ainsi que l'impossibilité où se trouvait l'estomac de se contracter librement à cause de sa fixation à la paroi antérieure de l'abdomen, ont constitué, d'après l'orateur les causes de la dilatation.

Du traitement chirurgical de l'appendicite aiguë.

M. Rehn est devenu de plus en plus partisan de l'opération pendant la crise aiguë, et ceci d'autant plus que l'appendicite paraît non seulement plus fréquente qu'autrefois, mais aussi plus maligne. Cependant il peut y avoir des différences locales expliquant jusqu'à un certain point les divergences de vues des chirurgiens.

M. Rehn croit qu'il convient d'appliquer au traitement de l'appendicite les règles générales de la chirurgie actuelle; or le traitement conservateur est en contradiction absolue avec les principes universellement admis en matière de chirurgie abdominale. Pour sa part, M. Rehn estime qu'il n'est pas plus dangereux d'opérer pendant la période de l'irritation péritonéale qu'en dehors de cette période, il ne craint pas d'ouvrir largement la cavité abdominale dans le but de découvrir le foyer infectieux et d'enlever l'appendice. Il estime qu'en agissant ainsi les insuccès ne doivent pas être attribués au traitement, mais bien à ce que l'infection était déjà trop avancée quand on est intervenu.

M. Rehn a opéré au cours des deux dernières années 35 cas de péritonite diffuse suppurée avec 27 décès, 36 cas de péritonite purulente progressive avec 25 décès, 85 cas de péritonite localisée avec 8 décès ; 24 fois, enfin, il a pu intervenir avant le développement d'une suppuration, et tous ces cas eurent une issue favorable. Quant à la gangrène aiguë de l'appendice, il l'a rencontrée 33 fois; il a eu 22 guérisons et 11 décès.

Ces résultats doivent encourager à opérer durant la crise et l'on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte de contaminer le péritoine, ce dernier s'infectant moins facilement qu'on ne le pense. M. Rehn fait toujours une incision large; il enlève l'appendice et draine, après avoir introduit dans la cavité abdominale une assez grande quantité de sérum physiologique.

En résumé, il ne semble permis de temporiser que dans les cas légers et à condition de pouvoir observer son malade pour ainsi dire d'heure en heure, afin d'intervenir aux premiers symptômes alarmants. On opérera, par contre, tous les cas douteux, surtout lorsque l'affection a débuté très brusquement, avec un frisson ou avec d'autres symptômes initiaux graves; en outre, l'intervention précoce est indiquée toutes les fois que le diagnostic est rendu certain par l'existence de crises antérieures. Quant à l'administration d'opium, M. Rehn pense qu'il convient d'être très prudent, ce médicament étant susceptible d'obscurcir le tableau clinique.

M. Rotter (de Berlin) voudrait appeler l'attention sur la nécessité d'aborder les collections purulentes de la cavité de Douglas par la voie inférieure, c'est-à-dire par le rectum, le vagin ou le périnée, afin d'éviter la contamination de la cavité péritonéale libre, accident plus fréquent et plus grave que ne paraît le croire M. Rehn. Cette modification du manuel opératoire a sensiblement amélioré les résultats de M. Rotter, la mortalité dans les cas de péritonite étendue ayant diminué presque de moitié depuis qu'il la met en pratique.

En ce qui concerne les lavages péritonéaux, M. Rotter n'en est pas partisan, contrairement à M. Rehn; sur 200 cas, il n'en a vu que 5 où ces lavages auraient pu être indiqués ou, du moins, n'auraient pas été nuisibles.

M. Mühsam (de Berlin) déclare qu'à l'heure actuelle, pour M. Sonnenburg, une seule variété d'appendicite exige l'intervention immédiate : c'est l'appendicite gangreneuse, laquelle se manifeste par des symptômes très violents dès le début et par une marche rapide. Dans tous les autres cas, l'intervention est moins urgente et il est permis de temporiser, tout en observant soigneusement l'évolution de la maladie.

M. Sprengel (de Brunswick), qui a été partisan de l'intervention précoce jusqu'à la discussion d'il y a deux ans, est devenu passagèrement temporisateur, pour pencher de nouveau, comme M. Rehn, vers l'intervention hâtive. Il croit qu'il serait utile d'établir la statistique des résultats obtenus en opérant de parti pris au cours des deux premiers jours de la crise. Une statistique semblable permettrait de voir s'il faut persévérer dans cette voie ou s'il est préférable de suivre une pratique moins radicale.

M. Hirschberg (de Berlin) croit qu'il serait fâcheux de voir les praticiens opérer durant la crise, c'est-à-dire dans une phase où l'intervention exige une assistance et une habileté chirurgicale dont chacun ne dispose pas; il estime que les accidents causés par des opérations inutiles et faites dans des conditions défectueuses l'emporteraient de beaucoup sur les avantages que peut éventuellement présenter l'intervention hâtive.

M. Kümmell, se basant sur 1,042 observations d'appendicite, estime que M. Rehn se montre beaucoup trop radical et qu'il est plus sage de s'en tenir au traitement médical pour les cas légers et moyens; par contre, il faut intervenir immédiatement dans les cas graves d'emblée; de même on doit opérer toutes les fois qu'il existe un abcès palpable ou un exsudat dont la résorption ne s'opère pas spontanément. Il reconnaît que le péritoine résorbe fréquemment le pus, mais il pense que l'irruption de substances infectieuses dans la cavité péritonéale libre présente des dangers beaucoup plus grands qu'il ne ressort de la communication de M. Rehn.

Des parasites du cancer.

M. Sjöbring (de Lund) montre des préparations de micro-organismes amiboïdes auxquels il croit pouvoir attribuer un rôle étiologique dans la genèse du cancer. Il a isolé ces micro-organismes de tumeurs cancéreuses et a réussi à les cultiver; par leur injection à des animaux, il déclare avoir déterminé des proliférations épithéliales.

M. Israel (de Berlin) n'est pas convaincu, après avoir examiné les préparations de M. Sjöbring, qu'il s'agisse bien là de micro-organismes amiboïdes. Il a fait depuis 20 ans de nombreuses recherches à ce sujet, sans avoir obtenu de résultats positifs; il estime qu'il faudrait posséder des connaissances plus précises que celles que nous avons sur l'histologie pathologique du cancer, avant de rechercher avec quelques chances de succès le micro-organisme, encore hypothétique, qui détermine la prolifération des cellules épithéliales et leur transformation en cellules cancéreuses.

M. Gussenbauer dit avoir constaté depuis nombre d'années des micro-organismes amiboïdes semblables à ceux de M. Sjöbring, mais n'avoir pu réussir à les cultiver.

M. Jürgens (de Berlin) est d'avis que les préparations de M. Sjöbring ne démontrent pas suffisamment l'existence d'éléments parasitaires.

Ablation totale de l'humérus.

M. Rotter présente une jeune fille chez laquelle il a enlevé, il y a quelques années, l'humérus tout entier pour une tumeur fusiforme de cet os, présentant les caractères cliniques et macroscopiques d'un sarcome, mais dont l'examen histologique démontra ultérieurement la nature purement fibromateuse. M. Rotter a implanté le cubitus sur la cage thoracique, en conservant les parties molles du bras. La jeune malade se sert avec facilité de sa main.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

OPHTHALMOLOGIE

Complications oculaires des oreillons

(*Iritis et Kératite*),

Par M. Alphonse Péchin (1).

Les oreillons, généralement considérés comme peu graves et d'un pronostic presque bénin, ne se bornent pas toujours à un simple engorgement fluxionnaire des glandes parotides et des glandes salivaires en général.

Nombreuses sont les complications qui peuvent donner à cette maladie une tournure inquiétante et en assombrir le pronostic.

La connaissance de ces complications est de date récente. Si, en effet, vous voulez bien vous reporter un peu en arrière, vous pourrez constater que nos cliniciens les plus autorisés n'en ont pas fait mention. Et pourtant, à part l'appoint de la bactériologie, combien de pages de ces anciens auteurs, d'Andral, de Grisolle, de Behier, de A. Trousseau, par exemple, sont restées vraies et modernes pour les descriptions cliniques !

1. Communication faite au *Congrès d'ophthalmologie de Paris*, 8 mai 1901.

Relisez ce qu'a écrit sur les oreillons Trousseau, dont les cliniques sont restées comme des modèles d'observation et d'exposition, et vous verrez qu'à cette époque la complication connue, presque la seule, était la métastase du côté des organes génitaux ; à part cela, la symptomatologie observée était telle que Trousseau pouvait dire que les oreillons étaient une affection sans gravité, évoluant sans accidents sérieux, et étaient de courte durée.

Se séparant des organicistes, Trousseau, en affirmant la théorie hippocratique, considérait les oreillons comme une maladie spécifique, les comparait à une fièvre éruptive, en reconnaissait la contagiosité, en définissait la nature un *principe morbide*, expliquait les accidents parfois très sérieux qui précèdent les métastases sur les testicules et les mamelles par des phénomènes pathologiques qui traduisaient, selon lui, la fixation de ce principe morbide, phénomènes parfois assez graves pour créer un état qui ressemble, dit-il, aux mauvais jours du troisième septénaire de la fièvre typhoïde ou au début des scarlatines graves. Avant de se fixer, ce principe « mobile dans l'économie » se mettait en contact avec tous les éléments organiques et provoquait des troubles généraux variés.

C'est la connaissance du principe infectieux que A. Trousseau a pressenti et touché de si près qui devait aider à trouver ces complications qui n'auraient pas passé inaperçues si on avait connu la notion d'infection qui les faisait dériver de la maladie dite ourlienne.

C'est en 1885 que A. Ollivier communique à l'Académie de médecine ses travaux, ainsi que ceux de Capitan et Charrin qui permettent d'affirmer la nature parasitaire des oreillons. Puis, en 1889, paraît à la Société de biologie de Paris, le travail de M. Bordas qui démontre l'existence d'un micro-organisme spécial. Quelques années plus tard, Netter, Laveran, Catrin, Antony, Busquet et Ferré constatent un microcoque spécial dans le sang. Barbier trouve un diplostreptocoque dans la salive recueillie dans le canal de Sténon. Presqu'en même temps, en 1895-1897, en Allemagne, Letzerich faisait connaître ses recherches sur un bacille qu'il a trouvé dans le sang et l'urine ; Bein et Michaelis faisaient des recherches analogues à celles de Barbier.

Une fois cette notion d'infection bien établie quoi d'étonnant alors de trouver des complications rénales, pulmonaires, cardiaques, articulaires, génito-urinaires, des éruptions cutanées, des œdèmes multiples, localisés, des congestions thyroïdiennes, l'hypertrophie de la rate, des complications nerveuses, cérébrales, méningitiques, et des phénomènes paralytiques d'origine centrale ou périphérique, enfin des complications auriculaires et oculaires.

On a rapporté des observations de conjonctivites, de kératites ourliennes et d'œdème des paupières.

Les glandes lacrymales que nous voyons atteintes par une infection endogène qui procède soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique, ne devaient pas plus échapper aux oreillons qu'elles n'échappent aux dyscrasies et aux pyrexies en général, à la rougeole, la scarlatine, la variole, l'érysipèle, le rhumatisme, etc... Aussi trouvons-nous pas mal d'observations de dacryo-adénite ourlienne. Elles appartiennent notamment à Adler, à Schrœder, à Gordon Norric, à Sendral et à Galezowski. Cette complication est assez connue pour qu'on l'ait dénommée : oreillons de la glande lacrymale.

On a noté la paralysie de l'accommodation (Boas), la paralysie faciale (Liégeois, A. Couraud et G. Petgès, Pierre Daireaux), la paralysie du droit interne (A. Blanchard).

En 1876, Hatry publiait, dans les Mémoires de Médecine militaire, onze observations de névrite optique recueillies par lui et par Hocquard dans son service et celui de Alix. Ce sont ces observations qui constituent, avec celle de dacryo-adénite, ce que nous pouvons considérer comme composant le chapitre le mieux connu des complications oculaires dans les oreillons. Et l'attention étant attirée de ce côté, on a eu bientôt à enregistrer les observations de névrite optique de Talon (1883), de Blanchard (1889), et celle toute récente de notre très distingué confrère H. Dor, au Congrès international de l'année dernière.

Voilà un bilan de complications oculaires pas mal chargé et d'un pronostic sérieux, car dans plusieurs observations nous voyons que la névro-rétinite s'est terminée par l'atrophie optique.

J'aurai terminé avec ces complications oculaires lorsque je vous aurai dit que le tractus uvéal ne reste pas indemne ; mais il doit être atteint bien rarement si je m'en rapporte aux deux seules observations que j'ai en ma possession, une observation d'iritis par Burtreff cité par M. H. Dor dans son travail prérappelé, et l'observation suivante d'iritis bilatérale avec kératite d'un seul côté, observation qui m'est personnelle.

Le 31 mai 1897, M. le Dr Omiecinski, de Faremoutiers (Seine-et-Marne), m'adresse M. D..., âgé de 22 ans. Ce malade est atteint d'iritis bilatérale. A droite et à gauche, synéchies postérieures et cercle périkératique léger.

A gauche, il y a une couronne de synéchies tout autour de la petite circonférence de l'iris.

A droite, infiltration de la cornée en forme de triangle à sommet supérieur, ce sommet se trouvant vers le centre de la cornée et la base occupant sur le limbe, en bas, une longueur égale à environ un quart de la circonférence de la cornée.

OD V SV = 1/2.
OG V SV = 1 diff.

Le début de cette affection remonte aux derniers jours d'avril précédent.

A cette époque les yeux étaient devenus légèrement rouges, la vision avait baissé et cet état avait persisté pendant le mois de mai sans s'accompagner d'aucun phénomène réactionnel vif, sans douleur ni photophobie, ni larmoiement.

Il est à remarquer combien les symptômes sont ici différents de ceux qui accompagnent ordinairement l'iritis syphilitique ou rhumatismale.

Dans ces deux dernières affections les phénomènes réactionnels sont généralement violents, les malades se plaignent de douleurs péri-orbitaires survenant surtout la nuit. L'œil est très rouge, photophobe. Ici, au contraire, rien de pareil. C'est une iritis à froid ; un peu d'injection périkératique de l'abaissement de l'acuité visuelle, et c'est tout.

Les antécédents héréditaires du malade n'avaient rien qui pût m'intéresser.

Ce jeune homme était sain, vigoureux, bien portant, ne présentait aucune tare et n'avait été ou n'était atteint d'aucune des affections qu'on rencontre habituellement dans l'étiologie de l'iritis, je veux parler du rhumatisme et de la syphilis. Mais nous savons combien en pareille circonstance nous devons poursuivre à fond notre enquête sur tous les commémoratifs et rechercher les infections de toute nature et de toute provenance, ces infections ayant élargi depuis quelque temps le cadre classique de l'étiologie de l'iritis. Moi-même, je vous rapportais ici, il y a 2 ans, un cas d'iritis d'origine palustre. Je poursuivis donc mon enquête chez ce malade et ne pus absolument rien trouver que les oreillons dont il aurait été atteint, dit-il, au mois de février précédent.

Afin de vérifier l'exactitude de ce commémoratif, je m'adressai par correspondance au médecin qui soigna ce malade à l'hôpital et le priai de me donner des renseignements. Je l'informais en même temps de la complication oculaire. Il voulut bien m'envoyer la note suivante :

Le nommé D... *Antécédents personnels :* Bonne santé habituelle. Pas de rhumatisme, ni syphilis, ni blennorrhagie. Est atteint d'oreillons le 17 février 1897. Parotidite double ; tuméfaction énorme ; dureté presque ligneuse. Les ourles durent plus longtemps que d'habitude.

1er mars. Paralysie faciale droite d'origine intra-pétreuse puisque la sensibilité gustative de la langue est atteinte dans les 2/3 antérieurs à droite. Traitement par la faradisation.

Amélioration à partir du 12 mars. Guérison le 25 mars. Les oreillons diminuent, mais très lentement.

6 avril. — Le malade quitte l'hôpital. La tuméfaction parotidienne bilatérale est encore du volume d'un œuf de pigeon.

Telle est l'observation que m'adressait mon obligeant confrère le 14 juin 1897, observation de laquelle il résulte que le malade avait bien été atteint d'oreillons doubles avec paralysie faciale à droite et qu'il avait quitté l'hôpital sans avoir présenté la complication oculaire qui devait apparaître dans les derniers jours d'avril, c'est-à-dire, trois semaines environ après sa sortie.

Sans aucun doute, il s'agit, dans ce cas, d'iritis et de kératite ourliennes. La kératite est survenue à droite, du côté le plus malade.

J'instituai le traitement local par l'atropine, les compresses chaudes ; le traitement général par l'antisepsie intestinale, le régime lacté, les diurétiques et les frictions cutanées.

Le 11 juin, l'abaissement progressif de la vision est devenu à droite 1/5 ; à gauche 1/4. On voit assez bien le fond de l'œil.

Dilatation pupillaire atropinique grande et régulière à gauche. A droite la dilatation s'est faite très irrégulièrement.

Le 21 juin, l'état est stationnaire.

Le 28 juillet, OD 1/4, OG 1/3 ; légère amélioration, la conjonctive bulbaire est moins hyperémiée. On distingue difficilement le fond de l'œil.

Le 24 septembre OD 1/3, OG 1/2.

Le 12 novembre OD 1/2 difficilement — mouches volantes. On aperçoit le fond de l'œil — la papille est très hyperémiée. OG V = I.

Le 10 janvier 1898 OD 1/2 diff. ; OG V = I.

Ainsi donc ce malade indemne de tous antécédents morbides héréditaires ou personnels fut atteint d'oreillons compliqués de paralysie faciale le 17 février. Cette maladie finit d'évoluer vers le 25 mars suivant et le malade sortait guéri le 6 avril suivant.

La paralysie faciale survenait le 1er mars, c'est-à-dire 11 jours après l'apparition de l'engorgement fluxionnaire des glandes parotides, tandis que les complications oculaires, iritis et kératite, n'apparaissaient qu'au bout de 9 semaines.

Le pronostic chez ce malade a été assez sérieux, car si

l'œil gauche dont l'acuité visuelle était tombée à 1/4 a recupéré une vision normale, l'œil droit, celui qui a le plus souffert, a eu dès le début, une acuité réduite à 1/2 et cette acuité ne s'était pas relevée en janvier 1898 lorsque j'ai cessé de donner mes soins (1).

Je vous ai rapporté, Messieurs, ce cas dont l'importance ne saurait vous échapper, parce que l'histoire clinique de ce malade contribue à l'étude des complications de la fièvre ourlienne et qu'en venant s'ajouter aux cas de névro-rétinite dans lesquels nous voyons la vision baisser toujours et la cécité survenir quelquefois, il autorise à rendre plus réservé qu'on ne le fait habituellement le pronostic de cette affection.

J'ajoute que cette observation est, je crois, la première qui ait été publiée en France (2).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 24 Mai 1901.

Hémorrhagies méningées dans la paralysie générale.

M. Touche apporte les coupes des circonvolutions motrices de deux malades ayant présenté des attaques épileptiformes au cours de la paralysie générale ; on note de la congestion de la pie-mère, des suffusions sanguines et même un épanchement hémorrhagique collecté.

Tuberculose tarso-métatarsienne.

MM. Paul Delbet et **Nicaise** montrent une pièce d'amputation de Chopart pratiquée chez une femme de 42 ans pour ostéite tuberculeuse du premier métatarsien et du premier cunéiforme. La maladie avait débuté en janvier 1900, et une première opération (incision et grattage) avait été faite en avril 1900. Vu l'état général de la malade, l'auscultation indiquant une tuberculose pulmonaire avancée, on préféra le Chopart à une intervention plus limitée, afin d'éviter toute récidive dans les os du tarse et afin de permettre à la malade de marcher dans le plus bref délai, l'amputation de Chopart donnant généralement, au point de vue de la marche, de bien meilleurs résultats que les amputations et désarticulations limitées du tarse. Les présentateurs insistent particulièrement sur ce fait que les tendons dorsaux et plantaires furent suturés ensemble afin d'éviter le renversement en arrière du moignon, accident qui risque de se produire quand on ne suit pas cette technique.

Les suites opératoires furent excellentes : réunion par première intention ; la malade se servit de son moignon, mais elle succomba, le 17 mai 1901, à la tuberculose pulmonaire, six semaines après l'intervention.

Les réactions leucocytaires locales et générales dans l'appendicite.

M. Lœper présente les coupes et les planches de différents types d'appendicites. Dans 70 cas d'appendicite examinés dans le service de M. Poirier depuis sa première communication en janvier 1900, il a trouvé les trois variétés de lésions suivantes : dans les unes, il n'y a qu'une réaction simple des éléments lymphoïdes du follicule et de la nappe réticulée ; dans les autres, infiltrations polynucléaires plus ou moins totales ; dans les troisièmes, enfin, les éosinophiles apparaissent, signe de guérison, comme dans toutes les infections ganglionnaires quelles qu'elles soient. Il ne semble donc pas, comme M. Milian l'a avancé dernièrement, que l'éosinophilie puisse être, dans l'appendicite, l'indice de la présence de vers intestinaux.

La réaction sanguine est parallèle à la réaction locale : pas de modifications leucocytaires dans le premier cas, polynucléose dans le second, éosinophilie dans le troisième. Aussi M. Lœper ne peut-il souscrire à l'opinion de M. Laignel-Lavastine, qui fait de l'éosinophilie un signe diagnostique d'appendicite. On pourrait plutôt dire un signe pronostique, puisque l'éosinophilie indique dans ses examens un processus de guérison.

Ces phénomènes sont sensiblement identiques à ceux constatés par MM. Bezançon et Labbé concernant les réactions du ganglion lymphatique, et par MM. Labbé et Lévi concernant l'amygdale. Ils ne sont point particuliers à l'appendice, mais se rencontrent dans toutes les réactions de l'appareil lymphoïde de l'intestin, dans la fièvre typhoïde, par exemple.

M. Milian fait remarquer qu'il n'a point donné l'éosinophilie appendiculaire comme le résultat certain d'une invasion de l'appendice par des vers intestinaux ; il en a soulevé l'hypothèse à propos des cas rapportés par d'autres auteurs. Les cas personnels d'éosinophilie visent les kystes hydatiques et la psorospermose du bœuf.

Il a d'ailleurs personnellement interprété auprès de M. Lœper, dans le sens de processus de réaction de guérison, l'éosinophilie appendiculaire, il y a plus d'un mois. Il n'a donc aucune difficulté à être de l'avis de M. Lœper.

La réaction éosinophilique des parasites animaux est certainement en rapport avec la défense effective de l'organisme, car dans les cas de kyste hydatique suppuré, l'éosinophilie disparaît.

Hernie diaphragmatique congénitale.

MM. Porak et **Durante** montrent un fœtus atteint de hernie diaphragmatique ; le diagnostic de cette malformation avait pu être porté pendant la vie.

La moitié gauche du diaphragme ne s'est pas développée ; le foie a en quelque sorte basculé, et son lobe gauche a monté dans le thorax.

---

1. Il était intéressant de connaître l'état actuel. M. D... me répondait à la date du 10 mars dernier (1901) « que l'état de ses yeux lui paraît excellent, mais que l'œil droit est toujours resté un peu moins bon que le gauche ».

2. En faisant des recherches bibliographiques j'ai été un peu surpris de trouver publiée cette observation dans le *Bulletin médical* du 8 mars 1899, p. 227, sous le titre : *Paralysie faciale et iritis d'origine ourlienne. Des névrites ourliennes*, par M. le Dr Pierre Daireaux, avec cette simple mention, pour ce qui me concerne : « Une iritis plastique double s'est produite pour laquelle D... est soigné par le Dr Péchin, de Paris ». Avec ces quelques lignes plus haut : « Le malade part en convalescence « le 6 avril. Dans les premiers jours de celle-ci sans qu'aucune cause « puisse être invoquée, se manifestent de la photophobie, du larmoie- « ment, des douleurs ciliaires irradiées dans les tempes avec une vive « injection périkératique. »

Je ne doute pas un instant que par la mention sus-rappelée mon honorable confrère n'ait voulu attribuer à chacun ce qui lui revient dans cette observation. Mais afin de bien préciser les faits, comme il convient, j'ajouterai que cette observation appartient à M. Pierre Daireaux pour les oreillons et la paralysie faciale, mais qu'elle m'est absolument personnelle pour la complication oculaire (iritis et kératite). *Cuique suum.* Le malade est sorti de l'hôpital le 6 avril. Son observation ne portait à cette date ni même le 14 juin suivant trace de complication oculaire. Il ne pouvait, en effet, en être question puisque cette complication n'est apparue que *que trois semaines après la sortie du malade de l'hôpital.* Elle a commencé à évoluer sous les yeux du Dr Omiecinski de Faremoutiers, qui m'adressa le malade le 31 mai. A cette date, j'informai de cette complication oculaire mon confrère qui avait soigné le malade pour ses oreillons, et cela, afin de vérifier l'exactitude de cette étiologie. Je donnai mes soins de mai 1897 à janvier 1898, laps de temps pendant lequel évolua l'iritis. Après sa convalescence qui dura 5 mois, le malade dut entrer au Val-de-Grâce où ses yeux furent examinés pour la première fois par les médecins militaires qui prononcèrent la réforme le 11 novembre 1897 pour cette complication irienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er Juin 1901.

Sur un cas d'angine de Vincent.

M. B. Lansac. — Dans la description qu'il a faite de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes, Vincent a fait ressortir la ressemblance qu'affecte parfois cette angine avec la diphthérie proprement dite. J'ai moi-même observé, chez un jeune homme de 22 ans, un cas dans lequel cette analogie clinique était telle (céphalée, fièvre à 39°,3, dysphagie, épaisse fausse membrane couvrant l'amygdale avec très légère exulcération sous-jacente, adénopathie sous-maxillaire) que l'examen bactériologique a seul permis d'en faire le diagnostic précis.

L'ensemencement sur sérum ne donna lieu, en effet, à aucune colonie du bacille de Löffler. Par contre les frottis de la fausse membrane ont montré le spirille et le bacille fusiforme en proportion colossale et à l'état exclusif. Sous l'influence du traitement, le spirille disparut le premier. Le malade guérit au bout de 12 jours.

Peut-être les faits de ce genre sont-ils assez fréquents. Il importe de ne pas se prononcer exclusivement d'après le résultat négatif de la culture, et de ne faire le diagnostic qu'après l'examen microscopique soigneux de l'exsudat.

Influence de la peau sur la coagulation du sang.

M. Milian apporte l'explication du fait qu'il a exposé à la séance précédente de la coagulabilité plus grande du sang de la fin que de celui du début d'une hémorrhagie.

Il s'agit d'une sécrétion de substance coagulante par la peau dont les cellules ouvertes par la piqûre laissent échapper leur contenu. La démonstration décisive en est fournie par l'auteur qui a obtenu la coagulation de liquide d'ascite non spontanément coagulable en y ajoutant une petite dose d'extrait aqueux de peau.

Il résulte de ces notions nouvelles que : 1° la technique actuelle pour l'étude clinique de la coagulation du sang est grossière et ne peut être utilement employée. Elle donne des renseignements sur le pouvoir coagulant de la peau et non pas sur la coagulabilité vraie du sang; 2° dans les maladies hémorrhagipares, il existe, à côté de la crase sanguine une crase tissulaire que modifierait peut-être une opothérapie appropriée; 3° l'hémophilie en particulier peut-être distinguée en hémophilie locale tissulaire, la plus fréquente sans doute, et en hémophilie générale sanguine.

Sur la rachicocaïnisation, sous-arachnoïdienne et épidurale.

M. A. Chipault, averti par la connaissance qu'il a de la fragilité de la moelle, a accueilli avec une certaine méfiance les premières tentatives de rachicocaïnisation; puis incité par le très grand nombre de faits publiés, s'est décidé à l'étudier plus spécialement dans l'ordre des faits qui relèvent de la chirurgie nerveuse.

Ses documents portent sur la rachicocaïnisation sous-arachnoïdienne et sur la rachicocaïnisation épidurale.

1° Il rappelle tout d'abord qu'il pratique la rachicocaïnisation sous-arachnoïdienne par la voie sacro-lombaire avec laquelle on pénètre souvent dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien inférieur sans crainte de léser d'éléments nerveux. Il l'a employée avec plein succès dans un cas de rhumatisme aigu (dose 1 centigramme), et dans un cas de crise gastrique tabétique : mais dans ce dernier cas, s'il y eut diminution très marquée des douleurs, il y eut apparition de l'incoordination et de l'incontinence. Comme applications chirurgicales, dans ces cas de traumatisme vertébral récent qu'il s'agissait d'immobiliser dans un appareil plâtré, une injection de 5 millimètres ne calma pas les douleurs ; dans un cas de résections radiculaires, à la région dorsale moyenne, il y eut bien analgésie superficielle; mais, une fois les méninges ouvertes, l'intervention devint douloureuse et l'on dut donner le chloroforme; enfin dans un cas d'élongation des nerfs plantaires par mal perforant tabétique, l'injection fut suivie pendant quelques jours de parésie et de rétention d'urine. Ces faits joints à d'autres de Faisans, Poirier, Guinard, Schwartz semblent démontrer que la cocaïnisation est contre-indiquée dans les interventions de chirurgie nerveuse à cause de ses insuccès et des accidents qu'entraîne l'action de la cocaïne sur les centres nerveux malades.

2° La rachicocaïnisation épidurale n'offre nécessairement pas les mêmes dangers. Elle a donné un bon résultat chez un malade atteint de sciatique. Mais on sait qu'elle ne semble pas applicable à l'anesthésie chirurgicale. Or, se basant sur les recherches anatomiques relatives à l'espace épidural, recherches qui ont montré que les organes nerveux contenus dans le canal sacré étaient aplatis contre sa face antérieure, surtout si l'on fléchissait les cuisses du sujet, que sa partie postérieure était remplie de graisse et de paquets veineux formant pour chaque racine un système presque indépendant, que la paroi postérieure du canal était presque placé dans le sens vertical et creusé d'une gouttière médiane verticale, M. Chipault s'est demandé si l'on ne pouvait pas favoriser l'action de la cocaïne en plaçant le malade dans la position de Trendelenburg et en enfonçant l'aiguille dans le canal sacré non pas de 1 centimètre mais de 5 centimètres. Dans un cas il a eu aussi de l'analgésie de la région fessière du rectum, de la face postérieure des cuisses et des pieds : et il a pu pratiquer une résection du coccyx ; mais nombre d'autres interventions avaient été exécutables. On ne voit du reste pas pourquoi une méthode qui donne de l'analgésie chez le chien n'en donnerait pas chez l'homme, à condition de modifier la technique selon les conditions anatomiques différentes.

En résumé, la rachicocaïnisation sous-arachnoïdienne est contre-indiquée lorsqu'il excite des lésions ou affections des centres nerveux; elle peut être remplacée dans plus de cas qu'on ne croit par la rachicocaïnisation épidurale : des recherches dans ce dernier ordre d'idées semblent indiquées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 Mai 1901.

Spina bifida guéri par l'extirpation.

M. Potherat analyse une observation de **M. Dupraz** (de Genève) concernant une enfant de 8 ans qui présentait un spina bifida de la région lombo-sacrée. En raison du petit volume de la tumeur (œuf de pigeon) et de l'absence de lésions concomitantes, M. Dupraz se décida à en pratiquer l'extirpation. L'opération fut des plus faciles : il s'agissait d'une simple méningocèle, avec fissure à peine marquée de la colonne vertébrale, et la petite malade guérit sans complication. Aujourd'hui elle a 11 ans : sa santé n'a jamais rien laissé à désirer, elle a marché et parlé de bonne heure, elle n'a jamais présenté trace d'hydrocéphalie ni de troubles nerveux quelconques.

Hystérectomie abdominale totale pendant le travail pour rétrécissement cicatriciel du vagin.

M. Delbet analyse une observation adressée par **M. Lévêque** (de Saint-Germain).

Il s'agit d'une jeune femme qui, au 5e mois de sa grossesse, s'était fait une injection d'acide sulfurique dans le but de se faire avorter. L'avortement ne se fit pas, la grossesse continua à évoluer normalement, mais à la suite des brûlures étendues et profondes que le corrosif avait produites dans le canal vulvo-vaginal, il se fit une atrésie considérable de ce conduit, atrésie rebelle à toutes les tentatives de dilatation. Dans ces conditions, M. Lévêque se décida à laisser aller la grossesse jusqu'à son terme avec l'intention de pratiquer une césarienne dans les derniers jours, avant que le travail ne se déclarât. Mais celui-ci débuta plus tôt qu'on ne s'y attendait et il était déjà commencé depuis 10 heures lorsque M. Lévêque fut appelé à intervenir. L'utérus fut ouvert par une incision médiane qui ne donna

qu'une hémorrhagie insignifiante; l'enfant, bien vivant, et le placenta furent extraits facilement; puis M. Lévêque procéda à l'hystérectomie abdominale totale. Les suites opératoires furent bonnes et aujourd'hui la mère et l'enfant se portent bien.

Cette observation est la première d'hystérectomie abdominale totale provoquée au cours du travail pour atrésie du vagin. En présence d'une lésion de ce genre, la conduite de l'accoucheur dépend évidemment du moment auquel il est appelé à intervenir et surtout des caractères de la lésion. Si l'atrésie est constatée pendant la grossesse et qu'elle se montre largement dilatable, il faut évidemment laisser aller les choses jusqu'à la fin et pratiquer la dilatation au moment voulu par un des nombreux moyens dont on dispose à cet effet. Mais si l'atrésie est très accentuée et indilatable, que faut-il faire? Provoquer un avortement? un accouchement prématuré? L'avortement provoqué n'est plus acceptable aujourd'hui, quand l'on sait que, même au prix d'une opération grave, on peut sauver à la fois la mère et l'enfant. Quant à l'accouchement prématuré, dans le cas particulier, c'est-à-dire dans le cas d'atrésie vaginale très serrée, il n'a pas plus de chance de réussir qu'un accouchement à terme. Il ne reste donc plus qu'une ressource, c'est de laisser la grossesse évoluer jusqu'à la fin et d'intervenir alors par une césarienne. L'opération devra être évidemment pratiquée dans les derniers jours de la grossesse, et c'était bien là l'intention de M. Lévêque, s'il n'avait été surpris par le début prématuré du travail. Mais faut-il faire suivre la césarienne de l'ablation de l'utérus? La chose paraît incontestable : car la conservation de l'utérus ne serait logique que s'il était possible de reconstituer le conduit vulvo-vaginal dont on a admis en principe les lésions irréparables. Quant à la meilleure conduite à tenir lorsqu'on est appelé à intervenir pendant le travail, elle consiste, surtout si l'opérateur est inexpérimenté, dans l'opération de Porro : césarienne suivie de l'hystérectomie avec pédicule externe. C'est le plus sûr moyen d'éviter l'infection qui, partie d'un cul-de-sac vaginal presque toujours infecté, parce qu'inaccessible, menace le péritoine après l'hystérectomie abdominale totale.

La rachicocaïnisation.

M. Walther apporte un nouveau fait dans la discussion actuelle.

Il s'agit d'une jeune femme qui avait été rachicocaïnisée pour subir une opération banale, — grattage de végétations ano-vulvaires, — et qui, aussitôt l'opération terminée, et tout s'étant bien passé sans le moins incident, crut pouvoir rentrer chez elle. Or 2 heures environ après l'injection, elle fut prise de gastralgies, de vomissements, de maux de tête, de vertiges, de tremblements généralisés; ces symptômes, très intenses et très pénibles, persistèrent pendant plusieurs jours et la malade fut obligée d'entrer dans le service de M. Walther. Actuellement, elle se plaint de douleurs vives dans toute la hauteur de la colonne vertébrale; il lui est impossible de se baisser et elle reste couchée en « chien de fusil » ; les mouvements de la tête sont également très douloureux; la sensibilité est intacte, mais les réflexes patellaires et plantaires sont abolis; la malade marche difficilement; elle présente un tremblement épileptique des pieds; il y a de la constipation; enfin, la raie vaso-motrice est des plus nettes. Quelle est la nature et quelle est l'origine de ces troubles? S'agit-il de méningite légère ou de méningisme, de simples troubles vaso-moteurs dus à l'action de la cocaïne?

M. Kirmisson. — Il est, en tout cas, inadmissible qu'on ait laissé partir cette malade aussitôt après la rachicocaïnisation. On a signalé trop d'accidents à la suite de l'emploi de cette méthode, d'ailleurs encore à l'étude, pour qu'il ne faille considérer comme une obligation absolue, pour tout chirurgien qui se livre à cette pratique, de garder et de surveiller ses opérés au moins pendant quelques jours.

M. Guinard signale un point de technique qui lui paraît peut-être appelé à supprimer les accidents qui accompagnent l'injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien. Il lui a semblé notamment que ces accidents pouvaient être attribués à l'hypertension de ce liquide après l'addition de la solution cocaïnée. Aussi a-t-il pris la précaution, dans ses derniers essais, de soustraire au préalable une quantité de liquide céphalo-rachidien égale à la quantité de solution cocaïnique qu'il se proposait d'injecter. Et, depuis, il n'a pas observé aucun des troubles qu'on a signalés après l'injection. M. Guinard recommande, en outre, de faire la ponction à gauche de la colonne vertébrale, c'est-à-dire du côté où, par suite de la légère convexité normale (convexité de compensation) de la colonne lombaire, les lames vertébrales offrent le maximum d'écartement.

Cancer de l'ovaire consécutif à un cancer de l'intestin.

M. Le Dentu a présenté, dans une des dernières séances, nn cancer de l'ovaire qu'il avait enlevé chez une femme qui, 3 ans auparavant, avait déjà subi une entérectomie pour cancer de l'intestin. Il se demandait si la tumeur ovarienne était secondaire à la tumeur intestinale, ou s'il n'y avait là qu'une simple coïncidence. Or l'examen histologique de la pièce a montré qu'elle reproduisait absolument le même type néoplasique que la tumeur intestinale; il y a donc tout lieu d'admettre que celle-ci a servi de point de départ à celle-là.

Torsion de l'appendice.

M. Routier présente un appendice tordu 4 fois sur lui-même; le malade qui le portait avait eu 4 crises depuis 2 ans, crises de plus en plus atténuées; à chacune desquelles correspondait probablement une torsion nouvelle de l'appendice.

Fracture du crâne.

M. Quénu présente le crâne d'un blessé qui avait fait une chute sur l'occiput. Cet homme mourut quelques heures après et, à l'autopsie, on découvrit une fracture postéro-antérieure, paramédiane, de la base du crâne, s'accompagnant de fracture du rocher.

Ce n'est pas la première fois que M. Quénu constate ces lésions dans les chutes sur l'occiput et il les croit constantes. Elles s'accompagnent de signes cliniques qui permettent de porter presque à coup sûr le diagnostic : plaie de la région occipitale, hémorrhagies nasale et pharyngée; otorrhagie; mort en 15 ou 20 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 Mai 1901.

Phlébite oblitérante d'une veine sus-hépatique.

M. Rendu. — Un homme était entré à l'hôpital avec un ventre énorme, parcouru de grosses veines sous-cutanées énormément dilatées, un aspect typhique, 38°,5, la langue sèche, une soif vive, des urines rares, rouges avec dépôt brique, donnant avec l'acide nitrique des pigments biliaires. Il racontait qu'il était malade depuis quelques mois, et qu'il souffrait surtout de douleurs épigastriques, de flatulences, de difficultés à digérer; il avait beaucoup maigri, il avait eu une série d'accès fébriles et quelques épistaxis.

Le diagnostic de cirrhose hépatique semblait s'imposer. Néanmoins, la circulation collatérale était anormalement exagérée, tandis que le volume du ventre semblait surtout le fait de tympanisme plus que d'ascite. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines que l'ascite devint abondante; une série de ponctions évacuatrices furent faites; une fois le ventre vidé, on sentait au creux épigastrique une tumeur dure qui fit penser à un néoplasme gastro-hépatiqne. Le malade se cachectisa de plus en plus et succomba.

A l'autopsie, aucun néoplasme. La masse épigastrique était l'estomac rétracté et globuleux, large de 6 centimètres, avec des parois épaisses de 1 centim. 1/2. C'était un type de linite plastique.

Le foie présentait une lésion curieuse : tout le lobe droit était noir, gorgé de sang, tranchant par sa coloration avec le lobe

gauche et le lobe de Spiegel qui avaient simplement l'aspect muscade du foie cardiaque. Il y avait une thrombose d'une grosse veine sus-hépatique du lobe droit. L'examen histologique montra une phlébite des parois veineuses, avec absence de toute dégénérescence néoplasique tant dans le foie que dans l'estomac.

Hypertrophie musculaire à la suite de la fièvre typhoïde.

MM. Lesage et **Tricou** présentent une malade chez laquelle il s'est développé, à la suite d'une fièvre typhoïde, une hypertrophie bilatérale des muscles temporaux et masséters. Il en résulte une tuméfaction très sensible de chaque côté de la face et du crâne. Les articulations temporales sont un peu douloureuses.

SOCIÉTE DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 Mai 1901.

Traitement photothérapique du lupus.

M. Leredde. — On sait que la photothérapie, d'après la méthode de Finsen, a constitué un progrès important dans le traitement du lupus, mais l'appareil dont se sert Finsen pour les applications photothérapiques est dispendieux et nécessite des séances fort prolongées.

Pour obvier à ces inconvénients, M. Lortet a imaginé un appareil construit de façon que le malade se trouve tout près du foyer lumineux (arc voltaïque), dont il n'est séparé que par un écran muni d'une lentille, par laquelle passent les rayons, et qu'on applique sur la partie atteinte. On obtient de la sorte, en 10 minutes, les réactions caractéristiques que le dispositif de Finsen ne provoque qu'au bout d'une heure. En même temps, on réalise une grande économie d'électricité. L'appareil de Lortet lui a donné de fort bons résultats dans le lupus.

M. A. Robin demande à M. Leredde s'il a eu l'occasion de soumettre au traitement photothérapique des nævi vasculaires plans.

M. Leredde soigne en ce moment 2 malades atteints de cette affection, et il a obtenu chez eux une guérison complète sur les points soumis jusqu'ici à l'action des rayons lumineux.

M. G. Baudouin a employé à l'hôpital Saint-Louis aussi l'appareil de Lortet dont il s'est bien trouvé dans les cas de lupus tuberculeux. Les effets de ce traitement furent moins favorables dans le lupus érythémateux et encore moins dans la pelade et dans l'épithélioma. Une kéloïde en bracelet, consécutive à une brûlure, n'a été nullement modifiée par les séances photothérapiques. En somme, ce sont les lupus peu étendus, récents et non encore traités, qui se prêtent le mieux à la méthode de Finsen. On parvient à les modifier avantageusement en 3 ou 4 séances.

M. Leredde a pu se convaincre également que les lupus invétérés, et dans lesquels le tissu lupique proprement dit a été transformé en tissu scléreux par les applications médicamenteuses ou les interventions chirurgicales, sont influencés moins favorablement par le traitement photothérapique.

M. G. Baudouin fait remarquer qu'autour de la région qui se trouve comprimée par la lentille de l'appareil de Lortet, on voit se produire une zone plus ou moins étendue d'irritation cutanée. Ce fait doit être pris en considération lorsqu'il s'agit de soumettre au traitement photothérapique des sujets dont la peau est très sensible.

M. A. Robin. — L'influence favorable exercée par les applications photothérapiques dans le nævus plan est-elle due à une action vaso-motrice, ou bien s'agit-il, dans l'espèce, d'une action vasculaire proprement dite?

M. Leredde. — Il s'agit d'une action vasculaire directe, d'une oblitération des vaisseaux.

Traitement galvano-caustique de la dysurie prostatique.

M. Desnos obtient, chez les prostatiques atteints de dysurie, des résultats favorables par la section galvano-caustique de la partie proéminente de la prostate. Cette opération, qui fut préconisée par Bottini, n'est pas encore entrée dans la pratique courante. M. Desnos l'exécute au moyen de l'instrument de Freudenberg (de Berlin). C'est une sorte de gros cathéter métallique dont le bec a une rainure dans laquelle se meut une lame devenant incandescente pendant le passage du courant. On introduit l'appareil dans la vessie, on en applique le bec contre la tuméfaction prostatique, puis on fait saillir la lame et agir le courant.

Au lieu d'avoir recours à l'opération de Bottini dans les cas de rétention complète d'urine, comme d'aucuns le font, M. Desnos réserve la section galvano-caustique aux dysuries de faible ou de moyenne intensité, et chez les sujets relativement jeunes, c'est-à-dire aux cas où la contractilité vésicale est encore conservée. Dans les cas de ce genre, et à condition d'observer toutes les règles de l'asepsie, l'opération de Bottini supprime la dysurie et permet au malade d'évacuer sa vessie, sinon complètement, du moins d'une façon très satisfaisante.

M. A. Robin demande à M. Desnos si le traitement médical lui a donné des résultats favorables chez les prostatiques.

M. Desnos. — Ce traitement est purement hygiénique. L'iodure de potassium, dont on a recommandé l'usage dans l'espoir d'obtenir une réduction du volume de la prostate, n'a été d'aucune utilité dans les cas où on l'a essayé. En dehors de l'opération de Bottini, le cathétérisme est encore le principal moyen à opposer aux troubles de la miction chez les prostatiques. Les suppositoires mercuriels, les lavements chauds ont un effet favorable, mais seulement contre l'élément congestif. De même, la castration, qu'on a prônée dans ces derniers temps, n'influence que la congestion. Aussi son action est-elle tout à fait éphémère. On a essayé également les applications électrolytiques, mais elles provoquent des abcès. Il en est de même des injections d'iode dans la prostate.

SOCIÉTE CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 26 Avril 1901.

Néphrectomie pour tuberculose du rein.

M. Carlier présente un malade chez lequel il a pratiqué, le 1er avril 1901, une néphrectomie pour tuberculose du rein. Ce malade présentait, depuis 3 ans, une hématurie chaque année, consécutivement à un effort, et à l'examen on notait une douleur constante au niveau du rein droit, des urines sales, un peu de fréquence des mictions et une sensation de cuisson au moment de la miction. L'épreuve au bleu ayant été mauvaise, toute intervention opératoire fut retardée. En janvier dernier, le sujet contracta la syphilis, il ne put être soumis à la médication hydrargyrique à cause du mauvais état de ses reins. D'autre part, les signes de la tuberculose augmentent d'intensité; le bacille de Koch ayant été trouvé dans les urines et l'existence du rein gauche ayant été démontrée par la palpation et l'examen cystoscopique, M. Carlier pratiqua la néphrectomie. A cause de l'exagération du volume du pôle inférieur du rein et de ses adhérences avec le gros intestin et le péritoine, l'opérateur dut faire la néphrectomie sous-capsulaire. Il existait de la périnéphrite lipomateuse, le pédicule était gras et la ligature offrait de grandes difficultés. L'uretère fut sectionné entre deux pinces, afin d'éviter l'infection du champ opératoire et une pince-clamp fut laissée à demeure sur les vaisseaux pendant 3 jours.

Les suites opératoires furent bonnes, et la guérison est aujourd'hui complète.

Le rein enlevé était sain dans sa partie supérieure et rempli de cavernes purulentes dans sa partie inférieure.

M. Carlier ajoute qu'il s'agit d'une tuberculose primitive du rein, car les poumons et les organes génitaux étaient sains. A propos de l'épreuve au bleu de méthylène, il déclare qu'une élimination trop précoce doit faire songer à une néphrite épithéliale, mais celle-ci détermine également une diminution du taux de l'urée.

Néphrectomie transpéritonéale pour cancer rénal.

M. Lambret présente une tumeur grosse comme une tête d'enfant, qu'il a enlevée chez une femme de 51 ans. La tumeur avait évolué sans douleur et sans hématurie; la malade accusait seulement une pesanteur dans le côté droit, et l'épreuve du bleu avait été positive.

L'ablation fut assez facile parce que la tumeur siégeait dans le pôle inférieur du rein. Il s'agissait d'un épithélioma très avancé ayant complètement remanié le tissu du rein.

M. Curtis a vu un cancer de cette nature récidiver en un an.

M. Carlier déclare que la récidive, bien que fréquente, peut être enrayée si l'ablation est précoce; aussi, conseille-t-il de faire l'incision exploratrice chez tout individu soupçonné atteint de cancer du rein.

Note sur un cas de méningite cérébro-spinale.

M. Looten rapporte l'observation d'un cas de méningite cérébro-spinale observé dans le service de M. Combemale. Il rappelle que, dans un cas récent de Chauffard, le signe de Kernig permit seul de faire le diagnostic. Le signe existait chez la malade observée, ainsi que de la céphalée, de la raideur de la nuque, de la contracture des muscles abdominaux et intestinaux, de l'hyperesthésie cutanée et musculaire, de l'insomnie et du délire nocturne.

La malade est sortie guérie de l'hôpital.

M. Looten discute le diagnostic différentiel et admet qu'il ne peut s'agir ici que d'une méningite cérébro-spinale.

M. Charmeil déclare que la ponction lombaire exploratrice ne saurait être regardée comme absolument inoffensive, mais comme elle posséderait, d'après certains auteurs, une action curatrice, on est autorisé à la pratiquer.

M. Combemale répond que la ponction exploratrice n'était pas nécessaire, car le diagnostic s'imposait et que l'état du malade s'est amélioré au moment où l'on se disposait à la faire.

Sur l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne.

MM. Vanverts et **Carrière** ont pratiqué cette injection chez un jeune homme de 22 ans, pour une opération portant sur la jambe; l'analgésie ne se montra pas, mais des vomissements et une céphalée intense apparurent quelques minutes après l'injection et persistèrent pendant 10 jours. MM. Vanverts et Carrière avaient suivi la technique de Tuffier et injecté 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne.

M. Carlier a observé, en plus des vomissements et de la céphalée, de l'insomnie et une élévation de la température, et déclare que ce procédé d'anesthésie a une mortalité assez élevée.

Echinocoque libre dans la cavité péritonéale.

MM. Ingelrans et **Druchert** présentent un échinocoque du volume d'un grain de raisin, trouvé à l'autopsie d'un adulte mort de tuberculose pulmonaire. Il se trouvait entre la face inférieure du diaphragme et la face supérieure du foie, absolument libre de toute adhérence dans la cavité péritonéale, ayant seulement déprimé en cupule le tissu hépatique. Le foie présentait ainsi sur sa face supérieure une espèce de godet, analogue à celui que ferait l'introduction du bout du doigt dans un corps dépressible, godet dans lequel l'échinocoque se trouvait logé en presque totalité. Il n'existait chez ce sujet aucun autre kyste hydatique. L'embryon hexacanthe avait évidemment perforé les parois du tube digestif, comme on l'admet d'ailleurs. Le point intéressant n'est pas là; il est dans cette constatation que l'échinocoque n'occupait pas un siège sous-séreux. On admet, en effet, et récemment Devé l'a affirmé à nouveau, que les capitules de tænia perforent le péritoine et toujours se logent dans le tissu sous-péritonéal. Létienne a vu aussi un cysticerque presque libre, mais il était immédiatement placé sous la mince lamelle péritonéale qui recouvre les lobes hépatiques. Rien de pareil dans le fait présent : l'échinocoque n'était pas sous-séreux. L'hydatide était d'ailleurs morte; le liquide était remplacé par une masse caséeuse, contenant des crochets. Le parasite avait dû être d'abord sous-séreux, puis se pédiculiser, et rompre enfin son pédicule, pour devenir libre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 2 mai 1901.

Laparotomie vaginale pour grossesse extra-utérine.

M. Jaboulay présente une pièce de grossesse extra-utérine développée dans la moitié externe de la trompe droite.

Cette pièce a été enlevée à une femme de 30 ans que M. Jaboulay avait opérée, il y a 4 ans, pour une suppuration du petit bassin, par l'incision du cul-de-sac de Douglas. Cette pelvi-péritonite, d'origine annexielle, sans doute, rend compte de la cause de la grossesse extra-utérine par l'obstacle qu'elle a placé et qui en est résulté sur un point de la trompe droite; l'ovule fécondé n'a pu continuer sa migration du côté de la cavité utérine; il a été retenu à un niveau qui correspondait à peu près au milieu de la trompe de Fallope. La malade, qui était réglée vers la fin de chaque mois, vit ses règles manquer fin février dernier, elles réapparurent fin mars et ne revinrent que fin avril. Il semble donc, en s'en rapportant au premier arrêt des règles, que la grossesse serait de 2 mois 1/2 et que la fécondation remonterait au milieu de février. Elle se plaignait, quand elle est entrée, il y a 3 jours, dans le service, de douleurs pelviennes aggravées par le toucher vaginal. Celui-ci faisait constater un empâtement mollasse du cul-de-sac de Douglas, et puis dans la trompe droite une masse de la grosseur d'un œuf.

La laparotomie vaginale fut pratiquée, en descendant l'utérus avec une pince et en incisant sur le côté gauche, avec des ciseaux courbes, le cul-de-sac de Douglas (vagin et péritoine) transversalement. Immédiatement après, M. Jaboulay voit du sang noir et des caillots, à peu près un verre. Le kyste de la trompe droite fut attiré, avec l'index gauche recourbé en crochet, à travers l'incision du péritoine et du vagin descendu dans le vagin et amené à la vulve. Puis un fil lia la portion utérine de la trompe et celle-ci fut sectionnée en dehors du fil, en dedans du kyste qui fut ainsi libéré, tel que M. Jaboulay le présente. Une mèche pour drainer a été placée dans le péritoine pelvien, après résection de la portion utérine de la trompe droite.

Cette opération a eu l'avantage capital d'être pratiquée au moment où la rupture du kyste embryonnaire était imminente et où l'inondation intra-péritonéale, par le sang venu de son intérieur, allait se produire. Elle aura donc évité à la malade ce cataclysme, cet accident qui, s'il n'est pas souvent mortel, est cependant grave et inquiétant et peut conduire à la laparomie abdominale et à la recherche, dans des conditions autrement difficiles.

M. Gouilloud fut appelé il y a quelque temps pour opérer une hématocèle. Il trouva la femme très pâle et très anémiée. M. Pollosson l'avait vue la veille et avait fait le même diagnostic en demandant une intervention que des circonstances spéciales ne lui avaient pas permis de pratiquer. M. Goullioud porta la même indication; avant de transporter la malade pour l'opérer, il fit une injection de sérum qui fut à peine résorbé et la malade mourut pendant ce temps préliminaire. Ce qu'il y a de particulier, c'est que cette femme paraissait encore résistante quand il la vit pour la première fois et que, cependant, il eut le chagrin de la voir mourir avant de l'opérer; quelques heures avaient suffi pour amener l'agonie et la mort.

Peu de temps après, M. Goullioud revit une autre malade, qui avait eu un passé pelvien, comme la malade de M. Jaboulay, et qui venait de présenter les phénomènes cataclysmiques de l'hématocèle. Il fit transporter cette malade à l'hôpital. Le soir elle allait bien et n'offrait aucune indication d'urgence. Dans la nuit elle alla plus mal, et au matin, M. Goullioud l'opéra, l'ayant trouvé mourante. Il fit une injection de sérum, la maintint la tête en bas; tout fut inutile, elle mourut quelques instants après.

Appendicite et gelure de la paroi abdominale.

M. Durand présente un malade pour attirer l'attention sur un accident assez rare, exceptionnel même, du traitement médical de l'appendicite.

Ce malade a la partie droite de sa paroi abdominale couverte d'une vaste cicatrice; elle résulte d'une véritable gelure consécutive à l'application prolongée d'une vessie de glace.

Ce jeune homme a été atteint d'une appendicite aiguë dans les premiers jours de mai 1900, et fut soigné à domicile par les moyens médicaux, c'est dire qu'il a échappé en partie à la surveillance continuelle que peut procurer le traitement à l'hôpital. Il lui fut prescrit, en outre de l'opium, des applications glacées suivant le *modus faciendi* habituel. La glace, 1 kilogramme environ, renouvelée toutes les 2 heures, était contenue dans une vessie en caoutchouc. Celle-ci était appliquée directement sur la peau, sans interposition d'un linge, d'une lame de flanelle ou d'ouate, comme cela se fait d'habitude. La glace a été employée de cette façon pendant 18 jours et procura au malade un très grand soulagement, car la poussée appendiculaire parvint à résolution sans aucune intervention chirurgicale.

Les phénomènes de gelure se développèrent sous la vessie sans produire aucun trouble subjectif, le malade ne s'en aperçut pas, mais le médecin aurait vu, vers le 5e ou le 6e jour des applications glacées, quelques troubles cutanés auxquels on n'attacha, dit le malade, aucune importance à cause de l'absence de signes subjectifs. Aussi, quand une douzaine de jours après, on décida la suppression de la vessie, la paroi fut trouvée noirâtre, comme calcinée, dit le malade. On dut enlever par fragments, avec des pinces, la portion de paroi qui s'était sphacélée. Cette élimination dura un mois environ et a porté, comme on peut s'en rendre compte, sur les 2/3 inférieurs environ de la moitié droite de l'abdomen.

Il est difficile de savoir jusqu'à quelle profondeur la paroi a été touchée et si le sphacèle a atteint ou respecté les plans fibromusculaires. Comme il n'y a pas d'éventration et que la paroi est à la fois souple tout en paraissant, à la palpation, avoir conservé sa résistance, on peut espérer que les plans cutanés seuls ont subi l'élimination.

Après un très grand nombre de pansements et quelques cautérisations, cette vaste plaie a fini par se cicatriser; la cicatrisation s'est obtenue en 2 mois environ.

Quelle peut être la pathogénie de ces gelures exceptionnelles? Il faut, évidemment, qu'une cause prédisposante ait affaibli la résistance vitale de la paroi pour que la vessie de glace lui cause des dégâts que, généralement, elle ne produit pas. Les médecins ont eu l'occasion, plus que les chirurgiens, d'observer cet accident, car il a été noté un certain nombre de fois au cours de la fièvre typhoïde. On doit admettre que, dans certains cas, la paroi abdominale est mise en état de moindre résistance par les altérations que peuvent subir ses vaisseaux. Cette explication paraît très satisfaisante dans l'appendicite. On sait, en effet, quelles altérations profondes présentent, lors de l'intervention, les différents plans de la paroi abdominale. Les tissus sont œdématiés, imbibés d'une sérosité jaunâtre, les veines sont gorgées de sang noir. Il est facile de comprendre que ces organes sont en état de vitalité moindre et que tel traumatisme qui, normalement, ne produirait rien, pourra déterminer, en survenant dans de pareilles conditions, de véritables désordres. Il est hors de doute que la vessie de glace, même appliquée directement, ne suffit pas à escharifier des tissus sains. Ne pourra-t-elle pas, au contraire, être nocive dans de pareilles conditions?

M. Jaboulay a vu 2 cas de gangrène par ce mécanisme. Il a eu occasion de voir, entre autres, la malade de M. Pollosson. Il n'est pas facile de comprendre comment s'escharifie cette paroi hyperémiée par la péritonite; l'explication est encore à donner.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 8 et 15 Mai 1901.

De l'emploi thérapeutique de l'oxygène.

M. Löwy fait observer, à propos de la récente communication de M. Aron, que, si l'on a recours à l'oxygène, c'est moins comme stimulant que comme moyen d'activer les combustions organiques. Pour l'orateur, les inhalations d'oxygène sont utiles toutes les fois que le sang revient des poumons non saturé de ce gaz, ce qui se produit dans deux circonstances différentes, soit que la respiration se trouve très affaiblie (coma, intoxications), soit qu'il s'agisse d'une de ces sténoses des voies respiratoires, décrites par M. Senator, qui surviennent notamment comme conséquence d'un catarrhe (bronchiolite); dans le premier cas, la respiration artificielle pourrait suppléer aux inhalations; dans le second, il ne saurait évidemment en être de même, mais l'emploi de l'oxygène ne constitue alors qu'une médication symptomatique.

M. Löwy considère les inhalations comme très efficaces dans diverses intoxications (par l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage, le grisou, etc.), ainsi que contre les troubles que ressentent parfois les ouvriers employés à percer des tunnels (céphalalgie, vertige, pertes de connaissance); ces troubles ont été observés par M. Mosso chez les ouvriers occupés au percement des tunnels sur la ligne de Gênes à Milan et attribués par lui à une intoxication oxycarbonée. Enfin, l'oxygène rend des services dans les chambres de chauffe, où il permet d'abaisser de 1 à 0,5 p. 100 la teneur de l'atmosphère en oxyde de carbone.

M. Brat rappelle les recherches qu'il a effectuées dans le laboratoire de M. Zuntz, et qui démontrent que l'emploi de l'oxygène est fondé au point de vue physiologique.

M. Michaelis déclare avoir usé, depuis 3 ans, de 100 000 à 150 000 litres d'oxygène, et en avoir obtenu, dans nombre de cas, d'excellents résultats. Assurément, on n'arrive pas à sauver, par ce moyen, des tuberculeux à l'agonie; du moins obtient-on chez eux un ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires.

L'orateur signale en particulier les bons effets de l'oxygène dans l'emphysème avec dilatation pulmonaire très étendue, ainsi que dans la cyanose due à la persistance du *foramen ovale*.

Dans diverses intoxications (par l'oxyde de carbone, la strychnine, la morphine), l'efficacité de l'oxygène peut être démontrée expérimentalement : de deux animaux empoisonnés, dont l'un est placé dans de l'oxygène, tandis que l'autre est laissé à l'air libre, le premier seulement survit.

En terminant, M. Michaelis relate l'observation d'une femme atteinte d'emphysème très prononcé avec bronchite aiguë, chez laquelle les inhalations d'oxygène exercèrent une influence des plus favorables sur la cyanose.

M. Weissenberg cite le fait d'un vieillard atteint de phthisie à la période des cavernes, ayant en outre de l'artériosclérose, de la bronchectasie et de l'emphysème, chez lequel une attaque d'influenza avec bronchite aiguë détermina un œdème pulmonaire qui mit les jours du patient en danger. Tous les moyens usuels étant demeurés sans résultat, on s'attendait d'un instant à l'autre à l'issue fatale; les inhalations d'oxygène eurent un effet inespéré.

L'orateur rappelle que l'oxygène jouit d'une grande faveur en France et en Italie; les trains qui doivent traverser des tunnels sont munis de ballons remplis de ce gaz, pour le cas où des circonstances imprévues forceraient à un arrêt prolongé sous un tunnel.

Spina bifida latent.

M. Katzenstein relate 3 cas de cette affection.

Le premier concerne une fillette de 3 ans ayant depuis sa

naissance une paralysie de la jambe droite avec pied plat varus paralytique. On aurait diagnostiqué une paralysie spinale infantile si tous les réflexes n'eussent été conservés. En outre, un examen plus attentif fit découvrir une petite tumeur située entre la 3e et la 4e vertèbre lombaire, dont les apophyses épineuses faisaient défaut. Il s'agissait donc de *spina bifida occulta* avec dégénérations secondaires de la moelle.

Le second fait est celui d'un garçon de 11 ans, atteint d'incontinence d'urine et des matières; bien que les urines s'écoulassent spontanément, la vessie remontait jusqu'à l'ombilic (ischurie paradoxale); au dos existait une tumeur du volume de la main avec absence des apophyses épineuses. M. Katzenstein ne put déterminer avec certitude à laquelle des deux variétés précitées de *spina bifida occulta* appartenait ce cas; il lui sembla cependant peu probable que ces troubles fussent d'origine fœtale, car jadis les urines étaient émises en jet, ce qui devint impossible ultérieurement.

Quant à la 3e observation, elle a trait à un jeune homme de 17 ans, chez lequel les deux ordres de lésions — fœtale et de la puberté — étaient associées. En effet, ce malade présenta dès l'enfance un pied bot; un peu plus tard, survint de l'hypertrichose au voisinage de la 5e lombaire, en même temps que se développaient des troubles sensitifs, moteurs et trophiques (ulcérations à la plante des pieds et au niveau des ischions). Enfin, vers la 14e année, apparut une incontinence d'urine qui ne tarda pas à devenir complète. L'opération, ayant consisté à extirper le cordon qui réunissait les vertèbres à la moelle, eut pour effet de faire disparaître les troubles récents, mais elle n'influença nullement ceux qui dataient de l'enfance.

M. Maas rappelle un cas qu'il a publié il y a 4 ans : il s'agissait d'un enfant de 7 ans présentant depuis 3 années, à côté de symptômes de myélite par compression (phénomènes spasmodiques), des troubles trophiques et une absence des réflexes patellaires. Au niveau de la solution de continuité du rachis, on trouva un lipome, mais qui ne plongeait pas entre les vertèbres; la compression était exercée par une plaque fibreuse très résistante, dont la section fit cesser les manifestations spasmodiques; par contre, les troubles trophiques persistèrent.

M. Kron cite un cas de spina bifida occulta avec hypertrichose où existaient des troubles sensitifs qui se généralisèrent rapidement et atteignirent même les membres supérieurs en prenant le caractère de manifestations hystériques. D'après l'orateur, il faut toujours songer à la possibilité d'une telle association morbide.

A propos de la paralysie spinale infantile.

M. Placzek montre des préparations provenant de la moelle d'un enfant de 15 mois ayant succombé à une paralysie spinale infantile. L'orateur, se basant sur ces préparations, estime que l'affection dont il s'agit a pour substratum anatomique non une poliomyélite antérieure, comme l'enseignait Charcot, mais bien une myélite aiguë, ainsi que le soutiennent la plupart des auteurs allemands.

Les troubles nerveux de l'intoxication par le sulfure de carbone.

M. Mendel présente 2 hommes, employés dans une usine de vulcanisation du caoutchouc, l'un depuis 18 mois, l'autre depuis 2 ans 1/2, et qui sont atteints de troubles nerveux ayant débuté par des douleurs dans les jambes et une sensation de faiblesse des bras. L'examen objectif permet de constater qu'en effet les symptômes sont localisés aux quatre membres; on note de l'atrophie des interosseux, plus étendue à droite, une diminution de la force musculaire, une réaction de dégénérescence partielle des interosseux des deux côtés et de l'extenseur commun des doigts; des troubles analogues existent aux muscles correspondants des jambes. La sensibilité et les réflexes sont normaux; à signaler seulement une zone limitée d'hypo-algésie au bord externe du pied.

On considère généralement les manifestations nerveuses de l'intoxication par le sulfure de carbone comme témoignant d'une névrite ou d'une polynévrite; contre cette hypothèse plaident, chez les malades présentés par M. Mendel, l'absence de troubles sensitifs notables et de douleur à la pression des troncs nerveux, ainsi que la localisation si particulière de l'amyotrophie. Pour l'orateur, il s'agit plutôt d'une poliomyélite, peut-être avec participation des racines postérieures. Au reste, Köster a constaté, dans l'intoxication expérimentale par le sulfure de carbone, dss lésions cellulaires des cornes antérieures.

SOCIÉTE DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 11 mars 1901.

Poliomyélite d'origine puerpérale.

M. Gumpertz. — Il s'agit d'une femme de 24 ans, tuberculeuse, qui a accouché le 23 septembre 1900. 8 jours auparavant, elle avait constaté que ses mains devenaient inhabiles, et 3 jours après l'accouchement elle présenta plusieurs accès d'éclampsie. L'urine ne contenait pourtant pas d'albumine. La parésie des mains augmenta.

Lorsque M. Gumpertz vit la malade un mois plus tard, il constata l'état suivant :

Les extenseurs des doigts sont atrophiés des deux côtés; plusieurs gaines tendineuses sont tuméfiées; les 3e et 4e métacarpiens sont épaissis. Les éminences thénar sont atrophiées, et des deux côtés, mais principalement du côté droit, le pouce est rapproché de l'index.

L'extension des mains, qui pendent, et même l'extension forcée sont possibles. L'extension des phalanges n'est pas possible. L'écartement des doigts et l'extension des deux dernières phalanges se font bien, de même l'adduction du petit doigt. Les triceps, les supinateurs et les autres muscles innervés par le plexus brachial se font normalement. L'excitation faradique fait défaut dans les muscles triceps, supinateurs, extenseur du pouce. La douleur spontanée n'a jamais existé à un degré appréciable; aujourd'hui les gaines tuméfiées sont sensibles à la pression. La sensibilité est normale.

D'après M. Gumpertz, la localisation des phénomènes paralytiques plaide contre l'idée d'une polynévrite. Aussi admet-il plutôt l'existence d'une poliomyélite.

Pour lui, la disposition des artères des cornes antérieures est telle que leur oblitération par un embolus peut se faire facilement. Or la malade était tuberculeuse et, dans ces conditions, surtout à l'état puerpéral, une embolie a pu se produire et provoquer en même temps les accès d'éclampsie qu'a présentés la malade.

Tabes infantile héréditaire.

M. Brasch a relaté l'observation d'une fillette de 15 ans, dont le père, après avoir présenté une éruption ulcéreuse, était devenu tabétique et est mort il y a un an. La mère a eu 10 grossesses, mais tous les enfants sont morts en bas âge. La malade, elle-même, a eu, 15 jours après sa naissance, une éruption sur la tête et la figure.

A l'examen, on a constaté chez cette malade une absence des réflexes rotuliens, une ébauche de douleurs lancinantes et une légère incertitude dans la marche. Il existe une légère inégalité avec raideur des pupilles, mais le fond de l'œil est normal. L'ataxie des mouvements, le signe de Romberg, les troubles sphinctériens, les troubles de la sensibilité, les crises gastriques et la sensation de constriction en ceinture font défaut. Les facultés psychiques et intellectuelles sont normales.

Gigantisme chez l'enfant.

M. Bernhardt. — Il s'agit d'un garçon de 3 ans dont les parents sont bien portants. L'accouchement eut lieu spontanément bien que l'enfant fût très gros.

L'enfant a commencé à grandir d'une façon extraordinaire à l'âge de 18 mois, et présente aujourd'hui un développement inusité des organes génitaux. Son pénis mesure 6 centimètres de longueur et rappelle celui d'un garçon de 15 ans; le pubis

est couvert de poils, les testicules sont bien développés et sont gros comme des œufs de pigeon.

L'enfant a une taille de 1 mèt. 3 et pèse 49 livres 1/2. Les pieds et les mains sont volumineux. Son air n'est pas intelligent : il a les lèvres boursouflées et tient la bouche constamment ouverte. Les mouvements sont normaux et il se balance un peu en marchant. Les sphincters fonctionnent bien.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 23 Mai 1901.

Kystes résultant de la soudure incomplète des organes génitaux externes.

M. English a communiqué le résultat de ses recherches sur les malformations qui résultent de la soudure incomplète des fentes des organes génitaux externes.

Ces malformations occupent le prépuce ou le frein, ou encore le raphé du pénis, du scrotum ou du périnée. On en distingue trois variétés : kystes muqueux, kystes dermoïdes et fistules.

Les kystes peuvent être uniques ou multiples, uniloculaires ou multiloculaires ; mais ce qui les différencie surtout entre eux, c'est le revêtement de leurs cavités. Les kystes muqueux ont, en effet, un revêtement fibreux avec épithélium cylindrique ; leur contenu est séro-muqueux ou séro-laiteux. Quant aux kystes dermoïdes, leurs parois renferment tous les éléments de la peau (poils, glandes et matières sébacées) et leur revêtement est constitué par des cellules rondes, aplaties et en partie cornées. Les abcès ou hystes athéromateux ne diffèrent en rien de ceux des autres régions.

Lorsque les cavités résultant de la soudure des fentes ou replis génitaux sont rapprochées de la lumière de l'urèthre, il se développe des kystes muqueux; quand, au contraire, elles sont situées près de la surface externe de la peau, ce sont des kystes dermoïdes qui prennent naissance. Dans les deux cas, on a affaire à des kystes congénitaux ; toutefois, ces kystes peuvent rester latents pendant un temps très long et ne se manifester que plus ou moins tardivement, sous l'influence d'un traumatisme, d'une uréthrite, etc. C'est ainsi que parfois on ne les observe qu'à un âge assez avancé. Les kystes athéromateux se développent à n'importe quel âge et se reconnaissent à ce qu'ils glissent sous la peau et deviennent fluctuants lorsqu'ils ont acquis un certain volume.

Au point de vue du diagnostic, il faut se garder de confondre ces malformations avec une dilatation des orifices des glandes de Copwer ou avec un abcès chronique des corps caverneux de l'urèthre. On n'oubliera pas non plus que ces kystes sont susceptibles de s'enflammer et de donner lieu à des fistules dont l'origine sera facilement reconnue si l'on se rappelle qu'elles ont pour caractère d'être toujours situées au niveau du raphé.

Le traitement des kystes non enflammés consiste dans l'extirpation. S'il y a des menaces d'inflammation, on aura recours à l'application de glace et ensuite à l'extirpation. L'opération faite aseptiquement est exempte de danger.

Les mêmes considérations s'appliquent au traitement des trajets fistuleux.

Glycosurie alimentaire dans les maladies mentales.

M. Raimann a communiqué le résultat de ses recherches sur la glycosurie alimentaire au cours des maladies mentales. L'orateur s'est attaché à déterminer la quantité de sucre qu'il faut ajouter à l'alimentation pour obtenir une glycosurie physiologique maxima, c'est-à-dire ne dépassant pas 0,2 p. 100. Il a constaté que chez les individus normaux cette quantité varie de 0 gr. 14 à 4 gr. 40 par kilogramme de poids du corps. Chez les sujets atteints de cérébropathies diverses, les conditions d'assimilation du sucre subissent des modifications variables. C'est ainsi que M. Raimann a constaté que l'assimilation est augmentée dans l'idiotie, dans les états maniaques, dans la paranoïa, dans l'épilepsie et dans les formes bénignes de la paralysie générale. Au contraire, elle est diminuée dans la mélancolie, dans les psychoses dégénératives, dans les démences secondaires et séniles, dans la paralysie générale à forme expansive, ainsi que dans le délire alcoolique. D'une façon générale, il y a augmentation de l'assimilation du sucre dans les psychoses qui s'accompagnent d'excitation, et diminution de cette assimilation dans les vésanies à forme dépressive.

L'obésité et la diathèse urique paraissent également avoir une certaine influence sur l'assimilation des matières sucrées ; par contre, l'âge, la coexistence de fièvre et de maladies organiques semblent ne jouer aucun rôle à ce point de vue.

M. H. Schlesinger fait remarquer que le chiffre qui exprime la quantité maxima de sucre susceptible d'être assimilée par l'organisme doit varier suivant l'état de la motricité stomacale, et aussi selon que le sujet sur lequel on expérimente est au repos ou se livre à un exercice.

Enrouement datant de 7 ans.

M. J. Fein a présenté une femme de 24 ans qui se plaint d'être enrouée depuis 7 années. A l'examen laryngoscopique, on constate que la moitié antérieure de la glotte est fermée par une membrane blanche, nacrée, translucide, qui réunit les moitiés antérieures des cordes vocales. Le traitement de cette affection, dont on ne connait jusqu'à présent que 16 cas, consiste dans la résection du voile membraneux.

M. W. Roth a observé, il y a 30 ans, dans le service de F. Fieber, 2 cas d'occlusion partielle de la glotte qui furent opérés avec succès ; chez l'un de ces malades, ce trouble était consécutif à une lésion de la face inférieure des cordes vocales au cours d'une tentative de suicide.

Un cas de chylorrhée.

M. I. Neumann a montré une jeune fille de 14 ans, présentant depuis plusieurs années, à la face interne de la cuisse, une petite tache brune, de surface inégale, recouverte de vésicules par lesquelles s'écoule un liquide blanc laiteux, qui n'est autre chose que du chyle, comme l'a montré l'analyse chimique. Une biopsie a fait voir que cette lésion est constituée par des vaisseaux et des espaces lymphatiques dilatés. Des altérations analogues existent au niveau des grandes lèvres; de la vulve et du vagin s'écoule également un liquide blanc laiteux.

Il est probable qu'il existe chez cette malade une communication entre les vaisseaux lymphatiques et les chylifères. Dans un fait semblable, publié par Peters, on constata à l'autopsie que les vaisseaux chylifères étaient comprimés par les organes pelviens. Il ne faut pas confondre la chylorrhée avec la lymphorrhée que l'on observe quelquefois, par exemple dans l'éléphantiasis et dans l'eczéma.

M. von Eiselsberg a observé un cas analogue qui a été amélioré avec le thermocautère.

M. Weinlechner relate une observation de lymphorrée chez une jeune fille atteinte d'éléphantiasis de la jambe ; la quantité de lymphe exsudée dépassait parfois un litre.

M. Kaposi fait remarquer que, dans l'éléphantiasis, la lymphorrhée se montre souvent avant l'hypertrophie de la peau. Dans les cas de chylorrée on constate la présence de la *filaria sanguinis* dans le liquide qui s'écoule des vaisseaux, caractère qui suffit pour distinguer cet état d'avec la lymphorrée.

M. Biedl déclare que la distinction entre la lymphorrée et la chylorrhée n'est pas toujours facile, le chyle pouvant être simulé par une lymphe d'aspect blanc laiteux ; en outre, une alimentation riche en graisses peut facilement rendre louche le sérum du sang. Toutefois, chez la malade de M. Neumann, il s'agit de véritable chyle ; le liquide ne s'écoule pas par une fistule, mais suinte à travers la peau; de plus, la compression de l'abdomen augmente cet écoulement, tandis qu'une ligature de la jambe au-dessous de la lésion le fait cesser complètement.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 30 Mars 1901.

Un cas d'acroparesthésie.

M. Verriest. — Femme de 49 ans, sans antécédents pathologiques, encore bien réglée. Depuis 5 ans, la malade éprouve dans les mains de violentes douleurs nocturnes, avec sensation d'engourdissement, calmées par la chaleur, durant 10 à 15 minutes, se reproduisant plusieurs fois dans la même nuit. Léger épaississement du médius gauche qui est un peu douloureux à la pression. Sécheresse de la peau des mains et des avant-bras, où les crevasses et les engelures sont fréquentes. Rien d'anormal dans les urines. On ne constate rien du côté de la glande thyroïde.

L'iodure de potassium à doses quotidiennes de 50 centigrammes a calmé les douleurs, mais en donnant lieu à quelques petits inconvénients ; ni le salicylate de soude ni les alcalins n'ont donné de résultat.

M. Glorieux a vu plusieurs cas analogues, traités par des moyens divers avec plus ou moins de succès. Une des malades souffrait des mêmes accidents durant les grossesses, mais était bien portante en temps ordinaire.

M. Libotte estime qu'il s'agit là d'une altération du grand sympathique. Le traitement doit chercher à rétablir le fonctionnement de la peau et utiliser pour cela l'hydrothérapie ainsi que l'étuve à sudation.

Asthme d'origine thyroïdienne.

M. Ley. — Femme de 37 ans, sujette depuis l'âge de 21 ans à des accès d'asthme qui disparaissaient au cours de chaque grossesse. Constipation habituelle. Blépharite ciliaire, disparaissant aussi au cours de la grossesse.

Se souvenant que le corps thyroïde s'hypertrophie chez les femmes enceintes, l'auteur a prescrit des comprimés de glande thyroïde. La guérison a été des plus rapides ; une rechute s'est produite dès que la malade a suspendu la médication. A noter qu'un frère et une sœur de la malade se sont suicidés, qu'un autre frère est atteint d'une affection mentale et qu'un neveu est épileptique. Deux enfants sont des adénoïdiens.

Hydrocéphalie suite de méningite.

M. Crocq. — Fillette de 6 ans, a été atteinte de convulsions et de méningite il y a 6 mois. Un peu plus tard, mouvements choréiformes, puis titubation. Depuis 7 mois, augmentation de volume de la tête ; actuellement, hydrocéphalie. Intelligence intacte. Névrite optique et papille de stase des deux côtés. Phénomène de Babinski. L'iodure de potassium n'a donné aucun résultat.

M. De Buck propose de faire la ponction lombaire et l'examen du liquide retiré de la sorte.

M. Glorieux a eu recours à ce moyen dans un cas semblable, mais sans aucun résultat thérapeutique.

Un cas de syringomyélie.

M. Sano. — Homme de 31 ans, sans antécédents. Début, il y a un an, par raideur dans la main droite, avec engourdissement et parésie, suivis d'atrophie musculaire. Raideur des jambes ; exagération des réflexes rotuliens.

Déformation de la colonne vertébrale. Troubles trophiques au niveau de la main malade. Conjonctivite avec ulcère de la cornée. Rétrécissement de la fente palpébrale droite ; contraction pupillaire. Différence de 1 degré dans la température du creux de l'aisselle à droite et à gauche, pouvant atteindre jusqu'à 1°,5 lorsque le sujet fait un effort musculaire.

Du côté droit, il y a diminution de l'ouïe et de la sensibilité thermique ; analgésie. Diminution de la sensibilité osseuse. Diminution de la force musculaire dans la main droite. Réflexe rotulien exagéré ; phénomène de Babinski, clonus du pied.

REVUE DES CONGRÈS

TRENTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE.

Tenu à Berlin du 10 au 13 Avril 1901.

Réduction de la luxation de l'épaule par l'extension permanente du bras.

M. Hofmeister (de Tubingue) recommande l'extension permanente du bras comme un moyen simple et certain d'obtenir la réduction de la luxation de l'épaule : le malade étant couché horizontalement, son bras est muni d'un appareil à extension ; l'extension se fait verticalement ; elle est, au début, de 5 kilos et atteint progressivement 20 kilos. L'orateur a pu constater que, par ce procédé, la réduction est toujours obtenue au bout de 2 à 10 minutes. Cette méthode diffère de celles qui sont généralement employées en ce qu'il ne s'agit pas ici d'une traction brusque, mais, au contraire, d'une traction très modérée et continue, utilisant tout relâchement musculaire et amenant ainsi la réduction sans grand effort.

Traitement opératoire des luxations invétérées.

M. Hildebrand (de Bâle) communique une observation de luxation unilatérale du maxillaire inférieur datant de 6 mois ; toutes les tentatives de réduction non sanglante étant restées infructueuses, il pratiqua la résection temporaire de l'arcade zygomatique, mettant ainsi à nu l'articulation temporo-maxillaire ; il réussit alors, sans intervenir sur l'articulation elle-même, à réduire la luxation en se servant d'un élévatoire comme d'un levier, et en faisant pratiquer la manœuvre de réduction habituelle par son assistant.

Il relate ensuite un cas de luxation invétérée de l'humérus, consécutive à un traumatisme ayant agi directement sur l'épaule et ayant amené une fracture partielle de la cavité glénoïde. L'opération consista en la création d'une nouvelle cavité à rebords osseux suffisants.

M. Payr (de Gratz) fait connaître les résultats obtenus à la clinique chirurgicale de Gratz dans la réduction sanglante de la luxation de la hanche. Il insiste tout particulièrement sur la nécessité d'une asepsie parfaite ; il conseille de fermer la plaie, mais en établissant le drainage.

M. Schede (de Bonn) relate une observation de luxation spontanée bilatérale de la hanche, consécutive à une arthrite survenue au cours d'une fièvre typhoïde chez une fillette de 12 ans. La réduction sanglante fut faite en deux séances avec un résultat très satisfaisant.

Traitement chirurgical des vomissements incoercibles des nourrissons.

M. Schmidt (de Cuxhaven) relate l'observation d'un nourrisson présentant des vomissements continuels, et qui guérit grâce à une laparotomie suivie de la dilatation digitale du pylore, lequel était nettement contracté.

Ce cas est le deuxième qui ait été traité jusqu'à présent par ce procédé. M. Schmidt croit qu'il s'agit probablement, comme l'a soutenu M. Pfaundler, d'un spasme du pylore plutôt que d'un rétrécissement anatomique. Il estime que, dans ces conditions, la dilatation digitale doit être préférée à la gastro-entérostomie que plusieurs chirurgiens ont pratiquée en pareille occurrence.

M. Löbker (de Bochum) fait remarquer que l'affection décrite par M. Pfaundler, et à laquelle se rapporte l'observation

communiquée par M. Schmidt, est absolument différente du cas qu'il a publié lui-même, et où il s'agissait non seulement d'un spasme pylorique, mais aussi d'un épaississement de la musculeuse. Il montre comme preuves à l'appui deux pièces anatomiques, provenant l'une de l'enfant en question, l'autre d'un petit malade de l'hôpital des enfants de Greifswald; on voit sur ces pièces que la muqueuse pylorique est absolument saine, tandis que la musculeuse est notablement hypertrophiée. Contrairement aux symptômes présentés par le petit malade de M. Schmidt, l'absence de défécation jouait, chez le nourrisson qu'a observé M. Löbker, un rôle plus important encore que les vomissements.

En ce qui concerne le traitement, l'orateur est d'avis que le simple spasme pylorique n'exige pas d'opération du tout, alors que le vrai rétrécissement pylorique doit être traité par la gastro-entérostomie.

Du décollement de la rotule adhérente.

M. Cramer (de Wiesbaden) a eu l'occasion de pratiquer avec succès la mobilisation sanglante de la rotule ankylosée, en se servant, sans le connaître, du procédé indiqué par M. Helferich, c'est-à-dire de l'implantation, entre la rotule et le fémur, d'un lambeau musculaire emprunté au muscle vaste interne; cette méthode n'est indiquée que s'il s'agit d'ankylose osseuse.

Dans 5 cas d'ankylose fibreuse de la rotule, M. Cramer a fait, 4 fois avec succès, le simple décollement de la rotule, sans interposition musculaire. Il est de toute importance de ne pas opérer trop tôt, mais d'attendre la guérison complète du processus inflammatoire ayant amené l'ankylose de la rotule : ce processus serait le plus souvent, d'après son expérience, une arthrite blennorrhagique.

Traitement ostéoplastique des fractures de la rotule avec écartement.

M. Wolff préconise, pour le traitement de la fracture invétérée de la rotule avec écartement considérable des fragments, le procédé ostéoplastique qu'ont employé, il y a un certain temps déjà, mais d'une manière quelque peu différente, M. Rosenberger et M. Helferich. Il présente un jeune malade chez lequel il a commencé par rapprocher les deux fragments à l'aide de la griffe de Malgaigne, pour emprunter ensuite sur chaque moitié de la rotule un lambeau musculo-périostéo-cutané, et suturer ensemble ces deux lambeaux. Il obtint ainsi la réunion osseuse des deux lambeaux ostéoplastiques tant entre eux qu'avec les fragments de la rotule, bien que ces deux derniers se fussent légèrement écartés après l'enlèvement de la griffe de Malgaigne. La consolidation est complète et le malade se sert de sa jambe sans difficulté.

Les moignons d'amputation au niveau de la diaphyse.

M. Bunge (de Königsberg) présente un garçon chez lequel il a fait l'amputation de la jambe en son milieu pour des lésions infectieuses du pied. L'amputation avait été jugée nécessaire, le jeune malade étant atteint en même temps d'une ascite considérable, suite d'une cirrhose syphilitique du foie. Elle fut pratiquée, non pas d'après la méthode sous-périostée habituelle, qui ménage un manchon de périoste plus long que l'os, mais au contraire en excisant le périoste encore plus haut que le trait de scie et en enlevant la moelle osseuse de l'extrémité du tibia et du péroné au moyen de la curette. L'opéré présente actuellement un moignon bien formé, supportant sans douleur la pression directe de l'appareil prothétique. M. Bunge estime que la conservation du manchon de périoste, sans présenter aucun avantage, augmente la sensibilité du moignon, laquelle réside principalement dans les proliférations périostiques et dans la moelle osseuse. Il conseille, en outre, d'amputer le péroné un peu plus haut que le tibia et d'éviter soigneusement de laisser des restes de périoste sur l'extrémité tibiale.

M. Bier déclare partager l'avis de M. Bunge en ce qui concerne la suppression du manchon périostique. Il engage ses opérés à exercer leur moignon aussi vite que possible afin d'émousser la sensibilité, laquelle proviendrait des parties molles, d'après des expériences faites par M. Kirsch dans le service de M. Bardenheuer. Quant à la comparaison entre l'amputation simple sans manchon périostique et la méthode ostéoplastique indiquée par lui, M. Bier donne la préférence à celle-ci toutes les fois qu'il est possible d'opérer avec une asepsie parfaite, tandis qu'il a recours à la première lorsque l'asepsie ne lui paraît pas suffisamment assurée, c'est-à-dire quand l'amputation doit être pratiquée sur un membre infecté.

Il fait remarquer encore que le principe ostéoplastique de l'opération de Pirogoff peut être notablement étendu, le fragment osseux à implanter sur la face inférieure du tibia pouvant être emprunté non seulement au calcanéum, mais aussi à n'importe quelle partie encore saine du squelette du pied.

M. Heidenhain recommande le procédé ostéoplastique de M. Bier, qu'il croit tout particulièrement utile en cas d'amputation bilatérale.

Traitement de la contracture du genou de nature inflammatoire.

M. Heusner (de Barmen) a pratiqué dans 2 cas de cette affection la transposition tendineuse.

Sa première observation concerne un garçon chez lequel la contracture était consécutive à une tuberculose du genou. Il transplanta le tendon du biceps fémoral sur la face antérieure du genou, et le fixa au tendon extenseur, à côté de la rotule. Le résultat fut parfait, et la contracture diminua progressivement, sans aucune autre mesure thérapeutique.

Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune fille atteinte de contracture à la suite d'une arthrite blennorrhagique du genou. La position vicieuse de la jambe se reproduisant malgré tous les redressements sous narcose, M. Heusner mena une incision longitudinale jusqu'au milieu de la cuisse, tant du côté interne qu'externe, pour isoler le biceps et le demi-tendineux, puis il fit une petite incision de chaque côté de la rotule, attira les deux muscles isolés à travers un tunnel établi sous la peau, et en dehors du tendon du biceps fémoral, de chaque côté de la rotule. Le résultat fut également fort satisfaisant, car le redressement du genou fut obtenu sans appareil.

De l'extirpation du cancer du pancréas.

M. Franke (de Brunswick) relate brièvement le cas d'une malade de 68 ans, chez laquelle il constata, peu après l'avoir opérée d'un rétrécissement bénin du pylore, une tumeur dure et mobile au niveau de l'épigastre. Il pensa avoir affaire à une récidive de cancer, bien que l'examen histologique de l'ulcère pylorique eût démontré l'absence complète de dégénérescence cancéreuse. Or il trouva à l'opération une tumeur peu volumineuse occupant la tête du pancréas; comme cette tumeur était mobile, il se décida à en pratiquer l'extirpation; celle-ci fut laborieuse, mais réussit cependant sans complications; la malade se rétablit. Du 5e au 18e jour après l'intervention, elle eut un peu de glycosurie (au maximum 30 grammes de sucre par litre); elle succomba 6 mois plus tard, et l'on ne découvrit à l'autopsie qu'une métastase dans un ganglion lymphatique.

Ce fait, ainsi que trois autres cas de cancer du pancréas que M. Franke a eu l'occasion d'observer, l'a amené à considérer comme principaux symptômes de cette affection des douleurs abdominales violentes, survenant surtout après les repas, et une cachexie rapide, manifeste avant même l'apparition des symptômes de compression du côté des voies biliaires.

M. Körte dit avoir tenté l'extirpation d'un cancer du pancréas; l'opération fut rendue difficile par une forte hémorrhagie dans le voisinage des gros vaisseaux; le malade succomba peu de temps après. Quant au diabète, une observation faite dans son service lui a permis de constater qu'il peut survenir tardivement, même quand il persiste une portion assez considérable du pancréas.

Le Gérant : Pierre Masson.

progressivement, passant successivement par tous les degrés de coloration, tantôt brusquement; tantôt enfin, elle défie tout classement et semble être un pur hasard.

Quelquefois enfin, au milieu d'une série de colorations presque identiques, on peut un jour en rencontrer une beaucoup plus foncée. Le cas inverse de ce dernier fait (une coloration claire intercalée dans une série de colorations foncées) est absolument exceptionnel.

Quelle sont les causes qui, semblent influer sur la coloration?

En dehors de ce que nous venons de dire, que la courbe régulière de dégradation des teintes semble être la règle dans les diphthéries qui guérissent, la gravité de la maladie n'est pas décelée par la coloration foncée prise par les urines sous l'influence des réactifs : 2 malades sont morts alors que la teinte obtenue était d'un jaune d'or un peu orangé. Sur 5 cas de diphthérie toxique, dont 4 terminés par la mort, la coloration atteignit un peu la teinte orangée rouge dans 2 cas pendant un seul jour, et cette teinte fut rencontrée souvent au cours de diphthéries très bénignes.

La coloration n'est aucunement en rapport avec la variété du bacille de Lœffler (long, moyen, et court) ni avec la présence ou l'absence des autres microbes que l'on rencontre au cours des angines diphthériques.

La courbe de coloration n'est aucunement superposable à celle de la température, ni à celle de l'albuminurie, de l'indicanurie (rare d'ailleurs), de l'urobilinurie (très rare aussi).

La diarrhée n'a aucune influence.

Notons en passant ce fait que 2 fois un purgatif semble avoir produit un abaissement instable de la coloration.

L'influence des complications pulmonaires n'a pu être étudiée sur un assez grand nombre de cas pour pouvoir conclure.

Notons seulement que, dans 2 cas de bronchopneumonie suivie de guérison, la coloration atteinte suivit exactement la courbe de la maladie, augmentant avec la gravité de celle-ci, diminuant à mesure que s'accentuait la marche vers la guérison. Il en fut de même dans un cas de bronchite intense, au cours d'une bronchopneumonie mortelle : la coloration devint de plus en plus foncée jusqu'à la mort. Dans un cas où la mort survint peu de temps après l'entrée, chez un jeune enfant atteint de broncho-pneumonie, la coloration était très foncée.

Notons enfin que, dans le cas unique de diazoréaction positive, sans cause connue autre que la diphthérie, l'enfant avait de la bronchite.

L'état du poumon semble donc un peu influer sur la coloration en la rendant un peu plus foncée; mais les cas observés ne sont pas assez nombreux pour en tirer une conclusion ferme pour le pronostic des complications pulmonaires survenant au cours de la diphthérie.

Comme conclusion, nous dirons donc que la diazoréaction est absolument exceptionnelle dans la diphthérie puisque nous la rencontrons 5 fois sur 118 cas et, encore, de ces 5 cas 4 peuvent-ils s'expliquer autrement que par la diphthérie.

L'éruption d'origine récidive s'accompagne volontiers d'une coloration foncée, qui n'atteint jamais la coloration positive, ce qui a une certaine valeur diagnostique entre l'éruption récidive et l'éruption scarlatineuse ou morbilleuse.

Les causes immédiates des variations de coloration nous échappent; celle-ci ne peut servir en rien au pronostic bien que, d'ordinaire, la couche normale des colorations semble aller de l'orange foncé (teinte très fréquente au début de l'affection) au jaune ambré (coloration qui est presque la règle lors de la guérison) (1).

BACTÉRIOLOGIE

Nouvelle méthode permettant de reconnaître le bacille d'Eberth dans l'eau.

Communication à l'*Académie de médecine*,

Par M. Chantemesse.

Le séjour du bacille d'Eberth dans l'eau ayant pour effet de lui faire perdre certains des caractères qui permettent de le distinguer, je me suis efforcé de trouver une méthode qui lui rendît ces caractères. Dans ce but, j'ensemence les eaux suspectes d'abord dans un milieu dit *de prolifération et de culture*, puis dans un milieu *de différenciation*. Voici comment je procède :

L'examen de l'eau à analyser porte sur 6 litres; dans le récipient renfermant cette eau, une bougie Chamberland stérilisée, et dans laquelle on fait le vide, arrête sur sa surface externe tous les microbes. On lave alors cette bougie avec 200 grammes d'une solution stérile de peptone à 3 p. 100. On obtient ainsi un liquide trouble que l'on place à l'étuve à 37° dans un bocal à large goulot, fermé par un bouchon de caoutchouc percé de quatre trous; dans le premier trou pénètre une petite bougie poreuse filtrante; par le second, un tube de verre muni en haut d'un bouchon d'ouate amène au fond du liquide de l'air qui vient y barboter constamment; dans le troisième s'engage un tube de verre destiné à faire le vide; le quatrième, enfin, reçoit un tube de verre, mis par sa partie supérieure en communication avec un vase rempli d'eau peptonisée stérile à 3 p. 100. Quand l'appareil est en marche, à l'aide de tuyaux d'aspiration actionnés par une trompe à eau on fait le vide dans le flacon pour y aspirer et y faire barboter l'air; ensuite, le moment venu, on soutire, par aspiration à travers la bougie, le liquide qui a servi à la culture et qui entraîne avec lui les produits solubles des sécrétions microbiennes, tandis que les germes sont retenus dans le vase et sur les parois de la bougie; il ne reste plus qu'à faire pénétrer dans le récipient, par le tube à ce destiné, de l'eau peptonisée; la culture et le barbotage de l'air recommencent alors dans un bouillon frais. Le changement de liquide usé doit être fait toutes les 12 heures, une ou deux fois.

Le bocal renferme ainsi une culture extrêmement riche en microbes, où toutes les espèces — y compris le bacille typique — capables de pulluler à 37° dans un milieu aussi favorable que l'eau peptonisée très aérée, ont abondamment proliféré et ont retrouvé la jeunesse et l'énergie. Le bouillon de culture est ensuite placé dans le centrifugeur pendant environ une demi-heure, puis décanté. Au fond des tubes de centrifugation s'est déposé un magma épais, formé surtout de microbes assez volumineux, peu mobiles, ou de chaînettes de microcoques, tandis que la plupart des bacilles typiques, minces, très mobiles, munis de cils vibratiles, restent en suspension dans le liquide. Aussi est-ce ce dernier qui servira à ensemencer le milieu de différenciation.

Celui-ci est composé d'eau peptonisée à 3 p. 100, additionnée de 2 p. 100 de gélose et cuit à l'autoclave à 120 pendant trois quarts d'heure, afin de supprimer l'expulsion d'eau que détermine la solidification de la gélose hâtivement préparée. Ce milieu doit être *parfaitement* neutre, et mis à l'abri de la dessiccation. Quelques minutes avant de l'utiliser, en lui ajoute 1 gr. 05 centigr. d'acide phénique cristallisé pour 1 000 grammes (il est important que l'addition de l'acide phénique soit faite au dernier moment, sans quoi le taux de cette substance s'affaiblit par suite de sa combinaison avec les matières organiques) : à cet effet, dans le milieu de culture foudu et maintenu au bain-marie à 46°, on verse, pour 50 grammes de gélose,

1. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin 1901.

2 cent. cubes 1 d'une solution d'acide phénique cristallisé à 2,5 p. 100.

Mais pour que ce milieu de différenciation donne les résultats attendus, il doit être utilisé sous forme d'une mince pellicule, de façon à n'obtenir que des colonies de surface, car ces colonies n'ont pas la même apparence que celles qui germent dans la profondeur, à l'abri de l'air. Dans ce but, une douzaine de tubes stérilisés plongés dans un bain-marie à 42° reçoivent chacun 2 centimètres cubes environ de la gélose phéniquée; ils sont ensuite ensemencés avec un fil de platine trempé dans le premier bouillon sorti du centrifugeur, et qui suffit pour ensemencer successivement 4 tubes, de telle sorte qu'il dépose dans chacun d'eux un nombre de moins en moins grand de germes; pour ensemencer les 12 tubes, le fil de platine doit donc être trempé 3 fois seulement dans le liquide de prolifération. L'ensemencement pratiqué, les tubes sont portés l'un après l'autre dans un bain-marie à 46°, et la gélose, maintenue très liquide par cette température, est agitée doucement et roulée sur la surface interne du tube, qu'elle mouille partout. On retire ensuite le tube en le renversant le fond en haut et l'orifice en bas; la gélose fluide descend sur l'ouate, mais il reste, sur la surface interne du verre, une mince pellicule de gélose qui se solidifie en quelques instants par le fait du refroidissement. Le bouchon d'ouate et le culot de gélose qui le recouvre sont alors enlevés et remplacés par un bouchon de liège qui sort de la paraffine maintenue en fusion. Ainsi est assurée la fermeture hermétique du tube et empêchée la dessiccation de la gélose.

Mis à l'étuve à 37°, les tubes laissent se développer des colonies largement aérées, toutes en surface. De la 16e à la 17e heure, toutes les colonies de collibacille sont sorties; très rares sont celles qui naissent après ce laps de temps. A ce moment, on pointe à l'encre chaque colonie apparente à l'œil nu et on reporte les tubes dans l'étuve. De la 18e à la 24e heure, de nouvelles colonies très petites, et gardant toujours leur petitesse, deviennent visibles. Examinées à un faible grossissement, elles sont constituées par deux espèces microbiennes distinctes; les unes ont toujours une périphérie claire, translucide, transparente; ce sont des colonies de bacilles d'Eberth dont il reste à faire la preuve; les autres, de même volume que les précédentes, ont un centre foncé, entouré d'une zone jaunâtre; elles sont formées de microcoques. L'aspect de ces deux espèces de colonies est très caractéristique pour qui a l'habitude d'une telle recherche. L'examen est naturellement d'autant plus facile que les colonies ne sont pas trop nombreuses; une distance de 3 à 4 millimètres de séparation entre elles est nécessaire pour qu'elles puissent acquérir leur développement maximum. Il importe de délaisser pour l'examen les régions où l'exsudation d'eau hors de la gélose a provoqué par cheminement des contaminations.

Quand les petites colonies ont été reconnues à l'œil nu et explorées à un faible grossissement, on fait des prélèvements. Si les colonies sont assez volumineuses, on peut les dissocier dans un peu de bouillon; une partie du mélange, grâce à l'addition de sérum agglutinant antityphique, permet quelquefois de porter un diagnostic immédiat. Ce cas n'est pas fréquent, li faut d'ordinaire que le bouillon ensemencé ait fructifié pour qu'on puisse établir le diagnostic avec certitude. Pour cela, l'ensemencement est pratiqué dans du bouillon (eau peptonisée) additionné de lactose, dont la fermentation, comme je l'ai montré avec M. Widal, est un moyen précieux de diagnostic entre le colibacille et le bacille d'Eberth. Cette fermentation de la lactose se reconnaît par l'addition, au bouillon lactosé neutre, de teinture de tournesol: au bout d'un jour ou deux, le milieu rougit quand il s'agit du colibacille, tandis que le bacille d'Eberth le laisse violet et peu à peu le rend bleu; souvent même, il le décolore à sa partie inférieure, et le bleu reparaît par le vieillissement de la culture. Ce fait est peut-être en rapport avec la sécrétion d'une diastase réductrice ou toxine soluble qui, ainsi que je l'ai observé, peut se produire et se détruire en peu de jours.

La constatation de ce caractère (réaction du milieu lactosé, qui, neutre d'abord, devient peu à peu alcalin et jamais acide), jointe aux résultats de l'examen microscopique qui montrent la forme et la mobilité du bacille typhique, a une grande importance.

Il arrive, surtout dans les analyses d'eau où le bacille typique a vécu longtemps, que les petites colonies en question sont formées de bacilles qui, par leur forme, leur mobilité et leurs réactions à la lactose, présentent tous les caractères du bacille d'Eberth, mais ne sont pas agglutinables par le sérum d'animaux vaccinés contre le bacille typhique. Cette particularité ne suffit pas pour faire douter de la nature du microbe, car ces germes éberthiformes, bleuissant le bouillon neutre lactosé et tournesolé, inoculés pendant un certain temps à des cobayes ou à des lapins, provoquent dans le sérum de ces animaux l'apparition de la réaction agglutinante à l'égard du bacille d'Eberth parfaitement authentique. On peut même voir reparaître spontanément chez ces microbes éberthiformes retirés de l'eau, au moyen de cultures successives sur gélose, le pouvoir agglutinatif caractéristique de l'espèce.

Lorsqu'on ajoute à de l'eau de Seine naturelle du bacille typhique agglutinable, ou des matières fécales de typhoïdiques contenant le bacille agglutinable, on constate que ces microbes, vivant dans l'eau, conservent pendant une vingtaine de jours leurs propriétés d'agglutination; plus tard cette propriété disparaît, on ne la retrouve plus au bout de 30 jours, de 44 jours, et cependant le microbe reste bien du bacille typhique, puisqu'on peut souvent lui restituer sa faculté d'agglutination; il a seulement perdu quelques-uns de ses attributs et une partie de son pouvoir pathogène.

La méthode que je viens de décrire demande 3 ou 4 jours. Sa sensibilité est démontrée par les deux faits suivants: d'une part, dans l'eau de Seine coulant du robinet de mon laboratoire, j'ai toujours pu déceler le bacille d'Eberth; d'autre part, dans un récipient contenant une vingtaine de litres d'eau de rivière non stérilisée, j'ai ajouté une petite quantité de bacilles typhiques; au 15e, au 30e et au 44e jour, j'ai pu encore isoler ce microorganisme, au milieu de nombreuses autres espèces. Cette constatation prouve que le bacille d'Eberth ne meurt pas rapidement, ainsi qu'on l'a prétendu, quand il a envahi des eaux naturelles, même impures.

En ce qui concerne l'étiologie de la fièvre typhoïde, l'origine hydrique de cette affection tire sa source de la présence du bacille d'Eberth dans l'eau potable; mais le nombre et surtout la qualité de ces micro-organismes varient beaucoup; ces germes sont parfois nombreux et virulents, parfois rares et affaiblis. Dans ce dernier cas, les conditions secondes d'étiologie, que la médecine traditionnelle a de tout temps — et à juste raison — invoquées, prennent une importance capitale: le surmenage, la misère physiologique, et peut-être une qualité particulière (estivo-automnale) de la flore intestinale, réalisent pour les bacilles typhiques ingérés quelque chose d'analogue à l'influence du milieu de prolifération et de rajeunissement qui fait la base de ma méthode.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Vareillard (Adrien). *De l'ictère acholurique hémorrhagipare et des hémorrhagies au cours de l'ictère acholurique.* N° 247. (Boyer.)

M. Auvray (O.). *Étude de quelques variations du volume du foie. Leur valeur séméiologique.* N° 245. (L. Boyer.)

M. Fortin (Raymond). *De la phonendoscopie. Etude phonendoscopique de la rate.* N° 254. (Steinheil.)

M. Capelle (Paul-Gustave-Joseph). *Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses.* N° 260. (Impr. A. Morel.)

MM. Gilbert et Lereboullet ont ici même montré qu'au cours de l'ictère acholurique, des hémorrhagies diverses peuvent s'observer, constituant un des principaux symptômes de cette affection remarquablement fréquente. D'après eux, il semble qu'on

puisse retrouver cet état pathologique à l'origine d'un certain nombre d'hémorrhagies, qualifiées, à tort, d'essentielles.

La thèse de M. Vareillard est consacrée à ce sujet, et il montre que l'ictère acholurique, par l'état de cholémie chronique légère qui l'accompagne, crée une véritable prédisposition aux hémorrhagies. Tantôt, celles-ci surviennent sans cause, tantôt, et le plus souvent, elles sont provoquées par un traumatisme léger ou par une cause physiologique (épistaxis de croissance, ménorrhagies). Ces hémorrhagies entraînent souvent une chloro-anémie consécutive qu'on pourrait, à tort, considérer comme primitive (chlorose ménorrhagique, fausse chlorose d'origine ictérique).

Toutes les hémorrhagies peuvent s'observer. Les plus fréquentes sont : les épistaxis à la période de croissance, les ménorrhagies, le saignement des gencives; plus rarement on peut rencontrer d'autres hémorrhagies (hémorrhagies intestinales, hémoptysies, peut-être purpura, etc.).

M. Vareillard rappelle que tantôt les hémorrhagies ne sont qu'un symptôme accessoire surajouté aux autres symptômes de l'ictère acholurique (troubles dyspeptiques ou neurasthéniques, urticaire, douleurs rhumatismales, etc.). Tantôt elles constituent le symptôme prédominant : ce sont ces cas qui ont été groupés dans le cadre des hémorrhagies essentielles et qu'il convient de désigner sous le nom d'ictère acholurique hémorrhagipare (Gilbert et Lereboullet).

Le diagnostic de ces hémorrhagies et de leur cause repose sur la notion de l'ictère acholurique, qu'il faut savoir rechercher, en s'enquérant des divers symptômes qui traduisent sa présence et en faisant l'examen du sérum.

De quelques recherches sur les variations de volume du foie M. O. Auvray conclut que, dans tous les cas où il se fait de la stase sanguine dans le foie, le cœur est dilaté, ou du moins fait un travail insuffisant. Or il faut rechercher avec soin quelles sont les causes de cette dilatation cardiaque, et cela, pour instituer le traitement. Les toni-cardiaques, très utiles en certaines circonstances (lésions valvulaires), seraient nuisibles dans d'autres (néphrite, artério-sclérose), car ils contribueraient à augmenter une tension sanguine déjà trop élevée. Dans ce dernier cas, ce sont les saignées locales au niveau de l'organe malade (foie, rein), qui ont le plus d'action.

L'auteur remarque que, chez les alcooliques ne se plaignant que de troubles digestifs, l'examen du foie doit toujours être fait attentivement. Il permettra de reconnaître que le foie est déjà touché, et qu'il est atteint de congestion (période précirrhotique). Cette constatation est d'autant plus importante qu'à cette période, la guérison est encore possible, tandis que plus tard, à la période cirrhotique, la lésion est incurable.

Il admet que chez les dyspeptiques, on trouve également une hypertrophie du foie due à de la congestion ; que cette congestion est passagère et à répétition (foie en accordéon), et qu'elle porte tout principalement sur le lobe gauche de la glande.

Cette hypertrophie du seul lobe gauche du foie permettra, dans les cas difficiles, de faire le diagnostic entre le foie lithiasique et le foie des dyspeptiques.

Enfin, pour M. Auvray, dans la coli-bacillose, on retrouve également la congestion hépatique, mais portant principalement sur le lobe droit. Devant ce symptôme, on ne confondra pas cette affection intestinale avec la fièvre typhoïde (le foie étant peu congestionné et les 3 lobes participant à l'hypertrophie) et avec la grippe (le foie étant très augmenté de volume et l'hypertrophie portant également sur la totalité de l'organe).

D'une intéressante thèse, M. R. Fortin conclut que la phonendoscopie est une méthode facile, rapide et toujours praticable pour l'examen de la rate.

Le manuel opératoire, quand on a soin de suivre les règles que l'auteur indique, est très facile à apprendre et à exécuter.

La rate est un organe qui a des bords nets et une densité tout à fait différente de celles des organes qui l'entourent; elle offre donc par elle-même des avantages tout particuliers pour un examen phonendoscopique. La phonendoscopie donne le contour complet de la rate dans les conditions physiologiques normales et dans les cas où la percussion est difficile. La rapidité avec laquelle on peut faire l'examen de la rate au moyen du phonendoscope permet de l'exécuter dans les cas les plus urgents et dans les conditions les plus défectueuses.

La méthode graphique jointe à l'examen phonendoscopique de la rate permet de comparer les différents tracés obtenus, et de suivre par là même les modifications que subit la rate pendant son évolution physiologique ou morbide.

On peut donc, grâce à ce procédé, étudier non seulement les dimensions de la rate, mais encore ses déplacements transitoires ou permanents, ses changements de rapport et de volume.

Physiologiquement la rate se modifie et se déplace avec l'âge, le sexe, la profession, les fonctions physiologiques des autres organes et par ses propres fonctions. C'est ce que permet de bien constater la phonendoscopie. Les changements de position amènent un changement dans la forme de la projection, et dans la position de la rate; aussi, pour l'examen phonendoscopique, la position debout est préférable à la position couchée sur le côté droit; cette dernière donnant une projection et des rapports qui ne sont pas tout à fait les vrais.

La rate est l'organe par excellence qui traduit la réaction de l'organisme aux infections. En suivant l'évolution de la rate dans la maladie, on peut avoir un moyen très sûr non seulement pour porter un diagnostic et un pronostic, mais encore pour surveiller l'action thérapeutique des remèdes employés.

Le lupus érythémateux des muqueuses est rare. M. Capelle qui l'étudie montre que, le plus souvent, il n'est que l'extension d'un lupus érythémateux de la face ; exceptionnellement, il se développe isolément.

Contrairement au lupus érythémateux de la peau, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Le lupus érythémateux a été observé sur la plupart des muqueuses accessibles à l'exploration ; seules, les muqueuses anale et des organes génitaux de la femme paraissent épargnées.

Suivant sa localisation, l'aspect clinique de la maladie varie.

Au point de vue anatomique, les lésions des muqueuses ressemblent beaucoup à celles que l'on a constatées dans la peau ; il y a seulement une infiltration plus grande de la couche papillaire du derme.

Il serait de nature tuberculeuse et probablement d'origine toxi-infectieuse, dû aux poisons élaborés par le bacille de Koch.

Le diagnostic en est difficile, car la plupart des lésions des muqueuses peuvent le simuler. L'étude attentive des lésions, l'évolution de la maladie, la coexistence d'accidents de lupus érythémateux de la peau paraissent être les meilleurs guides du diagnostic.

Le pronostic doit être réservé; à la médication générale, qui convient seule aux cas aigus et généralisés, il faut ajouter, dans la forme chronique, une thérapeutique locale, dont le galvanocautère et l'acide lactique paraissent les agents les plus efficaces.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Les luxations totales du métatarse, par P. Engelbach (*Revue médicale de Normandie*, 25 mars 1901).— T..., 35 ans, charretier, est amené à l'hôpital, le 24 décembre au soir.

Quelques heures avant son entrée à l'hôpital, marchant à côté de sa voiture, le blessé se trouva renversé subitement ; la roue du véhicule fortement chargé passa sur le talon droit, déterminant une section nette des téguments ; le blessé ne peut d'ailleurs fournir que de vagues renseignements sur l'attitude du membre au moment de l'accident qui amena une impotence fonctionnelle totale. La plaie fut suturée immédiatement, et le membre placé blessé dans une gouttière.

M. Engelbach ne vit le malade que le 26, et il constat alors l'existence d'un gonflement des parties molles porté au maximum et pensa à une fracture de plusieurs métatarsiens par écrasement. A mesure que le gonflement diminue, il est

aisé de se rendre compte qu'il existe une modification dans la situation des os du tarse et du métatarse.

Au bout d'un mois, sur une radiographie prise dans le sens vertical, le premier métatarsien est luxé très nettement en dehors du cuboïde ; les autres métatarsiens sont tous reportés en dehors, le cinquième chevauchant sur le cuboïde, les trois autres ayant une direction très oblique et leur tête venant se tasser entre le cinquième et le cuboïde ; les deuxième, troisième et quatrième espaces intermétatarsiens sont complètement effacés ; les os du du tarse sont en situation normale. Dans le sens horizontal, on constate que le même déplacement s'est fait en bas, et d'une façon plus intense en dedans qu'en dehors ; le cinquième métatarsien est abaissé de 7 à 8 millimètres ; le premier au contraire est porté si fortement en bas que son axe prolongé rencontrerait la surface d'appui du calcaneum ; il y a donc effondrement complet de la voûte plantaire ; la situation des têtes des autres métatarsiens est intermédiaire.

La constation de ces lésions fait deviner le mécanisme d'un traumatisme si complexe ; le talon a dû être fixé solidement par la roue du véhicule ; l'avant-pied a dû être porté en flexion forcée d'abord ; puis, son bord interne s'incurvant au minimum, les ligaments dorsaux ont dû se rompre d'une façon totale, et le déplacement se produire par énucléation des têtes métatarsiennes.

L'ancienneté du traumatisme a rendu toute réduction impossible, et on a dû pratiquer la résection des cunéiformes après décapitation de la tête du cinquième métatarsien. Ultérieurement, on a pu par une propulsion du métatarse en haut, reconstituer la voûte plantaire et immobiliser le pied en bonne position par un appareil plâtré.

REVUE DES CONGRÈS

19ᵉ CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

(*Tenu à Berlin du 16 au 19 Avril 1901*).

Les myélites aiguës.

M. von Leyden (de Berlin), *rapporteur*. — La première description de la myélite a été donnée en 1820 par Ollivier ; toutefois, pendant la première moitié du siècle dernier, nos connaissances sur cette affection n'ont progressé que lentement, et ce n'est que vers 1860 que l'étude microscopique des altérations de la moelle a permis de différencier les unes des autres les diverses variétés d'affections spinales.

La principale difficulté était de reconnaître, dans le grand nombre de tableaux pathologiques différents, celui que réalisaient les inflammations proprement dites de la substance médullaire. Le type primitif principal de la myélite en foyer ou myélite transverse a été peu à peu isolé. Le ramollissement, considéré à l'origine comme la lésion distinctive de l'inflammation de la moelle, a perdu par la suite ce caractère : on a reconnu qu'il existe des myélies sans ramollissement qu'il n'est pas possible de séparer du groupe des affections inflammatoires ; de même, on ne saurait tirer une ligne de démarcation nette entre l'hémorrhagie et l'inflammation de la moelle, le foyer myélitique et le foyer hémorrhagique présentant, aussi bien au point de vue de leur mode de production qu'en ce qui concerne leurs symptômes, des analogies frappantes.

Les lésions inflammatoires de la moelle se distinguent en un certain nombre de variétés ; c'est ainsi que l'on a décrit, outre la myélite transverse, la myélite disséminée, reliée à la précédente par toute une série de formes de transition. On a enfin séparé de la myélite la poliomyélite, caractérisée par sa localisation dans la substance grise. Les dégénérescences primitives de la moelle consécutives à certaines cachexies, telles que l'anémie grave, le cancer, le diabète, doivent être retirées du cadre de la myélite. Par contre, on est embarrassé lorsqu'il s'agit de classer les altérations produites par la compression de la moelle ; de nombreux auteurs se refusent à leur reconnaître un caractère inflammatoire ; la compression agit cependant sur la moelle comme un irritant et, au point de vue clinique, il existe de grandes ressemblances entre les symptômes de la compression médullaire et ceux de la myélite inflammatoire ; la variété de myélite par compression la plus facile à distinguer est celle qui est causée par la carie vertébrale, mais il est des cas où le diagnostic est des plus ardus, par exemple quand il s'agit de la compression déterminée à l'intérieur du canal rachidien par une tumeur des méninges.

Nos connaissances sur l'étiologie de la myélite aiguë ont fait de grands progrès dans ces dernières années. On a établi les rapports qui existent entre cette affection et les maladies infectieuses ; la myélite aiguë essentielle cède le pas de plus en plus à la myélite consécutive à une infection. On a reconnu que les myélites d'origine infectieuse peuvent se présenter sous les formes les plus diverses ; on a vu, de plus, que l'infection peut atteindre aussi les nerfs périphériques et provoquer de la polynévrite ; on a enfin étudié le rôle des bactéries dans la genèse de la myélite aiguë. Abstraction faite de la méningite et de la méningomyélite, la poliomyélite est la seule lésion spinale qu'on puisse attribuer avec vraisemblance à une infection ; c'est ainsi qu'on a pu constater la présence d'un micro-organisme analogue à celui de la méningite cérébro-spinale, et que la réalité d'une invasion du streptocoque dans la moelle paraît démontrée. On a aussi admis que les autres variétés de myélite sont d'origine infectieuse, mais sans que la preuve irréfutable en ait été fournie jusqu'ici.

Parmi les maladies qui peuvent donner naissance à des myélites graves, il faut citer en premier lieu la grippe ; le plus souvent, l'issue de cette complication est mortelle ; on a cependant observé quelques cas de guérison. On a publié aussi plusieurs observations de myélite hémorrhagique consécutive à la fièvre typhoïde. Des infections banales et peu graves paraissent enfin pouvoir provoquer une myélite aiguë ; c'est ainsi que l'on en a signalé un cas à la suite d'un panaris : l'examen bactériologique de la moelle révéla la présence de streptocoques ; on a de même relaté un exemple de myélite après une angine. Enfin, on a vu plusieurs fois survenir une myélite chez des femmes en couches : il ne s'agit pas là, il est vrai, d'une maladie infectieuse, mais on est cependant autorisé à admettre une infection.

Comme affections chroniques susceptibles de déterminer des altérations médullaires, il faut citer la tuberculose, la syphilis et la blennorrhagie. La tuberculose de la moelle ne peut pas être comptée parmi les myélites, mais on a noté quelquefois des foyers myélitiques multiples chez des tuberculeux. La syphilis peut aussi provoquer la formation de foyers myélitiques : il est facile alors de reconnaître que les lésions ont leur point de départ dans les vaisseaux sanguins. Quant à la myélite blennorrhagique, elle est incontestable ; on a constaté une fois la présence de gonocoques dans la moelle ; dans un cas que j'ai observé moi-même, l'altération médullaire se présentait surtout sous forme de périmyélite.

En ce qui concerne l'évolution de la maladie, il existe des différences notables dans la rapidité avec laquelle les symptômes initiaux font leur apparition. On peut distinguer une forme suraiguë, une forme aiguë et une forme subaiguë. Dans la première période de la maladie, on ne peut, malgré les soins les plus attentifs, empêcher la marche envahissante des lésions. Celles-ci peuvent progresser de trois manières différentes : soit qu'elles constituent une myélite ascendante, remontant peu à peu jusqu'au bulbe et mettant ainsi l'existence immédiatement en danger ; soit qu'elles se propagent dans le sens de la largeur, réalisant d'une façon de plus en plus complète le syndrome de la section de la moelle ; soit enfin qu'elles affectent le type neuro-paralytique, se manifestant par l'apparition d'eschares, par l'abolition des réflexes, par de la gangrène, de l'œdème des jambes, de la cystite, etc. Dans certains cas, les troubles s'arrêtent au bout de quelques semaines ; on entre dans une période moins critique pour l'existence du malade, permettant d'espérer encore une certaine régénération.

Le pronostic est toujours grave. L'affection peut se terminer par la mort, ou du moins laisser après elle des troubles définitifs. Il existe cependant quelques exemples de guérison complète.

M. E. Redlich (de Vienne), *co-rapporteur* expose l'état ac-

tuel de nos connaissances sur la pathologie générale et l'anatomie pathologique de la myélite aiguë. MM. von Leyden et Goldscheider, se basant sur la localisation et l'étendue des lésions, distinguent une myélite transverse, une myélite diffuse, une myélite disséminée et, enfin, une poliomyélite. Mais ces divers types ne sont pas tranchés; c'est ainsi qu'il existe de nombreuses formes de transition entre la poliomyélite et la myélite disséminée, d'une part, et entre cette dernière et la myélite diffuse ou la myélite transverse, de l'autre. En outre, les foyers d'une certaine étendue ont toujours pour conséquence une diminution de la consistance de la moelle pouvant aller jusqu'à un véritable ramollissement constitué tant par de l'œdème et de l'hyperémie que par une nécrose des tissus.

La poliomyélite aiguë présente à sa période initiale tous les caractères d'une inflammation intéressant spécialement les vaisseaux; elle se localise presque exclusivement aux cornes antérieures, c'est-à-dire aux portions irriguées par l'artère spinale antérieure et l'artère centrale. On doit cependant admettre la possibilité d'une myélite aiguë, dans laquelle les lésions anatomiques se borneraient à des traces de dégénérescence aiguë des cellules ganglionnaires, comme l'avait soutenu Charcot.

A la poliomyélite aiguë se rattache une variété spéciale de myélite multiple disséminée, caractérisée par des foyers affectant surtout la substance grise, et où les altérations vasculaires et l'infiltration des tissus jouent un rôle prépondérant. Cette lésion s'observe en général, comme la poliomyélite, chez des individus jeunes. Les autres myélites aiguës sont caractérisées par deux ordres d'altérations histologiques : d'un côté, par la dégénérescence aiguë des éléments nerveux (gonflement des fibres nerveuses et des cylindres-axes) — qui peut exister seule, même en cas de foyers multiples, ou se rencontrer à la périphérie de foyers constitués par des hémorrhagies, des lésions vasculaires, des accumulations de corps granuleux, de l'infiltration des tissus, etc. —; de l'autre côté, par des foyers de ramollissement de dimension variable, avec nécrose de tous les éléments constitutifs du tissu nerveux, à l'exception peut-être des vaisseaux sanguins ; ces foyers nécrotiques correspondent souvent à des territoires vasculaires déterminés; des ramollissements étendus peuvent se produire par la confluence de plusieurs foyers. Enfin, dans toutes les formes de myélite, on peut observer des signes d'inflammation des méninges.

Il est extrêmement difficile de délimiter, de par l'anatomie pathologique, la myélite aiguë d'avec les autres affections spinales. Une distinction purement anatomique serait ici d'autant plus déplacée que nous ne possédons pas encore une définition de l'inflammation applicable à tous les cas. L'opinion de Mager, que les lésions inflammatoires des vaisseaux sont le caractère distinctif de la myélite aiguë, n'est pas plus soutenable que celle de Bruns, cherchant dans les facteurs étiologiques (infection et intoxication) la caractéristique de l'inflammation aiguë de la moelle. Un moyen terme peut seul concilier les besoins de la clinique avec les exigences de l'anatomie pathologique.

La nature inflammatoire de la poliomyélite et de la variété de myélite à foyers multiples qui s'en rapproche ne peut plus être mise en doute; pour les autres formes, force est d'admettre leur origine inflammatoire dans les cas où elles sont la conséquence d'une irritation, au sens que Virchow donne à ce mot, et où l'on ne trouve ni thrombose, ni embolie; et cela, à plus forte raison, s'il est possible de constater des signes d'inflammation, par exemple des altérations vasculaires. Du reste, les formes de transition entre la dégénérescence aiguë du parenchyme et l'inflammation aiguë sont très nombreuses.

Au point de vue anatomo-pathologique, on doit isoler tout d'abord la myélite infectieuse, qui correspond d'ordinaire; mais pas exclusivement, aux myélites avec inflammation des vaisseaux.

La question de l'origine bactérienne de la myélite aiguë est de la plus haute importance. Le nombre des cas où l'examen bactériologique de la moelle a donné un résultat positif est petit; parmi les micro-organismes qui y ont été trouvés, on rencontre non seulement des espèces spécifiques, mais aussi toutes les formes banales d'infection. Après un certain temps de maladie les microbes peuvent, d'ailleurs, disparaître de la moelle. Leurs voies de propagation sont les vaisseaux sanguins, l'espace sous-arachnoïdien et le canal de l'épendyme. Cependant, le plus souvent la myélite ne paraît pas d'origine bactérienne ; elle semble bien plutôt résulter de l'action de certaines toxines.

Enfin, l'infection n'est pas la seule cause de la myélite aiguë; on doit admettre que d'autres facteurs, tels que le refroidissement, certaines intoxications, les traumatismes, peuvent produire cette affection, bien que nous ne soyons pas en état de nous prononcer avec certitude, à l'heure qu'il est, sur ce point.

M. von Strumpell (d'Erlangen). — Les conceptions diverses de la myélite dépendent surtout de l'idée que chacun de nous se fait de l'inflammation. Celle-ci se manifeste, d'une part, par les altérations cellulaires qu'elle détermine directement et, d'autre part, par un processus de réaction destiné à la combattre et à neutraliser ses effets. Aussi ne saurait-on qualifier d'inflammation la destruction mécanique des tissus; l'inflammation qui en est parfois la conséquence ne survient que plus tard. Parmi les facteurs capables de produire l'inflammation, il faut citer notamment les agents infectieux organisés et les causes mécaniques.

On réservera donc le nom de myélite aux lésions caractérisées par une réaction locale provoquée par un facteur externe. On ne peut guère admettre comme cause directe de la myélite que l'action d'un agent infectieux, les éléments d'ordre physique ne paraissant pas entrer en ligne de compte. Il ne faut pas oublier, en outre, que les altérations que l'on rencontre à l'autopsie ne donnent plus l'image de la lésion primitive; ce n'est plus l'édifice en flammes que nous avons sous les yeux, c'est un tas de décombres. Aussi ne doit-on pas s'attendre à rencontrer dans ces traces d'un processus arrivé au terme de son évolution l'agent pathogène qui lui a donné naissance. Il est nécessaire d'exeminer les altérations de très bonne heure, et dans ce but la ponction lombaire préconisée par Quincke paraît appelée à rendre de grands services.

M. Strumpell a pratiqué la ponction lombaire dans deux cas de myélite. Dans le premier, il s'agissait d'une malade atteinte de panaris, chez laquelle se manifestèrent, quelques jours après le début de l'affection locale, des accidents spinaux qui aboutirent rapidement à une paraplégie complète. La ponction lombaire permit de retirer un liquide trouble, filant, légèrement hémorrhagique et contenant quantité de leucocytes, dont l'ensemencement donna une culture pure de staphylocoques blancs. La mort étant survenue au bout de quelques mois on trouva à l'autopsie un foyer inflammatoire ramolli à la partie inférieure de la moelle dorsale. Ici, on est évidemment en droit d'attribuer la myélite au panaris, et on peut considérer cette observation comme une preuve évidente de l'action locale directe des agents microbiens.

Le second cas concerne un malade dont l'affection avait débuté par des troubles de la vue avec douleurs dans les yeux. Cette névrite optique se compliqua rapidement de paraplégie et le malade mourut au bout de trois mois. La ponction lombaire avait donné issue, le 4e jour de la maladie, à 3 centimètres cubes d'un liquide parfaitement clair et ne contenant pas de leucocytes; ensemencé, ce liquide fut trouvé stérile. A l'autopsie, on considéra des altérations disséminées sur toute la hauteur de la moelle, mais sans foyers. On ne peut nier avec certitude, dans ce fait, la possibilité d'une intervention bactérienne directe qui, toutefois, paraît peu vraisemblable. Les lésions disséminées s'observent généralement à la suite d'infections ayant terminé leur évolution; aussi, le malade en question ayant eu une angine quelque temps auparavant, son affection médullaire peut-elle être attribuée à l'action chimique des toxines microbiennes.

Il n'existe pas de limite tranchée entre les lésions disséminées et les lésions systématisées de la moelle. C'est ainsi que nous avons observé, à la suite d'un érysipèle, des altérations siégeant exclusivement dans les cordons postérieurs. On est évidemment autorisé à classer ces formes comme lésions inflammatoires, car nous avons ici un des caractères distinctifs de l'inflammation, l'intervention d'un agent extérieur. Il est essentiel de relever la nature exogène de la maladie.

En ce qui concerne les affections chroniques de la moelle épinière, on ne peut pas ranger la tuberculose et la syphilis parmi les inflammations proprement dites. Il en est de même des compressions. D'autre part, nous ne connaissons pas d'agent capable de provoquer une inflammation chronique d'emblée, et

il est difficile de dire si les lésions chroniques qui s'offrent à notre examen se sont développées sur un terrain préparé par une inflammation aiguë. Aussi, pour la slérose en plaques, M. Strumpell en arrive à admettre son origine endogène et à croire que l'intervention d'agents extérieurs est étrangère à son développement.

M. Schultze (de Bonn) n'accepte pas l'hypothèse d'une dégénérescence primitive des cellules ganglionnaires dans la poliomyélite. Quand on examine attentivement les lésions de cette affection, qui souvent persistent longtemps après la fin de la période aiguë, on ne peut admettre que les amas cellulaires considérables que l'on a sous les yeux soient le fait d'une dégénérescence primitive des cellules ganglionnaires. Un second point qui semble digne de retenir l'attention, ce sont les rapports existant entre la poliomyélite et une méningite sporadique ou épidémique antérieure, et cependant M. Schultze croit que, même alors, on doit la considérer comme un reliquat d'une méningite.

En ce qui concerne la thérapeutique des affections médullaires, les moyens d'action sont trop restreints pour que nous négligions les moindres chances d'intervention active. C'est pourquoi M. Schultze insiste sur les tumeurs des méninges spinales, justiciables d'une intervention chirurgicale. Il a vu un certain nombre de cas où, à la suite de l'opération, la paraplégie a disparu et où les malades ont retrouvé l'usage de leurs jambes. Un signe important pour le diagnostic des tumeurs spinales est constitué par des douleurs névralgiques ayant précédé, souvent de plusieurs années, la paraplégie. Ces douleurs, parfois modérées, peuvent n'avoir pas frappé le patient, et il est quelquefois nécessaire d'insister pour qu'il se les rappelle.

M. von Kahlden (de Fribourg-en-Brisgau). — Les processus de dégénérescence jouent dans la pathogénie de l'inflammation un rôle bien plus grand qu'on ne l'admet généralement. On observe des dégénérescences primitives qui sont suivies d'altérations vasculaires, lesquelles donnent à leur tour naissance à une exsudation. On peut donc parler d'altérations inflammatoires en présence de dégénérescences cellulaires primitives, sans qu'il y ait nécessairement pour cela des lésions vasculaires. L'œdème inflammatoire a dans les affections de la moelle épinière une grande importance, tandis que l'infiltration de petites cellules rondes fait défaut ou n'est qu'accessoire. Si l'on s'en tient à cette conception de l'inflammation, le cadre de la myélite s'étend notablement.

Dans la myélite aiguë accompagnée d'un œdème considérable, on remarque que le canal épendymaire est dilaté et que son revêtement se déchire par places, de sorte que la substance médullaire est en contact direct avec le contenu de l'épendyme. Les agents infectieux contenus dans un foyer de la moelle peuvent ainsi passer dans le canal épendymaire et peut-être même donner naissance, par une seconde migration à travers les interstices de ce canal, à de nouveaux foyers infectieux dans la moelle.

M. von Kahlden se croit donc autorisé à maintenir son opinion en ce qui concerne la poliomyélite et à considérer la dégénérescence des cellules ganglionnaires comme la lésion primitive de cette affection. On trouve des groupes de cellules complètement dégénérées sans lésions inflammatoires dans leur voisinage immédiat. Je ne fais pas dépendre les lésions vasculaires de la dégénérescence des cellules ganglionnaires, mais seulement du degré de l'inflammation.

M. Goldscheider. — M. von Kahlden partage encore l'opinion de Charcot sur la poliomyélite, opinion abandonnée depuis les travaux de Siemerling et les miens. Il n'est pas possible de déterminer si, dans certains cas, les cellules sont primitivement atteintes, tandis que sous l'influence d'une infection plus grave se manifestent les lésions vasculaires. On trouve des cellules ganglionnaires parfaitement conservées au centre de tissus présentant des signes manifestes d'inflammation, et on peut suivre sur des coupes en série la marche de l'inflammation le long des vaisseaux; cette manière de voir est partagée par M. P. Marie.

M. Münzer (de Prague). — Les altérations consécutives à une anémie artificielle de la moelle sont manifestes au bout d'une heure ou deux, et à ce moment il est déjà difficile de les différencier d'avec des lésions inflammatoires. On ne saurait cependant ranger la nécrose anémique de la moelle parmi les inflammations.

De l'état fonctionnel du cœur.

M. Mendelsohn (de Berlin). — Pour apprécier l'état du cœur, on a coutume de faire exécuter au malade certains exercices, et d'étudier l'effet qu'ils produisent sur l'action cardiaque. Il est préférable d'examiner l'aptitude du cœur à reprendre son état normal après un effort donné, car on peut poser en règle générale que le fonctionnement d'un organe est d'autant meilleur que cet organe retrouve plus rapidement l'équilibre perdu. Mais, pour cela, il est nécessaire de connaître d'abord l'état d'équilibre, c'est-à-dire la fréquence des pulsations au repos. On obtient les meilleurs résultats en examinant le malade couché, le passage de la position verticale au décubitus horizontal s'accompagnant, chez les individus sains, d'un ralentissement parfois considérable du pouls.

Lorsqu'il existe de l'insuffisance cardiaque, ce ralentissement est peu accusé, et même, en cas de troubles graves de la compensation, il peut être remplacé par une accélération des pulsations. Un effort musculaire faible donne lieu à une accélération qui disparaît tout de suite après le travail chez l'homme sain ; pour que la tachycardie persiste quelque temps, il faut que le travail atteigne au moins 400 kilogrammètres. Le retour à la normale est fréquemment précédé d'un ralentissement plus ou moins prononcé des pulsations. Chez les cardiaques, il suffit souvent d'un effort minime, de 25 kilogrammètres par exemple, pour provoquer une accélération assez durable.

M. Kraus (de Gratz). — C'est une erreur de croire que, lorsque le cœur a retrouvé la fréquence normale de ses battements, il est nécessairement reposé. On rencontre des individus capables d'un effort considérable et prolongé, et chez lesquels, cependant, la réaction dure longtemps, tandis que d'autres personnes, qui en apparence se remettent vite, sont incapables de répéter le même exercice sans une réaction violente du cœur, prouvant que l'organe n'était pas encore reposé.

L'hyperémie locale artificielle comme moyen thérapeutique.

M. Bier (de Greifswald) distingue deux espèces d'hyperémie : l'hyperémie passive ou stase, et l'hyperémie active.

L'hyperémie passive peut être obtenue par l'application, au-dessus de la partie que l'on veut hyperémier, d'une bande élastique qui entrave la circulation veineuse ; le membre prend, au bout de peu de temps, une teinte violacée et devient chaud au toucher. Elle a pour effet de tuer les bactéries ou du moins d'atténuer leur virulence. Dans la tuberculose des extrémités, on en obtient souvent, mais non toujours, des effets très favorables ; par contre, dans le cancer, le sarcome, la syphilis, cette méthode ne donne pas de bons résultats.

Dans l'arthrite blennorrhagique, de même que dans les affections articulaires d'origine puerpérale et dans l'érysipèle, l'application de la bande élastique donne souvent des succès. Une stase énergique peut encore arrêter l'évolution d'un phlegmon au début ; enfin, bien appliquée, la constriction du membre exerce un effet calmant sur la douleur.

Il est important que le membre donne au toucher la sensation de chaud, une stase froide étant nuisible. Il faut, en outre, se méfier quand le membre, au lieu d'être violacé, prend une couleur blanchâtre, qui indique que la constriction est trop forte. Utile contre les inflammations subaiguës, l'hyperémie passive est contre-indiquée dans les cas aigus, sauf quand il s'agit d'un phlegmon tout à fait au début.

M. Bier a fait faire par un de ses assistants des recherches relativement à l'effet de la stase sur les infections bactériennes.

Une injection sûrement mortelle de bactéridie charbonneuse fut supportée par 51 animaux, tandis que 16 autres, chez qui l'application de la bande élastique n'avait pu se faire d'une façon irréprochable, succombèrent. La stase a pour effet de favoriser la production de tissu conjonctif. D'un autre côté, elle exerce une action résorbante sur certaines formations pathologiques. C'est ainsi que, dans le rhumatisme articulaire chronique, l'application de la bande élastique fait disparaître les no-

dosités et la tuméfaction. Du reste, les propriétés dissolvantes du sang sont connues; nulles sur des tissus normaux, il est possible qu'elles se fassent sentir sur les formations pathologiques inflammatoires, lésions contre lesquelles l'association de l'hyperémie passive au massage donne d'excellents résultats.

Depuis un certain temps, l'emploi thérapeutique de l'hyperémie active s'est généralisé. La façon la plus pratique de l'obtenir est de recourir à l'air chaud. Il existe une série de préjugés sur l'action de l'hyperémie active, qu'il est indispensable de dissiper. On a prétendu que le bain d'air chaud a pour effet d'attirer le sang à la peau, et qu'il n'agit que comme dérivatif; c'est là une erreur, car l'hyperémie ne se produit pas seulement à la surface, mais aussi dans les parties profondes. Ce n'est pas non plus la sudation produite par l'action de la chaleur qui fait disparaître les exsudats, mais uniquement l'accélération de la circulation artérielle. On a dit aussi que l'air chaud a une action directement bactéricide; ce qui est possible pour un ulcère superficiel ne l'est plus pour les couches sous-jacentes, car la chaleur ne pénètre pas profondément dans les tissus. On a encore attribué l'effet de l'air chaud à un réflexe nerveux; mais on peut isoler complètement un membre d'un animal en ne conservant que les vaisseaux; si l'on soumet ce membre à l'action de la chaleur, on obtient exactement les résultats ordinaires; l'hyperémie est donc indépendante du système nerveux central.

L'hyperémie active calme la douleur comme l'hyperémie passive. Elle favorise la résorption des épanchements pathologiques; il peut être utile ici de faire alterner, dans certains cas, l'hyperémie passive avec l'hyperémie active. Cette dernière est toujours mal supportée dans la tuberculose, de même que dans les inflammations aiguës d'origine infectieuse. Par contre, l'air chaud calme les névralgies. On a discuté son action sur la nutrition des tissus; les recherches faites à ce sujet ont donné des résultats négatifs; un tissu atrophié ne reprend pas sa vigueur uniquement sous l'influence de l'air chaud. Celui-ci, par son effet sur les vaisseaux, peut être considéré comme un moyen de gymnastique énergique dans les affections vasculaires, surtout si on fait alterner son action avec celle du froid.

De l'arhythmie paroxystique.

M. A. Hoffmann (de Düsseldorff). — On peut diviser les arhythmies en arhythmies permanentes et en arhythmies transitoires.

Parmi ces dernières, il faut distinguer une forme d'arhythmie spéciale, survenant par accès, dont M. Hoffmann a observé 8 cas. Pendant l'accès, le pouls est accéléré et son rhythme est altéré par l'apparition d'extrasystoles; mais celles-ci ne présentent pas leurs caractères ordinaires et les intervalles paraissent en général raccourcis.

Il existe, entre cette affection et la tachycardie paroxystique, des rapports intimes. C'est ainsi que M. Hoffmann a vu un malade atteint de tachycardie, qui, immédiatement après son paroxysme, avait un accès d'arhythmie paroxystique. Cette arhythmie doit avoir son siège dans l'oreillette; en effet, si l'on excite le sinus veineux de la grenouille, on voit se produire un phénomène analogue.

Sur le rôle de l'iode comme vasomoteur.

M. Gumprecht (de Weimar). — Les recherches de G. Sée concernant l'action de l'iode sur les vasomoteurs ont été reprises par différents auteurs, en autres par Prévost et Binet qui sont arrivés à des résultats différents.

Toutefois, dans ces expériences, il ne suffit pas de déterminer le degré de la pression sanguine, il faut encore s'assurer de l'état des réactions vasomotrices. Ainsi le nitrite d'amyle fait baisser la tension artérielle; si le cœur est intact, on peut faire remonter momentanément la tension abaissée par le nitrite d'amyle en pratiquant le massage de l'abdomen; or, si l'on administre à un lapin de l'iodure de sodium à doses moyennes, la réaction produite par le massage de l'abdomen après inhalation de nitrite d'amyle est la même qu'à l'état normal; à hautes doses, au contraire, l'iodure a pour effet de diminuer cette réaction, mais à ce moment-là on observe déjà des symptômes d'intoxication générale. De nombreuses déterminations de la pression artérielle avec l'appareil de Riva-Rocci ont montré qu'il n'y avait pas de différence avant et après l'emploi de l'iodure.

Si l'on fait travailler un malade atteint d'artériosclérose et traité par l'iodure, l'effort musculaire agit sur la pression exactement comme si le sujet n'avait pas pris d'iodure. Une observation prolongée d'individus normaux et d'artérioscléreux a prouvé que, chez les uns comme chez les autres, la tension artérielle demeurait la même avant et après l'emploi de l'iodure. La conclusion de ces recherches est que l'iodure est sans action sur la tension artérielle.

La dyspepsie fermentative de l'adulte.

M. Strassburger (de Bonn). — Dans la digestion normale, l'amidon est digéré assez complètement pour que les fèces soumises à la fermentation ne produisent que peu ou point de gaz. Par contre, les fèces de certains dyspeptiques donnent à la fermentation des quantités notables de gaz.

Pour se rendre compte de la nature des troubles de la digestion dont le phénomène en question est le résultat, M. Strassburger a examiné un nombre égal d'individus sains et malades, auxquels il a donné pendant plusieurs jours la même nourriture. Le poids des fèces était, chez les malades, environ le double de ce qu'il était chez les individus sains. L'azote était bien assimilé par eux, ainsi que la graisse; par contre, le taux des hydrates de carbone non digérés était exagéré : c'est ainsi que les fèces renfermaient jusqu'à 4 gr. 08 centigrammes de matières amylacées, au lieu de 1 gr. 09 centigrammes, chiffre habituel.

Au point de vue des symptômes, il existe chez ces sujets une dyspepsie plus ou moins intense. Leurs fèces ont parfois un aspect normal; d'ordinaire elles sont jaune clair, écumeuses, acides, et ont une odeur d'acide butyrique. Les mucosités y font défaut, mais on peut y trouver des matières colorantes biliaires.

Sur un ferment lipolytique de l'estomac.

M. Volhard (de Giessen) a pu, dans une série d'expériences sur la résorption gastrique d'après la méthode de M. von Mering, constater qu'une partie de la graisse neutre, absorbée sous forme de jaune d'œuf, subit dans l'estomac un dédoublement ayant pour résultat la formation d'acides gras.

En poursuivant ces recherches, il s'est assuré que cette réaction est due à un ferment que l'on peut extraire de la muqueuse de l'estomac à l'aide de la glycérine. Elle se produit non seulement avec les émulsions naturelles, comme le jaune d'œuf, mais aussi avec les émulsions artificielles. Par contre, la graisse non émulsionnée n'est pas altérée, en raison du peu de surface qu'elle offre à l'action du suc gastrique. La proportion de graisse neutre ainsi transformée dans l'estomac est considérable; elle atteignit dans un cas 46 p. 100 du total de la graisse absorbée. La réaction est rapide; elle ne se fait pas d'une façon régulière et proportionnelle au temps, mais par soubresauts. La plus faible trace d'alcali suffit pour l'entraver; par contre, les propriété de l'extrait glycériné persistent en milieu alcalin. Dans l'achylie gastrique, la sécrétion du ferment en question est supprimée.

La digestion de l'amidon dans la bouche et l'estomac de l'homme.

M. Müller (de Wurtzbourg) a étudié les transformations que subit l'amidon dans l'estomac après l'absorption d'une bouillie de farine. Au bout d'une demi-heure, 60 à 80 p. 100 de l'amidon absorbé sont transformés en maltose dans l'estomac. Les résultats varient beaucoup avec le temps écoulé entre le repas et l'extraction du suc gastrique. Si l'on pratique l'examen peu après le repas d'épreuve, on trouve une grande quantité de maltose; plus tard, cette quantité diminue, parce que les substances en solution abandonnent l'estomac, par la voie du pylore beaucoup plus vite que les corps solides. Les mêmes recherches faites avec du pain ont donné des résultats peu concordants, la proportion d'amidon solubilisé ayant varié de 10 à 80 p. 100.

Cette transformation s'opère indépendamment du degré d'acidité du suc gastrique.

Chez certains hyperchlorhydriques, on note une diminution de l'amylolyse, mais ce phénomène n'est pas constant; aussi peut-on permettre les substances amylacées dans les cas d'hyperacidité, à condition qu'elles soient absorbées sous une forme convenable.

Les causes de la porencéphalie.

M. von Kahlden. — La porencéphalie peut être causée par une oblitération vasculaire, thrombose ou embolie artérielle. En effet, on observe parfois chez l'adulte atteint d'artériosclérose des lésions de la substance cérébrale présentant les plus grandes analogies avec la porencéphalie; cette ressemblance est encore plus frappante en ce qui concerne les altérations déterminées par une embolie artérielle et, en pareil cas, si les renseignements sur le malade font entièrement défaut, il peut être extrêmement difficile d'apprécier exactement la nature des lésions.

On a voulu appliquer ces notions à la genèse de la porencéphalie de l'enfance, que l'on a attribuée à une oblitération vasculaire congénitale. Un fait plaide en faveur de cette hypothèse : c'est que la porencéphalie infantile, tout comme les lésions de l'adulte dont nous venons de parler, intéresse généralement la région de l'artère sylvienne; il faut toutefois remarquer que, dans la porencéphalie de l'enfance, les ganglions centraux sont fréquemment indemnes, ce qui n'est d'ordinaire pas le cas chez l'adulte. En outre, on n'a jamais constaté directement chez l'enfant soit une embolie, soit la thrombose d'une ramification de l'artère sylvienne. Enfin le seul facteur auquel on pourrait, à la rigueur, rapporter la production de ces altérations vasculaires est la syphilis congénitale; or nous ne possédons actuellement qu'une seule observation indiscutable de lésion artérielle syphilitique chez un nouveau-né.

Le traumatisme est une cause plus importante de porencéphalie. Depuis un certain temps, on a publié de nombreux cas de cette affection, d'origine traumatique. Pour sa part, M. von Kahlden a observé une porencéphalie double chez un enfant à la suite d'une chute. Chez un autre malade, mort à 19 ans, la porencéphalie pouvait être également imputée à une chute faite à l'âge de 9 mois et qui avait provoqué une fracture du crâne dont une cicatrice osseuse sur le pariétal gauche témoignait encore; la porencéphalie occupait l'hémisphère droit; il s'agissait donc d'une lésion par contre-coup.

En raison de ces faits, on devra accorder, à l'avenir, plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'ici au traumatisme comme facteur étiologique de la porencéphalie.

Sur la fièvre biliaire intermittente.

M. Münzer. — Le syndrome décrit par Charcot sous le nom de fièvre biliaire intermittente mérite toute l'attention des cliniciens. Le colibacille joue vraisemblablement un rôle dans l'étiologie d'un certain nombre de cas de cette affection, peut-être dans ceux qui se distinguent par l'absence de leucocytose dans l'intervalle des accès. La diminution de la sécrétion azotée, observée souvent par Regnard dans la fièvre biliaire intermittente, est réelle; mais l'explication que Pick en a donnée ne me paraît pas exacte, cette diminution devant être considérée comme un phénomène accessoire en rapport avec l'état d'inanition des malades et avec la diminution de la sécrétion urinaire. Dans la fièvre biliaire, la désassimilation des matières protéiques est aussi peu troublée pendant les accès que dans leur intervalle.

On doit faire de grandes réserves en ce qui concerne la formation exclusive de l'urée dans le foie, soutenue par Schröder. Pour sa part, M. Münzer croit que l'urée peut être formée dans tous les tissus de l'organisme, sans contester, d'ailleurs, que le foie joue, dans la transformation en urée des produits de désassimilation protéique, un rôle prépondérant, et qu'il produise la majeure partie de l'urée excrétée. Mais même si l'on accepte la théorie de Schroder, l'observation clinique nous apprend que la fonction uréopoiétique du foie n'est altérée dans aucune des affections hépatiques aiguës, à l'exception peut-être de l'atrophie jaune à sa dernière période. Il n'y a donc aucune raison d'admettre dans les maladies du foie l'existence d'une intoxication de l'organisme par les produits intermédiaires de la désassimilation des albuminoïdes.

Sur les dégénérescences graisseuses.

M. Rosenfeld (de Breslau). — Toutes les dégénérescences graisseuses artificielles (intoxications par la phloridzine, le phosphore, l'arsenic) sont dues, non à une formation de graisse à l'intérieur des cellules, mais à une immigration de globules graisseux dans le protoplasma. On a rapporté cette infiltration graisseuse à l'appauvrissement des cellules en matières protéiques. Toutefois cette hypothèse n'est pas d'accord avec les faits, car on ne peut constater cet appauvrissement. En réalité, ce qui manque à la cellule, c'est le glycogène. En effet, si l'on administre à des animaux intoxiqués par la phloridzine des substances capables de former du glycogène, on observe une disparition rapide de la graisse accumulée dans les cellules hépatiques; de même, on peut empêcher la dégénérescence graisseuse en administrant ces substances en même temps que la phloridzine. L'immigration de la graisse ne se produit pas tant que la cellule contient du glycogène.

Une cellule malade n'est plus susceptible d'infiltration graisseuse; c'est uniquement dans les cellules saines que s'accumule la graisse. On peut vérifier l'exactitude de cette assertion en examinant certaines lésions pathologiques : les infarctus du cerveau contiennent, par exemple, moins de graisse que les parties saines correspondantes. Il est donc faux de croire que la nécrose est capable de produire une accumulation de graisse.

Une cause rare de lésion du nerf récurrent gauche.

M. von Schrötter (de Vienne) a observé un cas d'affection cardiaque avec paralysie du récurrent, dont le diagnostic présenta certaines difficultés : on hésitait entre un rétrécissement pulmonaire, une communication interventriculaire et la persistance du canal artériel : pour expliquer la paralysie du récurrent, on avait admis l'hypothèse d'Ortner, c'est-à-dire la compression du nerf par l'oreillette gauche augmentée de volume. Or l'autopsie montra que le récurrent était, en réalité, placé dans l'angle formé par l'aorte et le canal artériel dilaté, et présentait en ce point des signes évidents de compression.

M. Kraus. — La dilatation de l'oreillette est insuffisante pour comprimer le récurrent. J'ai observé un cas de paralysie de ce nerf par compression dans l'angle formé par la branche gauche de l'artère pulmonaire et le ligament artériel.

Contre-indications de la gymnastique et des bains dans certaines affections cardiaques.

M. Schott fait une communicgtion dans laquelle, après avoir insisté sur les précautions à prendre pour la détermination de la tension artérielle au moyen du tonomètre de Gartner (nécessité de placer la main du patient toujours à la même hauteur et d'opérer dans une pièce suffisamment chaude), il déclare que la tension artérielle, dans les maladies du cœur, se relève d'ordinaire sous l'influence du traitement gymnastique et balnéologique; au contraire, dans l'artériosclérose avancée, les myocardites graves, ainsi que dans les anévrysmes du cœur et de l'aorte, ce traitement a pour effet d'abaisser la tension artérielle; il est alors contre-indiqué.

Nouvelles observations sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Singer (de Vienne) a eu l'occasion d'examiner de façon très complète 5 cas de polyarthrite rhumatismale aiguë, terminés par la mort, et 2 cas de chorée rhumatismale. Chez tous ces sujets l'exsudat articulaire fut trouvé stérile; par contre, on a pu constater, dans les 5 cas de rhumatisme et dans l'un des cas de chorée, des streptocoques soit dans les végétations de l'endocarde, soit dans les tissus péri-articulaires, soit dans les amygdales; dans le second cas de chorée, on a rencontré le

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Valeur de l'épreuve du salol pour l'étude clinique des fonctions du pancréas,

PAR MM.

P. Nobécourt,

Chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés,

ET

Prosper Merklen,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Si, dans ces dernières années, on s'est beaucoup attaché à l'étude des procédés cliniques qui permettent d'apprécier le fonctionnement de la cellule hépatique, le pancréas par contre n'a pas été l'objet de recherches aussi nombreuses. Sans doute la *glycosurie* indique dans certaines conditions un trouble de la sécrétion interne de cet organe, mais sa sécrétion externe échappe presque complètement à notre investigation. Le passage des graisses en plus grande quantité que normalement dans les matières fécales, la *stéarrhée*, phénomène rare d'ailleurs, n'est peut-être pas uniquement sous la dépendance du trouble pancréatique. Quant à l'*épreuve du salol*, souvent conseillée, sa valeur est loin d'être solidement établie. C'est cette dernière seule que nous avons en vue dans ce travail. Des recherches récentes permettent de porter sur elle un jugement définitif.

En 1883, Nencki découvre le salol : ce corps renferme 60 p. 100 d'acide salicylique et 40 p. 100 de phénol ; il n'est pas soluble dans l'eau ; les alcalis aident à sa dissolution ; les alcalis à chaud le dédoublent en acide salicylique et en phénol, et, de même, parmi les liquides organiques, le suc pancréatique.

Sahli (1), en 1886, introduit le salol en thérapeutique comme succédané du salicylate de soude. Il montre qu'il n'est pas attaqué par le suc gastrique et se dédouble seulement dans le duodénum, sous l'action du suc pancréatique comme l'avait vu Nencki, on trouve alors dans l'urine l'acide salicylique décelable à l'aide du perchlorure de fer qui provoque l'apparition d'une coloration violette.

De ce fait on tire plus tard deux conséquences pratiques : d'une part, Ewald (2) propose de mesurer l'activité motrice de l'estomac en faisant ingérer le salol et en notant le moment où apparaît dans l'urine l'acide salicylique ; d'autre part, en 1886, Lépine (3) utilise le salol pour juger de l'état de fonctionnement du pancréas. En introduisant ce corps dans une anse d'intestin grêle bien liée aux deux bouts et bien lavée, cet expérimentateur voit qu'il ne passe pas d'acide salicylique dans l'urine ; et c'est pour lui la preuve que le suc pancréatique est le seul qui intervienne. Il remarque en outre que, dans les états fébriles, la dothiénentérie notamment, le salol est dédoublé en moindres proportions qu'à l'état normal, ce qu'il attribue à une insuffisance de la sécrétion pancréatique. Ces faits sont exposés dans la thèse de Montange (4).

Cependant, en 1887, Lombard (5) constate que le salol n'est pas soluble que dans le suc pancréatique, mais qu'il l'est également dans la bile. « A notre avis, dit-il, les expérimentateurs ont trop négligé le rôle que pouvait jouer la bile dans la décomposition du salol. Le suc pancréatique n'est jamais seul dans l'intestin, il est mélangé avec la bile, et ce n'est donc pas du suc pancréatique pur, mais un mélange de ces deux liquides qui agit sur le salol. De ce que ce corps est beaucoup plus soluble dans le suc pancréatique, il n'est pas légitime de croire qu'il est insoluble dans les autres. » Cependant cet auteur n'en conclut pas moins que « la partie du salol qui devient active est proportionnelle à la quantité de suc pancréatique en présence duquel il se trouve ».

Gley (6), en 1892, reprend l'étude de la question. S'inspirant des recherches de Korbert qui avait noté que le sali-naphtol (acide salicylique et naphtol β) est décomposé par les ferments de la muqueuse de l'intestin grêle et du cæcum, il se demande s'il n'en est pas de même pour le salol, et si le pancréas joue un rôle exclusif dans la décomposition de ce corps. Il fait ingérer du salol à des chiens privés de pancréas, et observe que l'acide salicylique passe dans l'urine aussi vite, aussi bien et aussi longtemps que chez les chiens témoins. Il voit éga-

1. Sahli, Ueber die therapeutische Anwendung des Salols (*Correspondanz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 15 juin et 1er juillet 1886).
2. Ewald, *Soc. de méd. de Berlin*, 15 juin 1887.
3. Lépine, Le salol (*Lyon médical*, 11 juillet 1886).
4. Montange, Etude clinique sur le salol (*Thèse*, Lyon, 1887).
5. Lombard, Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du salol (*Thèse*, Paris, 1887).
6. Gley, Dédoublement du salol dans l'intestin des chiens privés de pancréas (*Soc. de biol.*, 9 avril 1892).

lement que, chez un chien témoin laissé à jeun, le salol n'est pas dédoublé.

Malgré ces recherches, l'épreuve du salol est indiquée dans tous les traités comme un moyen d'étude des fonctions du pancréas, sans que d'ailleurs on y attache une importance capitale. Récemment encore, Arnozan écrit, tout en faisant d'expresses réserves, que l'épreuve du salol pourrait donner quelques indications sur l'existence d'une lésion pancréatique (1).

La valeur clinique de l'épreuve du salol est donc encore matière à discussion. Pour élucider cette question fort controversée, *nous avons étudié* in vitro *l'action sur le salol du pancréas, de la bile, des muqueuses gastrique et intestinale.* Nous avons constaté que ces organes et ces sécrétions, qu'elles proviennent de l'homme, du cobaye ou du lapin et pour quelques-uns du bœuf (bile, pancréas), *ont la propriété de dédoubler le salol,* ainsi que d'ailleurs le sérum du sang, le foie, la rate, les capsules surrénales, les reins, les poumons, le myocarde, les muscles striés, le cerveau (2). Leur activité est plus ou moins marquée.

Voici quelques chiffres obtenus en laissant en contact une certaine quantité d'organe avec 1 gramme de salol pendant 24 heures à l'étuve à 37°.

Avec 4 grammes d'estomac de cobaye et 2 grammes d'estomac de lapin, la quantité d'acide salicylique formée était de 10 milligrammes. 2 et 3 grammes d'intestin grêle de cobaye ont formé respectivement 10 milligrammes et 35 milligrammes d'acide salicylique; 2 grammes d'intestin grêle de lapin ont donné 9 milligr., 5, 4 grammes de gros intestin de cobaye ont produit 30 milligrammes d'acide salicylique. 5 centimètres cubes de bile de bœuf ont donné des quantités d'acide salicylique variant de 3 milligr., 5 à 6 milligr., 6. 1 gramme de pancréas d'enfant recueilli immédiatement après la mort et mélangé avec 0 gr. 50 de salol a produit 17 milligr., 5 d'acide salicylique. Avec 1 gramme de pancréatine du commerce, mise en contact de 1 gramme de salol, la dose d'acide salicylique formée était de 8 milligr., 6. Par contre, la pepsine, soit pure, soit en présence d'acide chlorhydrique, n'a aucune influence sur le salol.

Après lavage prolongé à l'eau, l'action de ces organes sur le salol est amoindrie, mais persiste encore néanmoins dans de fortes proportions. Par exemple, 2 grammes d'intestin grêle mis en contact de 1 gramme de salol ont donné avant lavage 9 gr. 50 d'acide salicylique et après lavage 8 gr. 50.

De toutes ces expériences, on peut conclure d'une façon définitive, *que la propriété de dédoubler le salol n'est pas limitée au seul pancréas, que la bile et toute la muqueuse digestive possèdent la même action.* Il est cependant vraisemblable que ce dédoublement ne se produit pas dans l'estomac, à cause de l'acidité du suc gastrique; il ne se fait, en effet, qu'en milieu neutre ou alcalin, et une très faible acidité suffit pour l'empêcher. *En clinique donc, l'épreuve du salol n'a aucune valeur pour l'exploration des fonctions du pancréas.*

Au reste, d'autres causes d'erreurs peuvent venir s'ajouter aux précédentes, tout au moins chez le nourrisson, puisque, comme nous l'avons montré, le salol est dédoublé par le lait de femme et le lait d'ânesse (3).

1. ARNOZAN, Article *Pancréas*, in *Traité de pathologie générale de Bouchard*, t. V, 1901, p. 102.
2. NOBÉCOURT et PROSPER MERKLEN, Présence d'un ferment dédoublant le salol dans les organes de l'homme et de divers animaux, ainsi que dans le lait de femme et de chienne (*Soc. de biol.*, 9 février 1901).
3. NOBÉCOURT et PROSPER MERKLEN, Un ferment de lait de femme et de lait d'ânesse (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1901.)

Quant aux microbes dont le rôle a été invoqué, ils n'ont pas d'action sur le salol, tout au moins le colibacille, le bacille typhique, le proteus, comme nous avons pu nous en assurer; il en est de même pour la levure de bière.

Le dédoublement du salol, comme celui de tous les éthers organiques, se fait par hydratation; dans l'organisme, cette hydratation est produite par un ferment. Ce ferment, d'après Hanriot, est le même que celui qui saponifie les graisses; c'est la lipase (1). Avec le lait de femme, avec le sérum, avec le pancréas, nous avons vu, en effet, en opérant simultanément dans les mêmes conditions, que l'action du ferment sur le salol et la monobutyrine était superposable et se modifiait sous la même influence. Cette lipase n'est pas localisée dans le suc pancréatique, elle est diffuse dans tout l'organisme, et il serait étonnant que les organes digestifs fissent exception à cette règle.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 31 Mai 1901.

Déciduome malin.

M. Letulle présente un cas de déciduome malin (placentome). La tumeur s'est développée aux dépens de fragments de placenta retenus dans la cavité utérine. Le plasmode recouvrant les villosités placentaires, ayant envahi les cavités veineuses, s'est individualisé d'une façon méthodique; il donne naissance à d'énormes cellules cancéreuses qui s'infiltrent dans l'épaisseur des couches musculeuses de l'organe.

M. Durante fait remarquer que l'envahissement de l'utérus se fait généralement en pareil cas par les voies vasculaires. L'observation de M. Letulle est intéressante en ce qu'il existe une infiltration interstitielle des éléments néoplasiques.

M. Cornil croit que les cellules du plasmode sont beaucoup plus variables dans leurs caractères qu'on ne l'a dit. D'autre part, les tumeurs du genre de celle qui est présentée aujourd'hui sont tout à fait distinctes des cancers utérins ordinaires, tels que le sarcome de l'épithéliome.

Hémorrhagie cérébrale bilatérale.

M. Touche apporte le cerveau d'un malade qui présenta une hémiplégie droite avec déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite. L'hémorrhagie cérébrale est bilatérale, et c'est un foyer de l'hémisphère droit, de la région du thalamus, qui a causé la déviation.

Chez une autre malade qui avait une hémiplégie gauche avec hémi-anesthésie tactile et douloureuse et déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite, on trouva à l'autopsie un ramollissement cortical de l'hémisphère droit.

Macroscopie du thymus chez l'enfant.

M. Cruchet (de Bordeaux), se basant sur une statistique personnelle de 59 cas, recueillie dans le service de M. le professeur Moussous, présente des considérations générales sur la couleur, la consistance, la forme, les dimensions, le poids, la densité, la constitution macroscopique du thymus chez l'enfant; il pense que la confusion est facile à faire entre les lobes thymiques aberrants et les ganglions de voisinage, qui sont nombreux et souvent volumineux en cette région; il insiste, en terminant,

1. HANRIOT, Sur un nouveau ferment du sang (*Soc. de biol.*, 14 novembre 1896, et communications ultérieures).

sur les rapports de la glande, et en particulier sur ceux de son extrémité supérieure (corne thymique supérieure gauche principalement).

Corps étrangers de la vessie.

M. Abadie (de Montpellier) envoie l'observation de deux malades qui s'étaient introduit dans la vessie, l'une une canule d'irrigateur, l'autre un tendon de porc de 11 centimètres de longueur. Des phénomènes de cystite obligèrent les malades à entrer dans le service de M. le professeur Forgue, où on pratiqua la taille hypogastrique.

Hernie inguinale par éraillure.

M. Abadie envoie l'observation et le dessin d'un cas de hernie inguinale « par éraillure ». Il s'agit d'un jeune soldat qui, à la suite d'une marche d'épreuve, s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur dans la région inguinale gauche. Une incision permit de reconnaître qu'il existait sur l'aponévrose du fond oblique, au-dessus de l'anneau inguinal externe, un orifice quadrangulaire par lequel sortait la hernie. Celle-ci était issue de l'abdomen par l'orifice interne du canal inguinal; mais, au lieu de suivre son trajet, avait franchi sa paroi antérieure, grâce à l'existence d'une éraillure de l'aponévrose.

Ectopie de la vessie.

M. Morestin présente un cas d'ectopie de la vessie dans la fosse iliaque droite. Le sujet avait en outre une ectopie du testicule droit; cet organe se trouvait derrière la paroi abdominale; la vésicule séminale correspondante, très atrophiée, était horizontalement placée contre la partie droite du bassin.

Autoplastie pour cancer de la joue.

M. Morestin apporte les pièces d'un cancer de la joue qu'il a opéré à plusieurs reprises, et qui a succombé à la récidive; il met en relief le bon résultat opératoire fourni par le procédé d'autoplastie qu'il a mis en œuvre dans le cas actuel.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 mai 1901.

Sur la formation de l'urée par l'oxydation de l'albumine à l'aide du persulfate d'ammoniaque.

M. L. Hugounenq. — La production d'urée par l'oxydation *in vitro* des matières protéiques fut annoncée pour la première fois par Béchamp, en 1856, et confirmée par les recherches de Hofmeister en 1896. Je viens d'établir que les persulfates alcalins, eux aussi, détruisent les albumines en donnant de l'urée.

Si, en effet, à de l'albumine dissoute dans l'eau qu'on maintient ammoniacale pendant toute la durée de l'opération, on ajoute peu à peu du persulfate d'ammoniaque, la température du liquide ayant été portée à 90° environ, on obtient, après évaporation et en traitant le résidu par l'alcool, une certaine quantité d'urée qui varie suivant les conditions de l'expérience, mais qui peut atteindre jusqu'à 5 p. 100 de l'albumine oxydée.

La formation de l'urée par oxydation *in vitro* des matières protéiques est donc un fait définitivement acquis et, semble-t-il, d'ordre général. Bien qu'on ne puisse pas conclure des actions brutales de nos réactifs à la biochimie cellulaire, il est bien difficile de ne pas attribuer à l'oxydation une part dans la genèse nitro-organique de l'urée. Sans doute, il est démontré aujourd'hui, depuis les travaux de M. Armand Gautier, que l'hydrolyse des matières protéiques est un facteur de l'uréopoïèse, mais la production si facile de l'urée par l'oxydation des albumines et, d'un autre côté, l'importance des procès oxydants dans l'économie autorisent à penser aussi qu'une fraction non négligeable de l'urée physiologique doit son origine à l'action de l'oxygène sur les albumines des aliments et des tissus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 Juin 1901.

Epidémie de tétanos.

M. Reynier communique l'observation d'un homme de 24 ans opéré de hernie inguinale par un interne avec toutes les conditions désirables d'antisepsie. Suites parfaites, quand, le 10e jour, apparaît du trismus. Le malade est isolé; injection de sérum antitétanique; lavement avec chloral, 10 à 12 grammes. Malgré ce traitement le malade est mort au bout de 5 jours.

Il y a plus de 6 ans qu'un cas de tétanos n'avait été observé dans le service de M. Reynier, à Lariboisière, dont les salles avaient été repeintes depuis cette époque. Il est donc difficile d'expliquer l'apparition du tétanos d'autant que jusqu'à la fin la plaie est demeurée aseptique.

Dans la salle des femmes, séparée du service des hommes par le jardin, était une opérée de salpingite, que M. Bouglé, qui avait pratiqué cette intervention, était seul à panser. Elle avait une fistule se fermant lentement, quand, quatre jours après la mort de ce premier malade, elle fut prise, à son tour, de trismus, et les autres symptômes du tétanos ne tardèrent pas à se montrer. Même traitement que dans le cas précédent; mort 8 jours après le début des accidents.

M. Reynier tient à insister sur ce point que son interne de la salle des hommes n'est jamais entré dans le service des femmes, qui n'a rien de commun avec celui des hommes.

Quelques temps après, M. Bouglé pratiquait chez un jardinier de 38 ans la cure de la hernie inguinale. Sous l'impression de la mort de ces deux personnes, il fit à son opéré une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Malgré cette précaution, le tétanos survint, et le malade, isolé, fut soumis au même traitement que les précédents, Les choses étaient loin d'aller bien quand, le 4e jour, M. Lancereaux apprit à M. Reynier qu'il avait obtenu des guérisons en employant le chloral, non plus à la dose de 10 à 12 grammes, mais à celle de 20 grammes. M. Reynier prescrivit immédiatement cette dose en lavement; le mieux se montra. Encouragé par cette constatation, il soumit pendant dix jours le malade aux 20 grammes de chloral, tout en continuant l'injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Le 10e jour de ce traitement, les accidents diminuèrent assez pour permettre de diminuer progressivement la quantité de chloral et, au bout de 40 jours, le malade était complètement guéri.

En somme, chez ces trois personnes ayant été opérées dans un service aseptique. M. Reynier ne voit comme porte d'entrée possible que le catgut. Il croit devoir insister sur ce que l'injection préventive de sérum antitétanique n'a pas empêché, chez le 3e malade, l'éclosion du tétanos. Enfin il pense que l'on prescrit le chloral à doses trop petites et qu'il ne faut pas craindre de donner 20 grammes de ce médicament, à condition de bien surveiller le patient.

De ces trois faits, M. Reynier rapproche un cas de tétanos qui lui a été envoyé par son ancien élève, M. Mausot, médecin militaire actuellement à Nossi-Bé, où cette affection est commune, bien qu'il n'y ait pas de chevaux dans cette île.

Il s'agit d'un légionnaire entré à l'hôpital pour paludisme. Il y a quelques années, cet homme, étant matelot, était tombé sur le pont et avait été blessé légèrement à la région temporale par un éclat de bois. Depuis, chaque année, il présentait plusieurs atteintes légères de trismus pendant lesquelles il se contentait, pour tout traitement, de se mettre à la diète liquide. Cependant, cette affection avait été, à trois ou quatre reprises, assez prononcée pour nécessiter son entrée à l'hôpital.

M. Mausot pratiqua, à la fesse, une injection de quinine avec toutes les précautions antiseptiques d'usage. Les jours suivants, la région devint douloureuse et dure; puis apparut le trismus, et le tétanos emporta rapidement le malade.

L'autopsie fut négative en tant que lésions, soit dans la région temporale, soit au niveau de la piqûre.

L'auteur rappelle que dans les pays à tétanos, cette maladie se montre plus souvent après les injections de quinine qu'après les autres injections, notamment celles de morphine.

M. Quénu ne croit pas que la contagion du tétanos puisse avoir lieu, si l'isolement des tétaniques est rigoureux.

Quant aux accidents dont le catgut peut être le point de départ, on peut les éviter en s'astreignant à stériliser soi-même son catgut.

M. Delbet reçut il y a deux mois, dans son service, un jeune homme atteint de tétanos sans porte d'entrée apparente, mais à allures modérées. Il pria M. Borel de voir cet homme. Il conclut à la nécessité de l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. Elle fut pratiquée. Immédiatement les accidents prirent une allure grave et rapide, et la mort survint le lendemain matin.

M. Delbet reçut un autre cas de tétanos. Il lui fut impossible de l'isoler, et cependant il ne s'est pas produit de contagion.

M. Brun cite le cas d'un enfant qui, à la suite d'une plaie de l'index, est atteint de tétanos qui paraît plutôt bénin. Traitement par l'isolement et le chloral. L'interne du service, qui avait vu pratiquer l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique, entraîne son chef de service à faire faire cette opération. Immédiatement élévation de température, et le lendemain matin le petit malade était mort.

M. Monod, qui n'avait plus vu de tétanos depuis 10 ans, a observé un cas de cette affection chez une femme opérée de salpingite. Dans le service voisin de la salle d'opérations, il y avait un cas de tétanos; la surveillante de ce service s'était mariée et la malade de M. Monod avait été à la noce.

M. Bazy fait remarquer que les bons résultats des injections préventives de sérum antitétanique sont bien connus, mais les malades qui suppurent doivent être injectés à diverses reprises. Deux blessés, qui n'ont pas été soumis à cette pratique, ont été atteints de tétanos.

Pour sa part, M. Bazy n'a jamais vu la contagion.

Dans un cas où on avait diminué la dose de chloral parce qu'on injectait du sérum antitétanique, les accidents reprirent immédiatement.

En somme, nous avons, pour combattre le tétanos, de vieux moyens qui ont fait leur preuve; il ne faut pas les abandonner.

Néphrectomie.

M. Albarran présente une femme chez laquelle il a pratiqué la néphrectomie lombaire pour un kyste hydatique. Le rein ne formait plus qu'une coque. M. Albarran ne se résout à cette opération radicale que quand le rein ne vaut plus rien. Autrement il donne la préférence aux opérations économiques.

Coxo-tuberculose.

M. Morestin a pratiqué la désarticulation de la hanche avec résection du cotyle et des parties voisines de l'os iliaque, chez un individu hospitalisé depuis 20 ans pour tuberculose de l'articulation coxo-fémorale. Très beau résultat.

Fractures para-médianes du crâne.

M. Quénu désigne sous ce nom les fractures de la base du crâne qui, tout en atteignant le rocher, respectent l'oreille moyenne; elles s'accompagnent de la symptomatologie suivante : chute sur l'occiput, affirmée par une plaie ou une contusion; saignement par le nez ou la bouche, mais pas d'otorrhagie; état grave du malade. Il y a là un ensemble assez caractéristique pour faire le diagnostic anatomique auquel on ne songe pas d'habitude.

M. Lejars a opéré un malade qui doit être atteint de cette lésion. Il est entré samedi dans le service de M. Le Gendre pour des troubles cérébraux assez vagues. Une enquête a appris qu'il avait fait une chute en arrière, à la suite de laquelle il a saigné par le nez et par l'oreille, et est demeuré dans un état de demi-obnubilation. Le lendemain il y avait du vertige cérébelleux; la température s'est élevée à 39°. La trépanation, décidée, a été faite ce matin. En incisant au niveau de la petite plaie, on a trouvé une fissure descendant jusqu'à la crête occipitale inférieure. La trépanation a porté dans la fosse occipitale; le lobe du cervelet, infiltré de sang, était réduit en bouillie. La situation semblée laisser peu de chances de survie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 Juin 1901.

Cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les maladies mentales.

MM. Séglas et **Nageotte** ont examiné le liquide cérébro-spinale chez 7 malades atteints de démence précoce, et constaté qu'il n'y avait pas de lymphocytose. De même, un alcoolique chronique avec affaiblissement intellectuel, idées ambitieuses et attaques épileptiformes, a présenté un liquide normal. Enfin, un syphilitique de 36 ans qui avait eu, 55 jours auparavant, une première attaque épileptiforme, n'a pas non plus présenté de lymphocytose.

Au contraire, chez 5 malades chez qui, avant la ponction, la paralysie générale était certaine ou probable, il existait une lymphocytose très accentuée.

M. Joffroy. — Le point intéressant, au point de vue pratique, est de savoir si la présence des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien se manifeste d'une façon précoce chez les paralytiques généraux. Dans les asiles, on n'a guère que des malades chez qui l'affection évolue depuis des mois. Dans un cas cependant, M. Joffroy a pu constater la lymphocytose au début même de l'affection, avant qu'aucun trouble oculaire, aucun trouble de la parole ait pu faire faire le diagnostic.

MM. E. Dupré et **E. Devaux** ont pratiqué la ponction lombaire chez 8 malades dans l'idée d'apporter au diagnostic, et peut-être au traitement, de quelques maladies mentales, l'intéressant appoint de l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Chez deux paralytiques généraux, le résultat a été positif; il existait une riche lymphocytose, comme l'ont indiqué Widal et ses élèves. Les six autres cas concernent une démence sénile, une démence précoce et trois cas de mélancolie délirante; ils ont tous donné un résultat cyto-diagnostic négatif.

Ces recherches démontrent le grand intérêt, signalé par Widal, de l'examen cyto-diagnostique céphalo-rachidien, dans les cas où le diagnostic peut hésiter entre une encéphalopathie organique avec participation des méninges, comme la paralysie générale, et diverses encéphalopathies, organiques ou non, mais sans lésions méningées, et les affections vésaniques jusqu'ici sans substratum anatomique connu.

M. Hirtz a eu l'occasion de pratiquer la ponction lombaire chez un malade qui présentait, depuis un mois seulement, des troubles cérébraux caractérisés par des idées de grandeur, et pas autre chose, aucun trouble somatique. Le cyto-diagnostic a permis d'affirmer la paralysie générale.

M. Nageotte. — On n'observe jamais, à la suite de ponction lombaire, d'accidents graves, mais parfois elle a néanmoins quelques inconvénients pour le malade. Dans quelques cas, on a observé des tendances au vertige, de la céphalalgie; dans un seul cas des vomissements avec céphalalgie et vertiges qui ont persisté trois jours. Mais jamais ces incidents n'ont présenté une gravité réelle.

M. Joffroy a observé dans quelques cas ces inconvénients légers sur 50 ou 60 ponctions lombaires qu'il a faites. Peut-être les vertiges sont-ils en rapport avec la quantité de liquide enlevée, mais la céphalalgie et la rachialgie ont paru relever de ce mécanisme et tiennent sans doute à quelque faute de technique.

M. Nageotte a cru constater que les accidents s'observent surtout dans les cas où le liquide est peu abondant, et où le cyto-diagnostic est négatif.

M. Widal fait remarquer que d'une façon générale, il vaut mieux ne pas enlever plus de 3, 4, 5, ou au plus 6 centimètres cubes. Pour éviter les inconvénients possibles, il faut

recommander aux malades de rester couchés après la ponction, la tête basse, et ne pas se lever dans le restant de la journée. Il importe d'employer des aiguilles fines, comme l'a montré Sicard; il faut qu'elles soient très pointues afin de ne pas faire à la dure-mère une large blessure qui, une fois l'aiguille retirée, pourrait laisser écouler le liquide céphalo-rachidien au dehors. Avec ces précautions, M. Widal a bien observé parfois quelques nausées, mais, dans la très grande majorité des cas, rien du tout.

M. Widal croit que la moindre lésion chronique des méninges peut amener le symptôme lymphocytose. Mais on peut observer les symptômes cliniques du mémingisme Dupré sans lymphocytose, comme M. Widal a pu s'en convaincre récemment dans un cas de fièvre typhoïde avec méningisme très caractérisé. Le résultat négatif du cyto-diagnostic montre, en pareille occurence, qu'il ne s'agit que d'un trouble fonctionnel sans atteinte de la séreuse méningée, comme l'indique bien d'ailleurs le mot méningisme.

Sur les septicémies staphylococciques.

M. Etienne (de Nancy). — On a décrit des septicémies à staphylocoques, avec localisations multiples de l'infection, abcès sous-cutanés, pleurésies purulentes, méningites suppurées, etc. A côté de ces faits, il importe de décrire des infections généralisées dues au staphylocoque, où l'infection reste une infection générale, sans localisation, sans suppuration nulle part et qu'on peut rapprocher de certaines septicémies à streptocoques à point de départ puerpéral, qui peuvent évoluer, elles aussi, sans localisation. C'est aux infections de cette forme qu'il convient de réserver le nom de septicémies à type général.

Les septicémies staphylococciques du type général peuvent se présenter sous des formes à évolution variable, et on peut distinguer une forme suraiguë, une forme rapide et une forme prolongée.

Voici un type de la première de ces formes : une jeune femme, dans la convalescence d'une angine, est prise subitement de fièvre vive, de sueurs profuses, d'abattement extrême. L'état général devient rapidement grave, et déjà, au bout de quelques jours, l'amaigrissement est considérable. On ne trouve, à l'examen, aucun autre signe que les manifestations habituelles des grands états infectieux. La gravité s'accuse de plus en plus, et aboutit rapidement à la mort.

A l'autopsie, on ne trouve rien que les lésions banales des grandes infections; mais le sang, pris par piqûre du cœur peu de temps après la mort, fourmille de staphylocoques, et on en retrouve à l'examen histologique dans les tissus. Il s'agit donc de septicémie foudroyante à staphylocoques dont l'angine a vraisemblablement été le point de départ.

Dans la forme rapide, c'est le même tableau, mais se déroulant avec une moins grande rapidité, et pouvant quelquefois aboutir à la guérison.

Dans la forme prolongée, l'état infectieux se prolonge parfois plusieurs mois; on note des alternatives d'amélioration et d'aggravation, des phases d'hypothermie alternant avec les phases d'hyperthermie. Le malade peut guérir, mais la convalescence est toujours lente, car l'amaigrissement est considérable et l'affaiblissement intense.

Quelle que soit la durée, un certain nombre de particularités caractérisent ces septicémies à type général. C'est l'adynamie profonde dès le début; au deuxième, troisième jour, le malade est aussi abattu qu'un typhique au second septenaire; le facies est profondément altéré, les yeux excavés, exprimant la torpeur ou l'angoisse; la peau est sèche ou couverte de sueur fétide; rarement l'abattement fait place à des phases d'excitation; l'examen viscéral reste négatif, sauf une grosse rate et un peu d'albumine. En peu de jours l'amaigrissement est assez grand pour donner au malade l'aspect d'un phthisique à la période de marasme.

Ces caractères sont communs aux septicémies à type général streptococcique ou staphylococcique. Aucun symptôme clinique ne permet de différencier les deux infections. L'étiologie peut donner des renseignements précieux. Une angine, un furoncle, un abcès, un foyer d'ostéomyélite, une suppuration mammaire peuvent être le point de départ du mal. Dans la généralité des cas, l'examen bactériologique du sang permet seul de poser le diagnostic de la nature de l'infection.

Pseudomyxœdème et dystrophie orchidienne.

M. Dalché présente un homme qui est entré à l'hôpital Tenon se plaignant de faiblesse très accentuée et de douleurs dans les membres inférieurs. Il avait sur tout le corps une infiltration sous-cutanée simulant un léger œdème généralisé. Les poils étaient rares; les organes génitaux très petits; cet homme racontait que sa puissance génitale était très diminuée; il urinait 3 à 4 litres, sans que l'analyse des urines ait rien montré d'anormal. L'aspect du malaise rappelait à première vue le myxœdème; sa nonchalance, son apathie, la lenteur de son intelligence et de ses mouvements étaient pour confirmer ce diagnostic.

Cet homme a eu un chancre à l'âge de 20 ans; il a commencé à être malade à 30 ans, la faiblesse, l'apathie se sont accentuées peu à peu, et l'œdème est de même apparu progressivement. M. Dalché a donné d'abord un traitement antisyphilitique; l'effet du traitement ne lui a pas paru considérable, puis il a donné, à ce malade, de l'orchitine, et c'est à partir de ce moment que l'amélioration s'est très accentuée; le malade a repris aujourd'hui à peu près l'aspect normal; la polyurie a, toutefois, persisté; mais la vigueur et l'aptitude au travail sont revenues.

M. Dalché pense que cet homme a été atteint de pseudo-myxœdème, vraisemblablement syphilitique. Le point intéressant est l'amélioration qu'a nettement produite l'administration de l'orchitine; cela laisse à penser que la dystrophie orchidienne relevée chez cet homme était pour quelque chose dans son état. Le début tardif de l'affection montre qu'il s'agit d'un état acquis et nullement de myxœdème congénital.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séances des 15 et 22 Mai 1901.

Sténose pylorique cicatricielle.

M. Violet présente une malade opérée par M. Jaboulay, le 22 avril dernier. Cette malade lui fut envoyée, par M. Bouveret, avec le diagnostic de sténose du pylore d'origine cicatricielle.

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, ne présentant, dans ses antécédents, qu'une fièvre typhoïde à 5 ans, de la chloro-anémie à 15 ans. Depuis 3 ans, quelques phénomènes d'hyperchlorhydrie (crampes d'estomac 2 ou 3 heures après l'ingestion des aliments; renvois acides), jamais d'hématémèses ni de mélæna. Jamais de douleurs très vives. Depuis 8 mois, la malade vomit, vomissements copieux renfermant des aliments de la veille et de l'avant-veille, ne se produisant guère que tous les 3 ou 4 jours. La malade ne pouvant supporter le lait, et ayant maigri de 13 kilogrammes dans l'espace de ces 8 mois, accepta facilement une intervention chirurgicale.

A l'entrée, on constate un estomac énorme, descendant jusqu'à 3 centimètres au-dessus du pubis, clapotage. Le phénomène de l'ondulation épigastrique est des plus nets. L'exploration de la région pylorique est négative.

L'intervention démontra la justesse du diagnostic de M. Bouveret.

Il existait une striction très marquée du pylore, présentant extérieurement l'aspect d'un véritable anneau fibreux, large d'un centimètre seulement, au-dessus et au-dessous duquel les parois du tube digestif avaient leur consistance et leur aspect normal. Comme obstacle pylorique, c'était le cas-type relevant de la pyloroplastie. Etant donné le bon état du muscle stomacal, c'est à cette opération que se décida M. Jaboulay, quelqu'énorme que fût la dilatation de l'estomac. Durée de l'opération : 5 minutes, suites opératoires simples. Actuellement, la malade va bien, s'alimente, ne vomit plus et a engraissé de 1 kilo 500.

La sténose récidivera-t-elle? L'auteur ne le croit pas, étant

donné d'un côté l'extinction de l'ulcère et de son processus cicatriciel et, de l'autre, la longueur de l'incision.

Les cas de pyloroplastie ne se comptent plus.

M. Jaboulay, pour sa part, en a pratiqué une dizaine. Rappelons, pour mémoire, le dernier cas qui fut présenté (juin 1899), par MM. Leclerc et Villard.

Nouveau signe de la pneumonie infantile.

M. Weill poursuit depuis plusieurs mois la recherche d'un signe qu'il a observé dans la pneumonie infantile et qui est à peu près constant : c'est le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade. Ce signe a été recherché dans toutes les affections des voies respiratoires, et il n'existe que dans la pneumonie. Dans la pleurésie et le pneumothorax, l'expansion peut manquer du côté malade, mais elle embrasse tout le côté, et est en rapport immédiat avec le siège de l'épanchement. Elle fera défaut à la base ou, si l'épanchement est étendu, dans tout le côté malade.

Au contraire, dans la pneumonie, le siège du défaut d'expansion est limité à la région sous-claviculaire, même et surtout quand la pneumonie siège à la base. C'est un signe précoce, qui se montre dès les premiers jours et qui dure souvent au delà du terme même de la maladie.

La précocité de ce signe lui donne une très grande valeur, car il arrive souvent que les signes physiques font défaut jusqu'aux 5e, 6e et 7e jours, dans cette forme que M. Weill a désignée, dans son livre, sous le nom très expressif de pneumonie centrifuge.

On sait bien qu'au début, on peut penser, dans les cas de pneumonie infantile, à toutes sortes d'affections.

Une des plus communes est l'appendicite et, dans un cas de ce genre envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite, fait par un médecin de la ville, l'interne de garde et l'interne du service, M. Weill, en découvrant le malade et à la seule inspection des régions sous-claviculaires, put affirmer la pneumonie qui s'est vérifiée dans la suite.

M. Weill a pu, de la même façon, affirmer d'emblée la pneumonie, dans des états qualifiés de méningite, de fièvre typhoïde, de grippe.

Ce signe est d'une constatation très facile. Il suffit de découvrir le malade placé dans la position dorsale, d'attendre que l'agitation qui accompagne les premiers moments de l'examen soit passée, que la respiration se soit régularisée pour apprécier la différence d'expansion des deux côtés.

Il ne faut pas confondre le soulèvement par en haut de la clavicule avec l'expansion. En plaçant la face palmaire des doigts alternativement des deux côtés, on voit très bien que, du côté sain, la main est soulevée comme par une vague, tandis que, du côté malade, la main est entraînée de bas en haut comme par un courant. Avec l'expérience du stylet, le phénomène est encore plus appréciable.

Kystes gazeux de l'intestin.

M. Tolot communique l'observation d'un malade de 52 ans opéré par M. Jaboulay.

L'affection actuelle a débuté, il y a 7 ans, par des douleurs au niveau de l'estomac. L'appétit était conservé; il n'existait aucun phénomène immédiatement après les repas; mais, 6 heures après, survenait une douleur très vive, siégeant au creux épigastrique, avec répercussion entre les épaules, douleur qui durait souvent une partie de la nuit et ne cessait, en général, que par la provocation de vomissements. C'étaient toujours des vomissements alimentaires; jamais d'hématémèses.

Au bout de 2 ans les vomissements devinrent plus fréquents; ils se reproduisaient tous les jours et toutes les nuits, mais toujours plusieurs heures après le repas. Le malade se fit alors des lavages de l'estomac et les continua, pendant 5 ans, jusqu'à ces jours derniers. Ces lavages, faits 2 fois par jour, l'ont beaucoup soulagé. Il y a 1 an, il avait pris 6 à 7 kilos; l'appétit était bon; les vomissements spontanés rares.

Depuis 3-4 mois, l'appétit a disparu, de l'amaigrissement est survenu; les vomissements n'ont pas été plus fréquents. Constipation habituelle, accentuée depuis ces 7 années.

Le ventre est un peu ballonné. Par la palpation, on ne sent pas de tumeur. On perçoit seulement un peu d'induration au niveau du pylore et quelques petites boules, roulant sous le doigt, qui occupent les fosses iliaques et qui ont été prises pour des ganglions.

Le 4 mai 1901, M. Jaboulay pratique la laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac, attiré au dehors, présente un épaississement du pylore appréciable à la palpation; il est, de plus, notablement dilaté, comme l'examen clinique nous l'avait déjà révélé.

Mais, de plus, on est frappé par l'existence d'une grande quantité de kystes occupant la surface péritonéale de l'intestin grêle; plusieurs anses de ce dernier, attirées hors de la plaie abdominale, s'en montrent comme tapissées. Ces kystes sont de grosseur variable, oscillant entre le volume d'une groseille et celui d'une graine de raisin; ils sont transparents et paraissent siéger sous la séreuse.

Le côlon transverse ne présentait pas de kystes; par contre, on en apercevait plusieurs, quelques-uns pédiculés, sur la face inférieure du diaphragme. Il n'y avait aucune adhérence des organes ni entre eux, ni avec la paroi.

M. Jaboulay fit alors de la dilatation digitale du pylore, après invagination de la paroi duodénale et referma l'abdomen.

La réunion se fit par première intention.

Aujourd'hui, l'amélioration est manifeste; le malade, qui devait auparavant se faire des lavages de l'estomac 2 fois par jour, ne s'est fait qu'un seul lavage depuis son opération; il a repris son alimentation habituelle et, malgré un peu de pesanteur gastrique après les repas, digère à peu près normalement, il n'a pas eu un seul vomissement depuis son opération. L'abdomen est moins ballonné; l'induration perçue au niveau du pylore n'existe plus. Il semble, en un mot, que la simple mise à l'air des masses kystiques, aidée aussi de la dilatation digitale du pylore, ait suffi à amener une amélioration manifeste des symptômes présentés par le malade.

Ce malade semble présenter les plus grandes analogies avec un cas présenté récemment par M. Vallas.

M. Vallas dit que le malade observé par lui était entré pour des phénomènes péritonéaux aigus. On lui fit une laparotomie et, après avoir vérifié l'intégrité de l'appendice et de l'estomac, on lui fit un drainage du péritoine. Le malade ne tarda pas à succomber à des phénomènes d'occlusion. Ce fut à l'autopsie qu'on trouva, sur toute l'étendue de l'intestin, quantité de kystes gazeux. Il s'agissait, en réalité, d'un emphysème sous-séreux, péritonéal et intestinal. Ces boules d'emphysème étaient de volume variable; les unes avaient les dimensions d'une tête d'épingle, d'autres celles d'une bonne noix. En appuyant sur ces prétendus kystes, on ne les faisait pas disparaître, ils ne communiquaient donc pas avec l'intestin. Dans la pièce que M. Vallas a montrée et qu'il conserve encore, les kystes ont parfaitement gardé leur forme.

Il existe également, sur cette pièce, des kystes qui font saillie du côté de la muqueuse, dans la cavité de l'intestin, c'est à eux qu'il faut rapporter les phénomènes d'occlusion dont est mort le malade.

Cette affection serait assez fréquente chez le porc. Chez l'homme elle est plutôt rare. On en trouve, pourtant, quelques cas relatés dans la littérature médicale, surtout en Allemagne. Dans toutes les observations relatées, les malades ont présenté des phénomènes d'occlusion intestinale.

Quant à la relation qui peut exister entre les kystes gazeux du porc et les kystes gazeux de l'intestin de l'homme, elle n'est pas encore établie.

Intoxication par l'oxy-cyanure de mercure.

M. Dor (père) rappelle que M. Lépine a publié, il y a 15 jours, l'observation d'un malade qui a guéri, après avoir absorbé 15 grammes de liqueur de Fowler.

Pour sa part, M. Dor a vu un jeune homme guéri après avoir absorbé 1 gramme d'oxy-cyanure de mercure qu'il avala, croyant prendre une prise d'antipyrine. Fort heureusement pour lui, il sortait de faire un repas copieux. Immédiatement il vomit; on le bourra d'eau albumineuse et, en 24 heures, l'imprudent était sur pied.

M. Soulier. — Il faut bien savoir que l'estomac absorbe aussi peu que possible. S'il était possible d'empêcher le poison de franchir le pylore, on aurait de grandes chances d'éviter l'intoxication, à moins qu'on ait affaire à des substances corrosives brûlant ou cautérisant la muqueuse stomacale.

SOCIETÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séances des 13 et 20 Mai 1901.

Tumeur du nerf auditif.

M. Lépine présente le cerveau d'une malade décédée dans son service il y a quelques jours.

Il s'agit d'une femme âgée de 47 ans, originaire de Saint-Etienne. Il y a 2 ans, elle fut prise subitement, en pleine santé, de céphalées nocturnes atroces, purement nocturnes, puis de bourdonnements dans l'oreille gauche et de surdité.

Il y a un an, à ces symptômes se sont joints de l'amaurose de l'œil droit, des vomissements, des vertiges et des attaques épileptiformes.

Entrée dans le service de M. le professeur Lépine, il y a quelques jours, elle présentait de l'amaurose bilatérale, de la surdité complète, des céphalées épouvantables, et des attaques épileptiformes. Elle ne tardait pas à succomber au bout de 5 à 6 jours au cours d'une attaque épileptiforme.

A l'autopsie on a trouvé, au niveau du lobe gauche du cervelet occupant la base du crâne, une tumeur sous-dure-mérienne née dans le rocher. Il s'agissait donc d'une tumeur du nerf acoustique, quel que soit, d'ailleurs, le point d'origine véritable de ce genre de tumeur encore discuté aujourd'hui et dont un mémoire récent a réuni une douzaine de cas.

Cette malade présentait en même temps un double décollement rétinien, constaté par M. Dor du vivant de la malade.

Emploi de l'eau oxygénée pour le décollement des drainages à la Mikulicz.

M. Poncet désire appeler l'attention de la Société sur une propriété particulière de l'eau oxygénée qui peut rendre de grands services en chirurgie.

Tout le monde connaît le drainage de la cavité abdominale par le procédé de Mikulicz. Ce procédé offre de précieux avantages, mais il présente aussi quelques inconvénients; le principal est de contracter rapidement des adhérences avec le péritoine viscéral et le péritoine pariétal. Au bout de peu de jours, on éprouve quelquefois les plus grandes difficultés pour l'enlever; on est obligé de tirer assez fort sur les mèches de gaze, et parfois on décolle de la sorte des adhérences protectrices ou on déchire l'intestin.

Un procédé très simple et très commode, pour enlever facilement ce genre de pansement et le décoller sans effort des parois où il adhère, est de l'arroser avec du peroxyde d'hydrogène. Ce procédé a été communiqué par Mikulicz lui-même, et M. Poncet, qui a eu l'occasion de l'employer plusieurs fois, s'en est bien trouvé.

Méningite à méningocoques.

M. Bernard rapporte l'histoire d'un sous-officier envoyé à l'hôpital militaire avec le diagnostic de méningite. Il souffre violemment de la tête depuis quelques jours; il a des vomissements, présente très nettement le signe de Kernig : il a de la paralysie de la 6° paire. Cette paralysie partielle fit penser à la syphilis, d'autant plus que le malade accusait une écorchure de la verge, antérieure de quelques mois. On lui donne 4 milligrammes de biiodure de mercure et 8 grammes d'iodure de potassium par jour. Malgré le traitement, la maladie continue à évoluer : la 3° paire, puis la 7°, puis l'hypoglosse sont pris successivement. Le malade meurt avec une hémiplégie bien caractérisée.

Au cours de sa maladie, M. Bernard lui fit trois ponctions lombaires qui, chaque fois, ont donné un liquide séreux opalescent, très riche en polynucléaires. La première ponction, au 5° jour, donna 35 grammes de liquide; la 2°, au 10° jour, donna 20 grammes; la 3°, au 14° jour, ne donna que 10 grammes de liquide.

Par centrifugation, on obtint un dépôt de pus crémeux, verdâtre. Les examens microscopiques, les cultures sur sérum et sur liquide céphalo-rachidien ont montré la présence du méningocoque.

A l'autopsie, on a trouvé de la méningite purulente de la région du cervelet et deux petits abcès sous-corticaux dans la région des centres moteurs. On n'a pas trouvé de pus dans le canal médullaire, mais un liquide légèrement gélatineux et trouble.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 24 mai 1901.

A propos de la désinfection du linge dans les maladies contagieuses.

M. Davezac rend compte de l'enquête qu'il a entreprise au sujet de la désinfection du linge des malades atteints d'affections contagieuses. A l'hospice Pellegrin, au temps des varioleux, on avait toujours soin de faire séjourner le linge des malades dans de l'eau froide suffisamment renouvelée avant de les soumettre à la désinfection. Cette pratique est générale dans tous les hôpitaux de la ville; la literie seule est mise à l'étuve directement.

A la blanchisserie de la Gironde, les linges tachés sont triés à l'arrivée et plongés dans des bassins contenant une substance antiseptiqne (sublimé), et envoyés ensuite à l'étuve. L'établissement rembourse les linges tachés.

A l'Usine municipale, on se contente d'asperger d'eau froide les linges souillés avant de les introduire dans la magnifique étuve. La désinfection à l'Usine municipale sera parfaite le jour où, au lieu de simples aspersions, on laissera préalablement tremper les linges dans de l'eau froide aseptisée avec un antiseptique ne coagulant pas les substances albuminoïdes.

Psoriasis et cacodylate de soude.

M. Davezac présente un malade qui, depuis 1 mois 1/2, est soumis au traitement par le cacodylate de soude; le médicament a été donné sans interruption et à doses progressives. Le malade en prend actuellement 15 centigrammes par jour. En même temps, comme traitement local, on n'a donné que des bains d'amidon. M. Davezac se félicite de l'amélioration obtenue et demande si un autre traitement eût pu permettre en un même temps d'obtenir une amélioration semblable.

M. Frèche pense cependant que les médications externes habituelles eussent donné un résultat aussi bon que le cacodylate de soude.

Les psoriasis évoluent d'une façon très variable. Certains cèdent rapidement à un traitement anodin, et Hallopeau en a présenté dernièrement un cas fortement amélioré par de simples attouchements avec de la traumaticine simple. En présence d'un psoriasis, lorsque les traitements locaux échouent, M. Frèche ordonne de l'arsenic à l'intérieur, mais il n'a jamais constaté une régressssion caractéristique au moment de l'adjonction de ce médicament.

Pleurésie purulente chez un enfant, traitée par le suc pulmonaire.

M. Rocaz rapporte l'histoire d'une fillette de 6 ans qui fut atteinte brusquement d'une pneumonie avec tous les symptômes classiques de cette affection, et qui, quelques jours après la chute habituelle de la fièvre, eut à nouveau une élévation de température suivie d'un épanchement pleural (pleurésie métapneumonique du sommet). La ponction permit de recueillir quelques gouttes d'un pus verdâtre, visqueux, celui des pleurésies pneumococciques. Quelques jours après, une ponction avec une grosse aiguille amène 290 grammes de pus. Les phé-

nomènes généraux devenant inquiétants, l'on pensa à pratiquer l'empyème, mais on fit simplement une nouvelle ponction. Le pus se reforma très rapidement. L'empyème fut donc décidé cette fois, mais retardé encore, un médecin ami de la famille, qui devait assister à l'opération, n'ayant pu s'y rendre en temps voulu.

En attendant, on institua le traitement par le suc pulmonaire. L'effet fut rapide et merveilleux. En quelques jours on put assister à la résorption de l'épanchement jusque-là si rebelle.

M. Rocaz, en présence de cet heureux résultat, conseille, tout au moins à titre d'adjuvant, l'emploi du suc pulmonaire dans les pleurésies purulentes des enfants, le plus souvent pneumococciques, et dans lesquelles, par conséquent, une intervention radicale ne s'impose pas dès le début.

M. Bordes rapporte un cas qu'il a déjà cité. Il s'agit d'un abcès du médiastin qui a guéri avec le suc pulmonaire. Il demande si ce traitement a été employé dans la pneumonie.

M. Rocaz ne sait pas si ce traitement a été appliqué dans la pneumonie, mais il cite un autre cas de pleurésie avec streptocoques où une fistule pleurale, remontant à un an, fut presque complètement fermée à la suite de cette médication. Sans exagérer la valeur du suc pulmonaire, les fistules pleurales pouvant spontanément se fermer également, on peut, cependant, admettre ici l'heureuse influence du suc pulmonaire.

M. Davezac, tout en se promettant d'appliquer à l'occasion le traitement qui a donné à M. Rocaz un résultat aussi favorable, ne s'explique pas très bien comment le suc pulmonaire peut combattre le pneumocoque qui vit si bien dans le poumon.

M. Mongour suivra le traitement indiqué par M. Rocaz, car il a rarement vu des succès à l'actif de l'empyème.

Quant à l'action du suc pulmonaire, elle peut s'expliquer ainsi : étant données les relations qui existent entre les lymphatiques de la paroi thoracique et du poumon, on peut admettre que le suc pulmonaire, augmentant la résistance du poumon, augmente aussi celle de la plèvre. Cette augmentation de résistance du côté de la plèvre est peut-être accompagnée d'une augmentation du pouvoir absorbant de cette séreuse. Les recherches de Castaigne ont démontré que le pouvoir absorbant était surtout diminué dans la pleurésie purulente à pneumocoques.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 22 Mai 1901.

Les cures d'amaigrissement.

M. Stadelmann cite le cas d'une femme de 32 ans qui fut amenée dans son service pour des accidents alcooliques (hallucinations, délire, névrite, etc.). Les troubles psychiques s'amendèrent bientôt, mais les symptômes de névrite (douleurs, paralysie, atrophie) persistèrent et forcèrent la patiente à un repos presque absolu. Au bout d'un an, cette femme fut transférée dans un service de chirurgie où on l'opéra d'un double pied bot varus équin; elle dut encore, après cette intervention, garder l'immobilité; l'appétit était très vif, si bien que la malade, qui pesait 140 livres au début de sa maladie, atteignit le poids de 145 kilos.

Elle fut alors soumise à un régime d'amaigrissement, caractérisé par une dose d'albuminoïdes à peu près normale, mais par une diminution notable des graisses et des hydrates de carbone; une ration ne fournissant que 1 500, voire même 1 200 calories, l'ayant fait engraisser encore, on dût s'en tenir à une alimentation produisant 1 000 calories seulement. Sous l'influence de ce régime, la perte de poids fut de 1 500 à 2 000 grammes par semaine; toutes les 6 semaines on faisait une pause durant laquelle l'alimentation était réglée de façon que la malade restât en équilibre de poids. Au bout d'un an, cette femme quitta le service ayant perdu 60 kilos.

En terminant sa communication, M. Stadelmann fait la critique des divers traitements de l'obésité. Il croit devoir employer les moyens adjuvants (préparations thyroïdiennes, bains chauds, massage, etc.) qui, s'ils ne produisent objectivement aucun effet, ont du moins une action subjective utile. La cure de Debove, commode pour le médecin, lui paraît trop rigoureuse pour que les patients s'y soumettent sans infractions. Le régime de Harvey-Banting, outre les troubles digestifs que la viande, qui en fait la base, provoque souvent, contient une quantité assez considérable de graisse qu'il est impossible de séparer des fibres musculaires. Quant au traitement de Oertel, qui vise surtout la diminution des boissons, il a été inspiré par les excès de bière fréquents à Munich, où son promoteur fit ses observations; mais il semble inutile de limiter la quantité de boisson, si celle-ci est de l'eau, et si l'alimentation est bien réglée.

En somme, c'est à une cure ne différant de celle d'Ebstein que par l'abaissement de la dose de graisse (32 grammes au lieu de 80 à 90, de façon à ne produire que 1 000 calories environ, et non de 1 300 à 1 500) que M. Stadelmann a recours.

Traitement des pyonéphroses graves.

M. F. Krause relate l'observation d'une femme de 40 ans qu'il a opérée avec succès pour une pyonéphrose grave. Il ne pouvait être question, dans ce cas, de conserver le rein, car il ne restait plus trace de parenchyme apte à fonctionner; aussi l'orateur se décida-t-il à faire l'extirpation de la glande rénale, intervention qui, facile au début, ne tarda pas à offrir de grandes difficultés. Après avoir pratiqué une incision allant du flanc jusqu'au voisinage de l'ombilic, M. Krause réséqua la 12e côte, enleva la capsule surrénale intimement soudée au péritoine et ouvrit ce dernier; il dut alors libérer le côlon descendant qui adhérait à la tumeur, ainsi que le pancréas, l'aorte et la veine cave. Bien que l'hémorrhagie eût été modérée, la malade présenta du collapsus, mais elle ne tarda pas à se rétablir complètement.

M. J. Israel estime, malgré ce succès, que la méthode suivie par M. Krause est pleine de dangers; pour lui, il emploie, dans les cas aussi graves, l'énucléation sous-capsulaire, qui permet d'éviter les complications résultant de la soudure de la tumeur avec les organes de voisinage. Quant à la résection de la 12e côte, il estime qu'on peut et doit s'en passer le plus souvent, car elle est susceptible de nuire et n'offre qu'une faible utilité.

Un cas de papillome du bassinet.

M. J. Israel communique un fait de papillome du bassinet, affection rare, puisque, sur 74 cas de tumeurs malignes du rein, l'orateur n'en a observé que 3 exemples. Ces néoplasmes ont une malignité toute particulière, soit qu'ils envahissent le parenchyme rénal, soit qu'ils se propagent à l'uretère et à la muqueuse vésicale; aussi y a-t-il lieu, quand on procède à leur extirpation, d'enlever en même temps l'uretère en son entier.

Au point de vue clinique, les papillomes du bassinet se caractérisent par leur tendance aux hémorrhagies; en outre, en portant obstacle au cours normal de l'urine, ils déterminent la production d'une hydro ou d'une hématonéphrose par rétention; cette coexistence d'hématuries et de symptômes de rétention, en présence des troubles de l'état général (asthénie, cachexie) communs à tous les néoplasmes malins, doit faire songer à l'existence d'une tumeur papillomateuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 20 mai 1901.

Diabète et accident.

M. Strauss précise quelques points relatifs aux rapports

existant entre la glycosurie alimentaire et le diabète, qui pour lui sont deux manifestations morbides de même nature. Il ne lui paraît même pas possible d'accepter l'opinion de M. Naunyn, pour qui il existerait une glycosurie *e saccharo* indépendante du diabète, et une glycosurie *ex amylo* liée à cette diathèse.

M. Strauss a fait 500 fois la recherche de la glycosurie alimentaire; il l'a trouvée 70 fois. De 9 individus prédisposés au diabète, un seul la présentait; l'épreuve fut positive chez 2 obèses sur 20, chez 4 goutteux sur 12, chez 4 basedowiens sur 24.

En ce qui concerne le rôle du traumatisme dans la production du diabète, M. Strauss estime qu'il faut faire intervenir l'existence d'une prédisposition, car en pareille occurrence on observe fréquemment une simple glycosurie transitoire et beaucoup plus rarement un vrai diabète; il est clair toutefois qu'il peut survenir un diabète traumatique chez un individu non prédisposé, si l'agent vulnérant a atteint un des organes qui président à l'assimilation du sucre.

M. Jastrowitz a administré des quantités considérables de substances amylacées et de sucre de canne à un certain nombre d'individus pour lesquels se posait la question d'une prédisposition au diabète. Or ce n'est que rarement qu'il a observé de la glycosurie, et chez aucun de ces sujets ne s'est développé plus tard un vrai diabète.

M. Hirschfeld attire l'attention sur l'importance, pour le diagnostic précoce du diabète pancréatique, de vives douleurs d'estomac pouvant survenir assez longtemps avant le début apparent de l'affection.

Il croit que, dans la production de la glycosurie consécutive à un traumatisme, le repos au lit nécessité par l'accident n'est pas sans influence; les recherches de Breul et les siennes propres montrent, en effet, l'influence de l'activité musculaire sur la destruction du sucre. Il reconnaît avec M. Jastrowitz qu'il faut attribuer aussi une importance considérable à l'élément psychique dans l'étiologie du diabète traumatique.

La valeur de la diazo-réaction et de la présence des éosinophiles dans les crachats chez les tuberculeux.

M. Stadelmann, au cours d'une communication sur la tuberculose, dit avoir fait dans 152 cas de tuberculose pulmonaire la recherche de la diazo-réaction d'Ehrlich; le résultat a été positif 55 fois. Chez des sujets gravement atteints, cette réaction disparut pour un certain temps, ou même fut toujours absente, tandis qu'on l'observa dans des formes plus bénignes. Ces faits montrent que non seulement la diazo-réaction n'a aucune valeur diagnostique, mais encore que ce n'est qu'avec réserve qu'on peut l'utiliser pour établir le pronostic.

D'autre part, l'orateur ne saurait partager l'opinion de M. Teichmüller qui considère comme un signe favorable l'abondance des éosinophiles dans l'expectoration, car M. Stadelmann a vu des malades chez lesquels ces éléments étaient particulièrement nombreux succomber rapidement, tandis que dans des cas de simple catarrhe du sommet les éosinophiles étaient rares.

REUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 mai 1901.

Modifications des reins après les opérations abdominales.

M. V. Brunn a eu l'occasion d'examiner les reins dans plusieurs cas de mort survenus après la laparotomie suivie ou non de péritonite. Les lésions rénales consistaient en une nécrose de l'épithélium des canaux contournés et de la branche ascendante des anses de Heulé.

Cette nécrose a été trouvée 10 fois sur 11 cas avec péritonite. Par contre, dans 8 autres cas sans péritonite, cette lésion ne fut trouvée que deux fois : une fois dans un cas de mort sous le chloroforme, une autre dans un cas de nécrose du pancréas. Jamais cette lésion n'a été rencontrée à l'autopsie d'autres malades, si ce n'est chez un malade ayant succombé au diabète.

Il est évident que cette nécrose de l'épithélium rénal n'est pas due au chloroforme et n'est pas le résultat d'une putréfaction *post mortem*, comme on a pu s'en convaincre dans des expériences faites pour élucider ce dernier point. D'un autre côté, on a pu constater que cette lésion est d'autant plus accentuée que la péritonite est plus accusée.

On peut donc en conclure que la lésion rénale est due à la péritonite.

Oblitération plastique de l'anus sacré.

M. Rotter. — Les résultats de l'extirpation du rectum sont fréquemment compromis par ce fait que la suture ne tient pas, grâce à l'apparition d'une gangrène très limitée. Cette gangrène est due à ce qu'au cours de l'opération on est obligé de décoller le rectum sur une grande hauteur, si bien que la nutrition de l'organe est fortement compromise.

Cette gangrène partielle, qui aboutit à la formation d'une fistule, est beaucoup plus fréquente en arrière qu'en avant, où le rectum trouve une sorte d'appui dans la vessie et la prostate. Pour fermer ces fistules de la paroi postérieure, M. Rotter a recours à un lambeau cutané à pédicule inférieur qui lui sert à doubler la fistule préalablement avivée et suturée. Ce procédé lui a donné de très bons résultats dans plusieurs cas.

SOCIÉTÉ HUFELANDIENNE DE BERLIN

Séance du 25 Avril 1901.

Asthénie subaiguë du cœur au cours des affections cardiaques.

M. Ewald. — Il s'agit d'un employé de bureau âgé de 57 ans ordinairement bien portant, et sujet seulement à des attaques de rhumatisme musculaire.

Au mois d'août 1897, il est réveillé brusquement dans la nuit par des palpitations violentes. Cet état dure quelques heures, puis disparaît le lendemain matin, le malade peut reprendre ses occupations. Une année plus tard pendant laquelle sa santé ne laissait rien à désirer, il est pris de toux, puis de dyspnée dont l'intensité augmente peu à peu, si bien que le malade ne peut plus dormir dans un lit. Un médecin appelé à cette occasion diagnostique une insuffisance mitrale et donne de la digitale, qui assez rapidement fait disparaître tous ces troubles.

Au mois de décembre 1898, la dyspnée reparaît, mais cette fois la digitale n'agit plus. Le malade est envoyé dans la montagne, mais la situation empire : la dyspnée persiste et en même temps à côté d'une perte d'appétit on trouve de l'œdème des jambes et des douleurs stomacales. Le malade est obligé de passer les nuits dans un fauteuil, pouvant à peine dormir quelques heures dans la nuit. La digitale et les autres toniques du cœur, la cocaïne, l'héroïne ne produisent aucun effet.

C'est à ce moment que M. Ewald vit le malade et conseilla les injections de morphine. Cette médication améliora très rapidement les troubles subjectifs. Mais les troubles objectifs, les symptômes de stase ne disparurent qu'au bout de plusieurs mois de traitement méthodique par la digitale et la diurétine. Aujourd'hui le malade est rétabli et a pu reprendre ses occupations.

Les injections de morphine ont été continuées pendant 9 mois, sans que le malade soit devenu morphinomane. La démorphinisation s'effectua rapidement et sans accident.

D'après M. Ewald, le malade aurait eu une myocardite subaiguë dont l'évolution a pu être arrêtée. Quant aux indications de la morphine, M. Ewald a observé un grand nombre de cardiaques chez lesquels la digitale n'agit que lorsque leur état subjectif a été amélioré par les injections sous-cutanées de morphine.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE

Session de Mai 1901.

Sur la valeur de l'iridectomie dans le glaucome.

M. L. de Wecker (de Paris), *rapporteur.*

I. — *L'évolution historique de la cure chirurgicale du glaucome.*

En 1830, Mackensie fut un des premiers à traiter par la ponction sclérale ses malades atteints de glaucome aigu ou irritatif. Guérin, en 1769, bien avant, recommandait, lorsque l'humeur vitre abondait trop, dans les cas d'insuccès des moyens médicaux, la ponction de l'œil dans la sclérotique ou cornée opaque. Desmarres faisait des paracentèses répétées. On peut donc affirmer que c'est de Græfe qui est l'inventeur de l'iridectomie.

L'inventeur prône son intervention chirurgicale : dans la période prodromique du glaucome, dans toutes les formes du glaucome inflammatoire aigu; dans l'amaurose avec excavation du nerf optique, où pour lui la lésion initiale réside dans le nerf optique.

Généralisant son intervention, de Græfe la préconise encore pour la kératite diffuse chronique, liée souvent à une scléro-choroïdite antérieure avec des infiltrations sclérosantes du bord de la cornée; et pour les kératites panneuses avec iritis plus ou moins séreux, dans les cicatrices cornéennes avec synéchies et poussées glaucomateuses ou ectasie du globe oculaire.

L'iridectomie est contre-indiquée dans les cas de buphthalmie, c'est l'avis de ses collègues. Relativement à l'exécution de l'iridectomie, l'auteur rappelle les conseils et manières de faire du professeur de Græfe.

II. — *Les diverses méthodes opératoires que l'on a proposées dans le but de les substituer au traitement classique, c'est-à-dire à l'iridectomie.*

Ce n'est que 18 ans après l'invention de de Græfe que Snellen, au Congrès international de Heidelberg, a proposé, pour la guérison du glaucome, non pas l'iridectomie, mais la sclérotomie. Auparavant, en 1850, Hancock avait tenté de proposer une autre opération. Elle consistait à sectionner le muscle ciliaire. Stellwag de Carion, en 1868, propose la section de la sclérotomie et, en 1869, de Wecker reprend la question de la simple sclérotomie, au dire de Mauthner, et la discute théoriquement au Congrès de Heidelberg.

En 1890, Rochon-Duvigneaud propose sa sclérotomie réduite (dans les cas de buphthalmie chez l'enfant).

En 1893, Knies propose son procédé d'irido-sclérotomie.

Snellen, avec bien d'autres, donne la préférence à la sclérotomie.

Avec Terson père, la scléro-iridectomie se trouve préconisée.

Pour le rapporteur la sclérotomie doit être préférée à l'iridectomie dans :

1° Le glaucome infantile ou buphthalmie;
2° Le glaucome absolu ou dégénérescence glaucomateuse;
3° Le glaucome prodromique;
4° Les cas douteux de glaucome chronique simple avec légère exagération du tonus oculaire;
5° Comme soutien de l'iridectomie;
6° Comme action auxiliaire de l'iridectomie.

Ces derniers temps, des opérations extra-oculaires furent préconisées par Badal (élongation du nerf nasal externe) et par Jonnesco (résection du ganglion cervical supérieur). Abadie en est un fervent défenseur.

L'opération prend le nom de sympathectomie, l'auteur n'en paraît pas absolument enthousiaste. Elle n'est pas une substitution aux opérations oculaires déjà existantes. Le rapporteur la réserve surtout pour les cas de glaucome malin. L'action curable ne paraît point durable et elle compromettrait le succès d'opérations tentées directement plus tard sur l'œil.

III. — *La tendance à éliminer, du traitement chirurgical, certaines formes du glaucome pour les réserver au traitement médical.*

Laqueur, en 1877, introduit l'ésérine dans le traitement du glaucome chronique simple.

Par ce moyen on paraît retarder l'opération, mais il a été aussi préjudiciable à certains malades en les privant de la ressource unique qui leur restait pour guérir. Cependant, les myotiques peuvent être employés tant que le champ visuel ne tend pas à se rétrécir (Cohn). Dès que le champ visuel a tendance à diminuer, il faut recourir à l'iridectomie, car le succès est d'autant plus grand que l'on opère à une époque plus rapprochée du début du mal.

IV. — *La valeur de l'iridectomie pour la guérison du glaucome en général et son avenir.*

C'est à la clinique qu'il appartient de résoudre ce problème. Malheureusement le malade, aussitôt opéré, disparaît le plus souvent et ne permet pas au chirurgien de tirer des conclusions pratiques des nombreux cas observés et opérés par lui. Aussi, avant de poser des conclusions, après avoir étudié les diverses formes du glaucome chronique, l'auteur s'est adressé aux principaux maîtres de l'ophthalmologie contemporaine : Abadie, Axenfeld, Badal, Barde, Barraguer, Boucheron, Bourgeois, Bribosia, Chevallereau, Coppez, Critchett, Czermak, Deschamps, Deutschmann, Dor, Dransart, Dufour, Fage, Fuschs, Haab, Hess, Kopff, Krucow, etc., etc., soit plus de 112.

De cette enquête, il résulte que la majorité des confrères est pour l'intervention, et le rapporteur termine son très consciencieux travail par cet axiome :

L'action curative des opérations anti-glaucomateuses exécutées sur l'œil est en raison inverse de l'exagération de la tension intra-oculaire de l'œil à opérer; cette action est nulle lorsqu'il n'y a aucune augmentation morbide de la tension et que la cicatrisation des plaies péri-cornéennes et sclérales s'opère dans des conditions normales de pression de l'œil.

M. Trousseau. — Dans le glaucome aigu, il faut intervenir rapidement et faire une large iridectomie. Les effets sont curatifs et durables. Dans le glaucome malin, il faut s'abstenir. Dans tous les cas, ne jamais opérer les deux yeux le même jour.

M. Terson, tout en louant le rapporteur, trouve qu'il ne s'est pas assez étendu sur l'évolution historique de l'intervention, créée par de Græfe, appelée iridectomie. Pour lui, c'est la cicatrice qui, devenant filtrante, jugule les autres attaques de glaucome. Donc, faire et refaire l'iridectomie et toujours à la même place.

M. Abadie cherche à établir comment on peut faire le diagnostic différentiel entre le glaucome et l'atrophie optique. Les myotiques fournissent un moyen pratique : quand ils n'agissent pas, on a affaire à une atrophie, dans le cas contraire à un glaucome. N'intervenir dans cette affection qu'après avoir expérimenté la pilocarpine et l'ésérine.

M. Jocqs est partisan d'opérer dans les formes de glaucome simple, mais avec hypertension; seulement opérer le plus vite possible.

M. Lagrange. — Dans les formes chroniques simples, c'est surtout la nutrition de l'œil qui est mauvaise, aussi ne comprend-il pas quel peut être l'effet d'une intervention chirurgicale quelconque.

M. Péchin fait consister le traitement du glaucome simple, chronique, surtout dans la médication interne. Aussi se montre-t-il partisan très tiède de toute intervention directe.

M. Sulzer fait l'iridectomie dans le cas de glaucome aigu. Dans les cas de glaucome chronique, il apporte la statistique suivante sur 103 cas opérés :

23, avec amélioration de la fonction visuelle;
38, l'œil est resté tel quel;
24, l'acuité a diminué;
4, cécité rapide;
14, cécité très rapide.

Sa conclusion est celle-ci : opérer le plus rapidement possible aussitôt l'attaque diagnostiquée.

M. Armaignac est partisan de l'intervention très hâtive après la fibre nerveuse; trop longtemps tiraillée sous l'effet de l'hypertension, elle ne peut plus reprendre ses fonctions naturelles.

M. Truc croit que la sclérotomie est tout à fait nécessaire pour préparer l'iridectomie curative. Pour lui, l'iridectomie arrête le mal et maintient le *statu quo* en enlevant toute douleur.

Quand les myotiques essayés auparavant et abondamment n'élargissent pas l'iris, le pronostic s'assombrit : l'iridectomie n'améliorera pas le malade.

M. Dor (père), dans le glaucome simple, relate 60 p. 100 d'améliorations. La statistique porte sur 81 000 malades, dont 830 atteints de glaucome.

M. Parinaud veut que l'on fasse une très large iridectomie, et que l'iris vienne s'interposer dans les lèvres de la plaie pour la rendre large et filtrante après sa cicatrisation.

M. Valude reste abstentionniste dans les cas de glaucome simple, chronique, et démontre que les statistiques et interrogatoires de M. de Wecker ne sont nullement convaincants. Les myotiques sont excellents; il faut en user et en abuser longtemps.

M. Dor (fils) présente un malade opéré de sympathectomie à cause de son glaucome simple chronique avec hypertension oculaire. La cicatrice cutanée est discrète et depuis la fonction oculaire est parfaite, bien meilleure que celle du côté opposé, opéré d'iridectomie.

M. Vacher aurait désiré une définition exacte et complète des glaucomes.

M. Darier insiste sur l'étiologie, non pas du glaucome, mais des glaucomes. La dionine est un analgésique profond et qui calme la douleur que provoque le glaucome aigu. Le massage peut rendre encore de grands services, ainsi que la surrénaline.

M. Vignes est abstentionniste dans les cas de glaucome simple, qu'il ne confond pas avec l'atrophie optique.

Dans le glaucome chronique irritatif, il faut faire l'iridectomie.

M. Rochon-Duvigneaud. — Il y a succès, par l'iridectomie, au début, parce qu'il y a section de l'iris non atrophiée; après, l'atrophie étant complète, l'opération n'amène aucun résultat. L'angle de Knies étant soudé, on n'a pas d'action sur l'iris.

M. Javal. — Les myotiques rendent par moment de mauvais services : ceux de retarder l'intervention chirurgicale, seule curative, à condition d'être faite rapidement.

Il désirerait que l'interrogatoire, envoyé aux nombreux ophthalmologistes, parût *in extenso* de façon que le lecteur pût se faire une opinion personnelle.

M. Rohmer est partisan de la sympathectomie, qui amène la cessation rapide des douleurs.

M. Kœnig pratique la sclérotomie plusieurs fois répétée; il se sert pour cela de l'instrument de Galezowski.

M. Kogmann fait l'iridectomie préventive, avant l'attaque glaucomateuse.

Ophthalmoplégie congénitale.

M. Lagrange rapporte un cas d'ophthalmoplégie congénitale remarquable par la coexistence d'une paralysie complète et concomitante des deux droits externes et du facial supérieur de chaque côté. L'étude des réactions électriques montre qu'il s'agit d'une lésion centrale.

Ce fait clinique apporte donc une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion de M. Duval qui considère le facial supérieur comme provenant du même noyau que le moteur oculaire externe.

M. Rochon n'admet pas un noyau commun, mais deux noyaux distincts et rapprochés.

M. Sulzer croit à l'existence d'un seul noyau, existence révélée par l'évolution clinique dans les paralysies des nerfs craniens.

Nature du glaucome aigu.

M. A. Terson comparerait volontiers le glaucome aux affections générales auxquelles on a donné récemment le nom d'œdème aigu. Pour lui, le glaucome est un syndrome qu'il faut distinguer de l'hypertonie. La poussée et la réplétion sont rétro-iridienne et rétro-cristallinienne. C'est après l'incision de l'iris qu'il se produit un flot de liquide trouble, jaunâtre. Ce liquide est séro-albumineux. Il est surtout produit par la couronne ciliaire. Ce processus n'a rien d'inflammatoire, il est congestif, fluxionnaire, analogue à l'œdème aigu, par exemple du poumon, qui se produit sur le terrain arthritique, en y joignant une intoxication quelconque.

Dans l'attaque de glaucome aigu, on retrouve le même terrain, la même intoxication ou excitation nerveuse. Aussi le rencontre-t-on surtout chez le rhumatisant, l'arthritique, avec adjonction de grippe ou maladie aiguë infectieuse, ou d'émotion physique (hernie étranglée), ou même d'émotion morale (perte d'un parent). Il convient donc d'envisager la poussée de glaucome aigu comme une maladie générale : œdème suraigu intraoculaire.

L'iridectomie est l'opération de choix pour juguler l'attaque.

Phlegmon de l'œil consécutif au staphylome total de la cornée.

M. Jocqs. — Une fillette de 10 ans avait un staphylome total de la cornée consécutif à une ophthalmie purulente des nouveau-nés. En février dernier, elle est prise d'un phlegmon de l'œil en pleine santé.

Le traitement consista dans l'éviscération ou plutôt l'évidement du vitré. La guérison survint en quelques jours.

M. Jocqs accepte comme pathogénie du phlegmon idiopathique, consécutif au leucome adhérent, l'infection ectogène partant de l'iris adhérent à la cornée.

Examen bactériologique, dans la conjonctive de l'œil malade : staphylococcus albus et aureus.

M. Jocqs, dans ces cas, préfère l'éviscération à l'énucléation. L'éviscération, ou plutôt l'évidement du vitré, doit se faire avec une curette mousse sans raclage des membranes intra-oculaires. L'ouverture doit être large et béante. Il faut maintenir, dans la cavité oculaire, jusqu'à guérison complète, une mèche iodoformée qui fait office de drain.

Prophylaxie de la panophthalmie suppurée.

M. Dor (de Lyon). — Lorsqu'on a préparé une culture de staphylocoques pyogènes virulente et que l'on a déterminé la dose à partir de laquelle une inoculation de cette culture dans le corps vitré provoquera, à coup sûr, une panophthalmie chez différents animaux, on peut, si on ne dépasse pas trop la dose minima nécessaire pour provoquer la panophthalmie, empêcher complètement l'apparition, chez un lapin, de tout phénomène inflammatoire dans l'œil inoculé par un moyen très simple. Ce moyen consiste à administrer en lavement à l'animal, la veille et le jour même de l'inoculation, une dose de 2 grammes d'iodure de potassium dissous dans 30 grammes d'eau.

Si l'on attend que les phénomènes inflammatoires aient apparu, on peut encore, au moyen d'un lavement de 2 grammes, empêcher la suppuration de s'établir.

Comme conclusion pratique, on préconise l'administration de 4 grammes d'iodure de potassium, chez l'homme, avant d'intervenir chirurgicalement sur les yeux. On se mettrait ainsi à l'abri de toute panophthalmie possible.

Assistance oculistique des aveugles.

M. A. Truc (de Montpellier). — L'assistance des aveugles mérite toute la sollicitude de l'oculiste, et constitue pour lui un devoir de charité professionnelle. Le praticien s'y applique généralement, mais les efforts individuels pour produire des résultats complets ont besoin d'être coordonnés. Il importe donc de collaborer à la création ou au développement des divers éléments d'assistance de l'aveugle (écoles, ateliers, asiles, patronage), et surtout de le faire avec ensemble et méthode. Chacun, à l'occasion, indiquera à l'aveugle, ou à sa famille, les ressources d'instruction générale ou professionnelle et s'enquerra des meilleures conditions favorables aux intéressés; il facilitera, en outre, par tous les moyens de propagande à sa portée (conférences, brochures, articles), l'assistance physique, intellectuelle et morale des malheureux privés définitivement de la vue, soit

par la maladie, soit par les accidents du travail. L'oculiste complétera son rôle thérapeutique, étendra son action morale et aura la satisfaction de faire un peu plus de bien.

Des blastomycètes dans la pathologie oculaire.

M. Parisotti, dans ses recherches minutieuses, n'a pu trouver de blastomycètes dans un cas de gliome de la rétine et un de sarcome choroïdien. Par contre, il en a trouvé, et un grand nombre, dans les tumeurs inflammatoires, dans le ptérygion, le catarrhe printanier et le trachome. Ce sont des découvertes nouvelles qu'il importe de révéler et des recherches à continuer.

Tumeurs des glandes lacrymales.

M. Fromaget rapporte trois cas de tumeurs de la glande lacrymale palpébrale et orbitaire.

Le premier cas concerne une tumeur développée chez un malade de 24 ans dans la glande palpébrale.

L'examen histologique démontra que la tumeur était constituée par des cellules provenant du mésoderme et se différenciant en cellules muqueuses étoilées ou s'entourant de fibrilles conjonctives. C'est, en somme, du sarco-myxo-fibrome.

Le deuxième cas est un épithélioma tubulé de la glande lacrymale orbitaire.

Le troisième se rapporte à un kyste hydatique développé depuis 6 mois dans la glande orbitaire.

Pour les tumeurs malignes, où on doit songer à l'exentération de l'orbite, on pourra préférer la voie conjonctivale, après section de la commissure externe.

Kyste sous-conjonctival.

MM. Carra et Valois. — Le 14 février 1901 se présente, à l'hôpital de Nevers, un homme tailleur de pierres, présentant une petite tumeur sous-conjonctivale. Elle est située dans l'angle interne, dirigée selon le grand diamètre du globe, à égale distance de l'angle interne et du limbe scléro-cornéen. Elle était mobile sous la conjonctive bulbaire.

L'intervention chirurgicale fut simple et curative.

Examen anatomo-pathologique. — Petite tumeur ovoïde de 7 millimètres sur 5; remplie de liquide transparent.

Sur la coupe histologique, la tumeur se trouve en plein stratum conjonctival, limitée par une atmosphère de tissu conjonctif adulte formant chorion. Sur celui-ci reposent plusieurs assises de cellules épithélioïdes : la première rangée est cubique avec un gros noyau central; la seconde est formée de longues cellules cylindriques à gros noyau ovoïde. Entre le revêtement conjonctival et le chorion existent des vaisseaux larges, dilatés, remplis d'hématies avec des éléments embryoplastiques et, par moments, le revêtement conjonctival est épais et dense, dénotant de l'irritation ou inflammation.

D'après la constitution histologique, on ne paraît pas autorisé à faire de cette tumeur un cysto-adénome provenant de la glande lacrymale de Krauss, dite caronculaire, mais bien un kyste traumatique (Rochon-Duvigneaud) par inclusion d'un lambeau conjonctival dans les couches profondes, à la suite d'une érosion ou blessure accidentelle de la conjonctive bulbaire.

Quelques expertises radiographiques à propos de corps étrangers de l'œil et de l'orbite.

M. A. Bourgeois (de Reims). — On peut arriver à obtenir des épreuves concluantes par une méthode de radiographie pratique.

Pour retrouver l'emplacement du globe oculaire, on fixe, sur le sujet, 2 plombs témoins (n° 7).

L'examiné, devant rester complètement immobile, est étendu sur un matelas par terre, pour la pose, qui dure de 12 à 15 minutes.

On construit, d'autre part, un schéma représentant la coupe antéro-postérieure de l'œil et de l'orbite, avec les dimensions données par les traités d'anatomie. Il est facile de reporter, sur ce schéma, les distances exactes qui séparent les unes des autres les trois images fournies par la radiographie qui sont celles des plombs témoins et celle du corps étranger.

Tumeurs de l'orbite.

MM. Chevallereau et J. Chaillous rapportent 3 observations dans lesquelles le procédé de Krönlein a permis d'enlever facilement des tumeurs de l'orbite sans laisser d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice peu apparente. Dans les 3 cas, il s'agissait de personnes jeunes chez qui la tumeur était déjà ancienne.

L'examen histologique a également donné des résultats dignes d'intérêt : les deux premières tumeurs contenaient des concrétions calcaires, c'étaient des psammomes. Chez l'enfant de 5 ans, c'était également une tumeur du nerf optique, un fibro-myome développé aux dépens de la gaine interne du nerf.

Essai de classification des réactifs physiologiques et pathologiques les plus employés en oculistique.

M. Darier. — Les réactifs oculaires peuvent se classer en modificateurs de la sensibilité superficielle (anesthésiques, cocaïne, eucaïne, holocaïne), de la sensibilité profonde (analgésiques : dionine et autres dérivés de la morphine), en modificateurs du tonus musculaire (mydriatiques : atropine, euphthalmine, etc.), (myotiques; ésérine, pilocarpine, etc.).

L'extrait de capsules surrénales est le plus puissant vaso-constricteur; appliqué sur la conjonctive, il provoque une anémie profonde de toute la surface oculaire; injecté dans la conjonctive il produit un abaissement très marqué de la pression intraoculaire.

Tout dernièrement, la dionine vient de nous faire connaître des propriétés vaso-dilatatrices encore insoupçonnées jusqu'à ce jour. Les adultes sains et bien portants ne montrent qu'une hyperémie conjonctivale marquée, sans chémosis, tandis que les artério-scléreux, les brightiques, les cardiaques présentent un chémosis parfois énorme. Chez les enfants et les jeunes sujets, la dionine peut servir au diagnostic du lymphatisme et de la scrofule, car, chez ces sujets, la réaction à la dionine est aussi marquée que dans dans les états pathologiques.

Paralysies oculaires et otites.

M. F. de Lapersonne. — Le retentissement des lésions de l'oreille interne sur les centres oculo-moteurs est aujourd'hui nettement démontré. Les noyaux bulbaires du nerf vestibulaire sont en communication avec les noyaux de la 6e paire, et par leur intermédiaire avec les autres noyaux des moteurs oculaires. C'est ainsi qu'on peut expliquer les nystagmus et certaines paralysies qui ont été observées au cours des otites. A côté de la paralysie du moteur externe, on a pu constater du ptosis, de la paralysie de l'accommodation. Pour M. Bonnier, tous les noyaux oculo-moteurs peuvent être pris par l'irradiation réflexe issue de l'appareil ampullaire. Seuls les noyaux de la 4e paire paraissaient avoir échappé, et c'est précisément un cas de paralysie du grand oblique, au cours d'une otite, dont il est rapporté la longue et intéressante observation.

Manifestations arthritiques oculaires et leurs traitements.

M. Abadie. — Après l'âge de 30 ans, on voit souvent, chez des arthritiques, des poussées inflammatoires localisées sur les cornées, ou iris, ou procès ciliaires. Chez eux, ne jamais appliquer localement de topique irritant, simplement une pommade à l'iodoforme; leur prescrire encore du salicylate de soude et sulfate neutre de quinine. Enfin, quand ces remèdes échouent, la teinture de Rhus toxicodendrum (12 à 25 gouttes par jour) a produit des résultats très heureux comme analgésique et curatif rapides.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. le Dr Jaboulay.

Trois cas d'abcès du foie, traités par l'incision transpleurale,

Par M. Patel,

Interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

Le siège fréquent des abcès du foie sur la face convexe de cet organe a été le point de départ de nombreux procédés pour les aborder et en assurer un drainage complet et efficace. Nous rapportons trois cas d'abcès du foie ouverts par la voie transpleurale ; notre maître, M. Jaboulay, nous a engagé à les publier, pour servir à l'appréciation de cette méthode, dont les dangers, suivant quelques auteurs, sont plus grands que les avantages; s'il y a quelques complications, inhérentes à toutes les méthodes qui passent auprès de la plèvre, nous verrons par contre qu'il existe certains avantages qui doivent compter, et qui font de la voie transpleurale une méthode chirurgicale précieuse à plusieurs points de vue.

Observation I (due à l'obligeance de notre ami M. Molin). — *Abcès de la face convexe du foie. Incision par la voie transpleurale. — Guérison. — Examen bactériologique. — Pus avec staphylocoques très virulents.*

Homme, 38 ans, entré au commencement du mois de juin, salle Saint-Louis, service de M. Jaboulay.

Il n'y a pas d'antécédents pathologiques notables, sauf des accès répétés d'impaludisme, survenus pendant un séjour que le malade fit aux colonies; il n'a jamais eu la dysenterie; il est très affirmatif sur ce point. Pas d'alcoolisme bien marqué.

Son affection débuta brusquement par un point de côté, siégeant sous les fausses côtes droites et amenant de la dyspnée, de l'angoisse, avec une température de 39°,5. A l'examen du malade, on note que la matité hépatique descend au-dessous des fausses côtes et remonte en arrière, presque sous le 9e espace intercostal; il y a à ce niveau une légère rougeur et un œdème assez net de la paroi : la pression sur ce point est douloureuse, ainsi qu'au niveau du foie. A l'auscultation du poumon, pas de signes de pleurésie; il y a de l'obscurité à l'extrême base droite, en arrière, pouvant tenir aussi bien à une collection hépatique qu'à une collection pleurale.

L'incision fut pratiquée dans le 8e espace; elle conduisit sur la poche. Après l'ouverture du cul-de-sac pleural et section du diaphragme, on tomba sur un abcès hépatique, de la grosseur d'un œuf, occupant la région antéro-supérieure du foie. Avant son ouverture, la cavité pleurale fut obturée avec une mèche de gaze; le diaphragme fut suturé à la peau : une mèche fut placée dans l'intérieur de la poche.

Le pus s'écoula pendant trois semaines. Le malade fut présenté à la Société des Sciences médicales (séance du 20 juin 1898), par M. Molin. La suppuration était complètement tarie; la guérison était complète.

Examen bactériologique (pratiqué par M. P. Courmont, professeur agrégé). — Une ponction exploratrice avait été pratiquée sur ce malade alors qu'il était dans le service de M. le Pr Bondet; elle fut pratiquée, entre les deux dernières fausses côtes, sur la ligne axillaire. On retira un pus épais, jaunâtre.

Par la *coloration* suivant la méthode de Gram, on trouva de très nombreux amas de staphylocoques, saupoudrant les intervalles des globules de pus.

Cultures. — Dans deux tubes de bouillon, on eut en 24 heures des cultures abondantes, pures de cocci groupés en amas et gardant le Gram. Sur milieux solides : la culture sur agar-agar donne une colonie épaisse crémeuse dorée; sur gélatine, liquéfaction rapide.

Inoculation des cultures en bouillon. — 1re Expérience. Un lapin de 2 kilogrammes reçoit dans la veine de l'oreille 1 centimètre cube d'une culture en bouillon de deuxième génération âgée de trois jours; l'animal meurt en 4 jours avec de petits foyers miliaires, multiples dans les organes splanchniques.

2me Expérience. Un lapin de 2 kilogrammes reçoit 1 centimètre cube, dans la veine de l'oreille, d'une culture de troisième génération; il meurt en 20 heures. Un autre reçoit 1/4 de centimètre cube et meurt en trois jours.

En somme, il s'agit d'un staphylocoque typique d'une assez grande virulence, puisque le lapin est tué en un temps variant de 20 heures à 4 jours, avec des doses relativement faibles.

Obs. II. — *Kyste hydatique suppuré du foie. — Incision transpleurale. — Pleurésie purulente. — Compression de la veine cave supérieure. — Pleurotomie. — Guérison.*

C. B..., 42 ans. — *Antécédents héréditaires.* — Père mort diabétique, à la suite d'un abcès de la paroi thoracique, suite de pleurésie purulente.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Marié, trois enfants bien portants ; la femme a eu une fausse couche avant les trois accouchements normaux.

Personnellement, le malade n'a jamais eu d'affection dans son enfance. Il raconte qu'à l'âge de 17 ans, il a été traité pour une pleurésie droite probable, on lui mit un vésicatoire et la guérison survint assez rapidement.

A l'âge de 20 ans (1880), nouvelle pleurésie droite, ayant duré trois semaines. Ces pleurésies n'eurent pas de suite; le malade ne toussa pas. Il fit son service militaire et on ne soupçonna jamais chez lui des lésions de tuberculose.

A l'âge de 22 ans (1882), le malade fut soigné pour un engorgement du foie; il n'avait jamais eu de colique hépatique, mais il remarquait que, depuis trois ou quatre ans, il avait du subictère à répétition très léger, très fugace. Il fit une saison à Vichy et parut être bien amélioré.

En 1885, le malade cracha deux ou trois fois du sang; il ne

toussait pas, ne maigrissait pas ; un pronostic favorable fut porté et, depuis, cet accident n'est pas revenu.

Jusqu'en 1898, le malade eut une vie bien active, ne se ressentant nullement de ses anciens malaises, n'éprouvant que de très légers maux de tête, pas de douleur hépatique.

C'est au début de l'année 1898 que le malade remarqua qu'il maigrissait, sans cause connue. Un matin il ressentit une vive douleur du côté de l'épigastre, sans irradiation à l'épaule, avec sensation d'angoisse interne ; le tout dura dix minutes. Deux jours après, survint un frisson qui dura plus d'un jour ; il paraît avoir eu à ce moment une très haute température et une très forte réaction péritonéale ; le foie fut trouvé gros et douloureux ; on donna un purgatif au calomel — et on retrouva, paraît-il, des calculs biliaires dans les selles.

L'état continuait néanmoins à rester grave et la malade consulta M. Bouveret ; à ce moment, il souffrait énormément sans localisation plus spéciale au foie. Son état était des plus précaires.

On examina le malade à la radioscopie et on découvrit une masse noire dans l'hypochondre droit.

Le diagnostic de collection hépatique suppurée fut porté et une intervention décidée. La nature de l'abcès demeurait incertaine ; le malade n'avait jamais présenté de petits signes de kyste hydatique ; pendant un séjour qu'il fit en Russie, il avait eu chez lui un chien, mais il ne sait pas qu'il ait été malade.

Opération, le 12 août 1898.

Plusieurs fonctions exploratrices ayant été faites sans succès, on fit une laparatomie sus-ombilicale médiane ; le lobe droit du foie fut trouvé abaissé, mais absolument sain : des adhérences furent constatées au sommet de la convexité, la plaie antérieure fut refermée.

Aussitôt après, incision franche transpleurale, au niveau du 8e espace intercostal sur la ligne axillaire.

A l'ouverture de la plèvre, un tampon fut placé pour empêcher l'entrée de l'air ; puis le diaphragme incisé fut suturé aux plans musculaires pour protéger la cavité séreuse.

Le foie découvert, une poche fut sentie et incisée ; il s'écoula environ deux litres de pus fétide avec des débris d'hydatide caractéristiques ; il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré. Drainage. Le malade resta très faible pendant plusieurs jours, en proie à une oppression très marquée ; puis, deux ou trois jours plus tard, la température tomba, le malade se sentit considérablement soulagé.

20 août 1898. La douleur réapparaît ainsi que l'oppression.

Le Mickulikz placé à la partie antérieure de l'abdomen fut enlevé ; par la plaie latérale, il s'écoulait toujours du pus en grande quantité.

1er septembre. Au milieu des douleurs, le bras droit commença à enfler, puis la face, le cou, le cuir chevelu même commencèrent à s'œdématier, mais seulement dans la moitié droite. Des veines bleuâtres, dilatées, se dessinaient sur le thorax et le bras. L'œil était saillant, injecté, la pupille dilatée. Le malade délirait, était dans un état d'angoisse extrême. Le tronc, les membres inférieurs et tout le côté gauche étaient normaux.

8 septembre. M. Jaboulay fit une ponction exploratrice de la plèvre ; 3 litres de pus furent retirés.

Après cette ponction, l'œdème disparut, le délire cessa.

16 septembre. Nouvelle thoracentèse.

2 octobre. Nouvelle thoracentèse.

16 octobre. Nouvelle thoracentèse.

Chacune de ces thoracentèses ramenait 1 ou 2 litres de pus ; à chacune d'elles le malade était soulagé ; 8 jours plus tard, la céphalée, l'œdème limité à la moitié supérieure droite du corps réapparaissaient.

20 octobre. Pleurotomie au niveau du 5e espace sous l'angle de l'omoplate droite. Malgré une thoracentèse pratiquée 4 jours avant, une grande quantité de pus s'écoula. Drainage.

C'est depuis ce moment que l'œdème s'atténua progressivement pour disparaître complètement ; la céphalée, le délire cédèrent également.

C'est après la disparition de tous ces symptômes que le malade s'aperçut qu'il éprouvait des fourmillements le long du bras et surtout à l'extrémité des deux derniers doigts, du côté droit ; les mouvements de ces doigts étaient gênés ; il y avait de l'insensibilité presque absolue dans tout le domaine du cubital.

Pendant toute la période qui s'étend du mois d'octobre 1898 au mois d'octobre 1900, le malade a repris petit à petit ses forces. Une fois seulement le drain a dû être débouché.

Le malade a été revu au mois d'octobre 1900, c'est-à-dire 2 ans après sa maladie. Il va très bien depuis un an ; il a repris son travail et se porte, dit-il, mieux qu'avant sa maladie. Il persiste un peu d'oppression dans les efforts trop prononcés ; pas de toux, pas de crachats. Les digestions sont bonnes, pas de vomissements. Pas de céphalée, pas de troubles nerveux.

Du côté du membre supérieur droit, il existe toujours un peu d'impotence fonctionnelle ; il y a un peu d'atrophie ; les mouvements d'élévation du bras sont gênés par une rétraction de la paroi et une scoliose dorsale. Du côté du territoire du cubital, on a un peu de paresse des mouvements ; la flexion est moins prononcée dans les deux derniers doigts de la main que du côté sain. Il y a de même un peu d'hypo-esthesie limitée aux deux derniers doigts et à la moitié de la face palmaire. Il persiste encore une circulation collatérale au niveau de la face antérieure du thorax. Le thorax du côté droit est amaigri, il mesure, au niveau de la ligne mamillaire, 45 centimètres à droite et 50 centimètres à gauche ; l'auscultation révèle que la moitié du poumon droit respire normalement ; il n'y a pas de submatité à ce niveau.

Il existe une légère scoliose à convexité droite.

La hanche droite est plus élevée que du côté gauche ; il n'y a pas d'atrophie du membre inférieur droit, pas d'asymétrie faciale ; la vision, l'ouïe sont normales ; pas d'inégalité pupillaire.

Enfin, les doigts des deux mains ont leur dernière phalange un peu élargies ; l'ongle s'est développé et s'est recourbé. La suppuration est insignifiante, c'est à peine si, par jour, un carré de gaze est traversé (1).

Obs. III. — *Abcès du foie stérile. Incision transpleurale, Pleurésie purulente. Pleurotomie. Guérison.*

M. L..., mécanicien, 27 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, service de M. Jaboulay, le 21 septembre 1900.

Dans ses antécédents héréditaires : Père mort d'une affection cardiaque. Mère morte de broncho-pneumonie. Un frère bien portant.

Antécédents personnels : Pas de maladie antérieure, pas de syphilis ou d'alcoolisme.

Le malade n'a jamais fait de séjour aux pays chauds ; il n'a jamais eu de fièvre éruptive.

En 1894, étant au régiment, le malade entra à l'hôpital militaire pour une douleur assez vive survenue du côté droit ; les caractères de la douleur et les symptômes concomitants, que le malade ne peut préciser, firent qualifier son affection de congestion hépatique ; il n'avait pas eu de subictère. On lui appliqua des ventouses sèches sur le point douloureux ; on lui donna une purgation au calomel. Le tout disparut au bout de 8 jours.

Le malade reprit son service militaire ; mais il ressentait toujours, d'une façon intermittente, une légère douleur à l'épaule droite exclusivement, sans symptôme du côté du foie. Il se portait cependant bien, avait bon appétit. Cet état persista assez longtemps, et, seulement d'une façon intermittente, le malade ressentait quelques troubles digestifs.

Le début de l'affection actuelle remonte exactement au mois de février 1900, c'est-à-dire 7 mois avant l'entrée à l'hôpital.

Au moment de se mettre à table, sans cause connue, sans prodrome inquiétant, le malade ressentit une douleur vive, subite, au creux épigastrique et dans le côté droit, sans irradiation à l'épaule droite ; la crise dura une demi-heure. Il n'y eut pas de subictère consécutif ; aussi le diagnostic resta-t-il hésitant.

1. A propos de cette observation, nous faisons remarquer l'œdème du membre supérieur et de la moitié de la face, dû à la compression du tronc veineux brachiocéphalique. Ces accidents sont rares et ne se rencontrent que dans les grands épanchements pleuraux. En 1892, M. Jaboulay a signalé (*Lyon médical*) un cas dans lequel un œdème des membres inférieurs et une albuminurie passagère avaient accompagné un épanchement pleural, suite d'une contusion du poumon ; il s'agissait d'une compression de la veine cave inférieure. Dans les deux cas, l'évacuation de l'épanchement amenait la disparition des symptômes.

Un mois après, le matin, subitement, même douleur avec des caractères semblables : elle dura 20 minutes. Le lendemain, le malade eut un peu de subictère; ses matières furent décolorées pendant deux jours; les urines étaient foncées.

Dès lors, le diagnostic de colique hépatique, sans que l'on puisse préciser la cause, devint évident.

Après ces accès douloureux, l'état général demeurait bon; le malade se plaignait seulement d'un léger malaise. 15 jours après, nouvelle colique, plus courte, sans ictère consécutif.

C'est de ce moment que le malade accuse deux symptômes : tout d'abord des troubles digestifs vagues, consistant en perte d'appétit, pesanteurs gastriques, flatulence; pas de vomissement et de douleur; puis d'une douleur à l'épaule droite, douleur permanente, continue, amenant de l'insomnie, et un peu de dyspnée.

Il fut tout d'abord soigné pour une affection stomacale, sans succès, puis pour des névralgies intercostales.

Au mois de juin, le malade fut examiné par M. le Professeur agrégé Pic, qui hésita entre une congestion simple du foie ou un kyste hydatique en évolution; jamais le malade n'avait eu d'urticaire, de dégoût pour la graisse; jamais il n'avait eu de chien chez lui.

Arrivé au mois de septembre, le malade avait maigri de 6 à 8 kilogrammes, il travaillait difficilement, et sa température se maintint à 38°; dès lors le diagnostic de suppuration hépatique fut porté et le malade fut adressé par M. Pic, à M. Jaboulay.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente toujours les mêmes symptômes : (douleur à l'épaule droite, troubles digestifs, dyspnée, température).

A l'examen de l'abdomen, on constate que le rebord inférieur du foie est un peu abaissé; la matité commence en haut, au niveau du 4° espace intercostal et s'étend au-dessous des fausses côtes.

Le foie est très perceptible : la vésicule n'est pas sentie; la palpation de l'organe n'est pas douloureuse.

Au niveau d'une région occupée par le grand droit, à droite de l'ombilic et un peu en dedans de la vésicule, on aperçoit une sorte de petite voussure, et, à ce niveau, la palpation permet de sentir une certaine résistance que l'on ne saurait attribuer à la paroi ou aux plans profonds.

En arrière, il n'y a pas de matité exagérée, pas de frottement pleural.

Pas de toux, pas de crachats.

Le reste de l'abdomen est souple.

Les urines, examinées à plusieurs reprises, n'ont jamais contenu de sucre ou d'albumine.

Le malade a perdu 6 kilogrammes depuis 8 mois; il a le teint pâle, les traits tirés; sa température est de 38° matin, et 38°,3 soir.

Opération le 22 septembre. — Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Le foie est un peu abaissé, mais la face antérieure, lisse, ne présente rien d'anormal; une main introduite sous le diaphragme permet de sentir à droite du ligament suspenseur et sous la coupole diaphragmatique des adhérences très serrées et très nombreuses; c'est là évidemment le siège de l'accès.

Jugé inaccessible par la voie médiane, la plaie antérieure est immédiatement refermée.

Une ponction exploratrice est faite aussitôt dans le 8° espace intercostal, sur la ligne axillaire; il s'écoule du pus.

Sur le trocart servant de conducteur, M. Jaboulay incise tous les plans successivement.

Le cul-de-sac pleural inférieur est ouvert; l'air pénètre dans la plèvre; un tampon est immédiatement placé à l'ouverture de la plèvre, et l'auscultation pratiquée permet de constater qu'il n'existe qu'un pneumothorax partiel.

Après cette ouverture pleurale, le diaphragme est sectionné à son tour et sa lèvre inférieure est suturée au plan musculaire, de sorte que la cavité pleurale est garantie.

La paroi de l'abcès est alors incisée, il s'écoule deux verres de pus très épais, de couleur chocolat.

Deux drains sont placés après extraction du trocart.

Le soir, le malade a un peu d'oppression, calmée très vite par une injection de morphine.

Les jours suivants, son état fut assez bon, la dypnée disparut, l'appétit revint.

14 octobre 1900. — Depuis 2 jours, la température s'est un peu élevée; le malade a eu un frisson hier; sa température est de 39°,8 ce matin; il y a une légère oppression et une toux sèche, fréquente, sans expectoration.

A l'examen de la paroi thoracique, on constate un œdème de la paroi, la matité remonte en arrière jusqu'au 2° espace intercostal; il n'y a pas de matité en avant, mais du skodisme au sommet. A l'auscultation, pas de souffle, silence complet, égophonie très légère. Le diagnostic d'épanchement purulent s'imposait.

Une ponction faite ramène 1 litre 1/2 de pus jaune, fétide.

Le malade est soulagé immédiatement.

18 octobre 1900. — La température s'étant de nouveau élevée, on fait sans anesthésie une pleurotomie dans le 6° espace.

Il s'écoule une assez grande quantité de pus. Drainage.

Les jours suivants l'écoulement pleural continuait à être abondant; l'abcès hépatique s'était presque fermé entièrement.

Pas de lavage pleural.

Le *9 novembre*, après une légère poussée de température, on fait un lavage de la plèvre sous très faible pression; on peut constater que la cavité pleurale purulente est très petite.

Le *12 octobre*, le malade quitte l'hôpital; son état général est satisfaisant; l'écoulement pleural est presque insignifiant.

Il est revu au mois de mars dernier, il est complètement guéri; il n'y a aucune fistule pleurale, l'état général est excellent.

Aujourd'hui tous les chirurgiens sont d'accord en présence d'un abcès du foie diagnostiqué par l'examen clinique et confirmé par la ponction exploratrice : il faut ouvrir l'abcès, le drainer. Pour atteindre ce double but, la méthode de Little est universellement employée, mais une méthode de Little modifiée, rendue prudente par une section méthodique des différents plans, procédé qui ne conserve que l'idée première de l'auteur et non son manuel opératoire. On évite ainsi la blessure d'organes voisins que l'on pouvait constater au cours des interventions rapides, pratiquées dès le début de l'application de la méthode.

La division que Segond établissait au sujet des kystes hydatiques (Congrès de Chirurgie, 1888) peut être appliquée aux abcès du foie. On peut distinguer :

1° *Les abcès antérieurs*, supérieurs ou inférieurs, faisant saillie au-dessous des côtes ou à leur voisinage. Ils sont abordables par une incision abdominale, médiane, latérale ou parallèle aux fausses côtes, suivant le point saillant de l'abcès. Arrivé sur le foie, on peut ponctionner directement, s'il y a des adhérences péritonéales; si la cavité péritonéale est libre on peut faire la suture préventive du foie aux lèvres de la plaie (fixation du bord antérieur du foie à la paroi abdominable. Procédé de Jaboulay. Th. de Flandin, Lyon, 94), ou bien faire la suture secondaire. Par cette précaution, on évite l'irruption du pus dans la cavité péritonéale et le retrait de la poche de l'abcès;

2° *Les abcès postérieurs*, ou mieux *sous-diaphragmatiques*, sont justiciables de diverses voies d'approche.

Nous laissons de côté les *abcès postéro-inférieurs*, très rares, qui peuvent venir faire saillie à la région lombaire, et s'ouvrir à ce niveau. (Villaret, *Sem. méd.*, 1886). Pour aborder les abcès sous-diaphragmatiques, on a proposé diverses méthodes, qui peuvent se ranger sous trois chefs :

a) *Voie abdominale.* — Elle a été utilisée par Landau en 1886 (Soc. de méd. de Berlin). Cet auteur faisait son incision de la paroi antérieure de l'abdomen aussi haut que possible, le plus souvent parallèle aux cartilages costaux. Si l'abcès était haut situé sous le foie, il attirait

l'organe en avant et le fixait à la paroi par des points de suture ; ceci fait, l'abcès amené ainsi au contact de l'incision cutanée était évacué. Une semblable manœuvre est à rejeter. On peut craindre une luxation du foie permanente, un décollement du péritoine pariétal, cause d'hémorraghie, ou bien la rupture d'adhérences. Même normalement, le foie est maintenu fixé surtout par la veine cave (Faure), et la mobilisation de ce vaisseau est des plus dangereuses.

b) *Réactions costales*. — Celles-ci ont été utilisées pour permettre un accès plus facile de l'abcès ; elles ont toutes ce point commun : c'est de chercher à éviter la plèvre.

Pantaloni (*Marseille méd.* 1895), réséquait la 9e côte.

Berger (*Courrier méd.*, 1897), réséquait la 7e et la 8e côte.

Defontaine (*Arch. prov. de Chir.*, 1897) supprimait les 8e, 9e, 10e cartilages costaux et recommandait de ne pas dépasser la 7e côte pour ne pas intéresser la plèvre.

En 1888, Lannelongue avait proposé la résection d'une plus grande partie du thorax (*Congrès Chir.*, 1888, Th. Canniot, Paris, 1891); les 8e, 9e, 10e cartilages costaux étaient réséqués et un vaste lambeau triangulaire étant ainsi enlevé, on avait sous les yeux presque la totalité de la face convexe du foie.

Récemment encore M. Siraud (*Soc. de Chir.* de Lyon, 1900) proposait pour aborder la face convexe du foie le décollement et le relèvement du cul-de-sac pleuro-diaphragmatique droit, après résection temporaire sous-périostée des 8e et 7e côtes et mobilisation en haut du volet ainsi formé (Th. de Tartaves, Lyon, 1898-1899).

c) *Voie transpleurale*. — La voie transpleurale a été adoptée par Israël et Owen en 1879 ; ces deux auteurs se proposaient d'ouvrir aux collections hépatiques un chemin direct vers l'extérieur. Craignant l'ouverture brusque de la plèvre, ils opéraient en deux temps, rappelant ainsi le procédé employé autrefois par Récamier, pour chercher à réaliser les adhérences péritonéales au moyen de caustiques.

Landau l'a réduite à un temps ; il résèque deux côtes, suture le diaphragme à la plaie pour éviter l'écoulement du pus dans la plèvre, suture le foie à la paroi pour protéger la cavité péritonéale. Il réalise en somme l'idée de Little, qui consiste essentiellement à aborder l'abcès en un seul temps et le plus directement possible; mais les sutures qu'il fait rendent son opération moins aveugle, plus méthodique et protègent les deux séreuses qui risqueraient d'être intéressées.

Lorsqu'il s'agit de la méthode transpleurale, les avis des auteurs sont très partagés. Ceux qui appliquèrent avec toute sa rigueur la méthode de Little ne pouvaient s'empêcher, dit Beckel, de frémir en songeant qu'un liquide plus ou moins infecté, même dans les cas de kyste hydatique, traversait deux grandes cavités séreuses. On citait, contre eux, les résultats obtenus par Little pour les abcès du foie. Maboux, dans son mémoire de la *Revue de Chirurgie*, 1887, rapporte des faits dans lesquels il n'y avait aucune adhérence péritonéale; la méthode de Little n'amena qu'une prompte guérison; l'auteur rapporte, pour admettre l'inocuité de la traversée péritonéale, effectuée par le pus, les nombreux exemples de guérison après ouverture des viscères creux de l'abdomen; de plus, les adhérences qui faisaient la préoccupation des chirurgiens ne sont qu'une faible barrière; elles ne résistent ni à la toux, ni aux efforts de vomissements et ne sauraient constituer un moyen efficace contre l'infection péritonéale. Depuis, pour expliquer les résultats favorables de la méthode de Little, on a encore invoqué l'absence de microbes dans les abcès du foie, fait constaté le premier par Kartulis; cependant, cette absence de microbes n'est pas la règle, et il ne faudrait pas compter sur elle, comme le fait remarquer Ricard (*Soc. de Chir.*, 1896). Même si elle existe, comme dans l'observation III, on peut avoir très facilement une infection secondaire, qui présente les mêmes dangers.

Malgré toutes ces constatations, le nombre des abcès du foie ouverts par la voie transpleurale, en faisant l'incision unique, est très rare; les auteurs ont publié quelques cas de pyopneumothorax rapidement mortels à la suite de la traversée de la plèvre par le pus hépatique.

Pour les kystes hydatiques, on n'a pas craint de traverser la plèvre sans la protéger. Braine (*Th.* Paris, 1886) rapporte 3 cas, Owen (*Bull. méd.*, 1887) signale 4 cas. Segond, en 88, recommandait l'ouverture transpleurale avec résection costale, voie moins dangereuse que l'abaissement du foie. La même année, Maunoury (*Congrès de Chir.*) publiait un succès, et depuis, la voie transpleurale est admise pour les kystes hydatiques; certaines précautions que nous indiquerons pour les abcès étant prises au cours de l'opération, la méthode est sans danger et très efficace.

Quand il s'agit non plus de kystes hydatiques, mais d'abcès, on craint trois choses par la voie transpleurale : 1° le pneumothorax; 2° la péritonite; 3° la pleurésie purulente. Ce sont là les dangers de cette méthode; sont-ils évitables? n'existent-ils pas aussi dans les autres procédés?

Le *pneumothorax* est facile à éviter; au moment de l'ouverture de la plèvre, on peut tamponner la cavité, ce qui est un moyen suffisant, ou bien simplement déprimer la paroi thoracique contre le poumon, comme le recommande Segond; quelquefois, lorsque la plèvre pariétale est épaissie, difficilement reconnaissable au milieu des autres tissus, il est difficile d'empêcher, comme dans l'observation III, un pneumothorax partiel; mais le tamponnement immédiat l'arrête tout à fait, et un jour ou deux après, il a complètement disparu. Ce n'est donc pas là un accident bien grave, qui doit faire rejeter la voie transpleurale.

La *péritonite* n'est pas plus à craindre que dans tous les cas d'abcès du foie ; on peut prévenir l'irruption du pus dans le péritoine en suturant le foie au diaphragme ou aux lèvres de la plaie ; cependant, dans nombre d'observations, on n'a pas pris cette précaution et on n'a eu aucun accident; il semble que le contact immédiat du foie contre la paroi assure une protection suffisante, les adhérences protectrices sont si vite réalisées, que lorsque la plaie hépatique est en regard de l'incision cutanée, et que l'écoulement de l'abcès s'est bien fait, l'infection péritonéale n'est presque plus à craindre.

La *pleurésie purulente* est certainement une des plus graves complications de la méthode transpleurale. On comprend qu'en employant l'incision d'emblée de Little, il se produise une aspiration du pus en même temps qu'une aspiration d'air; aussi a-t-on suturé le diaphragme à la paroi; on empêche ainsi cet accident. Cette suture du diaphragme met-elle à l'abri d'une infection secondaire? Il ne semble pas qu'il faille toujours compter sur elle pour l'éviter ; dans nos deux dernières observations, il y a eu un empyème développé au bout de 12 jours et de 3 semaines ; l'infection, malgré un très large drainage de l'abcès, s'est propagée jusqu'à la plèvre. Il est impossible de la prévoir ; c'est ainsi que dans l'observation I, l'abcès contenait un staphylocoque virulent ; aucun accident ne s'est montré; dans l'observation III, l'abcès était stérile et on a eu un empyème ; les infections secondaires sont favorisées au niveau de la plaie, et la

barrière musculaire n'est pas toujours suffisante pour arrêter leur développement. Peut-être les mouvements respiratoires contribuent-ils à rompre les adhérences. Ces pleurésies purulentes, ouvertes de bonne heure, ont guéri relativement vite.

Il est beaucoup de cas où elles ne se sont pas montrées ; Richelot (*Soc. chir.*, 1897, rapport sur deux cas de Lafourcade), Ricard (*Soc. chir.*, 1896, rapport sur six cas de Walther), en ont signalé des exemples.

Beckel admettait que les cas heureux étaient ceux dans lesquels il existait des adhérences pleurales et péritonéales. On a pu voir nombre de fois qu'il en était tout autrement.

Ainsi envisagé au point de vue de ses inconvénients, dont un seulement, l'empyème secondaire, ne peut être prévu, la voie transpleurale offre de nombreux avantages.

Elle crée au pus un trajet direct; l'évacuation est beaucoup plus sûre que par une incision abdominale antérieure ; cette dernière méthode nécessite des mouvements du foie, un drainage indirect, souvent tortueux et, par là même, incomplet ; des fistules interminables en sont la conséquence, lorsque des accidents infectieux péritonéaux ne sont pas survenus auparavant.

Elle est beaucoup plus rapide que les procédés parapleuraux : ceux-ci sont d'une exécution difficile, l'ouververture de la plèvre est souvent effectuée, lorsque la séreuse est adhérente, épaissie ; on peut se demander aussi si l'infection secondaire n'est pas capable de franchir une barrière séreuse, alors qu'elle ne respecte pas une épaisseur musculaire. Dans les cas de guérison, comme le fait remarquer Richelot, il en résulte, dans les procédés où l'on fait la résection définitive des côtes, une déformation thoracique considérable.

Si l'on fait une résection temporaire, le drainage est moins parfait.

Nous dirons comme conclusion :

1° La voie transpleurale est rationnelle lorsqu'il s'agit d'aborder un abcès de la face convexe du foie suivie méthodiquement, elle ouvre au pus un passage direct, assure un drainage parfait ;

2° Mise en parallèle avec les procédés de résections costales, elle leur est peut-être préférable, par sa rapidité d'exécution et l'absence de déformations thoraciques secondaires ;

3° Le pneumothorax, la péritonite sont facilement évitables ; seule la pleurésie purulente par propagation ne peut être prévue ; elle constitue une complication grave, mais qui est peut-être commune à tous les autres procédés qui touchent de plus ou moins près à la plèvre.

En tous cas, cet accident n'est pas la règle, et il paraît moins dangereux que la péritonite presque fatale qui suivrait l'ouverture des abcès de la face convexe du foie par la paroi abdominale.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Mayeur (Jean). *Techniques et résultats de l'examen extérieur du foie chez les dyspeptiques.* N° 48. (Boyer.)

M. Duval (André). *De la sténose congénitale du pylore chez les nouveau-nés.* N° 221. (Ollier-Henry.)

M. Bailleau (R.). *Des tachycardies de la ménopause.* N° 271. (Boyer.)

M. Joccoton. *Etude des paralysies dans les pleurésies purulentes non suivies de l'opération de l'empyème.* N° 131. (Jouve et Boyer.)

Mme Bouet, née Henry (Anne). *Contribution à l'étude des congestions pleuro-pulmonaires d'origine ovarienne.* N° 195. (Carré et Naud.)

M. Pétresco (G. Z.). *La syphilide pigmentaire réticulaire du cou (syphilide pigmentaire de Hardy-Fournier).* N° 218. (Maloine.)

M. Frénel. *Contribution à l'histoire des névrites des syphilitiques.* N° 226. (J.-B. Baillière.)

M. Raskine (Adolphe). *Sur les mouvements athétosiques dans le tabes dorsalis.* N° 80. (A. Reiff.)

D'après M. J. Mayeur, élève de M. Mathieu, les dimensions verticales du foie doivent être déterminées non seulement par la percussion, mais aussi par palpation ascendante et la palpation respiratoire.

Sur 560 cas de gastropathie, les dimensions verticales du foie, mesurées de cette façon sur la ligne mamelonnaire, ont été trouvées normales 354 fois : 187 fois chez l'homme et 167 fois chez la femme.

Chez 354 malades, on a rencontré des états dyspeptiques et des lésions gastriques de tout ordre.

Les dimensions verticales du foie ont paru *inférieures à la normale* dans 115 cas : 75 fois chez l'homme et 40 fois chez la femme, soit au total 20 p. 100. L'alcoolisme a été noté dans le 1/3 des cas environ. Chez aucun de ces malades, il n'y avait de signes caractéristiques de cirrhose atrophique.

Le foie a été trouvé *augmenté de volume* 91 fois, soit sur 10 p. 100 des cas. Cette augmentation de volume a été observée dans toutes les variétés de dyspepsie, sans qu'il fût possible de discerner l'action prédominante d'une forme particulière de dyspepsie, ou d'un facteur pathologique d'origine gastro-intestinale.

L'alcoolisme paraît avoir une influence considérable sur la genèse du foie chez les dyspeptiques. Dans 52 cas sur 67 hommes gastropathes et dans 8 cas sur 24 femmes, des habitudes alcooliques non douteuses ont été relevées, alors que le foie présentait des dimensions verticales supérieures à la moyenne normale.

Il semble donc parfaitement légitime d'attribuer une importance considérable à l'abus des boissons alcooliques dans l'augmentation de volume du foie chez les dyspeptiques.

Comme autres facteurs possibles de cette hypertrophie, l'auteur a encore relevé : la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose, le brightisme, le diabète et les cardiopathies.

Dans un nombre de cas assez élevé, on a noté une viciation de *fonctions intestinales* : constipation rebelle, diarrhée, alternatives de constipation et de diarrhée, entéro-colite muco-membraneuse, de telle sorte qu'on est amené à se demander si ces troubles intestinaux n'ont pas, lorsqu'ils existent, une influence plus grande que les viciations de fonctions stomacales dans la production du gros foie.

Sur 103 dyspeptiques, hommes et femmes, dont l'examen chimique du suc gastrique a été fait, l'hyperchlorhydrie coïncide 48 fois avec le foie normal, 16 fois avec le foie petit, et 11 fois seulement avec le foie gros. Quant à l'hyperchlorhydrie, elle existe 18 fois avec foie normal, 6 fois avec foie petit, et 4 fois avec foie gros. Il ne paraît donc pas exister de rapport entre le chimisme stomacal et le volume du foie.

La stase gastrique, même la stase permanente avec liquide dans l'estomac le matin à jeun, ne paraît avoir aucune influence particulière sur l'augmentation de volume du foie.

L'hépatoptose comprend 2 formes qui représentent probablement deux degrés de déplacement du foie : 1° la mobilité respiratoire, 2° l'abaissement définitif.

Elle a été notée 106 fois sur 560 malades.

L'hépatoptose s'est rencontrée avec toutes les modalités des gastropathies. Elle ne se produit pas plus souvent avec des foies gros qu'avec des foies normaux ou petits.

Parmi les facteurs pathogéniques auxquels il semble qu'on puisse rapporter la production de l'hépatoptose, M. Mayeur signale l'amaigrissement marqué et surtout l'amaigrissement rapide, les vomissements alimentaires répétés et la grossesse. Les vomissements repétés sont du reste souvent une cause d'amaigrissement. Il faut de toute nécessité admettre une prédisposition particulière, puisque les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets chez des individus différents.

M. A. Duval rappelle que la sténose congénitale du pylore est une affection rare chez les nourrissons. Cette sténose peut être complète ou incomplète.

La sténose spasmodique du pylore, décrite par Pfaundler et d'autres, n'est pas une sténose congénitale.

La difficulté du diagnostic consiste, dans quelque cas, à différencier la sténose congénitale vraie de la sténose spasmodique. La sténose congénitale du pylore n'est pas une affection fatalement mortelle. Pour M. Duval, une intervention faite à temps pourra donner la guérison : le procédé de choix employé jusqu'ici est la gastro-entérostomie.

La ménopause s'accompagne chez certaines malades de troubles cardiaques. Ces troubles cardiaques sont de deux ordres :

Les uns sont sous la dépendance d'une lésion organique du cœur réveillée ou exacerbée par la ménopause;

Les autres, les plus fréquents et les plus intéressants, sont purement fonctionnels, se traduisant surtout par des palpitations ou de la tachycardie.

Les tachycardies de la ménopause étudiées par M. Bailleau reconnaissent plusieurs origines : tandis que certaines ne sont qu'un phénomène réflexe résultant d'affections de l'utérus, du foie, de l'estomac ou du système nerveux sous la dépendance elles-mêmes de la ménopause; d'autres, en dehors de toute lésion, de tout trouble d'un organe quelconque, se manifestent sous la seule influence de la ménopause à la suite des perturbations qu'elle produit dans l'organisme.

La pathogénie de ces dernières est des plus complexes :

Elles seraient, pour M. Huchard, toutes dues à l'hypertension artérielle, hypertension qui, pour cet auteur, n'est qu'une des premières manifestations de l'artério-sclérose;

Au contraire, pour MM. Clément et Kisch, elles seraient d'ordre nerveux, dues à une excitation du grand sympathique occasionnée par la ménopause.

Il résulte pour M. Bailleau de l'étude des faits que les deux théories doivent être admises et non exclusivement l'une d'elles et il admet qu'il existe à la ménopause;

Des tachycardies dues à l'hypertension artérielle. Mais on peut alors se demander si l'artério-slérose, dont cette hypertension n'est que la première manifestation n'est pas elle-même sous la dépendance des troubles des humeurs que produit la ménopause;

Des tachycardies dues à une excitation du grand sympathique produit par la ménopause. Celle-ci pouvant en effet agir : soit par pléthore sanguine, soit plutôt par l'insuffisance ovarienne qui se produit alors; insuffisance ovarienne qui se traduira de manière différente suivant la théorie admise (rôle des sécrétions internes).

Le pronostic de ces troubles cardiaques est généralement bénin.

Le traitement en est variable; mais, pour l'auteur, l'une des meilleures médications est l'opothérapie qui vient suppléer en partie à l'insuffisance ovarienne qui se produit au moment de l'âge critique.

On peut observer, au cours des pleurésies purulentes non suivies de l'opération d'empyème, une variété de paralysies transitoires. Ces paralysies qu'étudie M. Joccoton sont incomplètes et se présentent le plus souvent sous forme de monoplégie ou de paraplégie. Elles sont essentiellement transitoires et curables. Diverses hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces paralysies, celles de leur origine réflexe, hystérique ou toxique.

Mme Bouet rappelle qu'on peut observer à l'époque de la menstruation, ainsi que sous l'influence d'une perturbation quelconque de l'appareil utéro-annexiel, des congestions pleuro-pulmonaires. Ces congestions se produisent sous l'influence d'une perturbation du système nerveux sympathique, et cette perturbation est due à deux ordres de phénomènes : des phénomènes réflexes déjà décrits par M. Potain dès 1883, et des phénomènes toxiques agissant également sur le système sympathique.

Ces congestions sont indépendantes de la tuberculose, mais il n'y a pas incompatibilité entre ces phénomènes et la tuberculose pulmonaire.

La syphilide pigmentaire est une manifestation de la période secondaire de la syphilis, témoignage d'une imprégnation profonde de l'économie par l'agent infectieux, ou de l'association de cet agent avec un ou plusieurs autres facteurs morbides ayant pour résultat la compromission de l'état d'équilibre organique.

D'après M. Pétresco, elle n'est pas l'analogue d'une simple mélanodermie cachectique, car elle relève d'un processus actif, d'une dermite spécifique et doit être, si même primitive en apparence, rapportée à une formation d'éléments éruptifs, maculeux, papuleux, etc. Il ne nie pas l'existence d'une syphilide pigmentaire cliniquement parlant spontanée, mais anatomiquement il ne la considère que comme le vestige d'une éruption avortée, et partant secondaire au même titre que les pigmentations consécutives à une éruption constituée.

La forme objective et l'évolution si caractéristique de la syphilide pigmentaire en font un type d'affection bien tranché, qui en l'absence de toute autre manifestation cutanée acquiert une valeur pathognomonique incontestable.

La syphilide pigmentaire peut aussi jusqu'à un certain point faire présager de la gravité de l'infection latente.

Les syphilis qui la produisent sont particulièrement fertiles en accidents, et cela tient bien plus à l'état d'infériorité organique du sujet qu'à la virulence de l'infection. C'est encore une raison pour laquelle le traitement spécifique ne la modifie guère.

Deux procédés de pigmentation aboutissent à la forme classique de la syphilide pigmentaire. L'un et l'autre peuvent s'arrêter définitivement sous une forme fruste. Ce sont la forme à lunules, pigmentation uniforme à l'origine, et la syphilide marmoréenne de Taylor. C'est ce dernier procédé qui est le plus fréquent. Mais le plus souvent le réticulum se trouve rapidement ébauché, et environ 9 fois sur 10, on observe la forme en rétille ou dentelle, la syphilide pigmentaire de Hardy-Fournier.

Il existe chez les syphilitiques, et surtout les secondaires, des névrites qui ne relèvent pas d'une compression périosto-méningée.

Pour M. Frénel, il paraît probable que ces névrites ne résultent pas toujours et uniquement de la syphilis; on peut, à juste titre, incriminer l'alcool dans certains cas; le mercure dans d'autres.

D'une façon générale, il ne croit pas que néanmoins ni le mercure ni l'auto-intoxication permettent d'expliquer la majorité de ces faits, dont quelques-uns relèvent peut-être des infections secondaires.

Il y a une névrite primitive chez les syphilitiques. Cette névrite, rare, offre un singulier protéisme anatomo-clinique : tantôt parcellaire, elle frappe les nerfs craniens oculaires et surtout faciaux, ou les nerfs spinaux, sciatique, médian et surtout cubital. Tantôt multiple, elle affecte ou le type paraplégique ou le type quadruplégique, très rarement le monoplégique. Paraplégique, elle siège plus souvent aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Habituellement subaiguë, elle guérit presque toujours et n'aggrave pas sensiblement le pronostic de la syphilis.

A côté de ce type ordinaire, il existe une forme nodulaire de cette névrite. Lorsque cette névrite cubitale hypertrophique s'accompagne de troubles trophiques, elle engendre un syndrome syringomyélique pseudo-lépreux partiellement réalisé dans les cas de Taylor et Sorrentino, entièrement réalisé dans celui de Renault.

Bien qu'il paraisse que la syphilis soit la cause majeure de toutes des névrites, il est prudent, en présence du petit nombre

de faits observés jusqu'ici, d'employer provisoirement encore l'expression de névrite des syphilitiques, et non celle de névrite syphilitique.

En dehors des mouvements volontaires d'incoordination, il existe dans le tabes dorsalis des mouvements involontaires.

Ceux-ci peuvent être divisés en plusieurs catégories : mouvements syncinésiques, tremblements, secousses musculaires, spasmes saltatoires, mouvements choréiformes et athétosiques.

Les mouvements athétosiques, en particulier, qu'étudie M. Raskine se distinguent par leur spontanéité et par une lenteur considérable.

Ces mouvements se produisent sous forme de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction et sont extrêmement variables. Leurs sièges habituels sont les doigts, les orteils, les mains, les pieds, très rarement les jambes. Ils sont tantôt unilatéraux, tantôt bilatéraux. Exceptionnellement, ils peuvent atteindre les quatre membres à la fois. Bien qu'involontaires, ces mouvements sont exagérés dans une certaine mesure par l'excitation, par les efforts, etc.

Les mouvements athétosiques ne sont pas identiques à l'athétose double ou même à l'hémi-athétose.

Faute d'autopsies, on est réduit, pour expliquer le mécanisme de la production de ces mouvements, à se contenter d'hypothèses.

L'auteur pense que parmi les causes provoquant et déterminant la production des mouvements athétosiques chez les tabétiques, la perte du sens stéréognostique pourrait jouer un certain rôle.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Néoplasme et quinine, par Ranville (*Bulletin de la Société méd. chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, mai 1901, n° 5). — L'auteur rapporte deux observations de cancers traités par la quinine et conclut : 1° la quinine n'a pas d'action sur la marche envahissante du néoplasme.

2° La quinine diminue très rapidement la congestion de la tumeur et en calme les douleurs;

3° La quinine peut rendre de grands services en permettant l'alimentation au moment des poussées congestives du cancer du pylore ;

4° L'injection hypodermique n'est pas nécessaire, l'ingestion seule suffit.

Recherche de la morphine dans l'urine, par H. Ronse (*La Belgique médicale*, n° 20, 16 mai 1901). — L'auteur propose le procédé suivant :

On acidifie l'urine par l'acide tartrique, on la traite par l'alcool amylique, on décante ce dernier et on le traite par un excès d'ammoniaque liquide.

Après séparation de l'émulsion ainsi formée, on recueille l'alcool amylique qui contient maintenant l'alcaloïde mis en liberté. On évapore la solution amylique, de préférence dans de petites capsules de porcelaine d'environ 20 centimètres cubes de capacité. On écrase avec un agitateur au fond de cette capsule un cristal de molybdate d'ammoniaque pur (1 à 5 centigrammes). On verse ensuite 1 centimètre d'acide sulfurique pur et concentré :

a) Avec une prise de modlybdate, on remarque une légère coloration verdâtre très fugace ;

b) Avec une prise d'essai, avec du molybdate et de la morphine pure, on remarque une coloration violette intense ;

c) Avec le molybdate et le rendu d'urine contenant de la morphine, on a une coloration noirâtre mélangée de vert et de violet.

On fait arriver au-dessus de la couche sulfurique par la pipette 2 à 3 centimètres d'eau distillée et on remarque :

a) Dans le témoin de molybdate seul, disparition de toute coloration ;

b) Dans le témoin avec de la morphine pure, une coloration verte, qui en quelques minutes se fonce ;

c) Dans le rendu d'urine contenant de la morphine, une coloration verte intense, presque un précipité qui, après une heure, tend à prendre une teinte bleuâtre.

Cette réaction serait très sensible.

CHIRURGIE

Calcul urétéral simulant un calcul vésical (Ureteral calculus simulating vesical calculus), par F.-J. Stewart (*British med. Journ.*, 20 avril 1901, p. 957). — Homme de 24 ans, souffrant depuis 3 ans de mictions douloureuses avec hématurie. Les caractères de l'hématurie et des douleurs firent poser le diagnostic du calcul vésical. La vessie fut explorée, mais le résultat fut négatif. La radiographie ne donna pas également de résultat. On fit alors l'ouverture de la vessie par voie sus-pubienne et, à deux pouces de l'orifice uretéral droit, on trouva un calcul inclus dans le conduit. L'uretère fut incisé et le calcul enlevé. Le malade guérit.

Un cas de gastro-pylorectomie (A case of gastro hipylorectomy), par J. Lloyd (*British med. Journ.*, 20 avril 1901, t. I, p. 260). — L'auteur a opéré en septembre 1900 un homme de 39 ans, pour tumeur du pylore. Depuis 3 ans, les digestions étaient difficiles. Depuis un an les vomissements étaient devenus fréquents et il y eut des hématémèses.

L'auteur pratiqua une gastro-pylorectomie.

L'estomac fut suturé au duodénum par des points de Lembert, après ablation de la portion malade.

Le malade guérit et, 8 mois après l'opération, il est tout à fait bien portant.

Un cas d'insuccès dans le traitement du tétanos par la méthode Baccelli, par Gilberto Salvioli (de Venise), (*Riforma medica*, an XVII, vol. II, n° 46, p. 542, 24 mai 1901). — Baccelli avait été amené à se servir de l'acide phénique par la considération que cette substance microbicide est un médiment modérateur des réflexes et un antithermique. La pratique vint justifier ces vues et d'après une quarantaine de cas de guérison il est établi : 1° que les injections d'acide phénique atténuent sensiblement les spasmes et les contractures ; 2° elles agissent comme antitoxiques ; 3° elles modèrent le pouvoir réflexe des centres nerveux ; 4° elles satisfont à la plupart des indications du traitement et s'adaptent à la majorité des cas ; 5° elles donnent de meilleurs résultats que la sérothérapie.

Deux ou trois insuccès enregistrés) Favero, Loglio) n'ont rien qui doive étonner. Jamais personne n'a prétendu que l'acide phénique soit un spécifique contre le tétanos. Lorsque l'infection est très grave, lorsque l'envahissement des symptômes est irrégulier, rapide et tumultueux; il y a bien peu de chances pour que l'acide phénique, comme d'ailleurs le sérum, puisse donner d'heureux résultats. Mais lorsque le décours de la maladie est plus lent et qu'il est possible d'instituer régulièrement le traitement, la méthode de Baccelli est d'une efficacité constante, ce qui n'est pas le cas pour la sérothérapie.

L'observation de l'auteur concerne une infection tétanique grave : l'incubation avait été lente, les symptômes eurent une progression rapide, le sujet très affaibli ne pouvait faire les frais de la résistance à une si violente atteinte ; la malade, une paranoiaque de 49 ans à délire religieux, s'était infectée en portant en guise de cilice une vieille semelle de soulier garnie de pointes qui avaient produit plusieurs excoriations sur la cuisse droite.

Salvioli donne l'observation détaillée et termine en faisant observer que chez un sujet ainsi appauvri organiquement, après une incubation de plus d'un mois, après un début insidieux bientôt suivi d'une invasion violente des symptômes, le pronostic était particulièrement défavorable ; la mort survint au 5° jour.

NEUROPATHOLOGIE

La vision binoculaire et l'expérience des boules

tombantes de Hering (Binoculär zien en de valproef van Hering), par C. NICOLAÏ (*Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde*, 1901, 13 janvier). — L'expérience des boules tombantes de Hering est regardée communément comme l'épreuve par excellence de la vision binoculaire simple.

Deux observations récentes de Greeff et Simon, auxquelles l'auteur ajoute une troisième, semblent prouver que l'appréciation de la distance était faite beaucoup mieux avec les deux yeux qu'avec un seul, alors cependant que la vision simple binoculaire faisait défaut. Dans ces cas l'épreuve de Hering donnait de meilleurs résultats avec les deux yeux ouverts qu'avec un seul. Ces observations démontrent que l'épreuve de Hering ne fournit pas encore la garantie de la vision binoculaire simple dès qu'il y a lieu de distinguer diverses espèces de vision binoculaire et dans ce sens l'auteur propose la division suivante :

1° Vision binoculaire dans laquelle l'objet fixé forme nuage aux deux fovea (*visus binocularis fovealis*);

2° Vision binoculaire où l'objet fixé forme nuage à l'endroit de la fovea dans un œil, au voisinage de la fovea dans l'autre (*visus binocularis simultans*), et ici encore il faut distinguer :

a) Vision binoculaire simultanée avec perception des trois dimensions;

b) Vision binoculaire dans la vision stéréoscopique.

Syndrome de Gubler temporaire avec aphasie, d'origine traumatique, par SILVIO (de Gênes), (*Riforma medica*, an XVII, vol. II, n°s 47, 48, p. 554, 567, 25-27 mai 1901.) — Enfant de 3 ans, tombé sur un morceau de bois dur et pointu qui s'enfonça dans l'os au fond de sa bouche. On retira la pointe assez solidement fichée, il y eut une hémorrhagie abondante et l'enfant, qui ne présenta pas d'autres symptômes à ce moment, fut mis au lit et s'endormit profondément. Quelques heures plus tard, lorsqu'il s'éveilla, sa figure était de travers, il ne pouvait plus parler, ni se tenir debout (hémiplégie faciale gauche, hémiplégie droite). — L'auteur admet une hémorrhagie intra-cranienne ayant comprimé la moitié gauche de la protubérance et la circonvolution de Broca. Guérison complète en 2 mois.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE

Session de Mai 1901.

Ectasie totale du globe oculaire, suite de leucome adhérent.

MM. Carra et **Schrameck**. — Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 18 ans 1/2, atteint d'une forte exophthalmie. Elle a débuté il y a 2 ans à la suite d'une crise aiguë de conjonctivite granuleuse. Actuellement l'œil est saillant, proéminent, sans déviation et inéclairable; large leucome adhérent et exsudat fibrineux dans la chambre antérieure. L'œil est énucléé.

A l'examen, le globe, légèrement affaissé sur lui-même (perforation de la coque), mesure 25 millimètres dans le méridien antéro-postérieur et 25 millimètres dans le méridien supéro-inférieur. L'ectasie est donc très accentuée.

La cornée est amincie, son parenchyme rempli de tractus conjonctivaux cicatriciels, l'épithélium est hyperplasié, sans solution de continuité. Sur sa paroi interne est une synéchie irienne, pénétrant dans son parenchyme; du côté droit, large poche sanguine à paroi mince. L'iris est atrophié, le pigment se trouve disloqué; les vaisseaux sont larges, nombreux, remplis d'hématies. L'angle scléro-cornéen a disparu, large et profonde soudure de Knies. Les procès et muscles ciliaires sont atrophiés.

Dans la rétine, les couches externes des cônes, bâtonnets, cellules visuelles sont conservées; les internes, cellules bipolaires, les pieds de Muller sont enveloppés et noyés dans une gangue néo-conjonctive.

La choroïde est méconnaissable. Les vaisseaux sont dilatés, remplis de sang. Une large hémorrhagie récente existe dans la région maculaire.

La papille et le nerf optique sont métamorphosés. La lame criblée est refoulée tout en arrière, et tout l'espace compris entre le niveau choroïdien et la lame criblée est rempli par du tissu conjonctif de néoformation.

Les tubes nerveux n'ont pu être décélés par les Pal ou Weigert.

L'éperon scléro-choroïdien existe sur le bord papillaire nasal; il est émoussé du côté temporal. La sclérotique est amincie, étirée, atrophiée.

En résumé, il s'agit d'un processus phlogosique grave, ancien, localisé primitivement sur l'hémisphère antérieur et plus particulièrement sur la cornée, iris, procès ciliaires, ayant entraîné un leucome adhérent avec synéchie et soudure totale de l'angle de Knies, à la suite, poussées glaucomateuses subaiguës, distension de la coque oculaire, évoluant chez un adolescent dont la paroi est encore distensible, produisant ainsi, comme terme ultime, la buphthalmie en ectasie totale.

Diagnostic des affections tuberculeuses de l'appareil visuel.

MM. Morax et **Chaillous**. — Par l'injection d'une solution de 1/20 de milligramme de tuberculine, il est possible de diagnostiquer certaines affections tuberculeuses de l'œil. Cette méthode n'entraîne jamais après elle d'accident, elle est facile à appliquer, et elle a toujours donné des résultats exacts.

M. Dor préfère la réaction séro-agglutinative, beaucoup plus sensible et exempte de tout danger.

Du retard de la cicatrisation après l'opération de la cataracte et du moyen d'y remédier.

M. Gibert (La Roche-sur-Yon), après avoir passé en revue les nombreuses explications déjà fournies pour expliquer ce retard de cicatrisation, dit se très bien trouver du moyen suivant : légères pointes de feu au thermocautère sur les lèvres scléro-cornéennes. La réaction qui suit provoque une exsudation salutaire à l'occlusion définitive de la plaie scléro-cornéenne.

Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle en oculistique.

M. Fromaget se sert d'un mouchoir doublé d'une feuille de papier roulée en cornet. On place dans le fond un tampon de coton hydrophile sur lequel on pulvérise quelques centimètres cubes de chlorure d'éthyle, et en appliquant le cornet sur la bouche et le nez du patient, on obtient une anesthésie très rapide. Au bout de 15, 20, 30 secondes, il est anesthésié. L'anesthésie dure de 1 à 3 minutes. Pour l'obtenir plus prolongée, il faut faire de nouvelles pulvérisations dans le cornet.

M, Fromaget a pu faire ainsi des opérations durant 5, 10, 15 minutes. Il n'a jamais eu d'accidents graves à noter. La plupart des malades s'endorment sans aucune excitation. Quelques-uns en ont cependant. Le malade anesthésié se réveille très vite; au bout de quelques minutes, il se lève et peut marcher sans éprouver aucun malaise.

L'absence des vomissements est la règle. Grâce à cet anesthésique, on peut pratiquer toutes les opérations sur l'œil.

Deux cas de diphthérie oculaire.

M. Vian (de Toulon) présente deux nouveaux cas de guérison de diphthérie oculaire qu'il a traités de la façon suivante : applications sur les muqueuses palpébrales d'huile brute de pétrole au moyen d'un bout de bois garni d'un peu d'ouate et imbibé d'huile de pétrole, deux fois par jour.

M. Puech veut que l'on fasse d'emblée l'injection de sérum antidiphthérique. Le résultat en est merveilleux : agir autre-

ment paraît criminel actuellement, d'autant plus que le pétrole demande 8 à 10 jours pour enrayer l'affection, alors que le sérum fait disparaître les fausses membranes en 12 ou 15 heures.

Un ptérygion à la paupière supérieure.

M. Monphous (de Saint-Malo) communique un fait clinique jusqu'ici inobservé. Une malade vient le consulter pour une kératite subaiguë. Retournant la paupière supérieure, il la trouve tapissée par une membrane triangulaire, mince, peu vasculaire, lisse, à bords nets et un peu saillants, et adhérente à la conjonctive. La base du néoplasme s'implante dans toute l'étendue du cul-de-sac. L'autre œil, examiné, présente une membrane analogue.

M. Monphous fait ressortir l'analogie absolue qu'il y a entre cette membrane et le ptérygion.

Traitement des blépharites par l'acide picrique.

M. Fage (Amiens) emploie, depuis 1888, avec succès, ce médicament qui agit comme anesthésique, antiseptique et kératogénisant. Notre confrère se sert de solution aqueuse de 8 à 10 p. 1 000, ou de solution à la glycérine, ou à l'alcool et gomme laque.

M. Puech préfère comme anesthésique la simple pommade à l'oxyde de zinc.

M. Petit rappelle les heureux effets kératogénisants de l'acide picrique dans les ulcères cornéens.

Les altérations oculaires consécutives aux névralgies de la cinquième paire.

M. Kalt cite deux observations dont l'une montre, chez une personne âgée, sujette aux névralgies faciales, une irido-kératite de forme spéciale survenant après une violente crise de douleurs névralgiques, et durant une quinzaine de jours pour disparaître ensuite.

Chez une autre malade survint, dans les mêmes conditions, un décollement rétinien d'un côté, et de l'autre une chorio-rétinite périphérique.

En l'absence de toute cause étiologique, il faut admettre que les troubles oculaires sont bien la conséquence des douleurs névralgiques, et qu'à côté du type classique de la kératite neuro-paralytique il y a lieu d'admettre un groupe d'altérations cornéennes, iriennes, choro-rétiniennes, relevant uniquement de phénomènes névralgiques.

Procédé de canthoplastie.

M. E. Valude. — Ce procédé nouveau de canthoplastie est particulièrement applicable aux cas d'ankyloblépharon avec rétraction cicatricielle de la conjonctive, ainsi qu'on l'observe à la période ultime du trachome.

L'opération conseillée, en pareil cas, et qui est d'ailleurs applicable à tous ceux auxquels s'adresse la canthoplatie, peut se décrire ainsi :

Le chirurgien, déplissant l'angle externe des paupières avec les deux doigts de la main gauche, incise, par transfixion, la peau, suivant une ligne horizontale et dans le prolongement du canthus, mais sans fendre celui-ci; l'incision aura une étendue de 1 cm. 1/2 environ.

Saisissant alors avec une pince à griffes les deux lèvres de l'angle palpébral, il débridera profondément en deux coups de ciseaux, d'abord du côté de la conjonctive bulbaire, puis dans l'épaisseur de la paupière. Pour cette seconde incision, on dirigera les ciseaux comme dans le procédé connu d'Agnew, qui opère le débridement sous-cutané d'une partie du sphincter palpébral, mais en allant moins profondément que dans cette opération; les ciseaux ne seront pas enfoncés à plus d'un centimètre.

Après avoir exécuté ce débridement palpébro-conjonctival en haut et en bas, le chirurgien aura devant lui un angle palpébral largement ouvert, et les deux lambeaux ainsi séparés affecteront l'aspect de deux triangles cutanés très mobiles.

On renversera alors en dehors chacune des deux pointes de ces triangles, de façon à replier la lèvre cutanée sur elle-même en dehors et en arrière, et à coapter les bords de la peau ainsi repliée.

Deux points de suture seront appliqués, l'un en haut, l'autre en bas. Il ne restera plus qu'à réunir la partie la plus externe de l'incision cutanée, sans que ce dernier point de suture soit absolument nécessaire.

Il est inutile, dans cette opération, de fixer la muqueuse à la peau, et c'est ce qui constitue l'avantage et la simplicité du procédé. Le replacement de l'angle palpébral en arrière suffit à l'élargissement de la fente palpébrale. Avec ce procédé, M. Valude a obtenu de plus larges effets qu'avec les opérations ordinaires de canthoplastie.

Blépharorrhaphie médiane à lambeau dans les hauts degrés d'exophthalmie.

M. H. Truc (de Montpellier) préconise cette opération contre l'exophthalmie excessive. On fait d'abord la section totale de la paupière supérieure ou des paupières supérieure et inférieure, par deux incisions verticales donnant un ou deux lambeaux assez larges pour recouvrir complètement la cornée. On suture ensuite les lambeaux médians entre eux, ou le supérieur à la partie médiane de la paupière inférieure avec ou sans avivement, suivant que l'on désire une blépharorrhaphie permanente ou temporaire.

Goître exophthalmique.

M. Bellencontre (Paris) rapporte l'observation intéressante d'un malade ayant subi la sympathectomie pour goître exophthalmique type. Quelque temps après, il se produisit une cataracte et un décollement progressif de la rétine.

M. Abadie retrace les cas où la sympathectomie eut de bons et beaux résultats; mais, pour lui, il y a des indications pour cette opération : tous les glaucomes ou goîtres ne doivent pas être sympathectomisés.

M. Fage cite un exemple où, après l'opération, le malade, nullement amélioré, est tombé peu à peu dans la plus profonde anémie.

Dans un cas de glaucome hémorrhagique, les douleurs ont cessé.

M. Dor conseille la section du sympathique telle que la fait Jaboulay, mais non la large incision. Jaboulay et Dor n'ont jamais observé de cataracte ou décollement après l'opération. Doyon en a observé chez le lapin.

Chez ces malades, il faut examiner le cœur; souvent on trouve une lésion valvulaire qui alors peut expliquer, par lésion ou obstruction vasculaire, le décollement rétinien.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 Juin 1901.

Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.

M. Budin lit un rapport sur un travail de MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph (de Nice).

Les statistiques du ministère de l'Intérieur prouvent que, sur 1 000 décès de tout âge, il y en a, en moyenne, 167 concernant des enfants de moins d'un an. Dans certaines villes, cette proportion s'élève jusqu'à 294 (Lille), 342 (Dunkerque), 414 p. 1000 (Marcq-en-Barœul), et même au delà dans quelques localités de la Bretagne.

De 1 000 décès d'enfants au-dessous d'un an, 385 sont dus à

la gastro-entérite, 147 aux maladies des voies respiratoires, 171 à la débilité congénitale, 25 à la tuberculose, 50 aux maladies contagieuses et 222 à toutes les autres causes réunies.

D'après M. Budin, il serait facile d'éviter la plupart de ces maladies et, par conséquent, de diminuer dans une très forte proportion la mortalité des nouveau-nés, en veillant d'une façon plus rigoureuse à l'application de la loi Roussel et à la stricte observation des prescriptions hygiéniques et alimentaires qui peuvent assurer la santé des enfants.

M. Fournier. — Il est regrettable que la syphilis héréditaire ne figure pas parmi les causes de mortalité des nouveau-nés qui viennent d'être énumérées par M. Budin. Il n'est pas douteux que la mortalité infantile par syphilis, et particulièrement par la syphilis du père, soit considérable. Sur 100 naissances survenant dans des familles syphilitiques appartenant à la classe aisée ou riche, on compte, en effet, 48 morts; à l'hôpital, cette proportion atteint jusqu'à 80 p. 100.

Il profite de cette occasion pour rappeler qu'en prescrivant le traitement spécifique pendant la grossesse aux femmes syphilitiques, on peut, dans un très grand nombre de cas, prévenir la mort du fœtus.

M. Budin. — Cette lacune tient à ce que les auteurs ont puisé les matériaux de leur travail dans les statistiques officielles où la syphilis des parents n'est jamais mentionnée.

M. Laveran. — La question de la dépopulation doit être surtout résolue par l'abaissement de la mortalité, et spécialement de la mortalité infantile. La communication de M. Budin est donc des plus importantes et il propose de transmettre son rapport au ministère de l'Intérieur.

L'Académie vote cette proposition à l'unanimité.

Intoxication arsenicale par la bière.

M. Riche présente un rapport de M. Bordas sur les intoxications causées à Manchester par une bière contenant de l'arsenic. Officiellement, le nombre des intoxications est évalué à 4182, avec 300 décès.

Pour la fabrication de la bière en question, on n'employait ni malt, ni houblon, mais de la glycose de mauvaise qualité. Cette glycose était fabriquée elle-même par action sur le maïs d'un acide sulfurique impur, obtenu avec des pyrites arsenicales, non purifiées, et contenant, par suite, de l'arsenic.

Le rapport renferme, en outre, d'intéressantes indications sur les nombreuses falsifications de la bière en usage en Angleterre. Il existe, à Liverpool, une fabrique de houblons artificiels, neutraliseurs, poudres à mousser, antiseptiques divers, notamment sulfites alcalins. On a constaté de l'arsenic dans certains sulfites et dans certaines bières jusqu'à 4 milligrammes par litre.

FEUILLETON

La grande guerre contre la syphilis.

I

Voici que le cri de guerre est poussé contre la syphilis. Les conférences se tiennent, les ligues se fondent, les articles se multiplient, et tout le monde s'en mêle, y compris de vénérables dames pour lesquelles je professe assurément la plus respectueuse estime, mais qui, espérons-le, auraient plus de compétence dans la surveillance du pot-au-feu que dans celle de la prostitution. Que telles personnes disent et écrivent à ce sujet des choses que d'aucunes, mal élevées, qualifieraient de bêtises, et d'autres de naïvetés, il n'y a là rien de bien surprenant. Il y éclata jadis une polémique entre Pajot et un vétérinaire de la bonne ville de Lyon; bien entendu, il s'agissait d'accouchement; Pajot modifia un texte fourni par la Sagesse des nations, et dit : « Chacun son métier, et les vaches seront bien accouchées. » Parole dénuée d'urbanité, mais remplie d'esprit scientifique, et qui juge la question.

Ce qui me plonge dans l'étonnement, c'est que d'excellents et professionnels syphiligraphes conçoivent et énoncent des résolutions et des projets qui ont une valeur comparable à ceux des « bonnes dames ».

II

Il y a d'abord la tendance à incriminer l'homme, l'infortuné mâle; il faut le moraliser, l'instruire ou le punir.

Mais véritablement on oublie un point fondamental. C'est qu'une femme infecte 4 ou 5 hommes, pendant qu'un homme infecte une femme. Pourquoi? Cela est si clair qu'on me dispensera d'insister; mais le fait est qu'il en va de la sorte, et qu'il y a cinq fois plus d'importance à nous occuper de la femme que de l'homme, en ce qui touche la prophylaxie des maladies dites vénériennes.

III

Quoi qu'il en soit, voyons nos procédés de lutte, et d'abord : la *moralisation*.

Par quelle suite d'observations ou de raisonnements, des créatures instruites et judicieuses peuvent-elles admettre qu'elles découvriront un mobile capable d'annihiler l'instinct sexuel. Ont-elles oublié que : boire sans soif et faire l'amour en toutes saisons...? Ignorent-elles que l'instinct sexuel est le pivot autour duquel gravitent toutes les grandes manifestations de la nature vivante?

En sommes-nous à la conception d'un homme métaphysique, esprit pur servi par un corps asexué? « l'intelligence servie par des organes »!

Existe-t-il un peuple libre des maladies vénériennes? On dit que les Boers en étaient exempts. Exception abolie pour le moment. Les mêmes maladies vénériennes sont-elles plus rares en pays soi-disant pourris et immoraux qu'en d'autres pays réguliers et chastes? Mais quoi! les statistiques nous montrent autant de syphilis à Berlin qu'à Paris. Les étudiants en médecine de Breslau sont aussi bien « pincés » que ceux de Nancy ou de Lille; et dans mon village, il y a cinq fois moins de chancres simples qu'à Christiania!

Enfin, il y a de la syphilis, et grâce à Dieu, de bons syphiligraphes à Philadelphie autant qu'à Naples ou qu'à Buda-Pesth.

C'est une chose réellement extraordinaire que de voir des gens éclairés associer l'idée de débauche à celle de maladies vénériennes. Hélas! combien avons-nous rencontré de malheureux à qui une tentative initiale et unique a été fatale. Que de fois avons-nous vu des malchanceux qu'un seul écart, au cours d'une longue fidélité conjugale, avait rangés dans le « très illustre » troupeau? A côté de cela, combien de don Juan traversent indemnes des aventures épineuses et multipliées.

Et pour être mariés, tôt ou tard, vierges ou non, s'imagine-t-on que les conjoints seront à l'abri de la vérole? Ce n'est pas toujours l'homme qui apporte la chaudepisse ou la syphilis dans le ménage : par ici on voit souvent le contraire; les femmes y sont-elles plus jolies, ou les hommes plus sages qu'ailleurs?

IV

Il faut *instruire* les garçons et les filles!

Instruire les garçons, les prévenir! Mais combien sont

ignorants quand ils sont infectés? vous imaginez-vous que la crainte de la vérole arrête celui qui est décidé à « pécher ». Il faudrait alors s'attendre à ce que les étudiants en médecine et les médecins eux-mêmes soient à l'abri de tous les malheurs de ce genre. Or demandez aux syphiligraphes lequel d'entre eux nous donnera une statistique portant sur sa clientèle de confrères ou d'élèves? Quand une conférence se réunit dont les membres s'apprêtent à foudroyer la vérole, combien l'ont eue? Est-il indiscret de prétendre que le nombre de blennorrhagies qu'à eux tous ils ont présentées est vraisemblablement plus considérable que celui des honorables présents?

Et instruire les filles? de quoi? Toute fille qui cède ne sait-elle pas qu'elle s'expose à la grossesse; ne redoutera-t-elle pas toujours une grossesse plus que la vérole?

V

Et maintenant, poursuivre, châtier, etc., qui? le mâle? On a vu que son rôle était relativement mince, et véritablement quelle efficacité attendre de telles mesures : l'isoler, lui ôter les moyens de nuire, mais on ne le pourra que trop tard, si on le peut, et si, pendant tant d'années, tant de gens avisés ont refusé de tolérer la recherche de la paternité, qui ne voit les résultats tragi-comiques auquet aboutira la recherche de la vérole?

VI

Tout cela est passablement puéril et parfaitement inutile; mais cela peut nuire parce qu'on arrive à perdre de vue le terrain pratique, le seul sur lequel doit se tenir un médecin qui a charge, non des âmes, mais des corps.

Je ne pense pas que personne conteste ce fait fondamental : que les maladies vénériennes ont leur foyer dans la prostitution; si elles disparaissaient de la prostitution, elles finiraient probablement par s'effacer de la pathologie ou, du moins, par devenir exceptionnelles. J'ajoute que toute mesure, tout système se proposant ou promettant d'arriver à une extinction totale, est fatalement illusoire. Pour le moment, il me paraît qu'on doit être moins ambitieux. Je poserai la question comme il suit : étant donné que la moyenne des syphilitiques est de 12 à 15 p. 100 parmi les hommes adultes des grandes villes, que le chiffre des blennorrhagies est assurément supérieur à celui des individus du sexe masculin, peut-on améliorer sensiblement la situation? peut-on, par exemple, ramener à la moitié de ce qu'elle est une proportion si élevée?

Je pense qu'on le peut, et qu'on le doit sans grande révolution, sans bouleversement social, sans ligues, sans conférences et sans tapage.

VII

Et cela tout simplement en utilisant la réglementation actuelle.

Nous distinguons deux prostitutions, une légale, surveillée; une clandestine, libre.

Il est admis que la première est moins dangereuse que la seconde. Erreur énorme, 9 fois sur 10; combien de chancres simples, de chaudepisses, de syphilis se prennent au bordel! On les y prend parce qu'elles y sont, elles y sont parce qu'on les y laisse. Qui les y laisse! Voici des choses désagréables à dire, mais qu'il faut dire. Cette surveillance est faite par des médecins, par quels médecins et dans quelles conditions? Sans doute, beaucoup sont instruits, éclairés, et tous sont consciencieux; mais tous ne savent pas ce qu'il serait nécessaire de savoir. Par l'intermédiaire du député du coin, du sénateur de la place ou du conseiller de l'impasse, un excellent praticien est mis un beau jour en possession de ce service. D'aucuns n'ont jamais examiné un col; beaucoup savent de la vérole ce qu'ils ont ramassé dans les bouquins, et, de la chaudepisse, ce qu'ils ont appris de leurs clients. Combien savent ce qu'est un microscope, et distinguent un gonocoque d'un spermatozoïde? Croit-on qu'ils vont l'apprendre? pourquoi? où? comment?

Et je suppose qu'ils le savent, comment en useront-ils? A-t-on vu les locaux d'examen? Je serais extrêmement désireux de connaître le nom et le nombre des municipalités assez généreuses pour affecter un microscope à la surveillance des prostituées. Je sais qu'il y en a, et je les félicite de tout mon cœur; mais je sais aussi que, si nous les comptions, bien des gens seraient consternés.

Qu'on ne s'y trompe pas : il n'existe pas 10 municipalités françaises où l'examen des prostituées puisse être fait sérieusement. Et je demande : 1° qu'on exige des médecins chargés du service des connaissances techniques, spéciales, suffisantes; 2° qu'on leur fournisse les instruments, les locaux et le personnel nécessaire; 3° qu'on leur assure des rétributions qui leur permettent de faire quelque étude préalable, et d'y consacrer le temps et les soins suffisants.

VIII

Et maintenant, s'il vous plaît, dites-moi pourquoi et comment ces médecins sauraient un peu de vénérologie. Songeons que sur 7 Facultés de médecine en France, 3 n'ont pas de chaire spéciale. Réfléchissez que la syphiligraphie ne figure dans le programme d'aucun examen. Rabâchons un peu : où en est cet enseignement à Paris même? Il y a une chaire, une seule; certes, elle est occupée avec un éclat sans égal; le maître qui l'occupe entend l'enseignement mieux qu'homme au monde, et il le fait avec une conscience égale à sa compétence et à sa renommée; mais il y a *une chaire* et *un service* officiel pour enseigner la dermatologie et la syphiligraphie à 4 500 étudiants?

Pour le moment, tout étudiant avant de passer sa thèse a vu le fait des gastro-entérostomies et quelques douzaines d'hystérectomies, mais tenez pour certain que sur 10, on n'en trouverait pas deux qui aient palpé un chancre induré.

Et alors si on ne leur apprend pas la syphiligraphie, comment voulez-vous qu'ils la sachent? Et s'ils ne la savent pas, comment diable! désirez-vous qu'ils combattent la syphilis?

IX

Une femme est malade, reconnue telle, que faire?

La soigner, évidemment, et la mettre à même de se soigner; il est clair, d'autre part, qu'il faut l'isoler, ou du moins la mettre hors d'état de continuer sa profession aussi longtemps qu'elle sera dangereuse.

Dans cet ordres d'idées, l'hospitalisation est toujours l'unique moyen; en y recourant avec autant d'égards que possible. Mais quand une femme cesse d'être dangereuse, de présenter des lésions contagieuses, doit-on l'abandonner? Non. On doit la soigner, et s'il est utile, lui fournir les remèdes nécessaires. Enfin, je pense qu'il serait très utile d'encourager les femmes à prévenir les investigations; il faudrait leur donner, d'une part, le pouvoir de se présenter gratuitement à la consultation

toutes les fois qu'elles le voudraient; d'autre part, de leur ouvrir l'accès des services vénériens libres.

X

Et quand un homme est malade? S'il est riche, c'est son affaire. Mais s'il est pauvre? D'abord supprimer cette clause barbare d'après laquelle, dans nombre de sociétés de secours, les membres n'ont pas droit aux soins et aux remèdes pour maladie dite vénérienne.

Ensuite, délivrer gratuitement les remèdes à tout syphilitique pauvre.

Avec 20 francs de pilules, on peut soigner toute une vérole. Le trimardeur ou le chômeur, ou même l'ouvrier ordinaire ne peut pas toujours les distraire du salaire; ou s'il le peut, il ne le veut.

Donnez-lui ses pilules et son iodure, il les prendra; mais les consultations gratuites hospitalières sans distribution gratuite des médicaments ne sont qu'un leurre. Le pauvre diable est venu chercher sa guérison; il n'emporte que son diagnostic, et encore.

XI

Je n'ai rien dit de la question de la prostitution clandestine : c'est affaire de police. Mais puisqu'il en est une publique, fatale, nécessaire, que l'État la surveille, et carrément, aux dépens de l'autre, la protège.

Qu'il applique sérieusement la réglementation. Qu'il enregistre toutes les prostituées qu'il pourra réellement atteindre ; qu'il se comporte vis-à-vis d'elles comme il devrait le faire, et l'on verra se produire une amélioration considérable.

Maintenant, assistons avec complaisance aux conférences, ligues, etc. La vie n'est pas si joyeuse qu'il faille négliger une telle source de jubilations. Quelque vaudevilliste fera grimper sur les planches des petits théâtres ces discussions graves entre miss, pasteurs, publicistes, et syphiligraphes. Mais quant à s'imaginer que la vérole a quelque chose à craindre des parlotes et des ronds-de-cuir, de la contrainte morale et autres balivernes!...

Pour le moment, permettons au médecin de la guérir, en l'obligeant à la connaître. Le libérateur s'élèvera dans le silence du laboratoire : c'est le bactériologiste qui tuera la vérole.

VARIÉTÉS

L'exploitation des médecins par les Compagnies d'assurances contre les accidents du travail. — La Chambre des députés discute en ce moment une série de propositions de loi tendant à modifier la loi relative aux accidents du travail. Dans sa séance de jeudi dernier, elle s'est occupée de l'article 4. La commission proposait de rédiger ainsi qu'il suit le second paragraphe de cet article :

« La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément aux tarifs adoptés dans le département pour l'assistance médicale gratuite ou, à leur défaut, aux usages locaux. »

M. Albert Poulain demandait de remplacer ce texte par le suivant :

« La victime ou ses représentants ont seuls qualité pour faire choix du médecin et du pharmacien. Le chef d'entreprise n'est tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence des prix moyens établis par les usages locaux pour les visites de médecin et la pharmacie. Au cas où la blessure exige une opération ou le concours d'un autre praticien désiré par le médecin choisi, les frais résultants sont à la charge du chef d'entreprise. »

A l'appui, il faisait valoir un ensemble de considérations dont voici les principales :

« Ce qui est inouï, c'est qu'au moyen d'une loi faite dans l'intérêt des travailleurs, en vue d'assurer aux travailleurs blessés tout au moins un morceau de pain et quelques soins, les compagnies d'assurances aient pu exploiter une autre catégorie d'individus, celle des médecins.

Savez-vous comment elles opèrent? Armées de la loi, elles envoient un de leurs agents trouver un médecin d'une localité où il y a une usine. Et voici le langage que l'on tient à ce médecin : vous êtes le médecin de la localité; si vous voulez accepter d'être le médecin de l'assurance, vous serez garanti contre toute concurrence; si vous n'acceptez pas, la compagnie va être obligée de choisir un autre médecin.

Si ce médecin consent à soigner les malades à forfait suivant la gravité des blessures, il pourra conserver sa clientèle, sinon on lui suscite un concurrent.

S'il y a quelques médecins qui travaillent pour accroître leur luxe, la plupart travaillent pour vivre, pour gagner leur pain. En raison de cette situation, ou bien le médecin est obligé de subir la volonté de la compagnie d'assurances, ou bien de lutter contre la concurrence du confrère qu'on lui oppose. Et comme il est un homme, il accepte la proposition de la compagnie, il se dit : Après tout, je ne suis pas très engagé, j'accepte, je ferai mon devoir.

Mais voilà où la chose devient plus grave, c'est qu'après avoir accepté, on lui remet un barême du traitement des blessures.

Ici, je vous prie de me prêter votre attention. Le barême est établi comme je vais l'indiquer — je ne préciserai pas les chiffres, ils varient de 1 ou 2 francs. — On dit au médecin : Voici le tarif : une fracture simple sera payée environ 15 francs; dans certains endroits c'est 16 ou 18 francs (mettons la moyenne à 15 francs); une fracture du bras sera payée 15 francs ; une fracture de la jambe, 18 ou 20 francs, etc., etc., de sorte que les médecins sont payés non pas à raison de la gravité et des suites de l'accident, mais tant par accident. Il n'est pas besoin de longs développements pour montrer les abus des compagnies d'assurances.

Il y a une autre remarque à faire; il faut dire les choses comme elles sont ; le tarif établi, le médecin, par l'exercice même de sa profession, regarde les malades non plus comme des hommes qui souffrent, mais comme des clients; il leur donne son dévouement, sa science, mais comme il est payé d'après un tarif fixe de 15 ou 20 francs, l'ouvrier, à un moment donné, quand le traitement est de longue durée, devient une charge pour lui et il s'ensuit que la compagnie d'assurances, sans l'avoir écrit, sans en avoir parlé au docteur qu'elle aurait certainement révolté, incite les médecins à soigner les blessures dans des conditions déplorables. Il n'y a pas un médecin en France qui ne proteste contre cette situation et qui, si la Chambre adopte ma proposition, n'applaudisse à ce vote. Il suffit d'inscrire dans la loi que, seuls, le malade ou ses représentants auront le droit de choisir le médecin.

Il y a aussi nécessité à faire entrer dans la loi un texte qui dise clairement que, quand une blessure comporte une opération chirurgicale ou des frais médicaux non prévus par la loi actuelle, ou quand il est nécessaire de faire appel à un second praticien sur le désir du médecin choisi, les frais supplémentaires sont à la charge de la compagnie. »

L'amendement de M. Albert Poulain, repoussé par la commission et par le gouvernement, n'a pas été pris en considération, et la Chambre des députés a adopté le texte proposé par la commission, lequel porte en plus que celui qui est actuellement en vigueur ces mots : « ou, à leur défaut, aux usages locaux », parce qu'il y a 39 départements où le tarif dit de l'assistance médicale n'est pas institué, soit parce que l'assistance médicale n'y a pas été encore organisée, soit parce que le département a préféré le système de l'abonnement. (*Sem. méd.*).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Invagination colique aiguë. — Suppression des phénomènes d'occlusion par le cathétérisme du boudin invaginé. — Sonde de Nélaton à demeure. — Désinvagination spontanée consécutive,

Par le Dr Ouvry (de Lisieux).

La laparotomie chez les enfants atteints d'invagination aiguë a donné dans ces dernières années de beaux résultats, lorsqu'elle a été pratiquée de bonne heure et qu'elle a permis une désinvagination facile. Faite plus tard, quand l'intoxication stercorale est accusée, ou quand les lésions intestinales nécessitent soit une résection, soit une incision du cylindre externe pour obtenir la réduction, elle a été rarement suivie de guérison. Dans ces cas désespérés, mais pour la variété d'invagination à procidence rectale ou anale, on pourra, par un traitement simple, sauver quelquefois son petit malade comme l'a été celui qui fait l'objet de l'observation suivante :

B..., du sexe masculin, âgé de 9 mois 1/2, bel enfant du poids de 10 kilogrammes, est nourri au sein.

Depuis quelques semaines, la mère complète son alimentation par du bouillon et du jus de viande. Ses fonctions intestinales ont toujours été régulières ; cependant il avait deux ou trois selles diarrhéiques par 24 heures depuis 3 jours, quand le 27 avril 1901, vers 8 heures du soir, il se réveilla en criant pour vomir presque immédiatement. La nuit il rend par l'anus une assez grande quantité de sang mélangé de mucosités blanchâtres et par plusieurs fois. Pas de sommeil, pleurs et cris continuels, vomissements après chaque tétée.

28 avril. L'enfant continue à rendre fréquemment, et chaque fois après de grands efforts, des matières glaireuses teintées de sang; le ventre est souple. Le nombre des tétées est diminué, on donne un peu d'eau de Vals, des lavements d'eau tiède et une potion à l'acide lactique. Quel que soit le liquide ingéré il est rendu presque aussitôt. Les lavements reviennent propres, à peine mélangés de quelques filets de sang.

29 avril. Nuit agitée; cris, vomissements, bien que la diète absolue ait été suivie pendant 12 heures : l'enfant porte constamment la main dans la bouche et rejette un peu de liquide muqueux. Ce matin son teint est terreux, ses yeux excavés, il est très abattu. Le pouls est à 120, 130, petit, la température à 37°,4. Le ventre est ballonné. Maintien de compresses chaudes sur l'abdomen; thé au rhum comme seule boisson, lavements. Les selles paraissent avoir cessé, on ne constate plus sur les langes que de petites taches glaireuses rosées.

30 avril. Le malade est plus affaissé qu'hier. Il ne pousse plus que quelques plaintes de temps à autre, et les vomissements sont plus rares. Le soir, température : 38°; pouls : 130-140. Pas de selles. Même traitement; en plus, bains sinapisés et injections de sérum artificiel.

1er mai. L'enfant a paru mieux reposer cette nuit.

En réalité il ne réagit plus, ses yeux restent semi-ouverts, il ne fait aucun mouvement.

Le pouls est imperceptible, la température à 35°,6, le ventre est très ballonné. Je pratique le toucher et perçois une énorme masse remplissant l'ampoule rectale et descendant à 2 centimètres de l'anus. C'est la sensation d'un gros col utérin œdématié. On se rend compte que si le malade qui est inerte faisait le moindre effort, cette tumeur serait projetée au dehors. Le doigt en fait le tour, et bien qu'enfoncé profondément ne peut atteindre la réflexion de l'invagination ; il pénètre dans l'orifice du boudin médian, cet orifice regarde à gauche. La laparotomie immédiate nous paraissait, au Dr Leprevost et à moi, devoir être la seule chance de salut, chance bien minime à cause de l'état précaire du sujet, quand l'idée nous vint d'introduire par l'orifice d'invagination une sonde de Nélaton, avec l'espoir qu'elle franchirait peut-être tout le défilé et amènerait une évacuation. Séance tenante, nous faisons bouillir une sonde Nélaton n° 20 (en caoutchouc rouge demi-rigide de Gentile). L'enfant est tenu sur le dos, les jambes relevées et écartées; le doigt placé à l'orifice de l'invagination guide l'extrémité de la sonde présentée à l'aide d'une pince à forcipressure : la pince est desserrée, la sonde poussée progresse assez facilement. Tout à coup, alors qu'elle ne dépasse plus l'anus que de 8 à 10 centimètres, s'échappe un liquide jaune extrêmement fétide; il s'en écoule ainsi plein une assiette à soupe, ensuite cette évacuation s'accompagne de nombreux gaz.

J'injecte de l'eau salée et fais plusieurs irrigations. La sonde, qui est de 35 centimètres, a donc franchi une longueur de 25 centimètres environ avant d'arriver au collet de l'invagination. Elle est laissée à demeure, maintenue par des épingles de nourrice à un bandage en T. Elle dépasse l'anus de 4 centimètres, les matières seront recueillies sur du coton. Une heure après, l'enfant prenait le sein et ne vomissait plus. Le ventre se détend rapidement. Soir, nouveau lavage, la sonde fonctionne bien.

2 mai. Nuit bonne. Le bébé s'est réveillé toutes les 3 heures pour téter. Matin : pouls, 120; irrigation. Dans la journée, rien ne sort par la sonde. Le soir, le doigt ne sent plus que très haut un bourrelet, et des matières remplissent l'ampoule rectale.

3 mai. Nuit bonne. La sonde a été expulsée avec des matières. On ne sent plus rien au toucher. Le facies se colore, l'enfant sourit et commence à jouer. Le ventre encore un peu gros est souple, on ne perçoit rien dans la fosse iliaque gauche.

Les jours suivants, l'enfant ne prend que le lait maternel; un lavement est donné chaque matin. Je le revois le 15 mai très bien portant.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à relater, non à cause de l'erreur de diagnostic, erreur trop souvent commune de prendre chez les tout jeunes bébés les vomissements et les selles muco-sanguinolentes de l'invagination pour des symptômes dysentériformes, mais à cause du mode de traitement employé dont il n'est pas fait mention dans nos traités classiques. Deux méthodes non sanglantes sont en effet seules signalées, l'électricité qui ne réussit que dans les premières heures d'après Boudet lui-même, le refoulement de l'invagination par des injections d'eau ou des insufflations d'air. Ces dernières manœuvres ne sont conseillées par notre maître le professeur Jalaguier qu'au début; encore sont-elles dangereuses, capables de produire une rupture intestinale; la guérison la plus tardive qu'elles aient donnée a été obtenue à la 41e heure. Dans notre cas d'invagination colique, peut-être eussent-elles été suivies de succès, si le diagnostic eût été posé plus tôt; à l'heure où nous pouvions agir, la tête de l'invagination offrait un gonflement si considérable que la réduction paraissait matériellement impossible par ce moyen. Restait l'intervention sanglante que nous étions décidés à pratiquer, seule ressource qui nous semblât devoir donner à notre petit malade une chance de guérison, chance bien faible au 4e jour d'une invagination aiguë avec un état de prostration fort accusé, et avec la perspective de lésions intestinales rendant la désinvagination simple impossible et nécessitant l'ouverture du tube intestinal. Or le cathétérisme de l'invagination avec une sonde molle a pu atteindre le collet; la sortie des gaz et des matières mettait fin à l'intoxication stercorale, sauvait momentanément la vie du bébé qui put bien vite s'alimenter. Il se trouvait dès lors dans de meilleures conditions pour supporter les jours suivants une opération faite dans le but de le débarrasser de son infirmité. Contre toute espérance, la réduction s'est faite seule en moins de 36 heures; je pense que la sonde, en mettant au repos l'intestin, lui a permis de se décongestionner, et en lui servant de tuteur a peut-être aidé à son déplissement.

Comme conclusion, nous dirons que dans tous les cas d'invagination avec tumeur rectale, on devra tenter ce cathétérisme qui, fait avec une sonde en caoutchouc, doit être considéré sans danger, et qui s'il ne donne aucun résultat ne fatigue pas le malade et ne fait pas perdre de temps. Il est certain que le succès dépendra de la longueur de l'invagination; dans les iléo-coliques à procidence rectale ou anale, une sonde Nélaton ne serait pas assez longue pour franchir toute la lumière du tube invaginé, et une sonde rectale de plus grande dimension serait sans doute arrêtée par les inflexions du tube digestif. Mais dans les invaginations coliques pures, du côlon descendant seulement ou du côlon transverse dans le descendant, cette manière de faire pourra rendre grand service, comme dans le cas particulier.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 Juin 1901.

Un cas de trichosporie (piedra nostras) observé en France.

M. P. Vuillemin a eu l'occasion d'observer chez un homme de 36 ans, habitant Nancy, une affection particulière des poils de la moustache, lesquels étaient entourés dans leur partie moyenne d'une sorte de gaine plus ou moins saillante, constituée par des cellules végétales à parois épaisses, incrustées dans une substance fondamentale. Ces éléments végétaux appartenaient à ce qu'on a appelé le « champignon du chignon », parasite trouvé dans des chevelures vivantes ou coupées, et rapporté par certains auteurs aux algues, par d'autres aux champignons ou aux bactéries; les caractères morphologiques relevés dans ce cas paraissent bien démontrer qu'il s'agit d'un champignon. M. Vuillemin propose de le nommer *Trichosporum Beigelii*, et d'appeler, par suite, « trichosporie » les lésions qu'il détermine.

Celles-ci offrent les plus grandes analogies avec la *pièdra* de Colombie (*trichomycose noueuse* des auteurs français), dont deux cas ont été signalés en Allemagne; mais le parasite de cette trichomycose a des éléments plus volumineux que le trichospore que M. Vuillemin a rencontré chez son malade; en outre, il demeure toujours extérieur au poil, tandis que dans ce cas l'enduit parasitaire, sans pénétrer jusqu'à l'écorce, avait cependant contracté des adhérences intimes avec l'épidermicule dont il était impossible de le séparer.

M. Vuillemin ajoute qu'il a obtenu la guérison au bout de 4 semaines, à la suite de brossages de la moustache dans une solution de sublimé à 2 p. 1000.

Les origines de l'iode de l'organisme.

M. P. Bourcet envoie un travail dans lequel il étudie l'origine de l'iode que l'on rencontre dans presque tous les organes de l'homme. Ce métalloïde existe dans l'air et dans les eaux; aussi les végétaux, croissant sur des terrains et arrosés par des eaux qui contiennent de l'iode, assimilent cet élément et le transmettent aux animaux herbivores, lesquels, à leur tour, le repassent aux carnivores dont ils sont la proie.

L'homme, étant omnivore, dispose d'une assez grande quantité d'iode, car les végétaux qui forment la base de son alimentation renferment une plus forte proportion de ce corps que les substances animales dont il se nourrit également.

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 7 Juin 1901.

Diastasis de la colonne vertébrale.

MM. Monod et **Pestelmazoglu** présentent la colonne vertébrale d'un malade qui a succombé avec des symptômes de compression médullaire, consécutifs à une chute sur le dos. On note un diastasis entre la 6e et la 7e cervicale; les ligaments ont été arrachés; il n'y a pas de fracture.

Lésions cérébrales de l'hémi-anesthésie.

M. Touche apporte le cerveau d'un malade atteint d'hémiplégie avec hémi-anesthésie. On constate un vaste ramollissement de la deuxième circonvolution de l'insula, de l'implantation de la troisième frontale et même de la deuxième.

Ces lésions pariétales et sous-pariétales sont, avec les lésions de la partie postérieure de la capsule interne, celles que le présentateur a trouvées dans tous les cas où il a fait l'autopsie de sujets hémi-anesthésiques.

Hydrocéphalie.

M. Touchard présente le cerveau d'un enfant hydrocéphale. La surface du kyste est, d'un côté, tout à fait lisse; la membrane est épaisse, fibreuse, vascularisée; de l'autre côté, la membrane est plus mince. Il n'y a pas de granulations.

Le pancréas chez les cardiaques,

M. Lefas a examiné le pancréas chez un certain nombre de cardiaques; il a constaté des lésions d'endo-périartérite dans les cas où il y avait de la sclérose cardiaque; mais ces lésions ne sont pas comparables à celles du foie cardiaque.

Fracture du scaphoïde compliquant une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

MM. Cagnières et **Abadie** envoient l'observation et la radiographie d'un cas de fracture du radius compliquée de fracture du scaphoïde. Il s'agit d'un homme de 53 ans qui, dans une chute, heurta le bord interne de la main contre le rebord d'une marche. Cliniquement, il s'agissait de la symptomatologie banale d'une fracture du radius. Mais la radiographie décela très nettement l'existence d'une fracture transversale du scaphoïde.

Un cas de dermatolysie.

M. Abadie rapporte l'observation d'une femme de 29 ans, dont le corps était couvert de nævi pigmentaires très étendus, surtout au niveau des membres supérieurs. Les dernières années, les téguments du bras et de l'avant bras gauche ont subi des modifications notables consistant surtout dans un développement anormal et exubérant. Au-dessous de la peau on sentait de petites tumeurs dures, adhérentes les unes aux masses musculaires, les autres à la peau. L'ablation permit d'en faire l'examen histologique; le derme était fortement hypertrophié, en certains points nettement myxomateux, parcouru de faisceaux de tubes nerveux hypertrophiés. Cette observation est intéressante au double point de vue de l'accroissement tardif et énorme de nævi congénitaux et des rapports possibles entre cette affection et la neuro-fibromatose généralisée de Recklinghausen.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 8 et 15 Juin 1901.

Sur la concentration relative du sérum sanguin et des sérosités pathologiques, avec la marche des épanchements.

MM. Achard et **Lœper**. — Lorsque la cryoscopie fut appliquée à l'étude des phénomènes vitaux, on pensa que les différences de concentration moléculaires entre le sérum sanguin et les sérosités pathologiques indiqueraient si l'épanchement était en voie de résorption ou d'augmentation.

Cette idée séduisante parut d'abord confirmée dans quelques cas de pleurésie observés par M. Castaigne, mais des faits contradictoires ont été signalés peu après par MM. Lesné et Ravaut.

Les recherches que nous avons poursuivies nous ont montré que de très grandes différences paraissent s'observer entre l'évolution de l'épanchement et la concentration relative du liquide et du sérum.

En ce qui concerne les pleurésies dans 22 cas examinés, le point de congélation variait de 0,42 à 0,56, toujours hypotonique par rapport au sérum sanguin. Il nous a paru que la résorption avait été d'autant plus facile que les deux points de concentration étaient plus rapprochés.

Dans 16 cas d'ascite oscillant entre 0,46 et 0,59, nous n'avons pu appliquer la même conclusion, et l'écart fut de 0,02 à 0,12 entre le point de concentration du sang et du liquide.

Dans les épanchements articulaires, le point cryoscopique était sensiblement identique, qu'il s'agisse de rhumatisme aigu ou chronique récidivant, et la différence entre le sang et le liquide était de 0,12. Dans une arthropathie tabétique à récidive et un rhumatisme aigu promptement résorbé, la différence entre le sang et le liquide était de 0,09.

La cryoscopie du sérum sanguin et des épanchements pathologiques ne saurait donc fournir au clinicien d'indication précise sur la tendance des liquides à s'accroître ou à se résorber.

Sur la cryoscopie des épanchements pathologiques et ses rapports avec leur nature.

MM. Achard et **Lœper**. — Les épanchements pleuraux que nous avons examinés se divisent ainsi :

3 hydrothorax congelant à 0,50, 0,51, 0,56;
20 pleurésies tuberculeuses congelant entre 0,46 et 0,56;
1 pleurésie hémorrhagique congelant à 0,57.

Dans 5 cas seulement donc, nous avons obtenu des chiffres supérieurs à 0,53. Les épanchements ascitiques ont été aussi très variables :

9 cirrhoses de 0,49 à 0,54;
4 péritonites tuberculeuses de 0,49 à 0,53;
5 kystes de l'ovaire, de 0,52 à 0,58;
4 cancers abdominaux de 0,46 à 0,59.

Dans ces deux dernières variétés d'ascite, il y avait des éléments cellulaires en voie de désintégration.

Pour les liquides articulaires, nous avons obtenu, pour le rhumatisme articulaire aigu, une fois 0,47, une fois 0,49; dans une arthrite à liquide clair au voisinage d'une ostéomyélite, 0,47; dans 2 cas d'arthrites tuberculeuses séreuses, 0,49; dans un rhumatisme chronique, 0,46; dans deux arthropathies tabétiques, 0,50, 0,53.

Ces différences bien peu importantes ne peuvent fournir aucune indication diagnostique.

Parmi les liquides pathologiques, le pus mérite une mention spéciale. Le pus tuberculeux paraît de concentration moindre, de 0,48 à 0,52 et 0,56, que le pus septique pleural ou autre, de 0,74 à 0,76.

Cette élévation de la concentration moléculaire du pus est sans doute en rapport avec la décomposition des albuminoïdes, que l'on peut, d'ailleurs, constater *in vitro*. Du sérum congelant à 0,56 ou du liquide pleural à 0,50, abandonné à l'étuve, atteint, au bout de 8 jours, le point 0,77, 0,78.

De l'échinococcose secondaire embolique.

M. F. Dévé. — La greffe des germes échinococciques, mis en liberté par la rupture d'un kyste primitif, peut se faire localement ou se produire sur toute la surface d'une séreuse; elle peut enfin se faire à distance par la voie sanguine; dans ce dernier cas, elle donne naissance à l'échinococcose secondaire embolique. Il existe dans la pathologie un certain nombre d'exemples de kystes du poumon qui reconnaissent cette pathogénie.

Nous avons réussi à reproduire expérimentalement chez le lapin cette échinococcose métastatique du poumon par l'inoculation dans la veine de l'oreille de vésicules proligères et de scolex. Ces germes constituent des embolies spécifiques capillaires qui n'occasionnent pas de troubles circulatoires notables, permettent la survie et le développement ultérieur des kystes pulmonaires secondaires. Les vésicules filles, au contraire, lorsqu'elles pénètrent dans les vaisseaux, forment des embolies brutales qui déterminent des accidents ischémiques rapidement mortels.

Ponction lombaire dans un cas d'hémorrhagie cérébrale.

M. Salomon. — Un homme de 68 ans est amené, dans le coma, dans le service de M. Hirtz. Le seul commémoratif intéressant est une chute 2 jours avant son entrée, chute depuis laquelle il est dans le coma. Il existe de la contracture des membres du côté gauche, de l'exagération des réflexes de ce même côté. La respiration se fait suivant le type Cheyne-Stokes. On ne trouve pas d'éléments anormaux dans les urines quelques heures après son entrée.

Le lendemain surviennent de la raideur du rachis et du myosis. Dans les urines, on décèle des traces d'albumine et de

sucre. Par ponction lombaire, on retire un liquide sanguinolent, uniformément teinté dans trois tubes. A l'examen cytologique, on trouve de nombreux polynucléaires neutrophiles et du sucre en assez grande quantité.

Il existait, à l'autopsie, une hémorrhagie cérébrale avec inondation des deux ventricules. La teinte sanguinolente du liquide céphalo-rachidien peut dépendre d'une autre lésion que d'une hémorrhagie méningée. La présence de sucre dans le liquide céphalo-rachidien au cours de l'hémorrhagie cérébrale peut, peut-être, être rapprochée de sa présence dans les urines, indiquée autrefois par Ollivier.

De la toxicité de la macération de viande.

MM. E. Cassaët et G. Saux. — Nous avons recherché la toxicité, envers les animaux, de produits obtenus par macération de viande dans l'eau. Leur parenté avec ceux que préconisent Ch. Richet et Héricourt dans le traitement de la tuberculose nous a paru leur attacher un intérêt particulier.

Toutefois, nos macérations, obtenues par contact de viande de bœuf finement triturée avec l'eau distillée (1 de viande pour 10 d'eau), se différencient des sucs des auteurs précédents par leur moindre condensation; et il est probable que l'expérimentation aurait donné, pour la toxicité de ces produits, une différence inversement proportionnelle à leur dilution respective.

L'incorporation a été faite à des lapins, par injection intra-veineuse, à l'aide d'appareils à écoulement continu, placés à une hauteur de 0 m. 50, d'une vitesse d'écoulement en dehors de la veine de 10 c. c. 4 à la minute, et variant, pour l'écoulement intra-veineux, de 4 centimètres cubes à 8 c. c. 7 à la minute, à la température de 20° en moyenne, l'isotonie n'ayant pas été recherchée.

Les animaux ont succombé, après avoir reçu par kilogramme une dose moyenne de 53 centimètres cubes de liquide.

Ils ont présenté, avant la mort, les signes d'une excitation légère, provenant, dès le début de l'expérience, de la crainte de l'animal et de la légère douleur provoquée par l'injection; puis une espèce de torpeur, de la somnolence, et une immobilité qui n'était interrompue que par une secousse agonique, molle, terminale.

Dans ces conditions, nous considérons le suc de viande comme peu toxique, étant donnés le mode de pénétration et la quantité injectée pour amener la mort.

Altérations leucocytaires artificielles.

M. J. Jolly. — L'aspect diffus et homogène du noyau de certains leucocytes, en particulier dans le sang normal et pathologique de l'homme, correspond à une altération artificielle et tient à une fixation imparfaite, dont les effets les plus apparents se font surtout sentir sur les noyaux les moins riches en chromatine. En employant, par exemple, le liquide de Flemming fort sur la goutte de sang étalée sur lame, avant toute dessiccation, on obtiendra des préparations où le réseau chromatique du noyau se distinguera nettement dans tous les leucocytes, et en particulier dans les grandes cellules mononucléaires dont on représente le noyau comme homogène. Dans la myélocythémie, on verra que le noyau des myélocytes, qui a été presque toujours représenté sans structure et considéré même par certains auteurs comme dégénéré, possède au contraire une structure très nette, une membrane, un réseau très fin, un ou plusieurs nucléoles vrais; on suivra, de plus, toutes les formes de passage entre ce noyau et celui des « polynucléaires » qui possède un réseau très net et pas de nucléoles vrais.

Propriété chimiotactique du sérum immunisant contre le charbon symptomatique et sa neutralisation par l'acide lactique.

M. F. Arloing. — J'ai constaté des propriétés chimiotactiques énergiques, développées par le sérum anticharbonneux curatif, préventif et antitoxique. Il suffit, pour avoir une démonstration nette de ce fait, de placer des sacs en baudruche dans le péritoine du lapin. On voit rapidement se produire à leur niveau une chimiotaxie leucocytaire positive. On compte 389 leucocytes environ par millimètre cube, au lieu de 49 globules blancs seulement attirés par du sérum de génisse normale.

Stérilisation des crachats tuberculeux par l'aniodol.

M. Griffon. — Si l'on veut stériliser à coup sûr des crachats tuberculeux, il suffit de les immerger pendant 24 heures dans une solution d'aniodol au 100°. Les crachats soumis à l'action de cet antiseptique ne tuberculisent plus le cobaye.

Variations comparatives de la composition du sang et des sérosités.

MM. Ch. Achard et M. Loeper. — Dans deux précédentes notes, nous avons montré que la rétention des chlorures et d'autres substances, au cours de certains états morbides, tels que les maladies infectieuses et l'urémie, se faisait d'abord dans le sang, puis secondairement dans l'intimité même des tissus : la circulation des espaces plasmatiques des tissus et des séreuses, subissant le contre-coup des variations du milieu sanguin.

Les faits que nous rapportons aujourd'hui viennent à l'appui de cette hypothèse. Si l'on fait absorber à des malades porteurs d'œdèmes, d'hydrothorax, d'ascite, 10 grammes de chlorure de sodium, on voit le taux de cette substance augmenter dans le sang et dans la sérosité. Parallèlement la concentration moléculaire s'élève dans quelques cas mais non toujours. Mais tandis que le sang revient rapidement à sa composition chimique et à sa concentration antérieure, la sérosité conserve pendant plusieurs jours les modifications que lui imprime l'absorption de doses considérables de NaCl.

Il semble donc que la durée du cycle d'augmentation et de décroissance soit inégale pour le sang et la sérosité, que le parallélisme n'existe pas entre le cycle du sang et celui des tissus, et que le premier a déjà terminé son évolution quand le second est encore dans son plein.

Cette inégalité permet au système de la circulation vasculaire de se décharger dans le système de la circulation interstitielle et constitue un des éléments fondamentaux du mécanisme régulateur de la composition du sang.

Du degré de fréquence de la cholémie chez l'homme.

MM. Gilbert, Lereboullet et Herscher apportent le résultat de l'examen systématique du sérum pratiqué par eux sur 180 sujets, sains ou malades, adultes, vieillards ou enfants, en vue de déterminer la fréquence de la cholémie. Sur ces 180 sujets, 31 ont présenté une cholémie appréciable, soit 17 p. 100; 11, soit 6 p. 100, avaient une cholémie assez marquée pour donner la réaction de Gmelin. La cholémie leur a paru un peu plus fréquente chez la femme (14 pour 55 femmes contre 9 sur 65 hommes). Elle a toujours été constatée chez des sujets atteints d'une affection hépatique passagère ou définitive, et, à ce point de vue, on peut conclure de ces recherches que la cholémie s'observe dans trois ordres d'états pathologiques :

1° L'ictère acholurique simple sous ses diverses formes (cholémie subictérique ou cholémie anictérique); ce sont les cas les plus fréquents, 8 enfants sur 60 répondaient à ce type;

2° Les affections diverses du foie, avec ou sans ictère cliniquement appréciable;

3° Les maladies aiguës qui s'accompagnent d'une viciation temporaire des fonctions du foie, qu'il s'agisse de maladies infectieuses (pneumonie, fièvre typhoïde) ou de maladies du cœur, des reins, des poumons, etc., amenant un trouble passager du côté du foie.

La cholémie est donc fréquente, mais paraît toujours ressortir à une cause susceptible d'être mise en évidence, d'où l'importance séméiologique de sa recherche.

Influence de la lécithine de l'œuf sur les échanges nutritifs.

MM. A. Desgrez et A. Zaky. — Nous présentons une

deuxième note sur cette importante question, qui intéresse à la fois l'alimentation et la thérapeutique. Les nouvelles expériences que nous poursuivons depuis 8 mois au laboratoire du Professeur Bouchard nous ont confirmés, contrairement aux assertions de E. Wildiers, dans notre première opinion, à savoir que la lécithine de l'œuf exerce une influence des plus favorables sur les échanges nutritifs. Nos expériences ont porté sur plusieurs lots de cobayes et de chiens. Injectée à ces animaux par voie sous-cutanée ou administrée par voie stomacale, la lécithine détermine, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 06, une augmentation de poids atteignant, en 40 jours pour le cobaye, de 60 à 109 p. 100, pour le chien de 94 à 100 p. 100 du poids initial, alors que le poids des témoins n'a varié, dans le même temps, que de 43 à 52 p. 100 pour les cobayes, de 66 p. 100 pour les chiens. L'influence de la lécithine sur la composition des urines n'est pas moins marquée : on constate toujours chez les animaux traités une augmentation de l'urée et de l'azote total, accompagnée d'une élévation constante du coefficient azoturique. Il y a donc amélioration de l'élaboration azotée.

Ce que nous avons noté également, c'est une diminution de l'acide phosphorique éliminé par les urines, c'est-à-dire, selon toute apparence, une utilisation plus grande du phosphore par l'économie.

Fixation des préparations de sang par le chloroforme.

M. O. Josué. — Le chloroforme est un excellent fixateur pour les préparations de sang. Après avoir été traités par ce réactif, les éléments cellulaires du sang se colorent d'une façon parfaite par le tri-acide d'Ehrlich, léosine-orange-hématéine, la thionine, etc. La fixation par le chloroforme a l'avantage d'être très simple et très facile à réaliser ; elle permet d'obtenir, notamment à l'aide du tri-acide, des préparations plus belles et plus nettes que par le procédé classique (chaleur sèche à 110°).

Voici comment on procède. Le sang est d'abord étalé sur la lame de verre avec une baguette de verre ou une seconde lame rodée, puis rapidement séché par agitation à l'air. On plonge la lame enduite de sang pendant deux minutes environ dans un vase contenant du chloroforme ; on retire la lame, on l'égoutte, puis on la laisse sécher à l'air. On peut aussi verser directement le liquide fixateur sur la lame, le laisser deux minutes en contact avec la préparation, enlever ensuite le chloroforme et laisser sécher. Il n'y a aucun inconvénient à prolonger le contact du sang avec le chloroforme au delà de deux minutes. Il faut avoir soin de ne pas laver à l'eau avant de faire agir le réactif colorant.

A propos de l'anatomie du canal sacré.

M. A. Chipault. — M. Cathelin vous a communiqué, dans la dernière séance, des remarques anatomiques sur le canal sacré qui confirment les études que j'ai publiées à ce sujet en 1894 (Travaux de neurologie chirurgicale et thèse), et tout récemment dans la *Médecine moderne*, études basées sur de très laborieuses recherches faites, plusieurs années de suite, avec mes confrères Isaac et Manoury. Sans insister sur leurs détails, je voudrais y relever les points intéressant la technique des ponctions rachidiennes.

1° Le cul-de-sac terminal de la dure-mère se trouve au niveau de la première apophyse épineuse sacrée, quels que soient l'âge et la position du sujet : au-dessus et en rapport avec l'espace sacro-lombaire, se trouve le réservoir céphalo-rachidien inférieur, qui refoule latéralement les éléments nerveux contenus dans le canal à ce niveau ;

2° Le canal sacré contient : les *ganglions et les racines*, formant fer à cheval autour du cul-de-sac terminal de la dure-mère ; ils sont accolés à la paroi antérieure du canal, surtout si les cuisses sont fléchies ; ils sont entourés d'une gaine durale épaisse ; l'*appareil de soutènement de ces éléments nerveux*, formé de travées radiculo-vertébrales et interradiculaires situées toutes en avant du fer à cheval ; les *veines du canal sacré*, disposées en plexus presque indépendant pour chaque racine et beaucoup plus abondantes à la partie postéro-supérieure du canal ; la *graisse épidurale*, elle aussi beaucoup plus abondante en ce point, très cloisonnée, liquide, où sur l'homme vivant, les injections se diffusent beaucoup plus mal qu'on ne pouvait le croire d'après les recherches sur les cadavres ou les animaux ;

3° Les parois osseuses du canal sacré, offrant à considérer : un orifice inférieur, dont les cornes latérales sont le seul point de repère régulier, à l'exclusion du bord supérieur de l'os sacré, de niveau très variable ; une paroi postérieure, presque rectiligne dans le sens vertical et creux d'une gouttière longitudinale pour glisser l'aiguille : une paroi antérieure, ondulée dans le sens vertical, et dont les ondulations donnent au canal sacré une disposition en chapelet dont les grains sont d'autant plus aplatis d'avant ces amas qu'on le considère plus près de sa terminaison inférieure qui se fait à la hauteur de la 3e ou de la 4e vertèbre sacrée.

On voit que, sur quelques points, je diffère d'avis avec Cathelin.

Quoi qu'il en soit, ce sont les recherches anciennes et laborieuses que je viens de résumer qui m'ont excité à préférer, pour la ponction sous-arachnoïdienne, la voie sacro-lombaire, et pour la ponction épidurale, la position de l'aiguille et la pénétration de l'aiguille très haut dans le canal sacré, le long de sa paroi postérieure en gouttière.

A propos des rapports entre les échanges nutritifs et les quantités de lait ingérées par les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel.

MM. H. de Rothschild et **L. Netter** communiquent les résultats de leurs recherches sur 8 nourrissons soumis à l'allaitement artificiel à la Polyclinique H. de Rothschild. Le lait est d'autant mieux utilisé que la quantité ingérée a été plus faible.

La quantité de fèces excrétée est relativement beaucoup moindre quand le nourrisson prend peu d'aliment. Enfin les gains de poids et de matériaux nutritifs sont aussi satisfaisants avec des doses minimes de lait stérilisé par jour.

Il est donc possible, comme l'a déjà remarqué M. le professeur Budin, de donner aux nourrissons une dose quotidienne de lait très petite (5 à 600 grammes dans les 3 ou 4 premiers mois de la vie) sans nuire à leur croissance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 Juin 1901.

De l'intervention chirurgicale dans les néphrites aiguës et chroniques.

M. Pousson relate plusieurs cas dans lesquels il est intervenu au cours des néphrites soit aiguës, soit chroniques.

a) Le nombre de ses interventions pour néphrites est de quatre ; l'infection, dans deux de ces cas, était consécutive à une maladie générale ; dans les deux autres, elle était consécutive à une affection de la vessie. M. Pousson a pratiqué deux fois la néphrotomie avec deux guérisons se maintenant l'une depuis 3 ans 1/2 et l'autre depuis 7 mois, et deux fois la néphrectomie avec une guérison opératoire, mais mort 4 mois après par l'infection de l'autre rein, et un décès rapide en raison d'une pyonéphrose du rein opposé. En joignant à ces 4 faits, 11 autres empruntés à la littérature médicale, M. Pousson obtient un total de 15 interventions donnant 4 morts opératoires, soit une mortalité de 26,66 p. 100, résultat encourageant, étant donnée la gravité des infections du rein. Quant aux résultats thérapeutiques, ils semblent avoir été définitifs, tous les opérés vivant encore au moment de la publication des observations.

La néphrotomie doit être l'opération de choix, non seulement parce que, comptant 2 décès sur 9 cas, elle est moins meurtrière que la néphrectomie qui enregistre 2 morts sur 6 cas, mais parce qu'elle peut suffire à la destruction *in situ* des agents pathogènes et qu'elle ne prive pas l'individu d'un de ses reins.

La simple incision du rein agit en provoquant un écoulement abondant de sang et en favorisant ainsi l'issue des agents

pathogènes et de leurs toxines en même temps que celle des déchets épithéliaux encombrant les canalicules. A ce point de vue elle est autrement efficace que l'ouverture de la vésicule biliaire dans les angiocholites infectieuses.

b) M. Pousson est intervenu dans 3 cas de néphrite chronique. Sa première intervention, dirigée contre une néphrite hématurique, a été faite sur une malade, opérée en juin 1898, qui vit encore aujourd'hui, après trois ans. Les deux autres interventions ont été motivées par l'existence d'accidents urémiques alarmants. C'est là une indication opératoire nouvelle à laquelle aucun chirurgien jusqu'ici n'a obéi.

Chez ces deux malades, les phénomènes d'intoxication, conséquence de l'oligurie et de l'insuffisance excrémentitielle du rein, momentanément conjurés par la néphrotomie, se sont reproduits après la fermeture de l'incision rénale et, chez la première, la néphrectomie secondairement pratiquée les a fait définitivement disparaître. Le premier de ces résultats s'explique par ce fait que l'ouverture du rein, enserré dans sa capsule inextensible, lorsqu'il est chroniquement enflammé, ramène la circulation et l'innervation à leurs conditions physiologiques et permet aux éléments anatomiques de reprendre leurs fonctions. Quant au second il peut être interprété par l'existence d'un réflexe inhibitoire qui, parti du rein malade pour retentir sur le rein sain, cesse temporairement lorsque le rein affecté recouvre son fonctionnement, et définitivement lorsqu'il a été supprimé.

En s'appuyant sur ces faits, M. Pousson croit pouvoir conclure que, dans certaines affections du rein, l'insuffisance de la dépuration du sang par ce viscère devient une indication formelle de la néphrotomie ou de la néphrectomie. Comme la chirurgie du foie, qui tend aujourd'hui à s'attaquer aux affections chroniques, telles que les cirrhoses, la chirurgie des reins semble pouvoir prétendre à l'extension de son domaine, jusqu'à faire entrer dans ses limites les néphrites chroniques, substratum anatomique du mal de Bright.

M. Legueu possède trois cas d'intervention pour pyélonéphrites aiguës avec un mauvais résultat. Il a fait la néphrotomie. Deux de ses malades sont morts peu de temps après l'opération. Dans un troisième cas, la température est restée élevée malgré le drainage, et au bout de trois mois l'état était le même qu'avant l'intervention. M. Legueu croit que, dans ces cas, les lésions sont bilatérales et l'on ne peut rien faire, ou qu'il y a unilatéralité, et alors c'est à la néphrectomie qu'il faudrait avoir recours.

M. Pousson fait remarquer que dans les quatre observations qu'il a rapportées il ne s'agissait pas de pyélo-néphrites, mais de néphrites infectieuses hématogènes. Il a eu deux résultats heureux et permanents à la suite de la néphrotomie; les deux morts ont succédé à la néphrectomie.

M. Albarran est du même avis que M. Legueu en ce qui concerne les néphrites aiguës ascendantes sans rétention rénale. Le traitement médical convient seul et donne de bons résultats. Dans les cas de néphrites chroniques, on peut suivre la conduite de M. Pousson.

Kyste hydatique du rein.

M. Legueu a observé dernièrement une énorme tumeur lombaire, s'étendant depuis les dernières côtes jusqu'à la fosse iliaque. Le diagnostic en tant que tumeur était facile, car le malade urinait des hydatides. L'état général était défectueux. Dans ces conditions, la néphrectomie est dangereuse. Ne sachant pas les rapports de la tumeur avec le rein, M. Legueu fit l'incision en arrière et tomba sur la paroi du kyste : à l'ouverture, deux litres d'hydatides. Réunion sans drainage par l'opération de Delbet. En prévision d'une infection possible, on a mis un drain à la porte extra-kystique. Actuellement (l'opération datant de quelques jours), le malade va bien.

Sur la cocaïnisation intra-rachidienne.

M. Walther rapporte la fin de son observation du 29 mai dernier.

Il s'agit d'une malade qui présentait, à la suite d'une injection intra-rachidienne de cocaïne par voie lombaire, des phénomènes de méningisme : céphalalgie, rachialgie, signe de Kernig, etc. Ces accidents se sont amendés graduellement, et la malade sortait du service complètement guérie, 16 jours après l'injection. M. Babinski, qui l'examina, n'a constaté aucune lésion organique.

Fracture du crâne.

M. Lejars termine l'observation qu'il a rapportée dans la dernière séance. Son malade, trépané le matin, est mort dans la journée. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une fracture de l'occipital, sans irradiation du côté du rocher; ce n'était donc pas une fracture para-médiane.

Le malade, tombé de sa hauteur sur un trottoir, le samedi, était entré à l'hôpital dans un service de médecine, le lundi, sans pansement, malgré une déchirure des parties molles. Ce fut le mercredi suivant que M. Lejars fut appelé à intervenir, à cause de phénomènes cérébelleux. L'opéré mourut dans la journée, des suites de l'infection des méninges antérieure à l'acte opératoire. Si l'on avait pu intervenir à temps, le malade aurait guéri.

Intervention sanglante dans un cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

M. Delanglade rapporte un cas de fracture du radius, à son extrémité inférieure, traitée par la réduction sanglante. La radiographie montrait qu'il s'agissait d'une fracture à trois fragments, le fragment intermédiaire présentant plusieurs esquilles, les tentatives de réduction par la manœuvre classique ne donnèrent rien. Incision des téguments, comme pour la résection du poignet. Les fragments sont tels que les a montrés la radiographie; ils sont remis facilement en place; suture du périoste au catgut.

M. Delanglade ne crut pas devoir faire de suture au fil d'argent, qui ne maintient pas toujours les fragments en contact et qui, de plus, aurait fragmenté les esquilles. Appareil plâtré pendant quinze jours; massage et mobilisation consécutifs. L'intervention ne date pas d'assez longtemps pour porter un pronostic définitif, mais il semble que le résultat sera bon.

M. Delorme présente un malade opéré il y a 25 jours pour une rupture du moyen adducteur. Suture du muscle; bon résultat.

M. Delorme présente un malade opéré pour une ostéomyélite costale d'origine typhique. L'examen bactériologique avait montré le bacille d'Eberth dans le pus.

M. Gérard-Marchant présente un malade à qui il a fait la résection du nerf maxillaire supérieur avec destruction du ganglion de Gasser.

M. Luys a fait, chez un malade du service de M. Hartmann, des injections d'air stérilisé dans un cas de cystite. Actuellement les urines sont limpides.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 Juin 1901.

Tubercule du cervelet.

MM. Huchard et Bergouignan. — Une malade est venue à l'hôpital se plaignant de céphalalgie occipitale intense, de vertige, de dérobement des jambes, d'entraînement vers la droite; elle avait eu quelques vomissements. La malade peut à peine faire quelques pas; elle titube, se sent entraînée à droite et tombe. Pas de troubles oculo-moteurs, ni pupillaires; pas d'incoordination dans la station couchée. On trouve des altérations des sommets. Le diagnostic de tubercule du cervelet fut porté.

Au bout de 2 mois de séjour à l'hôpital, la malade fut prise de convulsions, puis tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie, granulie viscérale et méningée, ramollissement des sommets pulmonaires, tubercules nombreux dans les lobes

occipitaux du cerveau, près de l'écorce et enfin gros tubercule cérébelleux dans le lobe droit du cervelet.

M. Merklen fait remarquer que, dans bien des cas, le syndrome cérébelleux ne s'observe pas aussi complet; la céphalalgie peut exister seule, et a quelquefois des caractères assez spéciaux pour permettre le diagnostic. Elle est occipitale, elle s'accentue au moment des efforts et s'accompagne d'un état d'asthénie très particulier. M. Merklen a observé une céphalalgie de ce genre chez un jeune homme dont la céphalalgie devint telle qu'il fit faire la trépanation par M. Terrier. On se contenta de mettre le cervelet à découvert sans rechercher le tubercule à l'intérieur. Quelque temps après, une hernie du cerveau se fit à ce niveau et s'ouvrit; le liquide céphalo-rachidien se répandit au dehors. Le malade mourut quelque temps après.

L'autopsie permit de vérifier l'existence d'un tubercule du cervelet. Quant à la hernie cérébrale, elle était uniquement due à la distension de la corne postérieure du ventricule latéral du cerveau. Cette distension s'expliquait par la compression des veines de Galien par la tumeur du cervelet.

La même compression explique la céphalalgie et ses caractères. La tension veineuse est, en effet, augmentée au moment des efforts.

M. Merklen avait été si frappé des caractères spéciaux de la céphalalgie chez ce malade, qu'il a pu, sur ce seul symptôme, faire le diagnostic de tumeur du cervelet chez un autre malade. M. Broca l'opéra; c'était un kyste, le malade a complètement guéri.

M. Rendu fait remarquer que le vomissement, considéré comme un signe important des tumeurs du cervelet, a fait défaut dans les observations ci-dessus.

M. Triboulet a observé à l'hôpital des Enfants, pendant toute une année, un jeune enfant qui est mort et qui avait un gros tubercule du cervelet. Contrairement aux observations précédentes, le vomissement avait été le premier et unique symptôme, si bien que le malade a été traité d'abord par les lavages de l'estomac. La douleur a, au contraire, fait complètement défaut pendant toute la durée de la maladie. Les phénomènes oculaires étaient intenses, allant jusqu'à la cécité.

M. Galliard relate deux observations qui viennent à l'appui des remarques de M. Merklen.

M. Comby a vu souvent, à l'autopsie d'enfants, de petits tubercules latents du cervelet. Il faut que la tumeur ait pris quelque volume pour donner lieu à la symptomatologie particulière signalée par M. Merklen.

Pleurésie purulente datant de 40 ans.

MM. Faisans et **Audistère** présentent une coque pleurale très épaissie qui a, en certains points, une consistance cartilagineuse, et en certains points une consistance osseuse. Le contenu était une émulsion trouble qui ne contenait aucun élément cellulaire. Il s'agissait certainement d'un vieil épanchement en dégénérescence graisseuse. D'après les commémoratifs, il semble que l'affection remonte à 40 ans; à ce moment le malade a eu une pleurésie, qui a été suivie d'une rétraction considérable de la paroi.

Le malade avait, en outre, une cirrhose atrophique; il est vraisemblable qu'il a supporté son vieil épanchement sans aucun phénomène, et que c'est seulement quand son foie a été lésé et a causé de l'ascite, qu'il a été gêné par cet épanchement et est venu se présenter à l'hôpital.

La ponction paraissait urgente; le cœur battait à droite; un litre fut retiré. Le malade mourut peu de temps après. La mort s'explique par la disposition anatomique; le poumon ne pouvait se dilater.

M. Barbier attire l'attention sur la présence de cristaux de cholestérine dans ces vieux épanchements.

M. Rendu estime que ce cas montre qu'il y a parfois danger à débarrasser des malades de pleurésies plus ou moins anciennes. Il a eu à se repentir d'avoir fait opérer une malade atteinte d'empyème datant de longtemps. Quand on rencontre du pus sans éléments cellulaires, contenant des cristaux d'acides gras et de la cholestérine, il faut beaucoup de prudence. Quand on a affaire à une pleurésie purulente récente, il faut toujours pratiquer l'empyème, et le plus tôt possible; quand il s'agit de pleurésie ancienne et morte, l'expectation pourra parfois être la meilleure règle de conduite.

Existence de la sensibilatrice dans le sérum des typhiques.

MM. F. Widal et **L. Le Sourd.** — Les recherches de M. Bordet ont montré que les propriétés bactéricides ou cytolytiques d'un sérum spécifique étaient dues à l'action combinée de deux substances, l'*alexine* ou substance destructive, présente dans le sérum normal, pouvant être anéantie à la température de 56°, et la *sensibilatrice*, seule substance spécifique développée dans le sérum des vaccinés, résistant à la température de 56°, et agissant en prédisposant le microbe ou la cellule à absorber l'alexine.

Pour démontrer l'existence d'une sensibilatrice dans un sérum antimicrobien, M. Bordet a précisément utilisé la propriété qu'a cette substance de faire absorber l'alexine par le microbe qu'elle impressionne.

Si l'on mélange, par exemple, un sérum normal non chauffé à une émulsion de bacilles typhiques à l'isotonie et à du sérum de cobayes vaccinés, préalablement chauffé à 56°, les bacilles ainsi sensibilisés absorbent l'alexine ou matière destructive qui disparaît du milieu. Si, à ce mélange ainsi préparé depuis 5 heures, on ajoute une certaine quantité de globules rouges sensibilisés par un sérum spécifique chauffé, lui aussi, à 56°, l'hémolyse ne se produit pas, puisque l'alexine du sérum non chauffé qui aurait pu l'occasionner a été absorbée dans le premier mélange par les bacilles typhiques. Si, au contraire, ce premier mélange avait été confectionné avec un sérum non typhique, et, par conséquent, ne contenant pas de sensibilatrice spécifique, l'alexine n'aurait pas été fixée par les bacilles non sensibilisés, et, laissée libre, elle serait venue hémolyser les globules rouges ajoutés.

MM. Bordet et Bengou ont constaté que le mélange confectionné avec le sérum de deux convalescents de fièvre typhoïde avait pu empêcher l'hémolyse. Nous avons recherché si le phénomène pouvait apparaître au cours et même au début de la maladie. Nous l'avons constaté chez 10 typhiques en cours d'infection. Chez 3 malades, nous l'avons trouvé au 9e jour; il ne nous a pas été donné jusqu'à présent de le rechercher chez des typhiques moins avancés dans la maladie.

Les recherches de contrôle que nous avons faites avec le sérum de 14 malades atteints de tuberculose, d'érysipèle, d'embarras gastrique, d'angine ou d'affection cardiaque ne nous ont donné que des résultats négatifs.

Sérothérapie intensive dans la diphthérie.

MM. Barbier et **Lobligeois.** — L'épidémie actuelle de diphthérie qui sévit à Paris depuis le mois de janvier semble être d'une gravité exceptionnelle. Les cas graves d'emblée y sont nombreux et, de plus, on observe un certain nombre de malades dont la diphthérie n'obéit pas au sérum comme on a l'habitude de le voir. Tantôt les fausses membranes persistent, accompagnées de phénomènes généraux d'intoxication (forme prolongée), tantôt elles continuent à s'étendre malgré le sérum, et les phénomènes généraux s'aggravent (forme récidivante). Tantôt, après une guérison apparente, les fausses membranes reparaissent accompagnées de phénomènes d'intoxication (forme à rechute).

Dans tous les cas, nous avons eu recours avec succès, et toutes les fois que cela a été nécessaire, à des inoculations de sérum antidiphthérique répétées aussi souvent que les indications le demandaient, de telle façon que certains enfants ont reçu, en quelques jours, des doses de sérum allant jusqu'à 80, 90 et même 140 centimètres cubes, sans que nous ayons jamais aucun accident. Il faudra donc, dans des cas semblables, s'éloigner de la maxime classique qui fixe la dose de sérum d'après l'âge de l'enfant, et lui substituer la méthode des inoculations à doses plus fortes et répétées aussi souvent que cela sera nécessaire.

Cette méthode doit être appliquée également toutes les fois qu'il existe de la diphthérie trachéo-bronchique : sous cette influence, on peut obtenir des guérisons dans une maladie regardée comme excessivement grave.

Enfin des recherches anatomiques et bactériologiques rapprochées de ce que l'on sait sur l'apparition des paralysies tardives, nous permettent de penser que la maladie de diphthérie n'est pas terminée, ainsi qu'on le pense généralement, quand l'angine paraît guérie sous l'influence des premières injections de sérum.

Quand on suit avec soin les phénomènes qui se présentent avant l'apparition de ces paralysies tardives, on est frappé de voir que celles-ci ne surviennent pas subitement, mais sont précédées de phénomènes morbides où l'on retrouve tous les stigmates de l'imprégnation diphthérique. Il est donc naturel, à ce moment précoce, de refaire de la sérothérapie intensive avant que les paralysies soient irrémédiables. Dans ces cas, on voit alors les phénomènes toxiques rétrocéder, et nous avons observé, chez quelques malades, la guérison de symptômes nerveux qui semblaient menacer la vie de l'enfant.

Adénolipomatose d'origine tuberculeuse.

MM. Marcel Labbé et **Jean Ferrand** présentent une malade atteinte d'adénolipomatose d'origine tuberculeuse, à localisation exclusivement cervicale. Il s'agit d'une femme de 18 ans sujette, dans son enfance, aux bronchites, aux eczémas, aux blépharites. A l'âge de 8 ans, le cou a commencé à grossir et aujourd'hui elle présente un collier adipeux semi-fluide mal limité, dans lequel on sent rouler un certain nombre de ganglions petits et durs. Dans aucune autre région, on ne trouve une trace d'adénite quelconque, ni inguinale, ni axillaire, ni médiastinale, ni même à la nuque. Le sang présente une légère éosinophilie 5 p. 100. La malade a donné une réaction positive typique à une injection de 2/10 de milligramme de tuberculine.

En somme, ce cas diffère des adénolipomatoses ordinaires en raison du jeune âge du début (8 ans), de son peu de développement, de sorte qu'on peut le considérer comme un cas fruste, de la tendance de la malade à l'adipose, en raison enfin du début par l'adénite cervicale tuberculeuse. On pourrait se demander si la tuberculose n'a pas joué un rôle dans cette évolution lipomateuse en favorisant l'infiltration graisseuse dans une région contaminée par le bacille de Koch, chez une malade prédisposée à l'obésité.

Méningite à pneumocoques chez un nouveau-né syphilitique.

M. Guinon communique l'observation d'un enfant de 5 semaines entré, il y a quelques jours, dans son service, avec tous les symptômes de syphilis héréditaire au complet. Il présentait, en outre, des symptômes indubitables de méningite. Il était rationnel de penser qu'il s'agissait de syphilis méningée. La ponction lombaire montra le liquide céphalo-rachidien trouble, chargé de polynucléaires, et contenant des pneumocoques. Il s'agissait donc de méningite à pneumocoques; l'autopsie a montré des dépôts fibrineux purulents caractéristiques sur les méninges.

Albuminurie orthostatique.

MM. Méry et **Touchard** présentent deux observations d'albuminurie orthostatique concernant des enfants. Ces observations sont remarquables par la quantité très élevée d'albumine excrétée à diverses reprises et atteignant 3 grammes, 3 gr. 50 et même 8 grammes (quantités ne se rapportant, bien entendu, qu'à une miction déterminée), alors que généralement les quantités d'albumine constatées ne dépassent guère 25 à 50 centigrammes. Les maxima d'albumine se sont presque toujours produits à la fin de la matinée, avant le déjeuner.

L'examen cryoscopique, pratiqué à diverses reprises, a été généralement normal. Cependant, deux fois le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ a paru un peu relevé. A noter également dans la première observation une inversion de la sécrétion urinaire, caractérisée par de la polyurie nocturne, phénomène assez habituel chez les albuminuriques orthostatiques.

M. Méry rappelle, à propos de ces faits que, comme cela a été déjà indiqué par divers auteurs, l'albuminurie à type orthostatique peut se rencontrer au cours d'une néphrite non douteuse et il a pu en observer 2 cas nouveaux. Dans un autre fait, une albuminurie probablement fonctionnelle a pu, au début, être diurne et nocturne, puis est demeurée plus tard nettement orthostatique. Il semble donc que ce dernier caractère soit insuffisant pour caractériser une variété d'albuminurie.

Albuminurie familiale orthostatique.

MM. Achard et **Lœper** communiquent l'observation d'une jeune fille atteinte d'albuminurie orthostatique, présentant cette particularité que l'albumine ne disparaissait pas complètement pendant la position couchée, mais augmentait notablement par la position debout. L'examen cryoscopique et l'épreuve du bleu de méthylène ont montré l'existence d'une insuffisance rénale assez marquée. La sœur cadette de cette malade est atteinte elle-même d'albuminurie orthostatique, et son observation a été publiée il y a un an.

Ce fait établit une transition entre les albuminuries purement orthostatiques et les albuminuries permanentes, à recrudescence orthostatique, qui peuvent se montrer dans la même famille.

L'albuminurie orthostatique comprend un ensemble de faits dont les causes sont variées, dont l'évolution diffère et dont le pronostic est également différent.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 6 Juin 1901.

De la rareté des accidents nerveux syphilitiques chez les Arabes.

M. Scherb (d'Alger) n'a relevé que 4 cas de tertiarisme des centres nerveux chez les Arabes, pendant une observation de trois années. Il a cependant vu un nombre considérable d'accidents cérébro-spinaux chez des Européens syphilitiques, et encore plus de lésions cutanées ou osseuses chez ces mêmes indigènes.

D'autre part, M. Scherb n'a pas relevé chez eux un seul cas de tabes ou de paralysie générale, et le fait est d'autant plus intéressant que d'autres sémites, les israélites indigènes d'Algérie, sont frappés d'une façon particulièrement fréquente et sévère par ces affections, que l'on considère communément comme relevant de la parasyphilis.

On peut dire, pour expliquer cette double opposition, que la syphilis est peut-être d'importation récente chez les indigènes, que, particulièrement grave, elle se localise précocement chez les Arabes sur la peau qui, du fait de leur malpropreté et de leur promiscuité, est exposée aux plus fréquentes injures. On sait, d'autre part, combien peu ils surmènent leur système nerveux. Enfin, leurs travaux, la civilisation, l'alcoolisme ne leur ont pas encore fait le terrain névropathique nécessaire à l'évolution des syndromes parasyphilitiques du tabes et de la paralysie générale.

Toute conclusion ferme serait évidemment encore prématurée.

Adipose douloureuse.

MM. Ch. Achard et **Ch. Laubry** présentent une femme de 68 ans, atteinte d'adipose douloureuse. La malade possède une certaine obésité et est affectée d'un diabète léger. On constate aux deux jambes, au-dessus des chevilles, deux masses adipeuses, lobulées, dont la pression est douloureuse. Le tissu graisseux qui existe à l'état diffus sur le reste du corps n'est point douloureux. La face, les mains, les pieds sont respectés par l'adipose.

Il semble donc qu'il existe, à côté des cas typiques de l'adipose douloureuse des formes légères, caractérisées par une limitation beaucoup plus étroite de la dystrophie, passant facilement inaperçues, et peut-être, pour cette raison, plus fréquentes qu'on ne le suppose.

Arthropathie dans l'atrophie musculaire progressive myélopathique.

M. Etienne (de Nancy) présente une pièce anatomique concernant l'arthropathie dans l'atrophie musculaire progressive myélopathique. Il s'agit d'une arthropathie de l'épaule caractérisée par la destruction de la tête de l'humérus, la rupture spontanée de la capsule, par le développement de nodules ostéophytiques dans les tendons d'insertion musculaire périarticulaires, notamment dans ceux du deltoïde, de la longue partie du biceps, du triceps, du petit pectoral et du coraco-brachial.

Sur la physionomie et le moment d'apparition des lésions cadavériques dans l'écorce cérébrale de l'homme (méthode de Nissl).

MM. M. Faure et **Laignel-Levastine** ont recherché systématiquement, dans le laboratoire de M. Gilbert Ballet, à quel moment apparaissent les lésions cadavériques dans l'écorce cérébrale des cerveaux recueillis 2 ou 3 jours après la mort et abandonnés pendant plusieurs jours dans le laboratoire, à une température constante de 16°, sans aucune précaution d'asepsie, le cerveau étant seulement enveloppé d'une compression humectée d'eau bouillie, pour éviter la dessiccation de l'écorce. Ce n'est guère que du 3e au 6e jour que des lésions cadavériques se sont produites. Elles étaient généralement légères et des cerveaux de 5 jours ont pu être étudiés sans difficulté.

Les auteurs présentent des préparations de cellules pyramidales absolument normales dans des cerveaux de 3 à 4 jours et à peu près normales dans des cerveaux de 5 jours. Il faut attendre 6, 7 et 8 jours pour trouver des altérations considérables dont voici les caractères. La substance blanche et les éléments interstitiels ne prennent plus aucune coloration : ils sont en bouillie. Les petites cellules pyramidales ne sont presque plus visibles. Les grandes cellules pyramidales sont beaucoup mieux conservées. Elles ont gardé leur forme, mais leurs contours sont ondulés, irréguliers et peu nets. Les grains chromophiles ont disparu ou ont beaucoup diminué de volume. Entre les grains s'étend une sorte de réticulum coloré donnant au contenu de la cellule l'aspect d'une toile d'araignée. Le noyau et le nucléole sont à leur place, mais le noyau est gonflé et coloré. Ses limites disparaissent dans la substance de la cellule. Le nucléole est très gros et ses contours sont irréguliers.

Ces lésions sont donc très différentes d'aspect de celles que l'on observe dans les cas pathologiques et peuvent en être facilement distinguées.

Après le 8e jour, les pièces ne prennent plus la couleur ou ne la gardent que trop peu de temps pour être utilisées. D'ailleurs, en règle générale, les pièces sont d'autant plus difficiles à colorer, et perdent d'autant plus vite la couleur, qu'elles sont plus anciennes.

Il est bien évident que ces résultats ne s'entendent que des cerveaux placés dans les conditions indiquées par les auteurs. Il est vraisemblable que les pièces s'altéreraient plus vite, si elles étaient abandonnées dans le cadavre, surtout pendant les temps chauds et orageux.

Œdème hystérique.

M. Cestan présente une jeune fille de 14 ans, du service de M. le professeur Raymond, qui contracta, en janvier, une tourniole très doulourense. En mars, se déclara un œdème bleu hyperthermique qui, en avril, devint blanc et s'accompagna de contracture extrême de la main avec anesthésie superposée. Cet œdème à caractères pseudo-phlegmoneux a guéri rapidement par l'électrisation.

Epilepsie jacksonienne et pleurésie purulente.

MM. Heitz et **Bender** présentent l'hémisphère droit d'un malade mort à la suite d'une série de crises d'épilepsie jacksonienne gauche. Ce malade était porteur d'un vaste épanchement pleural purulent à streptocoques. Les crises survinrent brusquement, débutant invariablement par la déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche, puis convulsant la moitié gauche de la face et se généralisant enfin. Il y en eut en tout 21, toutes semblables.

La lésion était un abcès gros comme une noisette, placé à la partie profonde de l'écorce et dans la substance blanche. L'examen histologique y montra des chaînettes de streptocoques. Il siégeait à la partie postérieure de la 2e temporale. Cette localisation diffère de celles trouvées dans la déviation conjuguée de la tête et des yeux par les observateurs précédents (partie postérieure de la première frontale, gyrus sous-marginal).

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Juin 1901.

L'acétate double de théobromine et de soude.

M. d'Estrée (Bruxelles). — La théobromine est un de nos meilleurs diurétiques. Elle stimule la diurèse en agissant directement sur les reins et n'exerce, à l'encontre de la caféine, que peu d'action cardio-vasculaire. Son unique défaut, c'est d'être difficilement absorbable. Pour remédier à cet inconvénient, on se sert souvent du salicylate double de théobromine et de soude ou *diurétine*, mais ce sel, étant caustique, irrite les voies digestives. M. d'Estrée a pu se convaincre que l'acétate double de théobromine et de soude ou *agurine*, qui est également très soluble, est quatre fois environ moins caustique que la diurétine. L'agurine est une substance hygroscopique, cristalline, facilement décomposable dans l'organisme et qui contient plus de théobromine que la diurétine. Les essais que M. d'Estrée a institués avec l'acétate double de théobromine et de soude sur des malades de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, ont montré que ce produit, administré à la dose de 0 gr. 25 à 1 gramme par jour, exerce, sans irriter le tube gastro-intestinal, une action diurétique des plus évidentes, qui persiste pendant plusieurs jours et se manifeste par une augmentation, non seulement de la quantité des urines, mais aussi du taux de l'urée et des sels urinaires. Comme tous les autres médicaments qui stimulent la diurèse en agissant directement sur les reins, l'agurine est sans effet dans les néphrites où l'épithélium sécréteur est atteint; mais, dans ces cas, elle n'augmente pas l'albuminurie, ce qui prouve qu'elle est bien supportée, mais par le rein malade.

Les trois hypertensions.

M. Huchard. — Il existe trois sortes d'hypertension dont l'importance clinique est considérable. Ce sont l'hypertension artérielle, l'hypertension pulmonaire et l'hypertension portale.

La première est connue depuis longtemps. Elle précède et produit la sclérose; elle constitue la période dite de la presclérose, se manifestant uniquement par une augmentation de la pression artérielle. En instituant à cette période un traitement préventif énergique, il devient possible d'éviter le développement des cardiopathies artérielles et des autres affections liées à l'artériosclérose. Cette thérapeutique comprend le régime lacto-végétarien, l'usage de certains médicaments hypotensifs, tels que le veratrum, les nitrites, l'opothérapie hépatique et thymique, et le massage qui agit en même temps comme antitoxique (en favorisant l'excrétion des déchets des échanges intra-organiques accumulés dans les muscles) et comme une sorte de saignée interne.

L'hypertension pulmonaire s'observe dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux et dans les affections gastriques. Elle provoque le syndrome de l'arythmie palpitante qui est aggravé par la digitale.

La troisième hypertension est chose nouvelle, puisqu'elle est de connaissance ancienne et oubliée. C'est la stase portale ou pléthore abdominale des anciens auteurs, cause fréquente du gros foie, de troubles intestinaux, de bronchites à répétition, du rein torpide, des hémorrhoïdes, de l'obésité, etc. En immobilisant dans l'abdomen une masse considérable de sang, la

stase portale produit des symptômes morbides variés, relevant à la fois de l'anémie, de l'hypotension artérielle et d'une auto-intoxication par insuffisance hépatique. C'est un agent pathogène important des troubles de la ménopause et de l'obésité par anémie. En effet, il est établi actuellement, aussi bien par des expériences sur des animaux que par des observations cliniques, que l'anémie, les saignées et les hémorrhagies répétées sont susceptibles d'engendrer l'adipose généralisée.

Les moyens que nous possédons pour combattre l'hypertension portale sont l'alimentation lacto-végétarienne et le massage abdominal qui est, dans l'espèce, une ressource vraiment précieuse. Ce massage, qui doit être à la fois profond et doux (on s'abstiendra des hachures), active la diurèse à l'instar de la digitale et agit favorablement sur la composition chimique des urines en augmentant l'élimination des phosphates et de l'urée. C'est, en outre, un agent de renforcement des médicaments diurétiques, de la théobromine et de la digitale.

On voit, par ce qui vient d'être dit, que la notion clinique des trois hypertensions est une source importante et féconde d'indications thérapeutiques.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 11 Juin 1901.

Sérothérapie préventive de la diphthérie.

M. Ausset ne voit aucun inconvénient à pratiquer la sérothérapie préventive de la diphthérie, s'il est acquis que nous possédons dans le sérum anti-diphthérique un remède efficace et sans danger.

L'efficacité curative du sérum n'est plus à démontrer, et entraîne son efficacité préventive. Quant au danger du sérum, on peut, aujourd'hui, dire qu'il est nul. Les premiers sérums employés ont pu causer des accidents; ils tenaient, non à l'antitoxine elle-même, mais aux substances qui peuvent l'accompagner dans le sérum; les améliorations techniques de la fabrication du sérum ont fait disparaître ces accidents, et, à Lille, le sérum que fournit M. Calmette est tel, que son emploi a la même innocuité que celui de l'antipyrine, du salol ou autres médicaments capables de provoquer parfois des éruptions, mais rien de plus.

L'expérience de M. Ausset est basée sur plus de 500 inoculations; aussi il n'hésite pas à pratiquer, même en ville, la sérothérapie préventive; il n'est jamais trop tôt pour agir; certaines diphthéries hypertoxiques inoculées dès le premier jour sont encore d'une gravité redoutable; l'inoculation préventive empêchera l'éclosion de tels cas.

M. Barbier fait observer que l'on ne sait au juste si l'inoculation donne une immunité absolue, ou seulement une immunité relative. Les chiffres communiqués par M. Netter prouvent que cette immunité n'est que relative, et qu'il n'est pas impossible que la diphthérie apparaisse malgré l'inoculation. La sérothérapie préventive ne doit donc pas dispenser de surveiller de près les enfants suspects.

Combien de temps dure l'immunité? On admet le chiffre de 18 à 20 jours; mais la statistique de M. Netter montre que, parfois, la diphthérie éclôt avant ce terme.

On a dit que la sérothérapie préventive supprimait les difficultés matérielles de l'isolement rigoureux des sujets atteints. M. Barbier ne peut admettre qu'elle dispense de pratiquer l'isolement.

M. Netter relève enfin, dans la communication de M. Netter, ce point qu'il signale des angines à forme herpétique, avec présence du bacille de Löffler dans la gorge, et qu'il ne les considère pas comme diphthériques.

M. Netter fait remarquer que si la sérothérapie préventive ne confère pas l'immunité d'une façon absolue, on peut dire qu'elle restreint, dans de très grandes proportions, les chances de contagion. Il ne croit pas exagérer en disant qu'un enfant en contact avec un diphthérique a au moins une chance sur dix de prendre la diphthérie. Or, d'après les statistiques qu'il a recueillies, sur 32 486 enfants inoculés préventivement en milieu diphthérisé, 192 seulement ont eu la diphthérie, soit 6 sur 1 000.

L'écart est énorme; on ne peut demander à l'inoculation préventive plus qu'à l'inoculation curative; or l'on sait que celle-ci n'empêche pas parfois une récidive de diphthérie.

Certes, la sérothérapie préventive ne doit pas empêcher de prendre des mesures d'isolement, mais en restreignant le nombre des sujets atteints, elle diminue d'autant plus les difficultés d'application, tant pour l'isolement que pour la désinfection des locaux.

Pour ce qui est de l'herpès dans la diphthérie, on ne saurait prouver que l'herpès, dans ces cas, n'est pas diphthérique, pas plus que M. Barbier ne peut prouver qu'il l'est. C'est une question d'interprétation. On trouve souvent du bacille de Löffler dans des gorges saines; on peut en trouver dans des gorges atteintes d'herpès; il peut se faire que, dans ce cas, il ne s'agisse pas plus de diphthérie que dans le premier. A l'hôpital Trousseau, M. Netter ensemence toutes les angines qui se présentent, et s'il s'agit d'enfants ayant des frères ou des sœurs, il prie qu'on lui amène ceux-ci le lendemain afin de faire l'inoculation préventive si l'ensemencement a été positif. Ces jours-ci, on lui amène un enfant atteint d'une angine herpétique typique; bien que persuadé qu'il ne pouvait s'agir de diphthérie, M. Netter suit sa conduite ordinaire. Il pousse, le lendemain, du bacille de Löffler et, chez un des frères, on constate une diphthérie étendue de la gorge datant certainement de plusieurs jours, mais passée inaperçue. M. Netter ne peut s'empêcher de croire que le premier enfant avait du bacille de Löffler dans la gorge, non à cause de son angine herpétique, mais parce qu'il était en contact avec un frère atteint d'angine diphthérique.

M. Comby croit l'inoculation préventive d'une innocuité absolue et d'une grande efficacité. Il l'applique toujours même en ville, sans attendre l'examen bactériologique.

M. Sevestre croit aussi les inoculations préventives sans danger; elles peuvent avoir toujours des inconvénients, tels que les éruptions, inconvénients légers, c'est vrai, mais réels. Aussi quand, dans une famille, il peut surveiller matin et soir les enfants encore indemnes, en venant voir l'enfant malade, il évite à ces enfants l'inoculation. Mais il s'empresserait de la faire au moindre doute, ou encore si sa surveillance ne peut être rigoureuse.

A la suite de cette discussion la Société émet à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société de pédiatrie, après discussion, affirme que les inoculations préventives de sérum antidiphtérique ne présentent aucun danger sérieux, et confèrent pendant plusieurs semaines l'immunité dans la très grande majorité des cas, en recommande l'emploi dans les agglomérations d'enfants où il s'est produit un cas de diphthérie, ainsi que dans les familles où une surveillance suffisamment rigoureuse ne peut être exercée. »

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séances du 3 Mai 1901.

Sur les sucres de l'urine et du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud** insistent sur les difficultés que présentent la détermination et le dosage exact des divers principes sucrés pouvant exister dans l'urine et dans le sang. Ces difficultés tiennent, si l'on se sert du polarimètre : 1° à ce qu'il existe divers principes (sucrés ou non) qui dévient à gauche la lumière polarisée; 2° à ce que certains sucres la dévient à droite *beaucoup plus* que le glucose (le maltose dévie trois fois plus que ce dernier).

Si l'on se sert de la liqueur cuprique, il faut tenir compte du fait que les différents sucres réduisent des poids différents de cuivre, et qu'il existe, dans l'urine et dans le sang, des substances réductrices qui ne sont pas des sucres. Enfin, si l'on emploie la fermentation, il y a des erreurs résultant surtout de ce qu'un même poids de sucre donne des quantités d'acide carbonique différentes, suivant les conditions de la fermentation.

MM. Lépine et Boulud indiquent la méthode pratique à l'aide de laquelle ils parviennent à la détermination des différents principes sucrés d'une urine diabétique, à l'aide du polarimètre, de la liqueur de Fehling et de la fermentation. Cette méthode a seulement l'inconvénient d'exiger un travail considé-

rable. La méthode est la même pour le sang, seulement les difficultés sont encore plus grandes, à cause de la faible proportion des principes sucrés dans ce liquide. Après avoir rappelé les résultats de MM. Hanriot, Hédin et Couvreur, pour le sang carotidien, ils signalent le fait important que l'*écart entre les chiffres fournis par le polarimètre et la liqueur de Fehling est beaucoup plus grand dans le sang des veines sus-hépatiques que dans le sang carotidien.* Il y a donc dans le sang de ces veines une substance déviant à gauche, en beaucoup plus grande abondance que dans le sang carotidien. D'autre part, ils ont trouvé du *maltose* dans le sang de ces veines, et l'ont caractérisé en obtenant le *maltosazone*.

Passage de l'urée dans les crachats.

M. X. Delore présente les photographies de cristaux provenant de crachats desséchés, dus évidemment au passage de l'urée dans les crachats; cette urée a été décomposée, par les commensaux ordinaires des bronches et de la bouche, en sels ammoniacaux.

Ces cristaux bizarres, en feuilles de fougère, sont formés de plusieurs sels différents, et non pas seulement de sels ammoniacaux. On y trouve du carbonate ammonique, du carbonate de soude, du chlorure de sodium et du chlorure ammonique.

M. Mayet demande quel était l'état du malade qui a fourni ces crachats. Eliminait-il de l'urée par ses urines? Était-il urémique?

M. Delore. Le malade qui a fourni ces crachats ne se porte pas trop mal. Il élimine 18 et 21 grammes d'urée en 24 heures par ses urines, et ses reins fonctionnent assez bien; les autres organes aussi.

La quantité d'urée contenue dans les crachats est d'ailleurs en petite quantité. Un litre de crachats ne donne pas plus de 0 gr. 80 d'urée. Ils contiennent très peu de carbonate ammonique, très peu de chlorure ammonique; la grande masse des cristaux est surtout formée de chlorure de sodium, mais les autres sels ont imprimé leur forme et l'ont obligé à cristalliser en feuilles de fougère.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 7 Juin 1901.

Transplantations expérimentales de fragments de muqueuse du tube digestif.

M. E. Ullmann a relaté le résultat de ses expériences sur la greffe des muqueuses digestives. Il a fait chez de jeunes porcs un certain nombre de transplantations de lambeaux, pédiculés ou non, de la muqueuse gastrique dans l'intestin grêle, et *vice versa*, de la muqueuse du gros intestin dans l'estomac, de la muqueuse du cæcum dans l'intestin grêle, etc. La réunion de tous ces lambeaux a été parfaite et les fragments greffés ont conservé leurs caractères spécifiques, mais la muqueuse intestinale transplantée dans l'estomac a toujours été le siège d'ulcérations. Les animaux ne furent sacrifiés que trois mois après l'opération.

M. von Eiselsberg déclare que les ulcérations observées sur les lambeaux de muqueuse intestinales greffés dans l'estomac démontrent qu'il serait dangereux, chez l'homme, de vouloir combler des pertes de substances gastriques avec de la muqueuse de l'intestin.

M. Exner fait remarquer que, puisque dans les expériences de M. Ullmann les lambeaux transplantés se sont soudés, il faut admettre que la muqueuse digestive possède la propriété spécifique de se défendre contre les agents pathogènes, même quand elle baigne dans un suc autre que celui qu'elle secrète.

Des lymphangites de la verge consécutives aux affections vénériennes.

M. Nobl a communiqué le résultat de ses recherches sur les lymphangites de la verge, que l'on voit assez souvent survenir au cours de la blennorrhagie ou aux premières périodes de la syphilis. Dans la première de ces affections, cette lymphangite affecte habituellement la forme exsudative; dans la seconde, elle est plutôt scléreuse; elle reste toujours localisée aux vaisseaux superficiels de la face dorsale de la verge en respectant le réseau profond. Dans un certain nombre de cas de lymphangite blennorrhagique, l'orateur a pu constater la présence de gonocoques dans les canaux lymphatiques; il a également rencontré le bacille de Ducrey dans des lymphangites survenues à la suite d'un chancre mou. Quant à la lymphangite syphilitique, elle est caractérisée par une infiltration des tuniques interne et externe des lymphatiques, sans que jamais les vaisseaux sanguins prennent une part quelconque à ce processus.

Suppurations amicrobiennes chez l'homme.

M. K. Kreibich a fait connaître les conclusions de ses expériences sur les suppurations amicrobiennes.

On sait que quelques agents chimiques sont susceptibles, dans des conditions déterminées, de provoquer de la suppuration, tout comme les microbes pyogènes. Partant de ce principe, l'orateur a badigeonné avec de l'huile de croton certaines parties du corps qu'il a recouvertes ensuite de pansements occlusifs. Après plusieurs applications semblables, il a constaté la présence de pustules dont le contenu est resté absolument stérile. Le pus de ces pustules offrait cependant tous les caractères de celui qui est produit par des bactéries ou des toxines microbiennes; il contenait un très grand nombre de leucocytes.

M. Kreibich a également examiné, chez plusieurs sujets, le contenu, devenu purulent, de vésicules d'eczéma, et dans tous les cas, sauf deux, il n'y a pas trouvé d'agents microbiens; bien entendu, les zones eczémateuses avaient été mises à l'abri de toute influence extérieure au moyen de pansements occlusifs.

Ces recherches tendent, en somme, à prouver que la suppuration est de même nature que l'inflammation, et qu'il n'y a entre ces deux processus qu'une différence d'intensité. C'est évidemment à l'extrême sensibilité de la peau vis-à-vis de l'inflammation que sont dues les suppurations amicrobiennes. On observe, du reste, des phénomènes identiques dans les milieux de l'œil : il est à peu près certain que l'hypopyon qui accompagne l'iritis des diabétiques est toujours amicrobien.

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 3 Juin 1901.

Indications de l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses.

M. Kaminer fait remarquer qu'alors que certains auteurs se montrent tout à fait opposés à l'interruption de la grossesse en cas de phthisie pulmonaire, d'autres, comme M. Maragliano, s'en déclarent partisans convaincus, trouvant à cette manière de faire le double avantage de sauvegarder les intérêts de la mère et d'empêcher la mise au monde d'enfants tuberculeux ou prédisposés à la tuberculose.

Sans adopter ce dernier argument, M. Kaminer croit que nous devons, en effet, interrompre la grossesse, étant donnés les graves inconvénients que présentent pour les phthisiques la gestation et l'accouchement.

En ce qui concerne l'influence défavorable de la grossesse, M. Kaminer l'a constatée 33 fois sur 50 cas, soit dans la proportion de 66 p. 100; 8 fois la situation des patientes reste stationnaire; dans les 9 derniers cas, le résultat fut douteux. Cette aggravation est imputable, d'une part, à l'état nauséeux et à l'absence d'appétit qui accompagnent la grossesse et met-

tent obstacle à la nutrition; d'autre part, aux vomissements, cause fréquente d'hémoptysie; enfin, à la compression du diaphragme et à la rétraction des poumons, qui déterminent des troubles de la respiration et de la circulation pulmonaire.

Quant aux effets fâcheux du travail, les chiffres suivants en rendent bien compte : de 23 tuberculeuses ayant accouché, 14 (61 p. 100) ont succombé durant les suites de couches, dont 7 dans les premiers jours de cette période. En outre, chez 3 de ces femmes, sont survenues, à la suite de l'accouchement, des métastases tuberculeuses.

La nécessité d'interrompre la grossesse chez les phthisiques étant admise, est-ce à l'avortement ou à l'accouchement provoqué que nous devons avoir recours? M. Kaminer n'hésite pas à donner la préférence à la première de ces interventions, infiniment moins grave que la seconde; d'ailleurs, puisque c'est dans les premiers mois de la gestation que la santé de la mère est le plus compromise, c'est aussi le plus près possible de son début que nous devons mettre fin à la grossesse.

M. Kaminer a pratiqué 15 avortements, et en a vu 2 se produire spontanément : de ces 17 femmes, 1 a succombé 14 mois, 1 autre 6 mois plus tard; chez 5, les lésions ont continué à progresser; donc, dans 30 p. 100 des cas, la situation s'est aggravée malgré l'avortement, et même, dans 12 p. 100, l'issue fatale est survenue; par contre, chez les 10 dernières patientes, représentant 70 p. 100 du total, l'état est resté stationnaire.

Quelque favorables que soient ces résultats, M. Kaminer n'en conclut pas que toutes les grossesses survenant chez des tuberculeuses doivent être interrompues; il croit qu'il faut réserver l'avortement à trois catégories de cas : à ceux où l'on peut espérer une amélioration durable des lésions pulmonaires; à ceux où la grossesse a sur ces lésions une influence aggravante évidente; à ceux enfin où les premières manifestations tuberculeuses ont coïncidé avec la grossesse.

M. Jacob a réuni, sur un total de 3 000 cas de tuberculose, 970 concernant des femmes, dont 337 sont mariées. Or, chez un grand nombre de ces malades, la tuberculose a débuté à l'occasion d'une grossesse, et chez 84 d'entre elles, soit 25 p. 100, la gestation a été la cause d'une aggravation sensible des lésions; en outre, un état morbide accentué s'est manifesté dans les mêmes conditions chez 71 patientes dont 21 n'avaient auparavant aucun signe de tuberculose, les 50 autres présentant seulement des manifestations discrètes de cette affection. Toutefois, M. Jacob est moins optimiste que M. Kaminer à l'égard de l'avortement, car cette intervention est, elle aussi, susceptible d'aggraver l'état des phthisiques. Il croit que le plus sûr, chez ces malades, est d'éviter toute grossesse.

M. Strassmann déclare préférer, comme M. Kaminer, l'avortement à l'accouchement provoqué; le moment le plus favorable à cette intervention est compris entre la 8ᵉ et la 10ᵉ semaine; plus tôt, le diagnostic manque de certitude.

L'opération n'exige pas plus d'une 1/2 heure à 3/4 d'heure; après un bain chaud, on dilate le col et on peut extraire aussitôt le produit de la conception, le plus souvent sans hémorrhagie notable; ce dernier accident est d'autant plus à redouter que l'intervention est plus tardive; aussi, quand il s'agit d'une grossesse déjà avancée, vaut-il mieux recourir à l'avortement lent, en plaçant un tampon durant 24 heures; l'expulsion de l'embryon se fait alors en 2 ou 3 jours.

M. Strassmann fait observer qu'un côté important de la question a été négligé par les précédents orateurs : c'est l'opinion de la mère, qui peut désirer ou, au contraire, refuser l'interruption de la grossesse. Comme M. Jacob, il estime qu'en somme le plus prudent est de prévenir la conception chez les phthisiques.

La diazo-réaction chez les tuberculeux.

M. Burghart déclare, à propos de la récente communication de M. Stadelmann sur ce sujet, que la diazo-réaction paraît témoigner d'une intoxication, et non d'une bactériehémie comme l'ont admis certains auteurs; ce qui le démontre, c'est que l'injection au lapin de toxine tuberculeuse détermine l'apparition d'une diazo-réaction intense.

M. Burghart partage absolument la réserve de M. Stadelmann, relativement à la valeur pronostique de cette réaction; quant à son utilité au point de vue du diagnostic, il croit qu'on ne saurait la nier entièrement. Toutefois, il importe de retenir que certains médicaments employés chez les tuberculeux (tannin, iode, etc.) sont susceptibles de provoquer la diazo-réaction; en outre, l'urine de ces malades renferme des substances encore mal connues au point de vue chimique, dont certaines donnent également la diazo-réaction; il en est de même des phénols, lesquels proviennent soit de la créosote ou de l'acide phénique absorbés, soit des putréfactions intestinales. Ces réserves faites, il est incontestable que la recherche de la diazo-réaction peut rendre des services, en permettant, par exemple, de différencier une pneumonie franche d'avec une pneumonie caséeuse.

SOCIETE MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 30 Avril 1901.

Traitement de l'iléus par l'atropine.

M. Rumppel, tout en admettant que les cas d'iléus guéris par l'atropine sont sujets à critique, estime pourtant que dans certaines circonstances cette guérison ne saurait être niée. Pour sa part, il a observé deux cas dans lesquels l'action de l'atropine a été manifeste.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 64 ans, atteinte depuis plusieurs années de bronchite avec dilatation des bronches. Un jour elle est prise brusquement de coliques violentes qui surviennent par accès, puis de vomissements fécaloïdes et tombe dans un état de collapsus.

A l'examen de la malade, le diagnostic d'iléus s'impose. Les anses intestinales sont distendues et immobiles; la diurèse est supprimée.

Le traitement par la morphine et les lavages de l'intestin n'ayant donné aucun résultat, et une intervention opératoire ayant été jugée impossible dans l'état de faiblesse dans lequel se trouvait la malade, on fait une injection sous-cutanée de 1 milligramme d'atropine. Une amélioration semble se produire, aussi se décide-t-on à faire une 2ᵉ, puis une 3ᵉ injection d'atropine, si bien que dans l'espace de 14 heures on fit à la malade 5 injections d'atropine, chacune de 1 milligramme; 10 heures plus tard, soit 36 heures après le début des accidents, la malade eut une selle spontanée et guérit rapidement.

Le second cas a trait à une femme de 50 ans, obèse, qui est prise brusquement, au matin, de douleurs violentes d'abdomen. On fait une injection de morphine, mais la situation s'aggrave rapidement; le ventre se ballonne, il y a du collapsus et la malade présente tous les signes d'iléus aigu. On fait alors, à plusieurs heures d'intervalle, trois injections de morphine, une de 1 milligrammes; et deux de 2 milligrammes 12 heures après, la malade a une selle spontanée et tout rentre dans l'ordre.

D'après M. Rumppel, le traitement par l'atropine ne réussit que dans l'iléus paralytique, qu'on observe à la suite des opérations abdominales, en cas de péritonites diffuses, dans les contusions de l'abdomen, en cas d'accumulation de matières fécales et de gaz, dans l'hystérie grave. L'atropine échoue par contre dans l'iléus d'origine mécanique (volvulus, invagination, étranglement interne, tumeur, etc.).

Quant au mode d'action de l'atropine dans les cas du premier groupe, il faut l'attribuer à la propriété que possède cette substance de paralyser les muscles lisses et de diminuer la sécrétion de l'intestin. On sait, du reste, que l'atropine a été préconisée par Trousseau dans le traitement de la constipation opiniâtre.

Ce qui est encore remarquable, c'est qu'en cas d'iléus l'atropine peut être administrée à des doses toxiques sans provoquer des symptômes d'intoxication.

M. Kümmel est convaincu que les cas qui ont été publiés relativement à la guérison de l'iléus par l'atropine, ne soutiennent pas la critique et relèvent d'une erreur de diagnostic. En cas d'iléus, les intestins se dessinent sous la peau et présentent des mouvements péristaltiques intenses. Or tel n'était pas le cas chez les deux malades de M. Rumppel.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'occlusion intestinale,

Par M. le Dr Gabriel Maurange.

La thérapeutique de l'*occlusion intestinale* a passé depuis ces dernières années presque entièrement aux mains des chirurgiens. Peyrot considérait déjà, dès 1880, que la laparotomie était le traitement de choix.

Aujourd'hui, si les médecins admettent le principe de l'intervention, ils soutiennent avec juste raison qu'une part doit encore être faite au traitement médical, dont la stricte application crée ou assure des conditions favorables à l'acte opératoire et, dans quelques cas, peut suffire à mener les malades à la guérison. De leur côté, les chirurgiens, à peu près d'accord sur le traitement des cas chroniques, sont divisés, en présence d'un cas aigu, sur le moment et la nature de l'intervention. Il convient donc d'examiner séparément l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique.

A. — Occlusion aiguë.

Traitement médical. — Si l'accord n'est pas près de se faire entre les auteurs sur la ligne de conduite à tenir, en face d'un cas aigu, c'est parce que, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic de la *cause*, du *siège* et de la *variété* de l'occlusion ne peut être sûrement établi.

Il en résulte dans les indications thérapeutiques une certaine confusion, que viennent aggraver les statistiques, ensemble de faits disparates, de la comparaison desquels on ne peut tirer aucune conclusion. Pour avoir quelque chance d'aboutir à des formules à peu près précises, le mieux est de soumettre à une critique attentive les observations que l'on a recueillies soi-même, ou dont on a eu la connaissance directe. Ainsi seulement, il est possible de se faire une doctrine sur une question aussi controversée.

Prenons d'abord le cas d'une occlusion aiguë, dont le diagnostic étiologique demeure incertain. Quelle est la ligne de conduite qui sauve le plus de malades? C'est sous cette forme que la question doit être examinée.

Une première remarque tout d'abord s'impose. Lorsque des purgatifs violents ou répétés ont été prescrits dans le but de lever l'obstacle, qu'on a eu recours avec insistance aux lavements forcés, liquides ou gazeux, l'aggravation a été pour ainsi dire la règle, l'infection péritonéale s'en est suivie, et, quand finalement on a eu recours à l'intervention chirurgicale, les malades ont le plus souvent succombé. De là, la défaveur jetée sur le traitement chirurgical, défaveur que l'on peut aisément tenter de justifier par les statistiques où précisément figurent des observations de cet ordre.

La première règle du traitement de l'occlusion aiguë sera donc de *proscrire les purgatifs et les lavements forcés*.

Au contraire, l'analyse des faits montre que les cas dans lesquels le seul traitement médical a réussi (Reclus) sont ceux où il s'est borné à modérer le péristaltisme, à combattre le spasme et le météorisme. Ashurst ajoute : à relever les forces du malade. On remplit ces multiples indications par l'opium, les larges applications de glace sur le ventre, l'immobilité au lit, la diète presque absolue, les injections de sérum artificiel.

L'*opium* est administré *per os*, sous forme d'extrait thébaïque. On peut donner une pilule de 1 centigramme toutes les heures, jusqu'à la dose totale de 15 à 20 centigrammes en 24 heures (Moutard-Martin). Pour nous, nous préférons, dans tous les cas, l'injection de morphine, qui peut être répétée à la dose de 1 centigramme toutes les 5 ou 6 heures. Nous y associons généralement la spartéine, à la dose de 2 à 3 centigrammes par injection, dans le but de soutenir le cœur et en maintenant la pression artérielle aux environs de la normale, de favoriser l'élimination des toxines par l'émonctoire rénal. Quelques auteurs recommandent l'atropine, surtout lorsque les vomissements sont fréquents. Nous considérons cette pratique comme fâcheuse en raison de l'action inhibitrice de cet alcaloïde sur les sécrétions.

Les Américains prescrivent la strychnine, la caféine, l'alcool en injections sous-cutanées, en même temps que la morphine.

La *belladone*, que l'on préférait il y a quelques années à l'opium sur lequel elle avait, disait-on, l'avantage de favoriser les mouvements péristaltiques tout en calmant la douleur, doit au contraire, être résolument écartée du traitement de l'occlusion. En dehors des inconvénients que nous avons signalés à propos de l'atropine, il semble résulter d'expériences récentes que le belladone a au contraire pour action constante d'affaiblir les mouvements péristaltiques, et cela en proportion directe de la dose employée (G. Traversa).

On a objecté à la médication par l'opium de masquer les symptômes et de tenir le médecin dans une sécurité trompeuse. Cet écueil est aisément évité, si l'on s'attache à considérer, non la douleur, mais le pouls, le facies, les vomissements, l'état de l'intestin spécialement au point de vue du météorisme et de l'émission des gaz.

L'immobilité au lit, la diète, contribuent efficacement à modérer le péristaltisme, en assurant bientôt, concurremment avec l'opium, l'immobilité de l'intestin.

La glace, appliquée largement sur le ventre, combat le péritonisme, retarde ou prévient l'infection de la séreuse et à ce double titre doit être employée.

Dans aucun cas on ne devra avoir recours contre le le météorisme aux *ponctions capillaires*, moyen infidèle et dangereux dont l'infection péritonéale peut être le plus clair résultat.

Le café, les injections de sérum trouvent leurs indications dans l'état des malades dont il faut relever les forces.

Le *lavage de l'estomac* a été considéré comme un moyen *curatif* de l'occlusion. Bien que des faits authentiques de guérison aient été publiés (Gersuny, Parisot, etc.), il est plus exact de dire que le lavage de l'estomac est à la fois un palliatif et un précieux adjuvant du traitement de l'occlusion ; il a pour résultat immédiat de supprimer les vomissements et de prévenir, par l'évacuation des matières toxiques accumulées ou refluées dans l'estomac, l'empoisonnement des malades et la dépression qui en est la conséquence.

Il ne peut réussir à lui seul à lever l'obstacle, et, dans les cas où il a réussi, il est vraisemblable qu'il s'agissait d'une occlusion spasmodique et peut-être d'une invagination. Il n'a qu'un inconvénient, celui de fatiguer les malades ; il est donc contre-indiqué lorsqu'on a affaire à des sujets très affaiblis. Il constitue enfin un temps préliminaire particulièrement recommandable dans les cas où l'intervention chirurgicale est décidée.

Par contre, on ne saurait trop condamner, ainsi que nous l'avons déjà dit, les lavements forcés, les siphonages à l'eau de Seltz, l'insufflation rectale à l'air ou à l'hydrogène (Senn). La rupture de l'intestin, un emphysème généralisé en peuvent être la conséquence. Quant au massage abdominal préconisé surtout en Angleterre, nous le regardons comme périlleux dans l'occlusion aiguë.

A ces moyens aveugles et dangereux il convient d'opposer l'*électrisation* de l'intestin faite suivant les règles si précises posées par Boudet, de Paris. Dans ce but, on utilise des courants continus dont l'intensité peut varier entre 10 et 50 milliampères. Le pôle rectal est constitué par une grosse sonde en gomme qu'on introduit profondément dans l'anus. Cette sonde a un mandrin métallique tubulaire relié par un fil conducteur à la batterie et dont l'extrémité n'affleure pas l'œil de la sonde. Celle-ci est en outre raccordée par un tube de caoutchouc à un bock d'Esmarch rempli d'eau salée tiède, au moyen duquel on envoie dans l'intestin à une faible pression (40 à 80 centimètres d'eau au plus) des quantités variables de liquide. L'action du courant se trouve portée à tous les points où s'établit le contact entre la muqueuse et l'eau salée. Ce dispositif constitue un excitateur liquide dont la surface très étendue écarte tout danger d'eschare électrolytique. L'autre pôle est placé sur la région lombaire ou sur l'abdomen ; il consiste en une large plaque métallique recouverte de peau de chamois mouillée.

Les séances durent de 5 à 20 minutes ; pendant leur durée, il est favorable de faire à plusieurs reprises une série de renversements de courants.

Ainsi appliquée, l'électricité n'offre aucun danger et peut être employée sans inconvénient.

Elle ne doit l'être, bien entendu, que dans les premières heures de l'occlusion. Elle est formellement contre-indiquée lorsque le cœur est faible (Boudet, de Paris) et lorsqu'il y a des symptômes de péritonite.

Les succès de cette méthode sont assez nombreux pour qu'elle puisse être recommandée, sous ces réserves, au moins comme moyen de diagnostic (Jalaguier). Elle triomphe en effet rapidement des pseudo-étranglements et quelquefois de l'ileus paralytique.

A-t-on quelques chances de réduire par ce moyen une invagination? Le fait est plus douteux, mais il semble s'être présenté.

Traitement chirurgical. — Tel est l'ensemble des moyens qui constituent ce qu'on appelle le traitement médical de l'occlusion. C'est le traitement qui doit être tout d'abord et toujours institué en l'absence d'un diagnostic étiologique certain, et cela dès le début des accidents. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il ne s'agit là que d'une thérapeutique d'attente sur les résultats de laquelle il convient d'être rapidement fixé dans l'intérêt même du malade et qui comporte par conséquent une surveillance attentive du pouls, de l'état local et de l'état général.

D'une manière générale, 24 ou 36 heures après échec des moyens que nous avons énumérés, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Car alors, comme le dit M. A. Broca, les lésions commandant la laparotomie sont en majorité.

Il va sans dire que c'est par là qu'il faut commencer dans tous les cas suraigus ou lorsqu'il y a des signes de péritonite déclarée. La dissociation du pouls et de la température est une indication impérative de l'intervention chirurgicale.

Mais ici la discussion recommence. Est-ce la laparotomie, est-ce l'anus artificiel qui constituent l'intervention de choix? Il est difficile de poser des règles précises en face des opinions contradictoires professées sur ce point par les chirurgiens. Néanmoins il est peut-être possible d'arriver à une solution applicable au plus grand nombre des cas.

Les partisans de l'entérostomie font valoir que l'anus artificiel est une opération d'urgence comparable à la trachéotomie, qui a pour unique objet d'empêcher les malades de mourir, et cela, au moyen d'une intervention simple ne nécessitant aucune instrumentation compliquée, durant quelques minutes à peine, ne produisant pas de choc et permettant ultérieurement — à froid pour ainsi dire — une opération radicale réglée. De leur côté les laparotomistes font ressortir que seule l'ouverture du ventre peut mettre définitivement un terme aux accidents en supprimant la cause qui les a fait naître, que même, si l'on ne peut lever l'obstacle, l'entérostomie se fera en bonne place ; que, si la mortalité opératoire de l'anus est insignifiante, les malades n'en succombent pas moins secondairement, soit aux complications septiques, soit à la dénutrition entraînée par un anus établi sur une anse trop élevée ; qu'enfin, le pronostic de l'incision abdominale est uniquement en rapport avec la précocité de l'intervention, la plupart des laparotomies faites dans les 30 premières heures du début de l'occlusion étant presque toujours suivies de guérison.

De cette discussion on est, semble-t-il, autorisé à conclure :

1° La laparotomie doit être préférée chez les sujets jeunes résistants, opérés à une époque peu éloignée du début des accidents ;

2° L'entérostomie sera réservée aux malades affaiblis par l'âge, par un traitement médical, prolongé ou par une opération abdominale antérieure (hystérectomie vaginale, Segond), arrivés aux phases ultimes de l'intoxication stercorale, ou chez lesquels un état cachectique fait soupçonner une lésion cancéreuse.

Toutes ces difficultés sont naturellement levées par un diagnostic étiologique précis. Il n'y a guère d'hésitation à avoir sur le choix de l'intervention dans les cas d'imperforation anale, d'étranglement herniaire, d'invagination, d'occlusion au cours d'une péritonite tuberculeuse ou venant compliquer une tumeur abdominale dont l'existence aura été préalablement constatée.

L'iléus paralytique mérite cependant une mention particulière. Deux séances d'électricité seront d'abord faites à 12 heures d'intervalle et, en cas d'échec, on dé-

cidera la laparotomie. La simple ouverture du ventre suffit quelquefois. Mais il ne faut pas compter sur son action fréquemment et inexplicablement curative : on fera une toute petite entérostomie, qui permettra l'évacuation du contenu intestinal, fera tomber la distension des anses et par suite disparaître les phénomènes paralytiques (Lejars).

B. — Occlusion chronique.

Le diagnostic est ici ordinairement posé. Les indications thérapeutiques peuvent donc être établies sur des bases précises. Elles visent la prophylaxie et le traitement palliatif ou curatif

L'occlusion chronique peut être engendrée par la constipation. Combattre ce symptôme par des moyens rationnels est le plus sûr moyen de prévenir l'interruption du cours des matières. On mettra donc en œuvre les divers traitements, hygiénique, diététique et médicamenteux, qui ont été proposés contre la constipation. On surveillera particulièrement, à ce point de vue, les femmes et les vieillards.

L'occlusion par coprostase sera traitée par des purgatifs. L'huile de ricin à la dose de 25 à 30 grammes, ou mieux administrée par petites cuillerées à café, d'heure en heure, donne les meilleurs résultats. Il est favorable de prescrire préalablement, pendant quelques heures, de l'opium, sans dépasser 5 à 10 centigrammes. Cette dose suffit à vaincre le spasme et prépare l'action évacuante de l'huile de ricin. Deux heures après le purgatif, on peut en aider l'effet par de grands lavements tièdes, huileux ou glycérinés.

Les purgatifs salins et les drastiques sont généralement contre-indiqués.

Les *grands lavages du gros intestin*, de 1 litre 1/2 à 2 litres, à l'eau bouillie additionnée de sel marin au titre physiologique ou chargée du principe émollient de la graine de lin, sont recommandables à la condition d'être faits à une faible pression (entre 40 et 80 centimètres d'eau).

Mais c'est surtout dans l'occlusion chronique que les *courants continus*, appliqués suivant la technique que nous avons résumée, donnent les plus remarquables résultats. Il convient donc d'y avoir recours dans la plupart des cas de coprostase, non seulement pour mettre fin aux accidents, mais encore pour en empêcher le retour. Les séances d'électrisation devront donc être poursuivies pendant quelques jours après la débâcle et aidées des grands lavages dont nous avons parlé.

L'intoxication stercorale sera ainsi efficacement combattue et la contractilité de l'intestin réveillée dans la mesure nécessaire au rétablissement de la fonction.

Le *massage* de l'abdomen, l'expression colique manuelle réussissent fréquemment. Les boissons abondantes (infusions théiformes chaudes, eau bouillie froide) contribuent, lorsqu'elles sont tolérées par l'estomac, à l'évacuation des scybales. Dans d'autres circonstances, l'expulsion en est obtenue par l'application de compresses froides ou de glace sur l'abdomen.

Mais la coprostase existe réellement en tant qu'affection idiopathique. Le plus souvent, il faut en rechercher la cause, non dans la constipation habituelle, mais dans l'existence d'une altération organique des parois intestinales. Le diagnostic doit en être fait, car il est important, au point de vue thérapeutique, de reconnaître de bonne heure l'existence d'un rétrécissement syphilitique ou cancéreux. Dans le premier cas, c'est au traitement spécifique qu'il conviendra tout d'abord de s'adresser, puis en cas d'échec, à l'anus contre nature, toute intervention curative étant interdite par le caractère ordinairement diffus de la lésion. Dans le second, c'est suivant les cas, à la colotomie ou à l'entérectomie qu'il faut recourir. Ici encore tout dépend des limites de la tumeur et de l'état général du malade qui, s'il est cachectique, bénéficiera davantage de l'anus iliaque que d'une opération radicale (1).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Naulet. *Contribution à l'étude du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la gymnastique raisonnée.* N° 358. (Vigot frères.)

Mlle Taranikoff. *Du traitement de la scoliose chez les adultes.* N° 366. (Steinheil.)

M. Fayon. *Des accidents d'obstruction intestinale et d'appendicite dus aux ascarides lombricoïdes.* N° 329. (Vigot frères.)

M. Zadok. *De la suture des parois uréthrales sans suture des parties molles et de la peau.* N° 353. (Venezziani.)

M. Chiron du Brossay. *Contribution à l'étude des kystes à entozoaires de l'orbite.* N° 349. (L. Boyer.)

M. Rialland. *Contribution à l'étude du traitement médical de l'épilepsie.* N° 357, (Guisthau, Nantes.)

M. Depoutre. *L'oreille sénile ; oreille moyenne, région mastoïdienne.* N° 351. (Jules Rousset.)

M. Ricoux. *Contribution à l'étude de l'otite dans la grippe et en particulier de ses complications.* N° 328. (L. Boyer.)

M. Dugué. *Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma de la lèvre inférieure.* N° 378. (Delmar.)

M. Foulon (Émile). *Étude sur la forme curable probablement rhumatismale de la pachyméningite cervicale hypertrophique.* N° 49. (J. Rousset.)

M. Mazin (Paul). *Les poudreuses des fabriques de porcelaine (intoxication saturnine professionnelle).* N° 66. (Boyer.)

M. Naulet expose une méthode de gymnastique rationnelle préconisée par M. Dericé, ayant pour but la correction des déviations de la colonne vertébrale et insiste sur l'importance des résultats obtenus : amélioration constante de l'état général, développement de l'ampliation thoracique et partant de la capacité respiratoire, relèvement de l'épaule abaissée, correction plus ou moins complète des courbures de la colonne vertébrale, perfectionnement de la marche et des attitudes.

Les exercices se font sans agrès ; ils peuvent être exécutés n'importe où ; il suffit de disposer d'une échelle, d'une barre fixe et d'une table.

A l'âge de 18-25 ans, le rachis et les côtes jouissent encore d'une malléabilité assez grande, qui peut être augmentée par différents exercices et par le massage.

Pour Mlle Taranikoff la lésion scoliotique peut être améliorée à cet âge dans beaucoup de cas.

Si la lésion est irréparable par le fait de l'âge ou du degré avancé de l'affection, le traitement essentiellement constitué par la gymnastique produit l'arrêt de l'évolution morbide, la disparition des phénomènes subjectifs (douleur, faiblesse musculaire), l'amélioration du maintien du tronc et le relèvement de l'état général.

(1) Cet article est extrait du tome II du *Manuel de Thérapeutique médicale*, publié sous la direction de MM. G.-M. Debove et Achard qui vient de paraître (Paris, Rueff, 1901).

Quelquefois la scoliose de l'adulte est, comme cela se voit chez l'enfant, surtout une scoliose d'attitude, et, dans ces cas, le traitement fait merveille.

Parmi les accidents intestinaux dus à la lombricose, il en est dont les signes sont ceux d'une appendicite avec péritonite généralisée et qui disparaissent lorsque l'intestin est débarrassé de la présence du parasite.

D'après M. FAYON, l'ascaride peut être considéré comme étant la cause indirecte de ces lésions, soit en exaltant au niveau du cæcum et de son appendice la virulence du coli-bacille intestinal, comme il le fait déjà dans la lombricose à forme typhoïde décrite par Chauffard, soit par les microbes que renferment ses excreta. Il peut d'autre part agir comme un corps étranger quelconque de l'intestin et à ce titre jouer un rôle dans la perforation appendiculaire et dans les réactions péritonéales qui en dérivent.

Le diagnostic ne diffère pas de celui de l'appendicite simple. Quant à savoir si le lombric doit être mis en cause dans la production des symptômes observés, la question est difficile à résoudre si le parasite n'a pas été rendu ou si ses œufs n'ont pas été retrouvés dans les selles.

D'après M. ZADOK, la suture totale de l'urèthre et du périnée par étages est indiquée, lorsque les tissus ne sont point infectés, et l'urine à peu près aseptique.

L'absence totale de réunion de l'urèthre et des parties molles est commandée surtout par l'état profondément septique des régions sur lesquels on opère, par les accidents infectieux et fébriles qui accompagnent ces lésions, au moment de l'intervention.

La suture exclusive de l'urèthre, avec large drainage par la peau restée béante, trouve ses indications, d'une façon générale, chez les malades dont l'urine est septique, dont le canal suppure, ou dont le périnée présente une ou plusieurs fistules donnant passage à du pus.

La sonde à demeure placée au cours de l'opération doit être renouvelée dès le 3e jour, et supprimée de bonne heure, du 5e au 8e jour au plus tard, pour céder la place à la dilatation progressive.

La dilatation doit être précoce. Il est préférable de se servir des bougies de Béniqué, avec ou sans conducteur. Commencée aussitôt que l'on aura supprimé la sonde à demeure, elle devra être poussée jusqu'au n° 59 à 60 de la série des Béniqué.

D'après M. CHIRON DU BROSSAY, sous le nom de kystes hydatiques de l'orbite on a longtemps confondu les deux vers vésiculaires qui leur donnent naissance, c'est-à-dire les échinocoques et les cysticerques. Il importe de les différencier, et de supprimer un nom qui prête à la confusion. Aussi est-il plus logique d'appeler ces kystes : kystes à entozoaires.

Les kystes à cysticerques sont excessivement rares; en France on n'en cite que 3 cas. Les kystes à échinocoques, sans être fréquents, sont bien moins rares et il est probable qu'ils ont longtemps échappé aux yeux des chirurgiens.

Leur diagnostic est en effet très délicat; et il devient presque impossible dans le cas de suppuration du kyste; ils présentent alors la symptomatologie des sarcomes de l'orbite.

Si l'entozoaire est mort, ou ne paraît pas avoir de tendance à s'enflammer, l'injection au sublimé peut amener la guérison.

Mais si une ou deux injections ne sont pas suivies de succès, il faut recourir à l'extirpation, méthode de choix, facilitée s'il en est besoin par l'opération de Krönlen.

L'électropuncture mérite d'être employée.

M. RIALLAND conclut que dans l'épilepsie les bromures sont indiqués dans la majorité des cas, et à telle forme ou tel cas particuliers s'adapte souvent tel bromure particulier: le bromure de camphre, par exemple, dans l'épilepsie vertigineuse. Le mélange de plusieurs bromures est plus efficace que chacun des composants pris séparément. La bromaline et la bromipine donnent aussi de bons résultats et réduisent les chances de bromisme. La méthode de Flechsig est trop énergique, nécessite une surveillance trop étroite; ses résultats, en outre, ne cadrent pas avec les accidents qu'elle occasionne parfois. La méthode de Bechterew est mieux supportée avec une moyenne égale d'améliorations.

L'atropine et les autres modérateurs réflexes, la picrotoxine et quelques autres agents sont susceptibles de donner des améliorations. Le curare, la joubarbe et l'éosinate de soude sont surtout, parmi les agents non efficaces, ceux qui produisent des accidents sans améliorer les malades. L'association de plusieurs anti-épileptiques réussit souvent très bien.

L'hygiène est un adjuvant indispensable du traitement et doit toujours combattre l'auto-intoxication relevée dans la majorité des cas.

La question des sérums et des toxines microbiennes appliqués au traitement de l'épilepsie est encore à l'étude.

L'hypochloruration combinée aux faibles doses de bromure semble donner de bons résultats dans certains cas rebelles, surtout chez les sujets qui n'ont pas subi de bromuraiton antérieure; mais les résultats sont négatifs chez les malades qui sont déjà sous l'influence du bromure. Chez les épileptiques aliénés, c'est-à-dire agités ou déments, la méthode semble également efficace.

Dans un travail consciencieux, M. DEPOUTRE examine les lésions anatomiques constatées dans l'oreille moyenne de la région mastoïdienne du vieillard. Son étude porte sur 54 cas. Voici les lésions constatés dans l'oreille externe et moyenne : bouchons de cérumen (26 p. 100) — hypertrophie notable de l'os de la gouttière tympanique — développement anormal de l'épine de Henle (1 fois).

Le tympan n'a paru sain que dans 14 cas.

Les altérations les plus fréquentes sont des opacités, partielles ou diffuses. — Du côté de la caisse, dans la moitié des cas, la mobilité de l'articulation du marteau et de l'enclume est diminuée. — L'ankylose de l'étrier dans la fenêtre ovale est de toutes les lésions de l'oreille moyenne la plus grave et la plus fréquente — (38 p. 100).

M. RIGOUX étudie les complications otiques si fréquentes dans la grippe.

L'état pathologique ancien des oreilles ou des cavités voisines (nez, pharynx) a une grande influence sur la détermination de ces complications.

L'invasion des symptômes est brusque, l'apparition des douleurs précoce. — Les douleurs sont violentes et leur disparition, dans les cas qui guérissent, est également rapide, ne laissant derrière elles aucune trace.

L'otorrhée est très abondante.

L'affection évolue très souvent vers la forme hyperhémique et hémorrhagique.

Les complications mastoïdiennes sont fréquentes (plus de la moitié des cas). L'apparition en est précoce et l'évolution rapide.

L'épithélioma de la lèvre inférieure survient surtout chez l'homme; il est très rare chez la femme.

Pour M. DUGUÉ, le tabac a une grande influence étiologique, peut-être agit-il en produisant la leucoplasie buccale sur laquelle se greffe ultérieurement le cancer.

Le cancer est généralement latéral. Il s'accompagne rapidement d'adénopathie, marche vite une fois ulcéré et détermine la mort deux à trois ans après son début.

Le cancer de la lèvre inférieure récidive presque toujours, malgré l'ablation en apparence complète.

Le traitement doit être l'exérèse totale, le plus rapidement possible; elle doit comprendre les ganglions s'ils sont dégénérés. Si le délabrement est grand, il faudra faire la cheiloplastie.

D'une consciencieuse étude, M. FOULON croit pouvoir conclure qu'à côté des pachyméningites cervicales alcooliques, tuberculeuses, syphilitiques ou associées à la syringomyélie, il y a place, maintenant encore, pour une pachyméningite hypertrophique de nature différente.

Il croit possible de la distinguer anatomiquement et cliniquement des pachyméningites tuberculeuses et syphilitiques, cliniquement des pachyméningites alcooliques.

Anatomiquement identique, qu'elle soit pure ou associée à la syringomyélie, son tableau clinique diffère profondément de celui assigné par MM. Philippe et Oberthür à la syringomyélie cavitaire.

Pour lui, la spécificité histologique de la « gliose » soutenue par ces auteurs s'accorde mal avec leur théorie de la syringomyélie pachyméningitique.

Il lui semble qu'ils n'ont pas démontré l'identité des processus méningé et spinal, fait qui paraît *a priori* étrange, étant donnée l'origine ectothermique de la névroglie et l'origine mésodermique de la dure-mère.

Il lui a paru contradictoire d'admettre, comme ils le font, cette identité et d'admettre que la marche rapide de la syringomyélie pachyméningitique tient peut-être « à la substitution en de certains points du processus pachyméningé au processus glieux ».

La forme de pachyméningite qu'étudie M. Foulon tient son individualité clinique des circonstances étiologiques spéciales qui président à son apparition ainsi que de la tendance spontanée qu'elle présente à guérir.

Elle survient, chez des adultes sans tare nerveuse héréditaire ou personnelle, chez des malades qui ne sont ni tuberculeux, ni syphilitiques, ni alcooliques et dont le passé toxi-infectieux est vierge ou presque.

Deux fois seulement, il note une fièvre typhoïde.

La cause occasionnelle, de beaucoup la plus constante, c'est le froid.

Ne croyant pas qu'il soit possible de voir en cet agent physique autre chose qu'une cause provocatrice, il lui paraît logique de considérer le processus pachyméningé comme un fibrose chronique d'origine toxi-infectieuse probable.

Il lui paraît que l'infection originelle doit être parfois le rhumatisme qui, capable de faire une symphyse péricardique, paraît capable de faire une symphyse méningo-médullaire.

L'action vraiment efficace du salicylate dans certains cas confirme ces inductions.

Est-il d'autres infections qui puissent réaliser le type anatomo-clinique de la pachyméningite? Cela est incontestable *a priori*. Pour ce qui est des pachyméningites alcooliques, syphilitiques ou tuberculeuses, elles sont assez différentes, au triple point de vue pathogénique, anatomique et clinique, pour qu'il paraisse impossible de les grouper en commun dans le même cadre nosographique.

Quoi qu'il en soit de ces faits, la pachyméningite de Charcot apparaît essentiellement et spontanément curable ou du moins très améliorable.

Le plus souvent, elle ne devient mortelle que par l'intermédiaire de complications indirectes, dans une certaine mesure évitables (tuberculose pulmonaire, infections méningées secondaires aux eschares, cystopyélonéphrites ascendantes). Les troubles bulbaires mortels sont du reste très rares. Et, dans une certaine mesure, il semble que parfois il soit possible de considérer la syringomyélie comme une de ces complications.

Au point de vue symptomatique, cette forme de pachyméningite se caractérise par l'absence presque complète des troubles bulbaires et de dissociation de la sensibilité.

On peut y rencontrer des symptômes tels que le hoquet, le satyriasis, le tremblement, le myosis.

L'absence de toute déformation rachidienne est la règle ainsi que celle des eschares. Constamment l'état général est satisfaisant.

Dans un but économique le poudrage a remplacé la peinture à la main dans le décor de la porcelaine, mais cette nouvelle méthode est devenue une cause d'intoxication saturnine, comme le montre M. Mazin.

Il a étudié la composition des couleurs et a vu que la grande quantité de plomb qu'elles renferment les rendait très toxiques.

L'auteur a passé en revue les diverses voies d'absorption : c'est la voie digestive qui en absorbe la plus grande quantité; de tous les organes atteints, c'est le foie qui l'est le premier; c'est lui qui contient le plus de plomb. Au point de vue hygiénique, il est à désirer que dans tous les ateliers de poudrage, des appareils remplacent complètement la main de l'ouvrier : c'est le seul moyen d'atténuer les dangereux effets des poussières toxiques. Dans les diverses manifestations morbides de la maladie M. Mazin croit :

a) Que le liséré saturnin est formé mécaniquement par la pénétration directe des particules de plomb dans la muqueuse gingivale;

b) Que l'encéphalopathie saturnine, rare dans les autres formes d'intoxication par le plomb, est ici, au contraire, fréquente et un accident grave du début.

Il pense enfin que les injections sous-cutanées de sulfate de magnésie sont appelées à rendre les plus grands services dans le traitement de la colique saturnine grave, quelle que soit son origine.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement de la rétroflexion (Zur Retreflexionstherapie), par A. Schüring (*Centralbl. f. Gynæk.*, n° 14, 1901). — L'auteur préconise le procédé suivant : après ouverture du repli péritonéal vésico-utérin, l'utérus est amené fortement en avant, afin de détruire les adhérences rétro-utérines. Puis, à l'aide d'une aiguille montée, on perfore d'un côté le ligament large en-dessous du ligament rond correspondant et on dirige ensuite l'aiguille de façon à contourner la paroi postérieure de l'utérus et on la fait ressortir en avant en perforant le ligament large de l'autre côté. L'aiguille doit pour cela présenter une courbure assez étendue. De cette façon, le fil passant sous les ligaments ronds contient l'utérus dans son anse, tandis que les deux bouts se trouvent dans le cul-de-sac vaginal antérieur. En opérant une traction sur ceux-ci, l'utérus est amené en antéflexion et à l'aide de la curette, on pratique un avivement à la paroi antérieure de l'utérus, puis on noue les deux bouts du fil. Ce fil est laissé une dizaine de jours en place. Les résultats sont satisfaisants au point de vue orthopédique et chirurgical. La paroi postérieure de l'utérus, atrophiée dans une certaine mesure par suite de la rétroflexion, revient à l'état normal, et en outre au point où l'utérus est fléchi, c'est-à-dire vers la région sus-vaginale du col, il s'établit une soudure avec le revêtement péritonéal, ce qui est une garantie contre la récidive. L'utérus conserve sa mobilité, ce qui permet les grossesses futures.

Nouveau procédé de section intracranienne du trijumeau, du facial, de l'acoustique et des nerfs oculaires chez le lapin, par V. Gehuchten (*Le Névraxe*, f. 1, 1901). — L'auteur pénètre dans le crâne par la fosse mastoïdienne du temporal, enlève de cette fosse le floculus du cervelet qui l'occupe entièrement, et par l'orifice de communication de la fosse mastoïdienne avec la cavité cranienne glisse un neurotome qu'il conduit sans difficulté aucune sur les racines du nerf de la 5e paire. Pour sectionner le facial et l'acoustique, il suffit de changer quelque peu la direction du neurotome.

Considérations sur la fracture de la diaphyse du cubitus, par A. Platel (*Journal des sc. méd. de Lille*, 4 mai 1901, p. 421). — La guérison d'une fracture du cubitus nécessite des séances de massage répétées, d'abord de 4 en 4 jours environ, puis plus fréquemment de 2 en 2 jours, pour devenir quotidiennes vers le 15e jour du traitement. La contention s'obtient au moyen d'une simple bande de toile, d'une ou deux légères attelles en bois et de quelques feutres que l'on interpose là où les exsudats variés ont le plus de tendance à se reproduire. Cet appareil permet au chirurgien de surveiller constamment son blessé; il est matériellement impossible d'obtenir des résultats défectueux, et en même temps l'appareil est à la portée de tous, puisque, dans les villages perdus, on peut toujours trouver du linge, du bois et un corps gras quelconque qui permettra de faire les frictions.

Un cas de surdité verbale pure, due à un abcès du lobe temporal gauche. Trépanation. Guérison, par A. V. Gehuchten et C. Goris (*Annales de l'Institut chirurg. de Brux.*, n° 4, 15 avril 1901). — Les auteurs différencient les aphasies en *sensorielles ou de compréhension* et motrices ou d'émissions.

La surdité verbale, forme d'aphasie sensorielle, est due à une lésion de la voie auditive. Ils rapportent une observation intéressante de surdité verbale pure occasionnée par une lésion unilatérale du lobe temporal.

Il s'agit d'un homme de 40 ans souffrant d'otorrhée depuis l'âge de 3 ans, et qui depuis quelque temps présentait des signes manifestes de surdité verbale. L'examen de l'oreille révéla une large perforation du tympan et la présence d'un pus très fétide au fond de la caisse.

Diagnostic : abcès d'origine otique dans le lobe temporal gauche.

M. Goris fit la trépanation du temporal, drain à la poche purulente. Guérison.

Hématome périnéal dû à une fausse route, par L. Stordeut (*Progrès méd. belge*, n° 10, 15 mai 1901). — L'auteur rapporte l'observation d'un blennorrhagique ancien atteint de rétrécissement. Le cathétérisme produisit une fausser route, à la suite de laquelle s'établit un hématome périnéal.

Cet hématome, bien que très volumineux, ne s'injecta pas. Il rétrocéda et le malade guérit.

TÉRATOLOGIE

Description d'un ectromélien hémimèle, avec quelques considérations sur l'hémimélie, par Huet et Infroit (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an 14, n° 2, p. 127-148, mars-avril 1901). — Ce cas peut être rangé parmi la famille des ectroméliens de Geoffroy Saint-Hilaire, dans le genre des hémimèles. Les malformations n'existent qu'aux deux membres supérieurs, et seulement dans leur segment périphérique, main, avant-bras et coude. Ces malformations sont symétriques, et dans leur ensemble elles sont semblables de deux côtés. Leur caractéristique principale est l'absence du cubitus. Au niveau du coude, l'os unique qui forme le squelette de l'avant-bras correspond à la partie interne de l'humérus, et à cette hauteur, sa forme ne rappelle guère celle du radius; mais il n'en est plus de même pour le reste de sa diaphyse et pour son extrémité inférieure qui présentent au contraire de grandes ressemblances avec la partie inférieure du radius normal. Les parties de la main qui se sont développées, premier métacarpien et pouce, sont celles qui se trouvent sur le prolongement du radius.

L'observation semble pouvoir être considérée comme un exemple de la variété la plus typique des difformités de la main accompagnant l'absence du cubitus. D'un côté le pouce seul existe avec son métacarpien et avec un seul os du carpe; le reste de celui-ci, les quatre derniers métacarpiens et les quatre derniers doigts font complètement défaut. De l'autre côté on ne trouve également qu'un seul os du carpe, un seul métacarpien et un pouce réuni par syndactylie avec un autre doigt rudimentaire. Ce dernier, d'ailleurs, par son squelette ressemble tellement à un doigt surnuméraire qu'on est porté à considérer comme absents les quatre derniers doigts.

MÉDECINE

Sur le lavage de l'organisme dans l'infection tétanique expérimentale, par Tonzig (*Riforma medica*, an XVII, vol. II, n° 34, p. 398, 10 mai 1901). — D'après les expériences de l'auteur, il ne semble pas que le lavage de l'organisme par la solution physiologique de sel injectée dans le péritoine donne des résultats bien favorables au cours de l'infection tétanique. Ce fait concourt à démontrer que le virus tétanique n'agit pas par sa circulation dans l'organisme, mais par sa fixation sur les éléments anatomiques des tissus.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 Juin 1901.

De l'emploi thérapeutique de la lécithine.

M. Lancereaux communique les observations de 2 malades atteints de diabète pancréatique et qui, comme cela est la règle, maigrissaient et dépérissaient journellement.

Sous l'influence de la lécithine, administrée à la dose quotidienne de 0 gr. 40 à 0 gr. 50, non seulement l'amaigrissement a cessé, mais encore ces patients ont augmenté rapidement de poids, et leur état général s'est trouvé du même coup considérablement amélioré.

Ces faits tendent à prouver que la lécithine constitue un excellent aliment qui peut rendre de grands services dans les cas de dénutrition rapide.

M. Robin. — A côté de ses avantages, la lécithine présente un certain nombre d'inconvénients qu'il est utile de connaître. Parmi ceux-ci, il faut placer en première ligne un accroissement de l'élimination de l'acide urique.

La viciation hémo-urinaire dans la pelade.

M. Jacquet. — Au cours d'études entreprises avec M. Portes sur la pelade, nous avons observé une série de troubles urinaires dont les plus importants sont : la polyurie, l'élévation du coefficient de déminéralisation, l'hyperchlorurie, l'hypophosphaturie, l'hyposulfaturie, etc.

Ces résultats démontrent que la nutrition est toujours plus ou moins profondément troublée chez les peladiques. Cette viciation de la sécrétion urinaire n'est, du reste, que le reflet d'une altération parallèle du sang. L'analyse de ce liquide chez deux malades a révélé, en effet, une diminution considérable du taux des composés chlorés et sodiques.

En présence de ces constatations, et en tenant compte, d'une part, de l'action tonique des injections chlorurées, de l'autre des hypotonies locale et générale des peladiques, on est en droit de supposer qu'il y aurait de grands avantages à introduire largement dans la cure de la pelade les injections de solutions de chlorure de sodium.

Lutte contre l'absinthisme.

Lors de la discussion de la loi sur les bouilleurs de cru, M. le Dr Vaillant a fait voter l'amendement suivant :

« Le gouvernement interdira, par décrets, la fabrication et la vente de toute essence reconnue dangereuse et déclarée telle par l'Académie de médecine. »

Et, un peu plus tard, la motion complémentaire invitant le gouvernement :

« ... A réclamer, dès maintenant, de l'Académie de médecine, l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, afin d'interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente de ces liqueurs, apéritifs et boissons. »

Six mois se sont écoulés depuis cet acte parlementaire et le gouvernement n'a pas cru devoir demander à l'Académie les renseignements.

Aussi dans la dernière séance de l'Académie, **M. Laborde** a présenté au vote formel de l'Académie, pour être renvoyées à la Commission de l'alcoolisme, les propositions suivantes :

I. Prendre, sans plus tarder — en conformité de la motion votée par le parlement — l'initiative, issue de sa haute compétence, de l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, à l'effet d'en interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente.

II. Charger de cette étude et de cette indication la Commission de l'alcoolisme.

III. Communiquer, sous forme de vœu, aux pouvoirs publics et au parlement, la motion adoptée et prise par l'Académie, à ce sujet, après avoir entendu le rapport de la Commission.

L'Académie n'étant pas en nombre quand M. Laborde a fait sa communication, le vote a été remis à la séance de ce jour.

L'Académie a voté le renvoi à la Commission de l'alcoolisme.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la conjonctivite granuleuse,

Par le Dr Trousseau (1).

La conjonctivite granuleuse est une affection caractérisée par l'apparition sur la muqueuse ou dans son épaisseur de néo-produits dits granulations.

L'aspect des granulations est très variable; tantôt elles se montrent sous la forme de simples follicules grisâtres, tantôt sous celles d'élevures rouges et fongueuses ou de végétations polypiformes.

Elles siègent de préférence à la paupière supérieure, au voisinage du cul-de-sac ou dans le cul-de-sac lui-même.

Elles déterminent des complications du côté de la cornée (pannus siégeant dans la partie supérieure de la membrane) ou des paupières (entropion, trichiasis) et sont souvent causes de cécité.

La conjonctive granuleuse est contagieuse, épidémique, endémique; moins fréquente en France qu'en Algérie, en Tunisie et en Egypte, où elle produit des accidents terribles, elle commet dans nos régions assez de méfaits pour que l'étude de son traitement soit d'une importance capitale.

En présence d'un granuleux, le médecin devra :

A. Edicter certaines précautions d'hygiène;

B. Prescrire un traitement général;

C. Appliquer un traitement local, surtout important.

A. *Hygiène*. — En se rappelant que l'affection est contagieuse et épidémique, que l'encombrement, l'air confiné sont favorables à son développement, on déterminera aisément les précautions hygiéniques à prendre :

Dans la clientèle privée, on préviendra la famille du danger de la contagion; on exigera, si l'isolement du malade ne peut être réalisé, des soins minutieux de propreté; on fera recueillir et brûler les linges et objets de pansements souillés par le patient.

Dans les collèges, écoles, pensions, à bord des vaisseaux, on s'empressera d'isoler les individus suspects et d'opérer dans les lieux contaminés de rigoureuses désinfections.

Les individus atteints ne devront reprendre contact avec les individus sains qu'après entière guérison et désinfection de tous les objets qu'ils portent avec eux, spécialement de leurs vêtements.

Dans les cliniques ophthalmologiques, on séparera les granuleux des autres malades, et on s'arrangera pour que chaque individu ait des objets de pansement et de toilette personnels.

Les sujets qui suivront le traitement externe seront avertis qu'ils peuvent être une source de danger pour leur entourage et devront être munis d'un pinceau réservé à leur usage exclusif qui, après avoir servi à l'application du remède, sera désinfecté sous l'œil du médecin et enfermé dans un tube en verre.

B. *Traitement général*. — Ce traitement est bien moins important que le traitement local et, employé seul, il ne peut donner aucun résultat. Les granuleux se trouveront bien des toniques et des fortifiants, surtout de l'huile de foie de morue et des vins iodés, soutenus par des bains sulfureux ou salés. Les bains de mer chauds ou froids, l'hydrothérapie sont d'utiles adjuvants, aussi le séjour à la campagne ou dans les régions élevées de la Suisse à condition que le traitement local soit fait régulièrement.

C. *Traitement local*. — Comme il suffit seul à guérir la maladie, il devra être appliqué avant tout autre, et prolongé aussi longtemps que la conjonctive n'a pas repris son apparence normale.

Etudions-le dans 2 cas, suivant que la conjonctivite est exempte ou s'accompagne de complications.

1° S'il n'y a pas de complication, dans la forme la plus commune, celle où le néo-produit est moyennement confluent, et où la muqueuse ne secrète pas ou secrète peu, le traitement consistera en cautérisations faites sur la face interne de la paupière bien retournée avec un pinceau trempé dans la solution suivante :

Glycérine neutre	10 gr.
Sulfate de cuivre	0 gr. 75

Les cautérisations doivent toujours toucher les culs-de-sac, sièges habituels des granulations, c'est-à-dire que la paupière doit être complètement développée au-devant de l'opérateur. Le pinceau légèrement exprimé sera promené doucement, mais sans timidité, sur toute l'étendue de la muqueuse. L'apparition sur celle-ci d'une teinte grisâtre indique qu'une action plus prolongée du caustique deviendrait nuisible.

Je ne saurais trop insister sur le modus faciendi dont dépend le succès de l'intervention.

Ces cautérisations sont fort douloureuses, on les fera précéder et suivre de l'instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 50 centigrammes pour 10 grammes; la réaction qui les suit est assez bien calmée par de grands lavages des yeux à l'eau froide.

En général, on peut répéter les cautérisations tous les jours ou tous les 2 jours, mais on doit attendre pour renouveler une cautérisation que l'inflammation amenée par l'opération précédente ait totalement disparu.

Si l'œil devient irritable, supporte mal les attouchements cupriques, on remplacera ceux-ci par des badigeonnages de la muqueuse, faits dans des conditions analogues, tous les jours avec un pinceau trempé dans le pétrole brut dont j'ai indiqué les propriétés bienfaisantes.

L'irritation tombée, on reprendra les cautérisations au glycérolé de cuivre, qui bientôt aura une action curative moins énergique qu'au début; la muqueuse s'accoutumant à l'agent employé qui perd son action, on pourra substituer au cuivre des applications au pinceau des liquides que voici, qui s'emploient de même façon que le cuivre :

Glycérine neutre	10 gr.
Tannin	1 gr.
Eau	10 gr.
Sublimé	0 gr. 5

ou se borner à retourner les paupières et à frotter la muqueuse tous les 2 jours avec un tampon de coton hydrophile trempé dans une solution de sublimé à 1 p. 1 000 (Hippel).

Le massage direct de la conjonctive à l'acide borique a donné quelques résultats à Costomieris qui le vante. Après instillation de cocaïne, on retourne bien complètement les paupières, puis on les saupoudre d'une couche d'acide borique en poudre qu'on cherche à faire pénétrer dans la muqueuse par des frictions répétées faites avec la pulpe de l'index. Les séances doivent être quotidiennes et de plus en plus prolongées à mesure que se fait l'accoutumance.

Pour traiter utilement une conjonctivite granuleuse, il faut savoir changer souvent de méthode, c'est une question de tact et d'observation de la part du médecin qui obtiendra de bons résultats, à certaines périodes de la maladie, d'un procédé qui lui avait à d'autres paru tout à fait inefficace.

Dans l'intervalle des cautérisations, on fera laver les yeux avec une solution froide d'acide borique à 4 p. 100 ou de cyanure de mercure à 1 p. 5 000. Ces solutions pourront encore être appliquées en compresses froides bien mouillées, matin et soir pendant 15 minutes. Elles sont surtout utiles en cas d'hypersécrétion de la muqueuse et pour assurer la propreté des paupières et des bords ciliaires.

Pour combattre les granulations isolées ou limitées à certaines parties de la muqueuse, les caustiques liquides sont mauvais, car ils agissent même sur les portions non envahies; on leur préférera les crayons de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent mitigé, d'alun, dont l'action est facile à localiser. Jamais un de ces crayons ne devra servir à plusieurs malades à cause des dangers d'infection.

Si les granulations sont polyformes, turgescentes, volumineuses, on les touchera au galvano ou au thermo-cautère, à l'acide chromique, en limitant bien l'action de ce caustique, ou

1. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1901.

on les excisera avec des ciseaux. Après l'application d'un de ces moyens et la guérison du traumatisme, on fera comme pour la forme commune, des cautérisations au glycérolé de cuivre.

Si les granulations sont sèches et coriaces, on les scarifiera avec un fin bistouri, avant de faire agir sur elles un médicament quelconque.

Si les granulations s'accompagnent de sécrétion purulente avant d'entreprendre le traitement par les caustiques on tarira celle-ci par des cautérisations au nitrate d'argent à 2 et demi p. 100 faites au pinceau.

Une conjonctivite granuleuse à sécrétion intense doit être traitée exactement comme une ophthalmie purulente.

Le traitement de la conjonctivite granuleuse est fort long et nécessite une grande endurance de la part du malade, aussi a-t-on cherché à l'abréger par l'emploi de procédés chirurgicaux : ceux-ci ont l'avantage de débarrasser la muqueuse d'une grande partie des granulations, mais il est très rare qu'ils amènent une guérison complète et définitive. Presque toujours, après les avoir employés, le médecin est obligé de revenir, pour une période plus ou moins longue, aux traitements usuels.

Parmi ces procédés, celui de Knapp et celui de Darier, imité de Sattler, jouissent d'une certaine vogue. Si le premier est exempt de danger, je n'en dirais pas autant du second, qui, entre des mains inexpérimentées, peut amener des désastres, et, bien employé, peut être suivi de quelques complications réparables d'ailleurs.

Je vais exposer ces deux procédés qui peuvent convenir aux malades gravement atteints ou à ceux qui ne peuvent suivre un traitement régulier et prolongé.

Knapp renverse les paupières, les scarifie horizontalement avec un bistouri à trois lames, puis saisit la conjonctive entre les branches d'une pince dont les mors à leur extrémité sont munis d'un rouleau cannelé, et tirant à lui sur la pince il exprime littéralement les parties molles des granulations. Il termine en lavant avec la solution de sublimé à 1 p. 1000.

Darier administre toujours le chloroforme, agrandit la fente palpébrale d'un coup de ciseaux donné généreusement dans l'angle externe de l'œil, renverse complètement les paupières avec une pince spéciale pour bien développer les culs-de-sac, scarifie profondément la muqueuse parallèlement au bord palpébral, gratte avec la curette de Volkmann (si le tissu est très dur) et finit en tous cas en brossant énergiquement toute la partie scarifiée avec une brosse à dents à poils très courts et très durs, trempée à plusieurs reprises dans une solution de sublimé à 1 p. 100. La réaction qui suit cette opération est violente, il faut les jours suivants laver la muqueuse à l'eau boriquée, et surtout mobiliser les paupières pour éviter les adhérences.

Quand on ne peut voir les malades tous les jours, ou tous les 2 jours, et qu'on ne veut pas avoir recours à un procédé sanglant, je conseille avant tout de les cautériser toutes les fois que cela sera possible, de prescrire des lavages antiseptiques, surtout au sublimé à 1 p. 5000, fréquents, et de faire introduire une fois par jour entre les paupières une des pommades que voici :

Vaseline	5 gr.
Huile de cade	50 centigr.

Vaseline	5 gr.
Nitrate d'argent	2 centigr.

Vaseline	5 gr.
Sulfate de cuivre	6 centigr.

A la période de déclin, on continue l'usage des antiseptiques et on ralentit les cautérisations; on ne les pratique plus que tous les 3, 4 ou 5 jours, puis une fois par semaine, puis tous les 15 jours; il ne faut jamais les cesser brusquement, et il est nécessaire de se tenir prêt à les reprendre régulièrement si la moindre tendance à la récidive apparaît.

Quand on a définitivement abandonné les cautérisations, on cesse aussi les antiseptiques et on les remplace par des astringents, tels que le sulfate de zinc en collyre.

On formulera.

Eau distillée	10 gr.
Sulfate de zinc	20 centigr.

2 gouttes 2 fois par jour.

2° S'il existe des complications, celles-ci peuvent atteindre :
a) La cornée;
b) La conjonctive;
c) Les voies lacrymales;
d) Les paupières.

a. — *Cornée.* — Les complications cornéennes peuvent être de divers ordres : les principales sont l'infiltration, le pannus, l'abcès, l'ulcère, la perforation, la sclérose et les leucomes ou taies.

En cas d'infiltration, il y a lieu de continuer les cautérisations et de ne pas s'occuper de celle-ci.

Même indication, s'il y a du pannus léger, qui diminuera à mesure que disparaissent les granulations; si le pannus est intense, il faut d'abord obtenir la rétrocession des granulations par les caustiques, puis cautériser tous les 2 jours seulement, quand il y a bonne modification de la muqueuse, pendant que les jours intercalaires on fait introduire le soir, entre les paupières, gros comme un grain de blé de la pommade :

Vaseline	5 gr.
Oxyde jaune d'hydrargyre	20 centigr.

Si le pannus résiste, on instille la cocaïne, on place le blépharostat externe en fixant l'œil d'une main, on promène tout autour de la cornée, à 2 millimètres environ en dehors d'elle, la pointe fine du galvano ou du thermocautère, de façon à sectionner circulairement tous les vaisseaux de nouvelle formation. Pendant le temps que cette opération met à guérir, on suspend tout traitement irritant et on applique sur l'œil quelques compresses tièdes boriquées.

S'il y a abcès ou ulcère, on fera 3 à 4 fois par jour des instillations de collyre au salicylate d'ésérine et on emploiera, 3 fois par jour, pendant 30 minutes chaque fois, des compresses chaudes de sublimé à 1 p. 10000; dans les cas graves, on touchera la partie malade au galvano-cautère.

S'il y a perforation, on cautérisera au galvano-cautère les lèvres de la plaie ou la hernie de l'iris et on instillera l'ésérine.

S'il y a staphylome, on appliquera des pointes de feu au galvano-cautère sur le sommet du cône, autant de fois que le staphylome se reproduira.

Contre les leucomes, la sclérose cornéenne, on fera usage de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, des douches oculaires données avec l'appareil de Lourmco et faute de succès on fera la péritomie ignée.

b) *Conjonctive.* — Le xérosis, les cicatrices indélébiles et le symblépharon sont les complications qu'on a le plus souvent à combattre.

Contre les xérosis, on a préconisé les compresses chaudes et les badigeonnages à la glycérine neutre.

Les cicatrices de la muqueuse obligent quelquefois à de nouvelles cautérisations au cuivre ou à des scarifications; l'introduction entre les paupières, plusieurs fois par jour, de vaseline boriquée à 1 p. 10, facilite les glissements de la muqueuse devenue irrégulière et peut atténuer les fâcheux effets des cicatrices.

Le symblépharon nécessite des opérations compliquées, rarement suivies de succès.

c) *Voies lacrymales.* — La déviation des points lacrymaux, l'obstruction des canaux par inflammation de leur muqueuse ou envahissement par les produits granuleux, seront combattus par la section et le redressement des points, le cathétérisme et parfois le curetage des voies lacrymales.

d) *Paupières.* — Contre l'entropion, l'épaississement du cartilage tarse, le trichiasis, on pratiquera les opérations spéciales et particulièrement la canthoplastie ou élargissement des fentes qui, à elle seule, peut soulager le patient et favorise la bonne réussite des opérations ultérieures. En cas de trichiasis, et avant toute détermination opératoire, il faut épiler soigneusement les cils déviés avec une pince spéciale à large mors, dite pince à cils épilés.

La surveillance rigoureuse de la direction des cils est indispensable chez tous les granuleux.

Les formes et les complications de la conjonctivite granuleuse sont des plus variées, aussi le traitement de cette maladie est-il des plus délicats et ses indications sont-elles souvent difficiles à poser dans chaque cas particulier.

FEUILLETON

La guerre contre la syphilis.

Un maître que j'aime et qui, je crois, m'estime, m'a demandé hier pourquoi je n'avais pas signé le feuilleton paru dimanche dernier dans la *Gazette* : il avait pensé y reconnaître ma facture et s'étonnait, dès lors, d'un anonymat qui, malheureusement pour moi, n'est pas dans mes habitudes. Je lui ai répondu que le motif était très simple : l'article n'est pas de moi. Mais je sais de qui il est, — il n'y a même à le savoir que l'auteur et moi — et dans la correction de la mise en pages j'ai oublié de mettre soit une note, soit une signature en pseudonyme pour bien faire entendre que la rédaction habituelle de la *Gazette* ne prend pas la responsabilité collective d'un article qu'elle n'a ni écrit, ni même inspiré. L'article exprime avec lucidité une opinion qui est celle de nombreux médecins : d'une part, l'auteur met en relief la nécessité, sur laquelle insiste tant M. Fournier, d'améliorations médicales nombreuses dans le traitement des syphilitiques, dans l'enseignement donné aux élèves; d'autre part, il est opposé à l'entrée en jeu de profanes, même pudibonds. Mais qui n'entend qu'une cloche n'entend qu'un son : et nous sommes fort heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs un rapport dont M. Fournier a bien voulu nous communiquer à l'avance les épreuves. A. B.

Doit-on, ou non, dans les centres scolaires, éclairer les élèves des classes supérieures sur les dangers des affections vénériennes; — et, si oui, dans quelle mesure et comment? (1),

Par M. le Pr FOURNIER.

I

Avant d'aborder au fond cette question, un point préjudiciel doit être examiné, à savoir :

Ladite question comporte-t-elle, oui ou non, un intérêt réel de par une réelle fréquence des affections vénériennes contractées dans la vie de collège de 16 à 19 ans? Car, si ces contaminations juvéniles n'étaient que des raretés, voire des exceptions, vraiment elles ne mériteraient guère qu'on prît contre elles des mesures d'ordre général; tandis que, tout au contraire, si elles se présentent à l'observation avec un certain degré de fréquence, notre projet d'une intervention prophylactique ne serait que trop légitimé.

C'est la clinique seule qui peut juger ce point. Interrogeons donc la clinique.

I. — La syphilis, d'abord, est-elle commune *avant* la 20e année?

Dans une importante statistique ne comprenant pas moins de 10 000 cas de syphilis observés en ville sur des sujets de la classe bourgeoise ou aristocratique et tous relatifs à des contaminations de provenance *sexuelle* (2), je trouve ceci :

822 cas de contamination avant la 20e année.

Ces 822 cas se répartissant ainsi suivant les âges (sans parler de 2 cas vraiment exceptionnels observés à 11 et 13 ans) :

5 cas à 14 ans;
16 — à 15 ans;
38 — à 16 ans;
119 — à 17 ans;
276 — à 18 ans;
366 — à 19 ans (1).

822 cas sur 10000, cela donne au pourcentage 8,22

Donc, sur 100 cas de syphilis, il en est plus de 8 où la contagion se produit de 14 à 19 ans. — Plus de 8 syphilis p. 100 contractées dans les premières années de la jeunesse, avant 20 ans, c'est là certes un chiffre plus qu'important, auquel *a priori* on pouvait être loin de s'attendre.

Eh bien! dans le public d'hôpital, cette proportion est encore dépassée (cela pour des raisons que je n'ai pas à discuter ici) et s'élève à 13.4; ce qui veut dire que dans le peuple, 13 p. 100 de tous les syphilis *devancent* la 20e année.

II. — Venons à la blennorrhagie.

Sur les mille dernières blennorrhagies que j'ai eu à traiter *en ville*, j'en trouve 122 qui ont été contractées avant 20 ans, à savoir :

1 à 13 ans;
1 à 14 ans;
7 à 16 ans;
14 à 17 ans;
31 à 18 ans;
68 à 19 ans;
122

Proportion : 12,2 p. 100. — Donc, sur 100 chaudepisses, il en est plus de 12 qui dérivent de contaminations antérieures à la 20e année.

III. — Que si maintenant nous additionnons les résultats de ces deux statistiques (relatives l'une à la syphilis et l'autre à la blennorrhagie), nous aboutissons comme résultat d'ensemble à ceci : que, dans notre classe, la classe bourgeoise, au moins 10 affections vénériennes sur 100 sont contractées dans la première jeunesse, *à l'âge des études scolaires.*

IV. — D'autre part, quelle *gravité* comportent ces contaminations juvéniles par rapport aux contaminations d'un âge plus avancé?

Exactement, pourrais-je dire, comme résultats d'ensemble et surtout comme conséquences d'avenir, celle des mêmes maladies contractées dans un âge ultérieur (2).

De cela je puis établir facilement la preuve, en prenant pour exemple la détermination la plus grave de toute la syphilis, à savoir l'encéphalopathie syphilitique, qu'on appelle vulgairement la syphilis du cerveau.

Ainsi, sur 653 cas de syphilis du cerveau (que j'ai collectionnés pour un travail spécial sur le sujet), j'en trouve :

464 ayant dérivé de syphilis contractées au delà de la 20e année; — et 65 ayant dérivé de syphilis contractées de 14 à 19 ans. A savoir :

1 cas par syphilis contractée à 14 ans.
3 — — à 15 ans.
8 — — à 16 ans.
10 — — à 17 ans.
17 — — à 18 ans.
26 — — à 19 ans.

Proportion : 10 p. 100 (exactement 9,95). C'est-à-dire que, pour un dixième de ses cas, la syphilis du cerveau, cette terrible manifestation qui, le plus souvent et de beaucoup (78 fois sur 100 environ) aboutit soit à des infirmités lamentables et définitives, soit à la mort, a son origine dans une contamination antérieure à la vingtième année.

1. Question mise en discussion devant la *Société de prophylaxie sanitaire et morale.*

2. A dessein, l'auteur de cette statisque n'y a compris que les cas où la contamination était le résultat du commerce sexuel, en excluant tous les cas où elle dérivait d'autres origines, telles que contagions par allaitement, contagions domestiques, contagions médiates, contagions vaccinales, etc.

1. Statistique du Dr Edmond FOURNIER (A quel âge se prend la syphilis? [*Presse médicale*, 1900]).

2. Réserve faite pour la vieillesse. Car on sait que les contaminations *séniles* de la syphilis comportent le plus souvent, et cela par le fait même de l'âge, une gravité particulière. Mais c'est là un point qui n'est pas de nature à nous occuper pour l'instant.

C'est donc toujours, vous le voyez, ce quotient d'environ 10 p. 100 qui se reproduit d'une façon presque invariable dans les diverses statistiques précitées et qui peut, en conséquence, être accepté comme expression très voisine de la vérité des choses.

Eh bien ! s'il en est de la sorte, si, pour le moins, *un dixième* des affections vénériennes et de la syphilis en particulier dérive de contaminations *juvéniles*, de contaminations qu'on pourrait appeler *de l'âge scolaire*, vraiment cette donnée statistique est de nature à nous édifier sur le point préjudiciel que nous avons pris à tâche de résoudre. Et nous voici autorisés à dire que ces contaminations juvéniles *font question*, qu'elles sont assez nombreuses pour que nous ayons raison de nous en inquiéter, et que nous n'allons pas certes perdre notre temps en recherchant si, par tel ou tel moyen, la fréquence en pourrait être diminuée.

II

Inutile, au surplus, d'insister davantage sur ce point, car les dangers vénériens qui menacent le tout jeune homme sont de notoriété commune. Quel est le bon père de famille qui, dès qu'il voit poindre pour son fils la 17e ou 18e année, n'est pas pris d'anxiété et n'envisage pas sans quelque terreur la crise qui se prépare, avec la chute qui vraisemblablement ne va guère tarder. « Voilà mon fils, se dit-il, qui commence à lorgner furieusement les femmes. Que vais-je faire et quel est mon devoir ? Dois-je ne pas m'en mêler et laisser aller les choses comme elles pourront aller ? Ou bien dois-je intervenir, et comment ? »

Les préoccupations de cet ordre sont même assez communes pour que j'aie été maintes fois consulté à ce propos par des pères de famille. Tout dernièrement, par exemple, un de mes collègues, médecin éminent, membre de notre ligue, et qui peut-être me fait l'honneur de m'écouter en ce moment, me disait ceci : « Jamais, mon cher maître, je n'ai été plus hanté par la terreur de la vérole que depuis l'époque où l'un des miens est arrivé à l'âge d'attraper cette sale maladie. Comme vous le savez, mon grand fils marche sur ses 18 ans. C'est un excellent sujet, qui ne m'a jamais donné que satisfaction par sa conduite et son travail. Mais je commence à trouver qu'il aime bien sortir seul, sans son papa ou sa maman, qui, je m'en doute, ne lui feraient pas toujours plaisir en lui proposant de l'accompagner. Or, à chacune de ces sorties, je me prends à trembler et à me dire : Pourvu que ce gamin là ne nous rentre pas ce soir avec la vérole !... A ce propos, ajoutait-il, dites-moi donc, vous qui vous occupez de ces matières, comment m'y prendre pour le retenir et l'effrayer un peu. J'ai pensé à vous l'adresser pour que vous me rendiez le service de lui faire la leçon. Ou bien, plutôt encore, permettez-moi donc de l'envoyer un matin à votre hôpital, où je vous demanderai d'avoir l'obligeance de lui montrer quelque beau cas, comme un beau chancre, une grande gomme bien ulcérée, un beau phagédénisme. Cela, croyez-vous, ne pourrait-il pas lui administrer une douche, au moins pour un temps ? »

C'est qu'en effet le rêve, l'idéal de tout bon père de famille — et ce qui est vrai pour le père est encore plus vrai pour la mère — serait de retenir le jeune homme, souvent même le grand enfant qui menace de lui échapper, de retarder une chute dans la mesure du possible, bref de différer l'avènement d'un être chéri dans la vie sexuelle, dont on redoute pour lui les indéniables et multiples dangers cent fois plus qu'on ne les a redoutés pour soi-même.

Ces dangers, comment les conjurer ? Cela, c'est affaire au père de famille. C'est lui qui est souverain maître en la question ; c'est à lui de décider en dernier ressort s'il doit intervenir ou non, et de diriger toutes choses à sa guise, suivant ses vues, ses principes, ses convictions.

Mais ne peut-on lui *venir en aide* dans cette œuvre de sauvegarde ? Ne peut-on, par ailleurs, soutenir parallèlement le bon combat, de par des instructions, des enseignements, des conseils émanant des éducateurs du jeune homme ? Tel a été sans doute le sentiment de notre Société en portant à son ordre du jour la question de savoir *s'il n'y aurait pas utilité, dans les centres scolaires, à éclairer les élèves des classes supérieures sur les dangers des affections vénériennes et de la syphilis en particulier*. Cette question, discutons-la donc actuellement.

III

Bien que limité, le problème n'en est pas moins difficile et particulièrement délicat. Aussi bien, loin de m'en tenir à mes impressions personnelles ai-je jugé opportun d'instituer à son sujet une sorte d'enquête, de *referendum*, en interrogeant maintes personnes que le hasard amenait sur mes pas. Or — en serez-vous surpris ? — ma récolte d'opinions a été très hétérogène, ou, pour mieux dire, j'ai recueilli sur le sujet toutes les opinions possibles. Vous allez en juger.

Les uns (et c'est de beaucoup le plus grand nombre) m'ont dit ceci, à propos de notre projet de faire la leçon aux grands lycéens sur le danger des affections vénériennes : « Très bien ! Voilà, certes, une bonne idée. Protection est due au jeune âge, et nous accepterons tout moyen qui pourra éclairer le jeune homme sur les dangers qui le menacent. Certes, le jeune homme, le lycéen en particulier, s'exposerait moins s'il savait ce à quoi il s'expose. Prêchez lui donc, dès le collège, la crainte salutaire de la vérole. Cela fera que vous aurez moins de clients, vous, Messieurs les médecins, et tant pis pour vous ; mais cela fera que nos enfants auront plus de santé, et tant mieux pour eux ! » — Un de mes interlocuteurs, aujourd'hui grand dignitaire de l'armée, m'a répondu (je citerai textuellement) : « Parbleu, oui, je veux qu'on parle de ces choses aux jeunes gens dans les collèges, mais aux *grands* seulement, bien entendu. Si l'on m'en avait parlé à moi, je me serais sans doute privé d'attraper à 17 ans une chaudepisse que j'ai naturellement très mal traitée, comme on se traite au collège, c'est-à-dire en me cachant et en allant consulter, le dimanche, quand j'avais cent sous dans ma poche, un médecin de pissotière, ce qui, par parenthèse, m'a valu un rétrécissement qui m'a tourmenté toute ma vie. » — Un autre : « Certes, oui, il ne peut être que bon de parler de ces choses à nos lycéens, car voici mon histoire, à moi : J'ai été élevé à 200 lieues de ma famille, dans un internat religieux. A 18 ans, j'étais non seulement un grand niais, mais un parfait novice sur toutes questions de pathologie vénérienne. Qu'est-il arrivé ? C'est que la première femme (vous entendez bien, la toute première femme) qui m'a racolé sur le trottoir, un jour de sortie, a fait à mes dépens mon éducation sur le sujet, en me gratifiant de la syphilis. Certes, j'aurais eu plus de résistance, j'imagine, avec les plus légères notions sur les dangers auxquels je m'exposais. »

Voilà pour un camp.

Inversement, d'autres m'ont accueilli avec le sourire d'une bienveillante incrédulité. « Votre projet, m'ont-ils dit, ne vaut ni mieux ni pis que tel autre, pour cette bonne raison que tout ce qu'on fait en l'espèce ou rien, c'est la même chose. Oui, c'est peine perdue que de chapitrer sur l'article femme un jeune homme qui vibre sous l'ardeur de ses 17 ou 18 ans. Toutes les instructions, tous les conseils ne prévaudront jamais contre l'aiguillon de la chair et l'aimable invite d'une jambe bien modelée. » — « Tenez, moi, ajoutait l'un de mes interlocuteurs, on m'a fait une forte morale à 18 ans, et même on m'a conduit au musée Dupuytren visiter un tas d'horreurs. J'étais donc très savant en théorie ; eh bien ! cela ne m'a pas empêché, quelques semaines plus tard, de me livrer à des perfectionnements de pratique dont je n'ai pas eu lieu d'être satisfait. »

J'en ai vu enfin (ceux-ci en très petit nombre) se révolter et se voiler la face à la seule proposition d'initier un novice aux périls vénériens. « Mais c'est insensé, me disaient-ils, ce que vous avez imaginé là. Quoi ! vous allez parler syphilis à des collégiens ! D'abord, c'est admettre en principe qu'ils pourraient succomber, et l'admettre devant eux, c'est presque autoriser la faute ou l'excuser à l'avance. Puis, s'ils ne sont pas au fait de telles impudicités, c'est vous qui allez les leur apprendre et leur ouvrir ces horizons obscènes ! Vous ne craignez donc pas de déflorer ainsi des innocences et de ternir d'un souffle impur le cristal d'âmes encore vierges, » etc., etc.

Tel est, exactement, Messieurs, l'état des esprits, et j'ai tenu à vous répéter crûment les résultats de mon enquête pour bien mettre la question au point sur la façon dont elle est envisagée et jugée dans le public.

De cela, que ressort-il en somme ?

C'est qu'en principe, le projet d'initier les grands élèves des

centres scolaires aux dangers vénériens est généralement accueilli avec faveur en tant que susceptible de produire quelque bien; — mais que, pour d'autres, il est considéré comme indifférent à la façon de tous les moyens de même ordre; — et finalement, qu'il est désavoué, désapprouvé, honni par quelques-uns pour la raison que je viens de dire.

Eh bien! envisageons, discutons ces diverses façons de voir, en commençant naturellement par celle qui reproche audit projet de pouvoir causer un dommage à la jeunesse. Car ici, comme ailleurs, *primum non nocere*.

On adresse à notre projet un reproche qui, s'il était mérité, en constituerait la condamnation sans appel. Il court risque, nous dit-on, de déflorer des innocences, d'exciter des curiosités malsaines, d'éveiller des appétits prématurés des sens. Il aura pour conséquence d'enseigner aux jeunes gens des choses qu'ils n'ont pas besoin de connaître et de les initier à des impudicités ou à des misères de la vie sexuelle qu'ils n'apprendront jamais assez tardivement, etc. Pour un peu, on l'accuserait, et nous avec lui, d'excitation à la débauche.

A cela j'opposerai une triple réponse :

I. — En premier lieu, dirai-je, vous vous faites une étrange illusion sur l'état d'âme de vos *grands* collégiens, les seuls, bien entendu, auxquels nous comptions nous adresser. Je vous affirme que ceux-là n'en sont pas à ignorer quoi que ce soit des mystères de la vie sexuelle, du moins en théorie, et que vous les humilieriez fort en voulant les honorer de la candeur d'une Agnès. De par leurs lectures et, plus encore, de par leurs conversations, ils ont fait leur noviciat avant l'âge sur toutes ces choses, et beaucoup même en connaissent jusqu'aux ignominies. Rappelons-nous donc, je vous prie, ce dont nous devisions de préférence entre nous, alors que nous étions élèves de rhétorique, de philosophie ou de mathématiques spéciales, voire élémentaires. Rappelons-nous donc aussi quels livres dissimulait l'ombre de nos pupitres. A ce dernier propos, c'est un fait notoire que les mauvais livres sont surtout lus dans le jeune âge, et plusieurs d'entre nous pourraient se flatter de n'en avoir plus ouvert un seul de ce genre depuis le collège. A ce propos encore, passez-moi une anecdote. Il y a quelques années, en bouquinant, le hasard me fait tomber sur un stock d'ouvrages de la triste espèce en question. « A qui, diable! pouvez-vous vendre de telles ordures? » dis-je au bouquiniste. Ce à quoi il me répondit : « Monsieur, sans doute, oublie les collégiens. »

Donc, soyez rassurés sur ce point, et croyez bien qu'en parlant aux collégiens de 16 à 18 ans des matières dont nous croyons utile de leur parler, nous n'encourrons pas le risque d'ouvrir à l'innocence des horizons inconnus.

II. — D'ailleurs, dirai-je encore à mes contradicteurs, que craignez-vous donc et pour qui nous prenez-vous? Supposeriez-vous que nons nous proposons de faire à ces jeunes gens un enseignement licencieux, libidineux, pornographique, voire simplement égrillard et affriolant? Nous comptons simplement leur parler *science, hygiène, respect d'eux-mêmes* et *bonnes mœurs*. Il n'est rien là qui ne soit digne à la fois et d'eux et de nous; il n'est rien dans ce programme que d'honnête, que de moral à dire pour nous, comme pour eux à entendre.

III. — On nous objecte encore ceci : « Mais vous allez enseigner à nos jeunes gens des choses qu'*ils n'ont pas besoin de savoir*, qu'ils ne sauront jamais assez tard, etc. » — Précisément si, répondrons-nous, ils ont besoin de savoir les choses que nous voulons leur apprendre, car ces choses peuvent être leur sauvegarde, car ils sont à l'âge ou jamais de les connaître. Voyez plutôt.

Ce sont des jeunes gens de 16, 17, 18 ans. Or, cet âge n'est-il pas celui des premières aspirations sexuelles, auxquelles, de notoriété commune, on ne résiste pas toujours! Rappelez-vous donc que, sur 100 cas de syphilis, on en compte plus de 8 dans la classe bourgeoise et plus de 13 dans le peuple où la contamination se produit *avant* la vingtième année, c'est-à-dire de 14 à 19 ans. Rappelez-vous donc que, sur 100 chaudepisses, il en est au moins 12 contractées avant la vingtième année, c'est-à-dire de 13 à 19 ans. D'où il suit, comme je le disais au début de cet exposé, qu'un dixième des affections vénériennes a son origine dans des contagions *correspondant à l'âge des études scolaires*.

D'où cette conclusion que, si l'on veut prévenir (au moins dans la mesure du possible) ces contagions précoces, il convient de s'y prendre *de bonne heure*, et qu'il n'est pas trop tôt d'intervenir en ce sens de 16 à 18 ans. Plus tôt, à coup sûr, serait déplacé et dangereux peut-être. Mais plus tard serait risquer d'arriver trop tard.

D'après tout cela, je crois la preuve faite et j'ai conscience que le reproche adressé à notre projet ne supporte pas l'examen. Très sûrement, ledit projet n'est pas de nature à nuire; très sûrement, il ne met pas en danger l'innocence de nos collégiens.

Maintenant, d'autre part, est-il capable de répondre à nos intentions, c'est-à-dire d'être utile et de réaliser quelque bien, quelques résultats prophylactiques?

Je le crois, et voici mes raisons pour le croire.

D'une façon générale, il est vraiment peu admissible que la révélation d'un danger n'aboutisse à préserver personne de ce danger. En l'espèce, nous aurons affaire à des jeunes gens intelligents, instruits, très curieux de ces questions spéciales comme on l'est à leur âge, qui écouteront avidement ce qu'on leur en dira, qui le commenteront, en causeront entre eux et se feront même gloire vis-à-vis de plus ignorants de leurs connaissances en la matière. De la sorte s'établira, par instruction mutuelle, une saine et salutaire notion du *péril vénérien*, et c'est là ce que nous souhaitons, car là est la véritable sauvegarde, la bouée de sauvetage, si je puis ainsi parler. Il est à croire au nom du bon sens (quoi qu'en aient dit certains septiques) que cette notion rendra pour le moins quelques-uns de ces jeunes gens, si ce n'est même un bon nombre, plus retenus, plus circonspects, moins téméraires qu'ils ne l'eussent été sans elle. Je ne dis pas certes (car j'ai trop d'expérience spéciale de ces tristes sujets pour le dire) que, conscients du péril, ils ne s'y exposeront pas; mais je dis qu'ils s'y exposeront moins souvent, moins facilement, moins étourdiment, moins follement, et que de la sorte pourront être conjurées pour un certain nombre ces si regrettables contaminations du jeune âge.

J'ajouterai, à un autre point de vue : Il est impossible que cet enseignement collégial du péril vénérien ne soit pas particulièrement profitable à une certaine catégorie de jeunes gens qui n'en auront jamais reçu d'autre, à savoir : ceux qui, cloîtrés dans un internat et éloignés de leur famille, n'auront pu bénéficier des instructions paternelles; — ceux qui auront perdu leur père; — ceux, enfin, qui, pour une raison ou pour une autre, seront de par ailleurs restés privés de toute notion du sujet.

M'est avis encore que, pour nombre de jeunes gens, une conférence scientifique faite au collège sur les sujets en question aura bien plus de portée, bien plus d'effet utile, que tous les avertissements et recommandations émanant du foyer familial. Sans doute un lycéen, même un lycéen « fin de siècle », écoutera avec respect, si ce n'est avec un simili-respect, ce que pourra lui dire son père sur ces scabreux sujets; mais trop souvent il ne sera que médiocrement impressionné par les sermons paternels, qu'à part lui il jugera excessifs, exagérés, prudhommesques, « vieux jeu », suivant le terme à la mode. Tandis que, j'en suis persuadé, il tiendra bien plus compte d'une instruction impersonnelle, collective, dérivant d'une bouche étrangère, j'entends de la bouche d'un de ses professeurs ou d'un médecin parlant au nom de la science et étayant ses dires de documents scientifiques.

Au surplus, l'expérience d'un tel enseignement a été faite, voire dans une école de l'Etat, à savoir : l'Institut agronomique. J'ai tenu à être bien fixé en la matière, et voici ce que, interrogé par moi à ce propos, m'a répondu un élève distingué de cette Ecole. Je citerai seulement quelques extraits de sa lettre.

« ... Il est exact que, depuis quelques années, le cours d'hygiène, qui, de mon temps, était professé à l'Institut agronomique par M. le Dr Georges, contient une leçon exclusivement consacrée aux maladies vénériennes. Ce cours est fait en première année.

« Relativement à la leçon sur laquelle vous me demandez quelques renseignements, je puis vous en fournir le sommaire que voici : Court aperçu sur les diverses affections vénériennes, spécialement sur la syphilis; symptômes principaux et évolution de ces maladies; modes divers de contagion; précautions à prendre pour se préserver. Je me souviens très bien que notre professeur a surtout insisté sur le côté pronostique, en nous démontrant par de nombreux exemples que ces maladies, loin

d'être de peu d'importance, sont au contraire particulièrement graves, voire très graves, spécialement de par leurs conséquences d'avenir à longue portée.

« Cette leçon nous a tous vivement intéressés. Elle nous a rendu, je crois, de grands services en nous instruisant de choses que nous ignorions, et surtout en éclairant sur les dangers de la vie de Paris nombre d'entre nous qui arrivaient de province.

« Je puis témoigner, par les conversations que j'ai eues à cette époque et depuis lors avec mes camarades, que nous sommes restés tous très reconnaissants vis-à-vis de notre directeur et de M. Georges pour nous avoir mis à même de nous garer de dangers dont nous ne soupçonnions pas la gravité. »

Je partage trop le sentiment de mon jeune correspondant pour ajouter le moindre commentaire à cette lettre. Et finalement, je conclurai comme lui en affirmant ma conviction sur ce point, à savoir :

Qu'il y a utilité réelle et majeure à ce que, dans les centres scolaires, les élèves des classes supérieures soient éclairés par un enseignement *ad hoc* sur les dangers des affections vénériennes, de la syphilis en particulier.

IV

Cela posé et admis en principe, reste le *modus faciendi*, formulé dans la seconde partie de la question à laquelle je m'efforce de répondre :

« *Dans quelle mesure* et *comment* ces jeunes gens doivent-ils être éclairés sur les dangers dont il s'agit de les préserver? »

I. *Dans quelle mesure?* — Réponse : Dans la mesure de l'utile, du nécessaire, et rien de plus, bien entendu.

Manifestement, il ne saurait s'agir d'un cours de médecine à introduire dans les lycées. Besoin est simplement en *une* leçon (car *une* leçon suffirait, je pense) de définir le sujet et d'exposer les conséquences graves auxquelles peuvent aboutir certaines maladies d'origine vénérienne.

1° Exposer d'abord que du commerce sexuel avec les filles de mauvaise vie dérivent, et cela avec une fréquence excessive, diverses maladies dites *vénériennes*, dont les principaux types sont constitués par la blennorrhagie, le chancre simple et la syphilis.

Caractériser à grands traits chacun de ces types, en insistant plus particulièrement sur la syphilis.

Relativement à cette dernière maladie, dire (ceci sera le gros chapitre) : quelle en est l'évolution insidieuse, évolution distribuée en trois périodes, la première insignifiante comme symptômes, la seconde encore relativement bénigne, puis la dernière, celle dite du *tertiarisme*, au contraire infiniment grave.

Dire que cette maladie constitue une imprégnation générale, un empoisonnement de tout l'être, au point de pouvoir se porter sur n'importe quel système, n'importe quel organe (peau, muqueuses, os, articulations, œil, langue, gorge, larynx, poumon, cœur et artères, rein, testicule, nerfs, cerveau, moelle, etc.), et, conséquemment, de se traduire par une foule de symptômes des plus disparates, tels qu'éruptions cutanées, éruptions des muqueuses, ulcérations, mutilations d'organes, douleurs de tout siège et de tout degré, névralgies, névroses, troubles des sens, paralysies, hémiplégie, déchéance intellectuelle, gâtisme, etc.

Dire encore qu'elle est susceptible d'une *durée indéfinie*, illimitée, pouvant égaler la durée même de la vie. Au point qu'on a vu des accidents tertiaires se produire 30, 40, 50, 60 et 65 ans après l'époque de la contagion.

Ajouter, enfin, qu'elle peut se transmettre héréditairement; et que ses conséquences héréditaires sont ou peuvent être épouvantables, jusqu'à tuer 60 p. 100 des enfants dans la clientèle bourgeoise et 84 à 86 p. 100 dans le public des hôpitaux, ou bien jusqu'à stigmatiser ceux qui survivent de dystrophies, d'abâtardissement et de dégénérescence.

2° Après cet aperçu de symptômes, aborder la question *pronostique* (la plus essentielle en l'espèce) et combattre à outrance la doctrine inepte, cependant très accréditée, de la syphilis « maladie insignifiante, que tout le monde a eue ou aura, qui guérit toute seule ou avec un peu de mercure ». Dire que, bien au contraire, la syphilis est une maladie toujours sérieuse, grave assez souvent, parfois très grave, et même, bien plus fréquemment qu'on ne le croit, mortelle. La présenter comme parfois rebelle, récidivante et, en définitive, réfractaire au traitement. Produire comme exemple la syphilis du cerveau qui, sur 100 cas pris au hasard, ne guérit que 22 fois, tandis que 78 fois elle aboutit soit à la mort (19 cas p. 100), soit (59 cas p. 100) à la survie avec infirmités permanentes, telles que paralysies, hémiplégie ou déchéance de l'intellect.

Ajouter que, dans quelques-unes de ses manifestations, telles que la paralysie générale et l'ataxie, la syphilis n'est influencée par aucun traitement.

3° D'autre part, bien établir ce fait que la syphilis n'est pas ce que la suppose un autre préjugé, à savoir n'est qu'elle pas la résultante d'une série de contagions et de débauches accumulées. Elle est, tout au contraire, et n'est jamais que le fait d'une contagion *unique*, d'un simple contact (si court soit-il) avec un organisme contaminé. En sorte qu'il suffit d'un écart unique pour être infecté de syphilis. En sorte qu'une minute d'oubli suffit à empoisonner toute une existence. Telle est l'exacte vérité des choses.

4° Enfin, signaler les dangers de tous rapports avec les prostituées. Affirmer, avec chiffres officiels à l'appui, que, pour la quasi-totalité, les femmes qui font métier de la prostitution ont été ou sont infectées de syphilis. — Insister en particulier sur la fréquence considérable des affections vénériennes chez les prostituées *clandestines*, les rôdeuses de trottoir, les inviteuses de brasseries, les filles qui fréquentent les bals publics, etc. Citer diverses statistiques où l'on a vu la fréquence de ces affections s'élever chez les prostituées clandestines à 25, 29, 32, 33, 43 et même 48 p. 100.

Voilà, je crois, ce que les grands jeunes gens de nos lycées ont besoin de savoir pour leur sauvegarde et ce qu'il faut leur dire.

Dernier point : cela, *comment* le leur dire?

Très simplement, dans une conférence *ad hoc* qui leur sera faite par leur professeur habituel ou, préférablement, si l'on pense qu'à ces choses spéciales conviennent mieux des compétences spéciales, par des médecins. Libre aux autorités universitaires de faire appel à notre Société sur ce point. Tous ici, à commencer par moi, nous serions heureux de consacrer quelques heures de notre temps à cette bonne œuvre de *Sauvegarde de la jeunesse*.

Simple détail d'exécution. — Ce serait sans doute accorder à la conférence en question un excès d'honneur et de solennité que de la faire surgir *ex abrupto* et isolément au cours d'enseignements scolaires avec lesquels elle détonnerait étrangement. Mieux vaudrait, me semble-t-il, qu'elle fît partie d'un cadre, d'un ensemble de sujets de même ordre, tous relatifs à la préservation de la santé. Or, à cet égard, sa place est toute trouvée. Très naturellement, cette place est dans un cours élémentaire d'hygiène, tel qu'il s'en professe dans quelques établissements universitaires. Très naturellement encore, ladite conférence s'encadrerait là dans le chapitre des *Maladies évitables*, c'est-à-dire des maladies dont l'hygiène et la médecine enseignent à se préserver, à savoir : la fièvre typhoïde par le choix des eaux, la variole par la vaccine, l'alcoolisme par la tempérance, etc. C'est ainsi que l'on a procédé à l'Institut agronomique, et je ne crois pas qu'on puisse mieux faire.

Conclusions :

La Société de prophylaxie sanitaire et morale émet l'avis :

1° Qu'il serait à désirer que, dans les centres scolaires, les jeunes gens des classes supérieures fussent éclairés sur les dangers des affections vénériennes par un enseignement spécial;

2° Que cet enseignement, sans blesser en rien la morale, serait de nature à rendre les plus utiles services à ces jeunes gens, en constituant pour eux un élément de sauvegarde contre le péril vénérien;

3° Qu'il pourrait consister en une conférence faite annuellement à tous les élèves âgés de plus de 16 ans, soit par un de leurs professeurs, soit par un médecin que délégueraient à cette intention les autorités universitaires;

4° Qu'il trouverait naturellement sa place dans le cours élémentaire d'hygiène qui est ou devrait être professé aux élèves de cet âge dans tous les établissements scolaires.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude clinique du cancer du plancher vésical et de la prostate,

Par M. le Dr Gallois (de Lyon).

Les cancers vésicaux ont en général une vie toute locale; leur propagation aux organes voisins constitue un fait assez rare.

Il en est de même de l'envahissement par la tumeur de l'orifice urétéral produisant la rétention rénale. Ce sont ces caractères de rareté qui nous ont engagé à rapporter cette observation que notre maître, M. le professeur agrégé Rochet, a bien voulu nous confier.

Observation. — Fond..., Jean, 60 ans, receveur d'enregistrement, entre le 6 mars 1901 à la clinique chirurgicale, salle Saint-Sacerdos, service du Dr Rochet, pour des hématuries.

Ce malade ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents. Son père et sa mère sont morts d'affections pulmonaires.

Il a un frère en bonne santé. Il n'a jamais eu d'affections vénériennes et sa santé a toujours été assez bonne.

Le premier pissement de sang remonte au mois de novembre 1899. Il constata en se levant que ses urines étaient rouges; le sang était, dit-il, assez abondant.

A partir de cette époque, les hématuries se produisirent environ tous les 15 jours, elles ne s'accompagnaient d'aucune douleur, d'aucun malaise, et survenaient sans aucune cause.

En mars 1900, le sang devint plus abondant et les hématuries plus fréquentes; de temps à autre, des « masses de chair » s'engageaient dans le canal et nécessitaient de violents efforts pour être expulsées.

En même temps les mictions devinrent plus fréquentes, 5 à 6 fois le jour et aussi souvent la nuit; l'urine émise à chaque miction était en petite quantité.

Depuis 6 mois environ, il a eu quelques douleurs dans la jambe droite; il a sensiblement pâli et maigri. Il s'est toujours refusé à tout traitement.

Actuellement, le malade est pâle, anémié, il se plaint de ces hématuries répétées et aussi de douleur dans la jambe droite.

Les urines sont uniformément rouges et contiennent quelques caillots sanguins.

Il n'éprouve aucune douleur en urinant.

Les mictions sont un peu fréquentes : 5 à 6 fois le jour, 4 à 5 fois la nuit.

A l'inspection de l'abdomen on voit se dessiner des veines sous-cutanées volumineuses au niveau de l'hypogastre.

Il n'y a ni ascite, ni météorisme.

A la palpation on sent au niveau du pubis, du côté gauche, une masse dure, arrondie, légèrement douloureuse que l'on ne peut mobiliser latéralement, elle semble adhérente au pubis.

Cette tumeur se prolonge en haut et un peu en dehors dans la fosse iliaque gauche.

On ne sent rien dans la fosse iliaque droite.

On délimite mal la vessie par la palpation hypogastrique, elle semble remonter à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus du pubis.

Dans les plis inguinaux, il y a quelques petits ganglions durs. On ne sent pas de tuméfaction ganglionnaire dans la cavité abdominale et il n'existe pas d'adénopathie sus-claviculaire.

Les reins ne sont pas perçus par la palpation.

Il n'y a pas d'œdème des jambes.

Le toucher rectal permet de se rendre compte des limites exactes de la masse dure que l'on sentait par la palpation, elle fait corps avec la prostate du côté gauche et adhère au pubis assez lâchement. Elle se prolonge sur le bas-fond et le côté gauche de la vessie.

Il n'y a pas de bosselure ni d'inégalité à sa surface. On sent un véritable plastron dur occupant le côté gauche de la prostate et de la vessie.

L'appétit est bien conservé.

8 mars. — Les hématuries sont toujours très abondantes. Délire pendant la nuit. Incontinence d'urine. Le malade refuse toute intervention.

19 mars. — L'état général s'est beaucoup aggravé. Le délire a persisté plusieurs jours, puis s'est beaucoup atténué. Il est très anémié. Le sang s'écoule en abondance au cours des mictions. Hoquet depuis hier.

20 mars. — Mort.

Autopsie le 21 mars. — A l'ouverture de l'abdomen la vessie apparaît globuleuse, dépassant le pubis de 4 travers de doigt. Elle est rouge, violacée, et de nombreux vaisseaux courent à sa surface. Sur sa partie latérale gauche existe une masse dure qui est intimement unie au pubis par des adhérences serrées, elle ne fait aucune saillie en dehors de la vessie, et fait nettement corps avec la paroi.

Les intestins réclinés en haut, on voit à travers le péritoine l'uretère gauche très distendu, rempli d'un liquide limpide, transparent. Au niveau du rein gauche le bassinet apparaît très dilaté, il atteint le volume d'une mandarine. Le rein n'est pas augmenté de volume. A droite, l'uretère est un peu plus volumineux que normalement, le rein droit est très augmenté de volume.

Les reins, les uretères, la vessie et la portion fixe de l'uretère sont enlevés en même temps que le pubis pour être disséqués avec soin.

La vessie est ouverte, il s'écoule en abondance du sang mélangé à de l'urine et des caillots nombreux. La tumeur vésicale apparaît, elle est implantée sur la paroi latérale gauche, sensiblement épaissie à ce niveau. Elle est d'aspect papillomateux, sa surface est recouverte d'un véritable chevelu de plusieurs centimètres de long, flottant dans la cavité.

Ces prolongements sont, par endroits, incrustés de sels calcaires. La tumeur recouvre l'orifice urétéral gauche qui ne

peut être découvert à l'examen. Il nous a fallu, pour le découvrir, et constater sa perméabilité, injecter l'uretère par l'intermédiaire d'une sonde introduite dans le bassinet à travers la substance rénale. Nous avons pu ainsi voir le liquide sourdre avec peine à travers la masse cancéreuse et s'écouler au dehors.

Transversalement, la tumeur a une longueur de 7 cm. 1/2; d'avant en arrière de 6 centimètres. Elle atteint le col de la vessie, mais ne l'envahit pas. Les parois de la vessie sont épaissies, parcheminées et n'ont aucune tendance à revenir sur elles-mêmes. La prostate a été envahie du côté gauche et respectée à droite.

Des adhérences assez fortes unissent la vessie au pubis à gauche. Le rein droit est volumineux et l'uretère est un peu dilaté. Le rein gauche présente des lésions d'hydronéphrose typique, il est légèrement atrophié et coiffe le bassinet distendu; celui-ci est rempli par un liquide clair, absolument transparent. Il est séparé de l'uretère par un collet très étroit de 4 millimètres de diamètre. L'urétère est dilaté, il atteint le volume du pouce par endroit, son calibre est irrégulier; les dilatations comme les points rétrécis rappellent exactement ceux que l'on constate sur l'uretère normal. Il n'y a pas trace d'inflammation d'urétérite, ou de péri-urétérite.

Nous n'avons pas constaté de ganglions dans le petit bassin, mais au niveau de la bifurcation de l'aorte existaient quelques ganglions étalés, plaqués contre la colonne vertébrale.

Il n'y avait pas de généralisation viscérale.

Des fragments de la tumeur vésicale, des reins et des ganglions furent prélevés au moment de l'autopsie et envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique. Voici le résultat de l'examen histologique pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot :

« La tumeur est en désintégration complète en surface; sur les coupes à la surface, on rencontre du sang franchement épanché, reposant sur une couche épaisse mortifiée de cellules à l'état de blocs ronds un peu hyalins. Dans le reste de la paroi la tumeur s'infiltre dans les interstices du muscle vésical, elle fait des travées épaisses de cellules rondes à protoplasma visible un peu rosé, à noyau rond, mais partout tellement métatypique qu'il n'est pas possible de dire autre chose que tumeur maligne infiltrée à toute l'épaisseur de la paroi vésicale. On ne voit pas de production villeuse épithéliale, comme dans certaines tumeurs de la muqueuse vésicale, mais des anfractuosités creusées par mortification en surface donnant l'aspect villeux. D'ailleurs la tumeur doit être ulcérée de longue date, car de petits abcès miliaires se rencontrent en divers points de la couche musculaire, côte à côte avec les infiltrations néoplasiques métatypiques.

Sur les coupes du *ganglion*, on constate un envahissement total de celui-ci par le néoplasme, il ne reste pas un follicule à constitution adénoïde; le ganglion est de plus assez fortement sclérosé. Dans les intervalles des travées conjonctives, se font des amas quelquefois volumineux, souvent nodulaires, mais aussi en boyaux, de cellules plus nettement épithéliales, plus riches en protoplasma, mais toujours avec un protoplasma rose pâle, dans lequel le noyau est à peine visible. Mais ces cellules, quoique plus volumineuses que dans la vessie, n'offrent pas des caractères bien plus typiques de la muqueuse de provenance. Toutefois, on peut noter que çà et là, au centre des nodules épithéliomateux, il apparaît deux à trois cellules plus grandes, plus étalées en plaquettes, à protoplasma plus hyalin et plus gros qui doivent faire penser à une tumeur provenant d'une muqueuse de revêtement, et de revêtement stratifié à grandes cellules de surface étalée. Avec les coupes de ce ganglion, le diagnostic histologique de provenance se ferait, mais surtout par exclusion.

Les coupes du *rein gauche* montrent une sclérose diffuse. De prime abord, et à un faible grossissement, les tubes contournés avec leurs hautes cellules à protoplasma jaunâtre et granuleux, ne sont bien reconnaissables que par îlots, et en dehors de ces îlots, on croirait ne voir que des cellules épithéliales d'un certain volume, mais la plupart rondes, emprisonnées dans de tout petits alvéoles.

A un fort grossissement, et sur des coupes très fines, on voit que ces parties où les tubes contournés ne sont plus reconnaissables (mais où les glomérules subsistent toujours bien visibles avec leur capsule de Bowman simplement épaissies) on se rend compte que les petits alvéoles ne sont autres que les aires limitées par des anneaux scléreux des anciens tubes dont l'épithélium a complètement perdu ses caractères habituels. Cet épithélium a proliféré, est revenu à l'état rond le plus souvent et remplit la lumière du tube. Ce n'est cependant pas les lésions habituelles de la néphrite épithéliale, car le tube n'est pas dilaté, le centre n'est pas occupé par des amas granuleux, mais par des cellules épithéliales rondes ou polygonales par pression réciproque. C'est une prolifération bien particulière de l'épithélium de la plupart des tubes dont la forme est conservée et l'individualisation bien fixée par la sclérose fine répandue partout. Çà et là, il y a des petites traînées d'infiltration embryonnaire.

Dans les portions de la substance corticale immédiatement sous-jacente à la capsule, il y a, sur une grande épaisseur, une infiltration de petites cellules rondes filant entre les tubes qui sont écrasés, leurs cellules à peine reconnaissables. Là le processus a bien le caractère de la néphrite ascendante, beaucoup plus que ceux de l'atrophie. Il n'y a pas un glomérule fibreux, mais les artères et artérioles offrent une endartérite très marquée réduisant parfois considérablement leur lumière, toutes les veines sont dilatées et gorgées de sang.

Pour le *rein droit*, moins de sclérose diffuse, bien que la capsule soit nettement épaissie, les altérations des épithéliums tubulaires n'ont rien de semblable, leurs cellules sont mal colorées, mais en place, jaunâtres, un peu hyalines et tuméfiées; ceci est en grande partie cadavérique.

Par contre, il existe sur toutes les coupes au voisinage des grosses artères, à la limite des substances médullaire et corticale, des infiltrations purulentes de cellules rondes et granulo-graisseuses, autour de ces abcès couronnés de capillaires dilatés. Là, en somme, la néphrite ascendante ne fait pas de doute.

En somme : Tumeur maligne de la muqueuse vésicale infiltrée à toute la paroi, très métatypique comme constitution histologique dans la vessie, prenant davantage les caractères d'une tumeur stratifiée non cornée dans le ganglion, néphrite ascendante avec atrophie et sclérose diffuse. »

Le diagnostic porté lors de l'entrée du malade avait été : cancer du bas-fond de la vessie avec propagation secondaire à la prostate et aux ganglions voisins. Diagnostic complètement vérifié à l'autopsie.

Cet envahissement secondaire de la prostate par les tumeurs malignes de la vessie n'est pas fatal. Malgré les connexions intimes qui unissent ces deux organes, les lésions cancéreuses qui y prennent naissance ont peu de tendance à se propager de l'un à l'autre. Cette propagation des tumeurs de la vessie à la prostate était autrefois considérée comme fréquente; tel était l'avis de Velpeau, de Béraud, Foerster, Rokitansky, mais l'examen de nombreuses pièces, les recherches du professeur Guyon ont montré l'exagération d'une pareille affirmation. Jolly, puis Engelbach, après Socin, ont montré que cette propagation devait être considérée comme exceptionnelle. Albarran ne l'a rencontrée que 5 fois sur plus de 200 observations qu'il rapporte dans son ouvrage.

Ce processus est donc rare. Par contre, il est relativement plus fréquent de voir les néoplasmes malins de la prostate gagner la vessie. La diffusibilité est le caractère dominant de cette affection et l'envahissement de la paroi vésicale en est la conséquence. Cette complication est notée par Engelbach 11 fois sur 51 cas, et le professeur Guyon l'a observée 3 fois sur 17 malades. Jullien, dans sa thèse, considère cet envahissement comme se produisant 1 fois sur 5.

La propagation des tumeurs vésicales à la prostate, et réciproquement de la prostate à la vessie, modifie la symptomatologie habituelle de ces lésions et peut conduire à des erreurs d'interprétation.

Dans l'observation que nous avons rapportée, on pouvait songer à une lésion prostatique initiale, et c'est à la discussion de ce diagnostic différentiel que M. Rochet consacrait récemment une de ses leçons cliniques.

Quelle que soit la modification apportée par l'évolution de la tumeur, les symptômes les plus marqués, ceux dont se plaint le malade, sont toujours ceux qui ont pris naissance dans l'organe primitivement atteint.

Chez les prostatiques cancéreux, ce sont les troubles dysuriques, les troubles de compression, et surtout les douleurs, — signe presque pathognomonique, tant il est constant, douleurs spontanées, douleurs pendant la miction, s'accompagnant de sensation de brûlure ou de pesanteur au périné, douleurs dans la région sacrée avec irradiations le long des jambes et qui peuvent acquérir un degré d'acuité si grand qu'on ne saurait mieux le comparer qu'aux crises éprouvées par les tabétiques. S'il survient des hématuries, elles sont ordinairement peu abondantes et en tout cas elles passent, pour ainsi dire, au second plan. — Le malade est surtout préoccupé des difficultés de la miction, du ténesme vésical plus ou moins accusé qu'il éprouve, des crises de rétention qui surviennent parfois, de la constipation opiniâtre dont il souffre. Le toucher et le palper combinés font reconnaître une tumeur diffusée surtout volumineuse au niveau de la prostate et le diagnostic finit par s'imposer grâce à l'ensemble de cette symptomatologie.

L'hématurie est au contraire au premier plan chez les cancéreux vésicaux; la dysurie, les douleurs, les troubles de compression sont moins marqués. Chez notre malade, comme dans presque toutes les observations où cet envahissement de la prostate a été noté, les mictions se font sans douleur et l'hématurie, pendant de longs mois, est le seul signe dont les malades se plaignent.

L'ensemble symptomatique est donc bien différent, et comme nous le disions au début, ce sont les symptômes de l'organe primitivement envahi qui sont toujours les plus accentués et qui dominent toute la symptomatologie.

C'est en se basant sur cette étude clinique que le diagnostic précédent avait été porté.

L'autopsie de ce malade réservait une surprise : c'est l'occlusion presque complète de l'orifice urétéral par la tumeur vésicale avec hydronéphrose consécutive du rein gauche. Cette tumeur était en outre incrustée par endroits de petites concrétions calcaires friables, s'émiettant sous le doigt. Ces calculs secondaires se voient parfois dans les tumeurs vésicales, et M. le professeur agrégé Rochet (1) les a rencontrés dans plusieurs cas. Ces dépôts calcaires étaient ici peu abondants et n'avaient point modifié l'ensemble symptomatique de la lésion initiale.

Les cas d'oblitération de l'orifice urétéro-vésical ne sont pas très rares; Boivin (2), dans sa thèse sur les rétentions rénales dans les tumeurs vésicales, en cite de nombreux exemples.

Ces lésions sont quelquefois soupçonnées, mais cliniquement ne peuvent être décelées et constituent de véritables trouvailles d'autopsie.

Leurs causes sont nombreuses; elles peuvent être ramenées, d'après les recherches de Boivin, à cinq principales : la première, la plus importante, celle qui existait dans notre observation, c'est la présence de la tumeur au voisinage de l'orifice urétéral. Si la tumeur entoure la lumière de l'uretère, la recouvre complètement de ses prolongements, l'urine aura une grande difficulté à pénétrer dans la vessie.

Chez notre malade, il était impossible de découvrir l'orifice de l'uretère perdu au milieu de la masse bourgeonnante du néoplasme. Une injection d'eau par l'uretère fut nécessaire pour découvrir son orifice vésical et en pratiquer le cathétérisme, au moyen d'une sonde très fine.

La rétention peut également avoir pour origine l'infiltration de la tumeur dans la paroi vésicale. Ces cas sont plus rares et Boivin n'en cite que quelques-uns. Il y a quelques années, M. Vallas faisait présenter à la Société des Sciences médicales de Lyon, par son interne Frarier, des pièces provenant d'un malade mort dans son service, où cette étiologie était manifeste.

La tumeur, assez volumineuse, n'était pas bourgeonnante mais partout infiltrée, d'aspect blanchâtre, elle s'étendait surtout à gauche où elle remontait jusque sur le bas-fond, en entourant l'orifice de l'uretère introuvable et imperméable.

L'uretère peut également être envahi par le néoplasme. Le cas de Fenvick (*Lancet*, 1889), partout signalé, est typique à cet égard.

La tumeur avait envahi l'uretère et remontait le long du conduit en l'entourant comme d'un manchon. Les deux autres mécanismes invoqués sont exceptionnels; c'est l'induration inflammatoire de la paroi vésicale et la compression de l'uretère par des masses ganglionnaires.

Il n'existe que quelques observations de ces dernières complications.

La rétention rénale est la conséquence de ces compressions urétérales. Les voies urinaires supérieures se distendent, le rein s'altère et s'atrophie et des complications graves en sont le résultat.

Ces rétentions sont presque toujours aseptiques, le liquide trouvé dans l'uretère et le bassinet est clair, limpide, quelquefois hématique, lorsque la rétention s'est effectuée brusquement.

Les lésions que l'on constate du côté de l'uretère sont partielles ou totales.

Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes. A côté de portions dilatées atteignant le volume du doigt, ou même parfois de l'intestin grêle, se trouvent des portions étroites, normales, si bien que dans son ensemble l'uretère prend un aspect moniliforme, et cela, ainsi que le fait remarquer Boivin, en dehors de toute inflammation.

La dilatation ne commence en général qu'à quelques centimètres au-dessus de l'orifice vésical et cesse brusquement au niveau du bassinet où un étroit collet sépare ces deux portions du conduit urinaire.

La dilatation totale se rencontre plus ordinairement à la suite de rétention urinaire d'origine urétérale. Elle est exceptionnelle dans les cas qui nous occupe.

Le bassinet est parfois simplement distendu, mais habituellement il est dilaté ainsi que les calices. Il prend une forme arrondie pyriforme et descend au-dessous de la naissance de l'uretère sous forme d'un cul-de-sac où s'accumule le liquide sécrété par le rein.

La substance rénale s'altère sous l'influence de la pression intra-urétérale et l'on trouve souvent à l'examen histologique des lésions de néphrite ascendante avec atrophie et sclérose diffuse, ainsi que nous l'avons relaté dans notre observation.

Cette dégénérescence du parenchyme rénal s'accompagne bien ordinairement d'hypertrophie du rein opposé, mais cette hypertrophie compensatrice s'établit lentement.

Dans notre observation, le rein du côté sain était également envahi par la néphrite et ne pouvait suppléer qu'incomplètement à la suppression du rein opposé.

1. Rochet, *Archives provinciales*, 94.
2. Boivin, *Th.* Paris, 98.

De pareilles complications ont une grande importance, non seulement comme pronostic, mais également au point de vue thérapeutique.

Qu'une intervention chirurgicale soit pratiquée dans de pareilles conditions et l'on peut voir le rein supposé sain faillir à sa tâche, et le malade s'éteindre rapidement par insuffisance d'excrétion rénale.

Ces faits sont heureusement très rares, ainsi que nous l'avons montré, mais ils doivent toujours être présents à l'esprit du chirurgien lorsqu'il doit entreprendre une intervention.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 10 Juin 1901.

Sur une méthode de recherche du bacille typhique.

M. R. Cambier. — Certaines cloisons poreuses se laissent aisément traverser par les bactéries, dans les conditions ci-dessous :

On dépose dans un large tube de verre fermé à une extrémité une bougie de porcelaine suffisamment poreuse; tube et bougie sont à demi remplis de bouillon et stérilisés à 110°. Si l'on ensemence avec précaution le bouillon contenu à l'intérieur de la bougie au moyen d'une culture typhique pure, on peut constater déjà, après quelques heures d'étuve à 37°, que le bouillon entourant la bougie, qui était d'abord parfaitement limpide, présente maintenant un louche manifeste, traduisant le passage du bacille à travers les pores de la bougie de biscuit.

Tous les échantillons du bacille typhique se sont comportés de la même façon, à la rapidité du passage près. Les bacilles les plus mobiles sont ceux qui passent le plus vite à travers le filtre; certains le traversent en moins de 10 heures, d'autres en 2 ou 3 jours. Un bacille, conservé depuis 1896 par des repiquages fréquents sur agar, et ayant perdu toute mobilité, n'a passé qu'après 8 jours.

Les bougies Chamberland, marque B, et les bougies d'amiante de M. Garros ne sont pas traversées dans ces conditions. Il est question, ici, de culture à travers des parois poreuses, et non pas de filtration : en effet, dans le cas de filtration, le bacille typhique est arrêté par la même bougie, qui est traversée par lui dans les circonstances indiquées plus haut.

D'autres espèces microbiennes sont capables de traverser les parois des bougies que nous utilisons; cependant, de toutes les espèces banales que nous avons examinées jusqu'ici, aucun ne passe aussi vite que le bacille typhique.

Cette curieuse propriété du bacille typhique m'a suggéré l'idée de le rechercher dans l'eau de la façon suivante :

On sème une certaine quantité de l'eau à éprouver dans l'intérieur de la bougie, placée comme il vient d'être dit dans un litre de bouillon à 38°. Dès qu'un louche se manifeste dans le bouillon extérieur, à l'aide d'une pipette effilée on en prélève une partie qu'on ensemence sur les milieux de différenciation habituels : lait, milieux lactosés, pomme de terre, etc., et qu'on soumet à l'examen microscopique et à la réaction d'agglutination.

Parfois le passage du bacille typhique est si net qu'on trouve dans le bouillon extérieur une culture pure de ce bacille. Parfois il passe mélangé d'une espèce étrangère dont on peut essayer de le séparer par une nouvelle culture en bougie ou par la culture sur plaques.

Dans de l'eau de Vanne renfermant du colibacille et artificiellement infectée de bacille d'Eberth, j'ai pu retrouver ce bacille soit immédiatement, soit après 18 jours de conservation dans une armoire obscure du laboratoire. J'ai pu isoler facilement, par ce nouveau procédé, des bacilles typhiques de l'eau de Seine et de Marne, ainsi que de l'eau de certaines sources.

L'isolement du bacille des selles typhiques est actuellement à l'étude. Dans les cas les plus favorables, on peut, en 18 ou 20 heures, être fixé sur la présence du bacille typhique dans un échantillon d'eau; seules, les méthodes de différenciation qu'il faudra toujours appliquer aux bacilles isolés par la culture en bougie retarderont de 2 ou 3 jours le diagnostic.

Je dois insister sur ce fait que les bacilles typhiques que nous avons ainsi séparés des eaux et des selles n'étaient agglutinés que par d'assez fortes doses de sérum spécifique (1 : 50 environ), d'un sérum très actif (1 : 3 000) sur le bacille typhique de rate. On ne saurait, à mon avis, se baser sur ce fait pour leur contester leur nature typhique. Je démontrerai en effet, prochainement, qu'un bacille typhique extrait de la rate et très agglutiné par 1 : 3 000 de sérum spécifique n'est plus agglutiné que par une dose beaucoup plus élevée du même sérum quand il a végété au contact du colibacille. En même temps, ce colibacille acquiert, de son côté, la propriété d'être nettement agglutiné à un taux compris entre 1 : 50 et 1 : 100 par le sérum typhique expérimental, propriété qu'il ne possédait pas auparavant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 15 et 22 Juin 1901.

Des variations dans la rapidité de la coagulation du sang.

M. Fernand Arloing a constaté, comme M. Milian, que le sang extrait des vaisseaux se coagule d'autant plus vite qu'il est pris plus loin du début de l'hémorrhagie.

Mais en ce qui concerne la rétraction du caillot, il a toujours observé qu'elle était plus prompte et plus complète dans les échantillons dont la coagulation a été la plus lente, c'est-à-dire ceux recueillis au début de l'émission sanguine.

Enfin, comme dans ces expériences, le sang était extrait grâce à un trocart plongé dans la veine jugulaire, on ne saurait, dans de telles conditions, faire entrer en jeu l'action d'une substance coagulante sécrétée par les cellules cutanées.

Méningite tuberculeuse expérimentale et son traitement par la zomothérapie.

MM. Ch. Richet et **Jean Ch. Roux** ont étudié les effets comparatifs de l'alimentation à la viande crue et à la viande cuite dans la méningite tuberculeuse expérimentale. Ces expériences ont porté sur 20 chiens. Tous ont été inoculés aseptiquement à l'aide d'une aiguille de Pravaz par ponction de la membrane occipito-atloïdienne à travers la peau et les muscles du cou.

Un phénomène constant qui n'avait pas été noté jusqu'à présent : c'est l'hypothermie progressive que présentent les animaux pendant toute la durée de la maladie jusqu'au moment de leur mort. Sur 11 chiens à la viande crue, 3 ont survécu ; sur 9 chiens à la viande cuite, un seul a survécu. Mais il a succombé à une injection de tuberculine, tandis que les animaux à la viande crue guéris ont résisté à une injection de tuberculine.

Un cas de gangrène gazeuse aiguë mortelle.

MM. Legros et **Lecène.** — Un homme âgé de 40 ans entre le 23 mai à l'hôpital Lariboisière pour une fracture compliquée de la jambe droite (fracture de Dupuytren, ouverture de l'articulation tibio-tarsienne); l'accident date de 6 heures. Malgré une désinfection soignée de la région et de larges irrigation d'eau oxygénée, l'état général mauvais et l'état local suspect font, 24 heures après, pratiquer l'amputation de la cuisse au 1/3 moyen en pleins tissus sains. Au moment de l'opération la partie inférieure de la jambe que l'on ampute est de coloration bronzée et présente de la crépitation gazeuse.

Après une journée d'amélioration apparente, la température remonte à 39°, le pouls à 110, on trouve au niveau du moignon des lambeaux sphacélés, il s'en écoule du liquide fétide mêlé

de gaz. Le malade présente de l'ictère, de la dyspnée; à la partie supérieure de la cuisse, teinte bronzée et crépitation. L'état s'aggrave : T = 40°,5 teinte bronzée et crépitation envahissent l'abdomen. Mort dans la nuit du 28 mai.

La décomposition cadavérique est totale quelques heures après la mort. Du liquide fétide recueilli profondément dans le moignon 48 heures après l'amputation, trois espèces microbiennes sont isolées : un colibacille et un diplostaphylocoque et un bacille spécial très prédominant sur les préparations directes. Il est très mobile, mesure 4 μ environ sur 1 μ, donne des spores et garde le Gram, il est *aérobie* de prédilection. Il pousse bien sur milieux usuels, liquéfie la gélatine avec odeur fétide, liquéfie le lait, attaque glycérine, glycose, saccharose, galactose, n'attaque pas le lactose ni la mannite ; la dextrine et l'amidon sont attaqués. Il liquéfie le sérum coagulé, pousse très mal sur liquide de Kaulin.

Inoculé à un cobaye de 450 grammes dans les muscles de la cuisse à la dose de 1/2 centimètre cube de bouillon de 48 heures additionné de 1/2 centimètre cube d'une solution d'acide lactique au 1/5, il détermine une gangrène gazeuse mortelle en 40 heures après véritable putréfaction cadavérique *in vivo* du membre inoculé. Par son aérobisme des plus nets, ce bacille diffère essentiellement des espèces décrites comme susceptibles de produire la gangrène gazeuse.

Le liquide céphalo-rachidien après la rachicocaïnisation.

MM. P. Ravaut et P. Aubourg. — La rachi-cocaïnisatin provoque assez souvent de la céphalée, des troubles vertigineux, des vomissements ; depuis que M. Guinard emploie cette méthode d'anesthésie dans son service, nous avons pu étudier et suivre l'évolution de ces accidents.

Pour essayer de diminuer l'intensité de la céphalée, nous avons pratiqué quelques heures après l'opération une nouvelle ponction lombaire, espérant ainsi débarrasser le malade d'une certaine quantité de cocaïne libre dans le liquide céphalo-rachidien (ce qu'ont montré les examens chimiques de M. Gasselin) et peut-être ensuite diminuer la tension du liquide qui pouvait être augmentée.

Cette seconde intervention nous a montré deux séries de faits d'ordre différent. Tout d'abord, il nous a semblé que la céphalée disparaissait ou diminuait après cette seconde ponction, et M. Guinard se propose de revenir sur ce sujet à la Société de Chirurgie. En second lieu, nous avons remarqué que plus la céphalée était intense, plus le liquide sortait sous forte tension, et plus aussi il était trouble (cependant, lorsqu'un liquide céphalo-rachidien coule lentement, il ne faut pas toujours en déduire que sa tension est faible, car l'aiguille peut être obstruée soit à son orifice dans le canal rachidien, soit sur son trajet, le trocart que l'on peut introduire ne suffisant pas toujours à la déboucher complètement). Dans des cas de céphalée très intense, nous avons pu retirer jusqu'à 20 centimètres cubes du liquide trouble coulant en jet dans la plupart des cas ; dans des cas de céphalée très légère, le liquide était clair, coulait goutte à goutte, et nous n'en n'avons retiré qu'une très faible quantité.

L'examen histologique pratiqué suivant la méthode que nous avons déjà signalée avec MM. Widal et Sicard nous a montré des polynucléaires d'autant plus abondants que le liquide était plus trouble, formant au fond du tube du centrifugeur, ou du tube dans lequel le liquide reposait 24 heures, un véritable culot de pus. Quelquefois, la réaction inflammatoire est assez intense pour déterminer la formation d'un coagulum fibrineux lorsqu'on laisse reposer le liquide.

La quantité des éléments que nous avons numérés semble varier parallèlement à l'intensité de la céphalée ; mais, cependant, dans presque tous les cas même sans accidents, il y a une très légère réaction polynucléaire dans le liquide céphalo-rachidien. Sur 21 malades examinés quelques heures après l'anesthésie, une seule fois le liquide était absolument normal.

Si l'on suit par la ponction lombaire les malades qui ont présenté une réaction aussi intense, on constate qu'au bout de 3 ou 4 jours le liquide est plus clair, les polynucléaires diminuent et sont remplacés par des lymphocytes et des mononucléaires ; au bout de 8 à 20 jours en moyenne, la réaction lymphocytique a disparu et le liquide est redevenu normal. Ces faits sont tout à fait superposables à ceux que l'on peut constater dans les infections méningées aiguës qui guérissent ; au début, la réaction polynucléaire est intense ; puis, au fur et à mesure que l'affection évolue vers la guérison, les polynucléaires disparaissent et sont remplacés, petit à petit, par des lymphocytes ; enfin le liquide redevient normal.

Si l'on recherche la cause de cette réaction, l'on ne peut incriminer une infection possible, car, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, ni les cultures, ni les examens sur lames ne nous ont révélé la présence d'éléments microbiens. Ce ne semble pas non plus être l'eau distillée dans laquelle est dissoute la cocaïne, car, bien qu'il y ait des différences d'isotonie entre les 2 centimètres cubes de la solution injectée et le liquide céphalo-rachidien (Δ solution = 0,15 ; Δ liquide = 0,58 en moyenne), si l'on examine les points cryoscopiques du liquide céphalo-rachidien retiré au moment de l'opération et au moment de la seconde intervention, on ne constate qu'une différence de 0,01 à 0,02 de degré. Dans un cas, pour éliminer l'action de l'eau, l'on a réinjecté le liquide céphalo-rachidien retiré avant l'anesthésie, après l'avoir mélangé à une solution très concentrée de cocaïne (2 gouttes représentaient 1 centigramme de cocaïne) et nous avons constaté une très légère réaction polynucléaire.

Reste enfin la cocaïne elle-même ; les premières anesthésies ont été faites avec la cocaïne stérilisée à 125° ; depuis, nous avons employé des sollutions tyndallisées : toujours mêmes résultats.

La cocaïne semble donc cause de cette réaction, et son action sur l'enveloppe arachnoïdo-pie-mérienne pourrait être comparée à celle d'une toxine, ce qui nous explique tous les phénomènes inflammatoires, exsudatifs et diapédétiques que nous avons constatés. Au point de vue clinique, la céphalée est la manifestation de ces modifications.

Ces recherches nous montrent, en outre, que ces réactions très intenses quelquefois au début, variant avec la susceptibilité individuelle, diminuent très rapidement pour disparaître complètement ensuite, ce qui en atténue considérablement l'importance et ne justifie pas les craintes qu'elles auraient pu faire naître. La disparition rapide des éléments dans le liquide montre qu'il ne reste pas d'altération chronique des méninges ; or nous avons déjà montré avec MM. Widal, Sicard, Monod, par l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningites aiguës, chroniques, dans le tabes, etc., combien cette réaction méningée était sensible et comment l'on pouvait ainsi en apprécier les moindres modifications.

Ces rachi-cocaïnisations entreprises dans un but thérapeutique auront eu l'intérêt de nous faire connaître le mode de réaction des méninges vis-à-vis de la cocaïne chez l'homme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 Juin 1901.

De la réduction sanglante des fractures.

M. Tuffier estime qu'on peut poser, en principe, que toute fracture diaphysaire doit être réduite complètement. Or il est impossible d'affirmer que cette réduction est obtenue sans le secours de la radiographie. C'est un point que l'on ne discute pas. D'autre part, si quelque doute persiste, il est indiqué d'avoir recours à la réduction sanglante. C'est ce qui se présente fréquemment pour les fractures de jambe et de l'avant-bras, pour lesquelles une bonne coaptation est difficile à obtenir.

Cette réduction est-elle nécessaire et avantageuse ? M. Tuffier sait qu'un certain nombre de blessés peuvent ultérieurement bien marcher avec une coaptation non idéale, mais il en est d'autres pour lesquels cette coaptation présente des désavantages. D'autre part, le fragment non réduit joue le rôle de corps étranger, et, d'autre part, l'adaptation à la marche ne peut se faire sans déterminer à la longue des lésions dans quelques articulations éloignées. Il vaut donc mieux chercher par l'incision une coaptation parfaite.

Cette opération est-elle bénigne ? L'ouverture d'un foyer de

fracture n'est pas plus grave qu'une fracture fermée, quand elle est faite par le chirurgien bien aseptiquement; mais on doit y apporter toute son attention, car ces foyers sont des milieux excellents pour les cultures.

L'opération est simple dans les deux premiers jours; elle devient d'autant plus difficile qu'on opère à une époque plus éloignée de l'accident. Au début, M. Tuffier n'hésitait pas à dénuder largement. C'était un tort. Actuellement, il fait le moins possible de délabrements; il suture les os et applique un appareil inamovible.

Kyste hydatique de la région massétérine gauche.

M. Delbet analyse une observation de **M. Juvara** (de Bucarest) relative à une jeune fille de 20 ans, qui portait une tumeur de la région massétérine; elle était immobilisée par les muscles. Une incision l'ayant mise à nu, une ponction au bistouri fut faite; il en sortit un liquide clair, et avec une pince M. Juvara put extraire une membrane, qui n'était autre chose que la membrane germinative d'un kyste hydatique. Quelques points de suture sans drainage furent appliqués, et la réunion par première intention eut lieu.

Un nouveau procédé de la cure radicale du prolapsus du rectum.

M. Delbet décrit le nouveau procédé de M. Juvara.

Dans un premier temps on fait la résection de toute la muqueuse enveloppant la partie prolabée; dans un deuxième temps on procède à un plissement transversal de la couche musculaire, en passant plusieurs anses de fils échelonnées les unes au-dessus des autres. En serrant ces fils on obtient un raccourcissement, un tassement de la tunique musculaire. Enfin, dans un troisième temps, M. Juvara rétrécit l'orifice anal au moyen de quelques fils anaux et termine par la suture de la muqueuse à la peau.

Cette technique est à rapprocher de celle décrite par M. Delorme, auquel appartient la priorité de la résection de la muqueuse. A M. Juvara revient le mode de plissement de la paroi musculaire. Deux malades ont été opérés et guéris d'une façon durable par ce procédé. En ajoutant à ces deux faits les cinq déjà publiés (Delorme 4, Poirier 1) on arrive au total de 7 cas, dont quelques-uns ont été suivis de succès, mais dont 2 ont été suivis de mort (péritonite et adéno-phlegmon pelvien). Or, en considérant les résultats notés dans la relation de l'autopsie, on voit que les sutures de la muqueuse avaient manqué dans les deux cas. On peut incriminer l'infection, mais on peut aussi se demander si la tension de la muqueuse n'est pas la cause l'insuccès. La muqueuse n'est pas assez forte pour résister à cette tension des fils. C'est une objection de valeur à faire contre ce procédé; M. Delbet ajoute encore que, même en l'absence de tout accident mortel, la muqueuse peut remonter assez haut et laisser à nu une surface, dont la cicatrisation ne se produira qu'aux dépens d'un rétrécissement ou d'une atrésie possible. Pour ces différentes raisons, M. Delbet croit que la recto-coccypexie est préférable.

M. Quénu est également très partisan de ce procédé; toutefois, ayant été frappé du rôle que joue le sphincter, il pense qu'il y a avantage à ajouter à la fixation recto-coccygienne postérieure une fixation latérale ligamenteuse.

M. Tuffier a opéré une femme par le procédé de Delorme. Le résultat a été et est resté parfait.

Tétanos.

M. Rochard a observé, il y a quelques années, un malade entré dans le service de M. Périer avec les symptômes tétaniques, et qui succomba rapidement. Un autre malade, chez lequel on avait fait une injection préventive, fut opéré de cure radicale. Il n'eut qu'un tétanos atténué.

M. Reynier, pour le malade dont il nous a rapporté l'observation, incrimine le catgut. Le fait est possible; mais M. Rochard y croit peu, car le même catgut aurait dû agir de même sur d'autres opérés. Il admettrait plutôt qu'il faut établir un rapprochement entre le fait actuel et les trois autres faits que M. Reynier nous a communiqués il y a 7 mois et qu'il avait étiquetés pseudo-tétanos, le bacille de Nicolaïer n'ayant pas été nettement décelé dans les préparations.

Ostéomes du psoas.

M. Lejars a observé et opéré 2 malades atteints de volumineux ostéomes du psoas. Dans les deux cas recueillis sur des adultes, la tumeur, dure, bosselée, était immobile. Elle offrait le volume du poing, remplissait le triangle de Scarpa et une partie de la fosse iliaque et paraissait s'être développée à la suite d'un traumatisme, Son ablation a montré qu'elle ne présentait aucune implantation sur les os et qu'elle provenait du psoas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 Juin 1901.

De la forme rénale de l'ictère acholurique simple (albuminuries intermittentes, albuminuries continues, hémoglobinuries paroxystiques).

MM. Gilbert et **P. Lereboullet** montrent qu'un certain nombre de cas d'ictère acholurique simple sont accompagnés de symptômes rénaux qui peuvent passer au premier plan et faire méconnaître l'affection des voies biliaires qui est à leur origine. Les cas les plus fréquents sont ceux qu'ils ont étudiés en collaboration avec M. Londe, et où il y a albuminurie intermittente. Celle-ci, plus ou moins marquée, répond tantôt au type de l'albuminurie cyclique, tantôt au type de l'albuminurie orthostatique. Elle ne diffère d'ailleurs pas par ses symptômes des autres cas d'albuminurie intermittente, et dans la règle ne s'accompagne pas de signes de brightisme.

Dans quelques cas pourtant, l'épreuve du bleu semble avoir révélé une légère imperméabilité rénale. Aux symptômes de l'albuminurie intermittente peuvent se joindre, mais de manière inconstante, les autres manifestations de l'ictère acholurique, dyspepsie, neurasthénie, douleurs articulaires, hémorrhagies, prurit, etc. On peut constater aussi l'existence d'accidents hépatiques variés au cours de cette albuminurie intermittente et notamment des poussées d'ictère parfois accompagnées de pseudo-rhumatisme, de purpura, etc.

L'étude des antécédents héréditaires révèle, d'une part, des antécédents biliaires le plus souvent fort nets, d'autre part des antécédents rénaux montrant, dans la même famille, soit de l'albuminurie intermittente, soit des néphrites avérées. Aussi peut-on admettre une prédisposition individuelle, qui, ici comme pour les autres complications de l'ictère acholurique, explique qu'on observe de préférence telle complication plutôt que telle autre. Ces antécédents se retrouvent dans les cas d'albuminuries continues, qui ne diffèrent des précédentes que par leur gravité souvent plus grande et par une imperméabilité rénale souvent plus accentuée démontrée par l'épreuve du bleu.

Il peut, enfin, arriver que certains malades atteints d'ictère acholurique simple, depuis plus ou moins longtemps, éprouvent des crises d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* sans causes appréciables autres que l'ictère acholurique avec cholémie parfois très accentuée, comme dans un cas que présentent MM. Gilbert et P. Lereboullet. Au point de vue pathogénique, il semble que ces divers faits s'expliquent par une action nocive exercée par le foie sur le rein, analogue à celle qu'on observe dans les néphrites biliaires consécutives aux angiocholites graves.

Ce n'est pas la bile qui semble ici être en cause, car la cholémie ne paraît pas exercer d'influence fâcheuse sur le rein; peut-être s'agit-il, comme cela a été soutenu pour certaines albuminuries intermittentes, d'albuminurie hépatogène (Teissier) due à un trouble fonctionnel du foie; il semble plus vraisemblable que la lésion rénale, le plus souvent minime, est due à la toxi-infection causée par l'angiocholite chronique légère qui est à la base de l'ictère acholurique simple. Au degré près, le

mécanisme serait ici le même que pour les néphrites biliaires graves. Ce qu'il importe en tout cas de retenir, c'est le lien pathogénique entre l'ictère acholurique simple et certains accidents rénaux, et la nécessité d'agir par le traitement à la fois sur la cause et sur l'effet.

Pneumothorax chez un diabétique.

M. Letulle. — Le pneumothorax est assez exceptionnel chez les diabétiques; on ne l'observe guère qu'à la suite des poussées de broncho-pneumonie tuberculeuse, fréquentes chez ces malades, et c'est par rupture d'un tubercule ramolli que se fait la perforation.

Il est beaucoup plus exceptionnel de voir, chez ces malades, un pneumothorax se produire par rupture de la plèvre au niveau d'une bronche dilatée. Dans notre cas, la plèvre était épaissie assez uniformément, ayant de 8 à 10 millimètres d'épaisseur; en un point, elle était plus mince, non fibreuse, non vascularisée; c'est en ce point que portait la rupture. Cette rupture conduisait dans une cavité qui était une bronche dilatée.

L'examen histologique montra que la paroi bronchique affleurait presque la plèvre; il n'y avait entre les deux organes pas plus d'un millimètre d'épaisseur de tissu pulmonaire. La rupture s'était faite par suite de la tuberculisation de la bronche juste au point où elle affleurait la plèvre, les parties voisines du poumon n'étant pas tuberculisées; la caséification a atteint la mince lame pulmonaire sous-jacente, et le ramollissement des parties caséifiées a produit la perforation. Il a fallu dans ce cas un concours curieux de circonstances pour produire le pneumothorax : 1° la dilatation des bronches se produisant juste en face du point où la plèvre était le plus faible; 2° la tuberculisation de cette bronche dilatée, ce qui est exceptionnel; 3° la localisation de cette tuberculose juste en face le défaut de la cuirasse pleurale.

Occlusion intestinale par calcul biliaire. Expulsion du calcul par grands lavements huileux.

MM. Widal et **Mourette.** — Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas d'obstruction intestinale qui mérite d'être rapporté, en raison de la question d'intervention qu'il avait soulevée et en raison du traitement qui a favorisé l'expulsion du gros calcul obstruant.

Chez une femme de soixante-six ans n'ayant jamais présenté ni coliques hépatiques, ni ictère, survint brusquement une douleur dans l'hypochondre droit, au voisinage de l'ombilic. Cette douleur fut bientôt suivie de vomissements biliaires, puis fécaloïdes. L'obstruction intestinale était complète; le malade ne rendait par l'anus ni gaz, ni matières. Avant toute tentative d'opération, on songea à désobstruer l'intestin par l'administration de grands lavements d'huile d'olive stérilisée de 500 et de 400 grammes. Le second lavement détermina l'expulsion d'un calcul biliaire gros comme un petit œuf de poule. Une débâcle intestinale suivit, et la malade revint rapidement à la santé.

En présence d'une obstruction intestinale de cause inconnue, il faut donc penser plus souvent qu'on ne le fait à l'occlusion par calcul développé au cours d'une lithiase biliaire jusque-là latente. Quand il en est temps encore, il est sage de faire appel aux moyens qui peuvent désobstruer l'intestin.

Méningite tuberculeuse à forme hémiplégique. Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien.

MM. Souques et **Quiserne** communiquent un cas dans lequel la méningite tuberculeuse se manifesta d'abord par des attaques transitoires d'hémiplégie ne durant que quelques minutes ou quelques heures. C'est seulement au bout de quatre jours que l'hémiplégie s'installa définitivement. Bien que la face fût indemne, il y avait de l'aphasie. Le signe de Kernig étant positif, M. Ravaut fit une ponction lombaire qui révéla de la lymphocytose, avec hypotonie du liquide. La méninge était perméable à l'iodure. Le malade mourut en hyperthermie le lendemain.

Il y avait une méningite tuberculeuse en plaque des zones motrices du côté gauche. Sans le cyto-diagnostic, le diagnostic aurait été hésitant. Il aurait été difficile de dire s'il ne s'agissait pas d'une tumeur cérébrale, par exemple d'un gros tubercule intra-cérébral.

Un point à noter est que le malade avait soigné, peu de temps auparavant, sa femme malade de tuberculose pulmonaire; il avait eu une lésion de la narine *gauche* qui nécessita l'enlèvement d'un cornet. Cela est à rapprocher de la localisation sur l'hémisphère *gauche*. La narine a pu être la porte d'entrée.

Cyto-diagnostic dans la paralysie générale.

M. Laignel-Lavastine rapporte les numérations leucocytaires du liquide céphalo-rachidien de 40 malades. Dans 21 cas de paralysie générale, il a trouvé que le nombre total des leucocytes par millimètre cube était environ de 5, ce chiffre montant souvent à 25 ou 30, soit tout au début, soit à la fin de la maladie. Dans 4 autres cas de paralysie générale, il n'a pas trouvé plus de 0,5 leucocyte par millimètre cube, quantité qu'il ne croit pas suffisamment différente du nombre normal pour lui attribuer une valeur pathologique. Au point de vue de la formule leucocytaire de la paralysie générale, il confirme les résultats déjà publiés. Dans les autres affections, méningite tuberculeuse, méningite cérébro-spinale, tabes, intoxications alcoolique et absinthique, il n'ajoute aux faits déjà connus de lymphocytose que la mesure exprimée des chiffres de cette lymphocytose. Enfin, ayant constaté qu'à la suite d'une première ponction, qui avait donné un liquide normal, une légère leucocytose s'était produite, il se demande si la réaction cytologique céphalo-rachidienne n'est pas si sensible qu'une simple piqûre aseptique suffise à la produire.

Ophthalmoplégie externe partielle, dissociée et périphérique, au début d'une rougeole.

M. Simonin. — Un jeune soldat de 21 ans eut au 2° jour d'une rougeole une céphalée violente avec vertige; le lendemain, l'œil gauche était empli de muco-pus; puis les mouvements de l'œil vers l'angle externe furent impossibles; quelques jours plus tard, le releveur de la paupière supérieure fut, de même, paralysé, mais le droit supérieur resta intact. La paralysie dura 5 jours.

Cette paralysie ne semble pas due au staphylocoque de la conjonctivite, mais bien, malgré sa précocité, aux toxines mêmes de la rougeole; la longue période d'invasion de cette maladie rend cette hypothèse admissible. Cette paralysie était périphérique; c'est seulement ainsi qu'on peut expliquer que le droit supérieur et le releveur, innervés par un tronc commun, étaient, néanmoins, l'un intact, l'autre paralysé.

Maladie d'Addison dans un mal de Pott. Extériorisation de la mélanodermie latente.

M. Trémolières observe actuellement, dans le service de M. Jacquet, un tuberculeux chez qui l'application de cataplasmes chauds a provoqué rapidement une forte pigmentation locale.

M. Jacquet suppose que c'est l'indice d'une tuberculose surrénale — ou d'une lésion du sympathique abdominal — et peut-être un moyen d'extérioriser la mélanodermie latente.

Or, chez un pottique à pigmentation génitale, la même application a fait naître en une dizaine de jours l'hyperchromie cutanée. Ce malade vient de succomber, et ses capsules surrénales furent trouvées bourrées de masses caséeuses.

Cela rend vraisemblable l'extériorisation possible de la mélanodermie simplement potentielle dans les cas frustes d'addisonisme.

L'adéno-lipomatose chez la femme.

MM. Launois et **Bensaude.** — L'adéno-lipomatose symétrique présente une prédilection bien marquée pour le

sexe masculin. Sur près de 100 cas publiés, nous ne relevons que 4 cas chez la femme, et tous ces cas différaient du type classique.

Il n'en est pas de même de la malade que nous présentons à la Société. Il s'agit d'une femme de 34 ans, alcoolique, présentant des lipomes symétriques dans différents points du corps et un collier graisseux caractéristique.

L'affection est plus fréquente qu'on ne croit généralement, puisque depuis notre communication de 1898, 15 cas ont été publiés en France, dont 5 personnels.

Double phlegmon périnéphrétique suppuré. Opération. Guérison.

M. Hirtz communique l'observation d'un double phlegmon périnéphrétique survenu à la suite d'une angine. La région rénale droite fut d'abord le siège de douleurs, avec empâtement à la palpation bimanuelle de la région rénale, état typhoïde et céphalée intense. Huit jours après, les symptômes s'étaient transportés du côté gauche et la situation s'aggravait.

M. Bouilly incisa la région lombaire gauche et évacua une bonne quantité de pus à streptocoques. Cependant, dès le lendemain, la température remonta, et les mêmes symptômes reparurent à droite. Il fallut une seconde incision sur ce côté pour amener une nouvelle évacuation de pus, suivie enfin de guérison.

M. Dupré fait l'hypothèse que cette malade avait un rein unique en fer à cheval, ce qui explique la communication du tissu cellulaire des deux fosses rénales et le passage de l'infection de l'une à l'autre.

Infection intestinale et gastérine.

M. Legendre communique, au nom de M. Frémont, l'observation d'une malade atteinte de diarrhée chronique qui l'avait amenée à un état grave : amaigrissement, teint terreux, crises d'étouffements. Dès le lendemain de l'administration de la gastérine, les selles étaient moulées; l'état général se remit avec une grande rapidité.

M. Frémont considère ce fait comme la preuve que cette diarrhée était due, non pas à une lésion intestinale, mais à une insuffisance de digestion stomacale.

Pour sa part, M. Legendre a administré avec succès la gastérine de Frémont dans des états gastriques purs, mais également dans des états gastro-intestinaux, embarras gastro-intestinal catarrhal à forme prolongée, gastro-entérite à forme infectieuse d'été, entéro-colite muco-membraneuse. La gastérine semble ne pas agir seulement sur les affections gastriques, mais également sur certains états intestinaux.

M. Rendu relate à ce propos l'observation d'une jeune fille qui, à la suite d'une pleurésie, avait pour ainsi dire cessé de s'alimenter et se cachectisait. Le bon état de la nutrition n'a pu être rétabli que par l'usage de la gastérine.

Péritonite à pneumocoques.

MM. Ménétrier et **Aubertin** communiquent une nouvelle observation de péritonite à pneumocoques chez un adulte. Les points particuliers de cette observation sont la localisation et l'enkystement du pus dans le côté gauche de l'abdomen, la notion d'une pneumonie antérieure, enfin l'existence d'une cirrhose atrophique du foie à peu près latente jusque-là, et qui explique sans doute que le péritoine ait été en état de moindre résistance au pneumocoque. Elle explique aussi pourquoi la maladie, malgré sa tendance à l'enkystement, a été mortelle.

Méningite cérébro-spinale bénigne, à marche cyclique, chez des adolescents.

MM. E. Launois et **J. Camus** communiquent 3 cas de méningite cérébro-spinale à évolution cyclique. Les symptômes et la marche y sont tellement semblables que ces trois observations paraissent calquées l'une sur l'autre. Dans les 3 cas la maladie frappe en pleine santé des adolescents de même âge, la durée est identiquement la même, la défervescence s'est faite dans les 3 cas au 9e jour, le signe de Kernig a existé d'une façon constante, et les réflexes rotuliens, abolis d'abord, ont reparu rapidement après la chute de la température. Il a existé passagèrement de la parésie et de la paralysie de la vessie. De même que la maladie était apparue sans prodromes, la guérison a eu lieu sans convalescence, puisque ces trois jeunes gens ont quitté l'hôpital 4 ou 5 jours après la disparition de la fièvre. Le début brusque, la durée, la chute de la température au 9e jour éveillent l'idée d'une affection à pneumocoques. Malheureusement, la ponction lombaire n'a pu être pratiquée, deux malades s'y sont refusé catégoriquement, et le troisième ayant demandé l'autorisation de ses parents ne l'a reçue qu'après la guérison. On voit cependant que la clinique suffisait amplement à établir le diagnostic.

M. Triboulet a observé un cas de méningite cérébro-spinale où les symptômes méningés étaient absents et où le diagnostic était impossible. Il n'y avait que des symptômes généraux, et le malade est resté 8 jours dans le coma. Une ponction lombaire fut néanmoins décidée. Elle révéla une polynucléose qui permit le diagnostic. Malgré l'état grave du malade, l'affection se termina par la guérison.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séances des 13 Mai et 10 Juin 1901.

Des autopsies dans les hôpitaux civils.

M. Leredde. — A la fin de l'année 1900, un gardien de la paix, qui avait été victime d'un accident de voiture, meurt à l'hôpital, et l'autopsie est faite par les soins du chef de service. Quelques jours après, une action judiciaire fut ouverte contre l'auteur de l'accident, et quand le médecin légiste fut faire l'autopsie, il constata que les viscères n'adhéraient pas, que le cerveau et la moelle manquaient. A la place il trouva un journal. La connaissance de ce fait détermina une vive émotion dans l'opinion publique, et la Société de médecine légale nomma une commission chargée d'examiner la façon dont les autopsies sont faites dans les hôpitaux et comment elles devraient être faites.

Au sujet de l'incident lui-même, il a semblé à M. Leredde qu'il était facile d'en empêcher le retour. Il suffit, pour cela, que l'Administration de l'Assistance publique veuille bien s'occuper de façon sérieuse de l'organisation des salles d'autopsie. Il est inadmissible, par exemple, que dans un important hôpital, comme l'hôpital Saint-Antoine, il n'y ait dans la salle des autopsies que trois tables pour tous les services, au point qu'il arrive que plusieurs cadavres soient examinés sur la même table : on peut alors comprendre que le garçon d'amphithéâtre puisse confondre les organes, et au moment de la mise en bière attribuer à un cadavre ce qui provenait d'un autre.

Il y a donc là un manque d'organisation intérieure auquel il appartiendra à l'Administration de remédier.

Mais si un garçon d'amphithéâtre est excusable d'avoir commis une erreur dans le désordre obligatoire qui règne dans les amphithéâtres exigus d'autopsies, il ne peut jamais l'être lorsqu'il se permet de remplacer les organes manquants par un journal ou tout autre objet. En cela il a commis une faute grave. Nous ne saurions mieux faire que de nous associer aux paroles prononcées par M. le Dr Vibert dans la séance du 11 février dernier : « Le respect de la mort, et, par conséquent, le respect des cadavres, est un sentiment profondément ancré dans le public. Nous devons, nous médecins, nous efforcer de n'y porter aucune atteinte. Notre Société ne saurait donc approuver, en quelque sorte, par son silence, des faits dans lesquels l'opinion publique a vu une véritable profanation de cadavre. Nous devons, au contraire, protester hautement contre la faute attribuée au garçon d'amphithéâtre et émettre le vœu que des mesures efficaces soient prises pour que de pareils faits ne puissent pas se renouveler. »

Vœu. — L'Administation devra organiser les salles d'autopsies de façon à empêcher que des erreurs puissent être commises au moment où il est procédé à la mise en place des organes autopsiés. Elle devra prendre toutes les mesures pour que le personnel employé au service des autopsies remplisse ses fonctions avec attention et décence.

Il est un autre point qui, pour les médecins experts, présente un particulier intérêt ; c'est l'impossibilité dans laquelle le médecin légiste peut se trouver de formuler des conclusions, par suite de l'état que présente le cadavre après une première autopsie pratiquée à l'hôpital.

Que l'on ne vienne pas dire qu'il suffira au médecin expert de puiser dans les données de la première autopsie les réponses que la justice lui demande : cela lui sera presque toujours impossible. La raison en est bien simple : l'autopsie faite dans un hôpital par des internes, sous la haute direction du médecin chef de service, n'a qu'un but : une recherche scientifique. L'autopsie, que nous appellerons l'autopsie judiciaire, tend à d'autres recherches. La science, pour ne pas lui être indifférente, n'est cependant pas son but ; elle n'est pas faite pour résoudre ce seul problème, mais elle devra servir à fournir des réponses à une série de questions posées par l'autorité judiciaire, questions s'enchevêtrant les unes dans les autres et qui nécessitent toutes une égale réponse.

Le médecin légiste a, sans doute, à établir quelle a été la cause de la mort, mais, de plus, il devra élucider, à l'aide des constatations fournies par l'autopsie, les circonstances dans lesquelles elle a eu lieu. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, un homme a été tué d'un coup de couteau ou d'une balle de revolver ; l'homicide est évident, il est avoué par le coupable. Que de questions le médecin légiste a à résoudre dont ne penserait pas à se préoccuper le savant n'autopsiant que dans un but scientifique ! L'expert doit reconnaître avec quel genre d'armes les blessures ont été faites : piquantes, tranchantes, contondantes ; rechercher la forme, les dimensions de l'instrument vulnérant : dire si les blessures s'adaptent à telle arme suspectée ; reconnaître dans quelle direction le coup a été porté, à quelle profondeur il a pénétré, et parfois dans quelle position se trouvait la victime au moment où elle a été frappée. S'agit-il de plaies par armes à feu, le médecin devra dire si le coup a été tiré à bout portant, ou de très près, ou, au contraire, à une distance déterminée. Il devra savoir si la victime est morte sur le coup, ou si, au contraire, elle a survécu quelque temps, si elle a pu parcourir une certaine distance, accomplir tels ou tels actes après avoir été frappée, enfin, combien de temps, après avoir mangé, elle a dû succomber. Il reconnaîtra si la blessure mortelle a été précédée d'une lutte, etc. Et pour cela il doit se livrer, non seulement à un examen intérieur, mais aussi à un examen de l'extérieur du corps afin de relever des traces d'ecchymoses, de coups, de blessures. Nous pensons qu'il est inutile d'insister davantage ici pour justifier l'absolue nécessité pour le médecin expert de recevoir sans attouchement et sans atteinte le cadavre dont l'autopsie lui est demandée par la justice.

Il nous sera maintenant facile de concilier les intérêts de la science médicale, pour laquelle il n'y aurait pas de progrès possible sans l'autopsie cadavérique, et ceux de la justice.

Il suffira de réserver aux seuls médecins experts les autopsies des individus qui, décédés dans les hôpitaux, auront été l'objet des investigations de la justice. Pour toute personne qui, pendant son séjour à l'hôpital, aura reçu la visite d'unc ommissaire de police, d'un juge d'instruction ou d'un membre du parquet, en leur qualité, bien entendu, de représentants de la justice, la mention de cette simple visite sera portée sur la fiche qui la concerne, à son décès, et il ne sera pas permis, au service de l'hôpital, de pratiquer son autopsie sans l'autorisation expresse de l'autorité judiciaire mentionnée.

Nous allons même plus loin : il suffira qu'il soit porté à la connaissance soit de l'administration de l'hôpital, soit du chef de service dans lequel est soigné le malade, d'une façon quelconque, officiellement ou non, qu'à un moment donné, aussi bien pendant son séjour à l'hôpital, qu'avant son entrée, le malade a été à l'occasion de sa maladie l'objet des investigations d'une des autorités judiciaires précédemment indiquées, pour que la mention en soit inscrite sur la fiche, et à son décès que l'autopsie ne puisse être faite par le service de l'hôpital sans l'autorisation spéciale de la justice.

Les cas dans lesquels se présentera cette sorte de *veto* seront assez rares pour que les nécessités de la science n'en subissent aucune atteinte.

Vœu. — Lorsqu'un individu, amené dans un hôpital, aura été ou sera pendant son séjour l'objet d'une investigation de la part de l'autorité judiciaire : commissaire de police, juge d'instruction, membre du parquet, mention en sera portée sur la fiche le concernant par les soins de l'administration de l'hôpital ou du chef de service, dès que le fait parviendra à leur connaissance d'une façon quelconque, et en cas de décès il ne pourra pas être procédé par le service d'hôpital à son autopsie, sans une autorisation formelle et précise de cette autorité judiciaire.

M. Doumerc voudrait aller plus loin que la Commission, et donner à la famille le droit de demander au chef de service de faire l'autopsie et de s'en servir au mieux de ses intérêts.

M. Lutaud montre la façon bien supérieure dont les autopsies sont faites à l'étranger ; elles sont pratiquées par un personnel spécial, et les procès-verbaux restent dans les archives de l'hôpital. En somme, chez nous ce service est à réorganiser.

M. Vallon insiste sur ce fait que le chef de service n'a pas le droit d'inscrire quoi que ce soit sur la pancarte d'un malade ; elle est établie par les soins de l'Administration qui, seule, a qualité pour la modifier, la compléter, etc.

De la protection des aliénés soignés à domicile.

M. Jablonski (de Poitiers), membre correspondant de la Société, lui a adressé, pour être transmis aux présidents des deux Chambres et à celui du Conseil des ministres, le vœu suivant :

Considérant que les aliénés ont droit à la protection de l'Etat, il y aurait lieu de voter une loi obligeant toute personne ayant la charge d'un aliéné soigné à domicile à en aviser immédiatement l'autorité compétente. Celle-ci chargerait un médecin-inspecteur de visiter, au moins une fois par mois, lesdits aliénés, et, en cas de soins insuffisants, les malades seraient placés d'office dans les asiles.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 10 Juin 1901.

Indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de fibromes.

M. Richelot s'étant trouvé récemment en présence d'un cas de cancer du col assez avancé, avec envahissement du cul-de-sac postérieur et de la paroi postérieure du vagin, fit la laparotomie et tomba sur un utérus augmenté de volume qu'il pensa pouvoir être gravide. Après avoir hésité à l'enlever espérant pouvoir circonscrire le mal, il fit l'amputation supra-vaginale, puis l'ablation du col et de la moitié de la paroi vaginale. Il est à peu près certain d'avoir fait une opération complète, et estime donc qu'on a le droit d'hésiter en présence de cas semblables.

Quant à l'intervention dans la grossesse compliquée de fibromes, M. Richelot n'est plus du tout de l'opinion exprimée par M. Varnier dans la dernière séance. M. Richelot pense que le fibrome est une tumeur dite bénigne, qui est curable ; la tumeur une fois enlevée, la femme sera guérie, ce qui n'existait pas pour le cancer et pouvait permettre l'hésitation. Il considère une femme possédant un utérus gravide fibromateux et menacée d'accidents, comme en état de légitime défense. Elle est en effet exposée, en ce qui concerne l'évolution de sa grossesse, aux présentations vicieuses, à l'accouchement prématuré, aux métrorrhagies ; elle est sous le coup d'accidents de torsion de cet utérus fibromateux, d'accidents de rétroversion, d'accroissement rapide de la tumeur. Au moment du travail, il peut y avoir obstacle au passage de l'enfant et, après l'expulsion du fœtus, des hémorrhagies graves par défaut de rétraction de l'utérus.

D'ailleurs le fibrome du col empêche quelquefois de faire le diagnostic de la grossesse, masquant le ramollissement du col, empêchant de sentir l'utérus gravide ou des parties fœtales. On donne, cependant, trois signes devant permettre de faire ce dia-

gnostic : le ramollissement du col, la coloration violacée de la vulve et du vagin, et l'absence de métrorrhagies.

Au sujet de la conduite à tenir, M. Richelot pense qu'en présence des accidents dont est menacée la femme, il y a lieu de sacrifier une grossesse problématique à une intervention sûre. Contre les cas où l'on a la main forcée par des accidents et devant lesquels personne n'hésite à intervenir, il en est d'autres où l'on a tout lieu de craindre un danger prochain. Tous les cas de M. Varnier se rapportent à des femmes qui étaient à Baudelocque, bien surveillées, et chez lesquelles on pouvait intervenir dès que se montrerait un accident; mais toutes les femmes ne sont pas dans ces conditions et on ne peut toujours savoir quand un accident surviendra.

De plus, il s'agit, dans les cas de M. Varnier, de femmes entrées dans un service d'accouchement pour grossesse, le fibrome étant relégué au second plan. Les femmes que l'on observe dans les services de chirurgie ont, au contraire, des symptômes de fibromes prédominants, la grossesse étant accessoire.

M. Richelot croit donc qu'on peut éviter des accidents graves en opérant, que l'on doit prévoir le danger et agir préventivement; il s'agit alors d'une intervention, non pas obstétricale, qui donnerait un enfant non viable, mais d'une intervention chirurgicale; on a proposé l'énucléation des fibromes en laissant l'utérus, mais la myomectomie abdominale ne donne réellement de bons résultats qu'en dehors de la gestation. Les statistiques de l'opération de Porro et de la césarienne ne sont pas favorables. C'est donc à l'hystérectomie abdominale totale que M. Richelot donne la préférence. C'est, d'ailleurs, à la même opération qu'il aura recours lorsqu'il sera appelé à intervenir au début du travail.

M. Pinard fait remarquer que M. Richelot vient de faire un tableau impressionnant des accidents dont sont menacées les femmes enceintes possédant des fibromes. Ce tableau, M. Richelot l'emprunte à Olshausen. En France, l'on ne connaît rien de semblable. C'est ainsi que les métrorrhagies sont chose absolument exceptionnelle et ne se produisent que dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. Se montrent avec une égale rareté les autres accidents graves signalés par M. Richelot : compressions, dégénérescence, accroissement énorme. Le défaut de retrait de l'utérus après l'accouchement doit être rayé au même titre que les ménorrhagies. C'est là un tableau naguère classique qui a besoin de fortes retouches.

Pour la conduite à tenir, il n'y a pas à hésiter à intervenir lorsque la femme est menacée; on en a non seulement le droit, mais le devoir.

Quant à opérer, lorsqu'on croit que des accidents vont peut-être se montrer, M. Pinard se sépare absolument de M. Richelot, car rien n'autorise à dire que des accidents vont se produire, surtout lorsqu'on voit, ainsi que le prouvent les observations avec pièces apportées ici par M. Varnier, des femmes atteintes de fibromes multiples et volumineux aller à terme : des phénomènes de compression peuvent n'être que passagers, et on a pu conduire à terme des femmes, en les soumettant pendant près de 2 mois au repos et aux calmants.

M. Pinard pense que, lorsque des accidents se montrent au cours de la grossesse, la préférence doit être donnée à l'hystérectomie.

Au début du travail, la myomectomie a donné quelques résultats, mais c'est, en général, à l'hystérectomie totale ou partielle suivant les cas, qu'on aura recours; si la première est l'opération de choix des chirurgiens de profession, l'opération de Porro est plus à la portée des praticiens.

M. Doléris ne pose pas la question sur le même terrain que M. Varnier. Il ne pense pas que la tolérance de la grossesse vis-à-vis des fibromes soit le nœud de la question, et qu'on ne doive intervenir que lorsque se montrent des accidents. On ne peut jamais savoir ce que deviendront les lésions si on laisse évoluer les fibromes jusqu'au terme de la grossesse; on n'est jamais sûr de pouvoir intervenir à cette époque avec autant de sécurité qu'au moment où l'on pose le diagnostic.

M. Doléris connaît de nombreux cas qui eussent donné de meilleurs résultats opérés pendant la grossesse. Il compte, d'ailleurs, revenir sur ce sujet et développer cette théorie dans la prochaine séance.

M. Lepage, au sujet des difficultés du diagnostic des grossesses compliquées de fibromes, cite la thèse de Lucas, dans laquelle on voit que la plupart du temps le diagnostic peut être fait; les hémorrhagies sont exceptionnelles et ne se montrent guère que dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. Il pense qu'il ne faut pas être trop interventionniste pendant la grossesse, mais qu'on ne doit cependant pas hésiter à intervenir à la moindre menace d'accidents. Il ne faut guère compter sur la disparition ou le refoulement de la tumeur pendant le travail, et être, à ce moment, beaucoup plus interventionniste que les devanciers.

Opération césarienne avant le début du travail. Enfant prématuré mort un mois après sa naissance.

M. Varnier lit, au nom du Dr **Ansaloni** (de Blois), le compte rendu d'une opération césarienne conservatrice, pour un rétrécissement du bassin qui n'était justiciable d'aucune autre intervention. M. Varnier, consulté sur le moment propice pour opérer, avait conseillé d'attendre le début du travail. Bien décidé à attendre ce début, M. Ansaloni avoue s'être laissé influencer par des malaises qu'accusa la femme le 9 décembre. Craignant d'être pris à l'improviste, la nuit par exemple, il pratiqua l'opération lorsqu'il jugea que la femme devait être à terme, d'après l'époque de ses règles, bien que la hauteur utérine ne fût que de 28 centimètres. La césarienne fut faite sans difficultés, mais l'enfant, en état de mort apparente, ne pesait que 790 grammes. Il n'était évidemment pas à terme. Mis en couveuse, il ne commença à augmenter de poids qu'au 15e jour, fut changé de nourrice le 28e jour et mourut 2 jours après. Le Dr Ansaloni termine son observation en regrettant de n'avoir pas attendu le début du travail, qui lui eût permis d'avoir un enfant viable.

M. Pinard estime qu'à moins que la mère ne soit en danger, l'accoucheur n'a pas le droit d'intervenir avant le travail. Sous prétexte d'opérer quelques jours avant la fin de la grossesse, qu'il est impossible de suffisamment préciser, on commet fréquemment des erreurs fatales pour l'enfant.

Hémorrhagie rétro-placentaire consécutive à un traumatisme sur la région abdominale. Expulsion d'un fœtus mort et non macéré.

M. Champetiér de Ribes apporte une observation à l'appui de l'opinion émise par M. Lepage dans la séance du 22 avril, que les hémorrhagies rétro-placentaires pendant la grossesse peuvent être causées par un traumatisme.

Il s'agit d'une secondipare, âgée de 21 ans, enceinte de 7 mois 1/2 environ, qui se cogna accidentellement le côté droit de l'abdomen contre l'angle d'une table. Elle perdit connaissance, et en revenant à elle ne perçut plus de mouvements actifs. Il n'y avait eu d'écoulement ni de sang ni d'eau. Entrée le lendemain à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, on constata une ecchymose siégeant dans la région sus-pubienne, de forme régulière, de consistance ligneuse, douloureuse à la pression, la malade se plaignant, d'ailleurs, de douleurs intermittentes en ce point. Au toucher, on trouve le segment inférieur dur, tendu, et au-dessus un pôle fœtal qui paraît être la tête. M. Champetier de Ribes porta le diagnostic d'hémorrhagie intra-utérine rétro-placentaire avec enfant mort et poche intacte.

L'accouchement eut lieu 2 jours après, et donna tout d'abord lieu à l'expulsion de 333 grammes de caillots. Le fœtus expulsé ensuite frais mort pesait 1 900 grammes. L'exploration manuelle de la cavité utérine ne montra rien de particulier. Lavage intra-utérin. Suites de couches apyrétiques.

Examen du placenta : la face fœtale présente deux aspects différents, une portion normale sur laquelle s'insère le cordon; une autre rouge, congestionnée, couleur chair, correspondant à l'hématome. Sur la face utérine existe une dépression en forme de cupule prenant la moitié de cette face et remplie de caillots noirâtres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 30 mai 1901.

Hydronéphrose fermée dans un rein en ectopie lombo-iliaque.

M. Bérard communique l'observation d'une malade de 57 ans chez laquelle deux médecins ont diagnostiqué : l'un une tumeur kystique de l'ovaire avec fibrome utérin, l'autre un kyste multiloculaire de l'ovaire.

C'est à la suite de son premier accouchement, il y a 21 ans, que la malade découvrit, par hasard, dans la fosse iliaque gauche, une grosseur mobile, indolore, du volume du poing, qui s'était révélée seulement par un peu de pesanteur du côté correspondant. Un médecin consulté rassura la malade, sans lui dire de quoi il s'agissait; elle eut bientôt son attention détournée de cet incident, et comme elle ne souffrit pas pendant de longues années, elle ne songea même plus à constater la persistance de cette grosseur.

Il y a dix mois, cette femme vit réapparaître, dans la fosse iliaque gauche, son ancienne grosseur qui augmenta progressivement de volume, depuis, sans déterminer de troubles notables. Cependant, il y a 8 mois, elle fut prise brusquement de violentes coliques avec diarrhée, de frissons; elle resta plusieurs jours anorexique, sans météorisme, sans augmentation de la sensibilité abdominale. Ces accidents ne furent pas suivis d'une crise urinaire. Et, depuis ce moment, les troubles fonctionnels ont toujours été légers; la malade vient se faire opérer uniquement dans la crainte de voir grossir démesurément sa tumeur.

A l'examen, on constate que l'abdomen est augmenté de volume asymétriquement, avec une saillie notable dans le flanc et dans la fosse iliaque gauche.

La palpation fait percevoir une tumeur située nettement à gauche de la ligne médiane, s'arrêtant à trois travers de doigt du rebord des fausses côtes, et plongeant dans la fosse iliaque gauche où on la perd. Elle est relativement mobile sur les plans profonds, comme si elle tenait au ligament large par un pédicule assez long; elle paraît également fixée au voisinage du promontoire. Les téguments glissent à sa surface sans contracter avec elle aucune adhérence; ils sont normaux de coloration et d'aspect.

La consistance de cette masse est rénitente; la fluctuation s'obtient facilement au point le plus saillant. La surface en paraît assez irrégulière et bosselée, comme s'il s'agissait d'un kyste multiloculaire dont une des poches a pris un développement excessif. Rien dans les contours ne rappelle la forme de quelque organe.

La percussion révèle de la sonorité à gauche et en bas de la tumeur; seule la partie moyenne, la plus saillante, est submate plutôt que mate.

Cet ensemble de symptômes nous fait circonscrire le diagnostic entre un kyste de l'ovaire et une tumeur kystique du rein.

La laparotomie médiane sous-ombilicale conduit sur une tumeur kystique rétro-péritonéale, constituée par une poche, excessivement mince, presque transparente, bridée par quelques vaisseaux. Une ponction au gros trocard évacue environ 2 litres de liquide comparable à de l'eau de roche. La décortication nécessite une hémostase assez soignée de divers rameaux vasculaires, sans qu'à aucun moment donné on retrouve une disposition des vaisseaux qui rappelle le hile d'un organe. Ce n'est que lorsque la libération est aux trois quarts faite que la poche, mince jusque-là comme une feuille de fort papier, s'épaissit et prend les caractères du tissu rénal. L'ablation se termine sans incident.

Les suites de l'intervention furent très simples. Le premier jour, il y eut 800 grammes d'urine, avec 27 grammes d'urée par litre, 1 gr. 42 d'acide phosphorique et des traces d'albumine. Les jours suivants, grâce à quelques injections de sérum artificiel, la quantité des urines atteignit 1 200, puis 1 500 et et 1 800 grammes. Les mèches du tamponnement furent retirées au 8e jour. Aujourd'hui 30 mai, la malade peut être considéré comme guérie.

L'examen de la pièce révéla les particularités suivantes :

Tout le bassinet est uniformément dilaté en une poche considérable, à parois très minces, de 2 à 3 millimètres. La substance rénale, qui coiffe cette poche comme un cimier, est également distendue et réduite, suivant les points, à une épaisseur de 3 à 5 millimètres. En face de chaque papille se trouve un demi-cloisonnement auquel correspondent des contours extérieurs du rein vaguement lobulés. Aux deux pôles de l'organe aminci aboutissent des vaisseaux unis lâchement les uns aux autres par du tissu lamelleux, et dont le diamètre n'excède pas celui d'une plume de corbeau. L'uretère, retrouvé assez difficilement vers le cul-de-sac inférieur du bassinet, est également diminué de volume, aplati, sclérosé, comme s'il était depuis longtemps hors d'usage.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séances du 5 Juin 1901.

Actinomycose faciale.

M. Bayle présente un malade atteint d'actinomycose faciale du côté gauche.

C'est un malade âgé de 64 ans, qui exerce la profession de cultivateur et qui a des bœufs à soigner.

L'affection actuelle a débuté, il y a un mois, par une douleur intense dans la joue gauche avec gonflement et trismus très marqué empêchant le malade de s'alimenter.

Au moment de son entrée, salle Saint-Philippe, il avait encore un trismus assez marqué, une induration en plastron de toute la région massétérine et des fistules plongeant très profond et par lesquelles le stylet introduit n'arriva pas sur un point osseux dénudé. M. Poncet posa le diagnostic clinique d'actinomycose. On trouva des grains jaunes dans lesquels, à un premier examen, M. Dor ne trouva qu'un amas de cellules endothéliales.

Mais, quelques jours après, le malade ayant repris une petite poussée actinomycosique, sous forme d'une petite élevure de la grosseur d'une petite noix, à l'angle du maxillaire; un nouvel examen révéla, dans l'intérieur, des grains jaunes recueillis dans ce tissu, le mycélium typique de l'actinomycès. Il n'y avait pas de massues, ce qui peut être expliqué par l'état de misère physiologique du malade dont les tissus réagissent mal.

M. Dor. — Ce cas offre ceci de particulier, en effet, qu'on n'a pas trouvé des massues dans les grains jaunes, mais la coloration au violet de gentiane, et la méthode de Gram a montré la présence d'un mycélium caractéristique dichotomisé. Les massues ne sont qu'un produit de défense de l'actinomycès contre la réaction de l'organisme. Chez ce malade affaibli, il n'y a rien d'étonnant à ce que les massues fassent défaut.

Détubation au moyen de l'électro-aimant.

M. Collet. — Un des obstacles à la diffusion du tubage réside certainement dans la difficulté de certaines détubations qui peut être supprimée par le procédé suivant. L'instrumentation se compose : 1° d'un accumulateur portatif quelconque; 2° d'un électro-aimant allongé, peu volumineux, très maniable. tenant parfaitement entre le pouce, l'index et le médius. Il porte, à l'une de ses extrémités une, armature de fer doux, recourbée et mousse, destinée à pénétrer jusqu'au larynx. Les tubes, dont la forme importe peu, sont en acier ou en fer doux, nickelés. Leur face supérieure est plane.

Pour détuber, il suffit d'introduire l'extrémité recourbée de l'électro-aimant dans le pharynx, et de la pousser, derrière la base de la langue, dans la direction du larynx, jusqu'à ce qu'elle ait pris contact avec le tube; on sent alors que l'instrument est immobilisé; on n'a qu'à le retirer pour ramener le tube avec. La détubation peut se faire d'une seule main, car il n'est pas nécessaire d'aller reconnaître le tube avec l'index gauche ni

même de relever l'épiglotte. L'armature s'insinue facilement derrière celle-ci, à moins qu'elle ne soit très procidente. Cette détubation instantanée, qui ne nécessite ni notions spéciales, ni apprentissage, peut être pratiquée par n'importe qui; elle se recommande à tous les médecins par son extrême facilité; peut-être aussi pourra-t-elle rendre quelques services dans les cas d'obstruction subite des tubes qui sont rapidement suivis de mort par asphyxie. En tous cas, les essais faits devant des médecins compétents lui ont donné un résultat parfait.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 24 Avril 1901.

Tic douloureux convulsif de la face dans la région du nerf maxillaire inférieur.

M. Dervaux relate l'observation d'un cas de névralgie, datant de 7 ans, siégeant au niveau de la joue, apparaissant d'une façon intermittente et s'irradiant du trou mentonnier à la joue et au menton. En 1898 et 1899, le malade subit deux interventions chirurgicales qui n'amenèrent aucune amélioration. Le 21 février 1901, il fut opéré par M. Duret. L'opérateur fit une incision curviligne intéressant les régions malaire, temporale et zygomatique; puis la résection de l'arcade zygomatique, l'incision de l'aponévrose temporale, la dénudation de la fosse temporale, la section de la pointe de l'apophyse coronoïde qui fut relevé avec les attaches inférieures du muscle temporal. Après repérage du nerf maxillaire inférieur dans le trou ovale, avec le doigt introduit derrière l'aileron externe de l'apophyse ptérygoïde, le nerf apparut englobé dans un tissu rouge dont la dissociation était impossible. Une sonde cannelée recourbée fut alors introduite dans le crâne, par le trou ovale. Le chirurgien pratiqua ensuite l'ouverture du crâne, par une trépanation au ciseau de la région temporale au-dessus de la crête séparant la fosse temporale de la face inférieure, au sphénoïde. L'orifice fut élargi à la pince-gouge jusqu'au trou ovale. Le nerf se montra alors sous la forme d'un cordon rougeâtre et fibreux; il fut réséqué sur une longueur de 1 centimètre et demi allant en haut jusqu'au ganglion de Gasser.

Fermeture de la plaie. Drainage à la partie antérieure et à la partie postérieure de la plaie, le premier sous le muscle temporal, l'autre sous l'arcade zygomatique. Suture périostique et cutanée. Pansement.

L'opération avait duré une heure et demie. Le lendemain, le malade demanda à manger; ses douleurs avaient disparu et l'on constata une anesthésie complète de la région temporale droite, de la région massétérine et de toute la joue, et une paralysie faciale, qui persistèrent. Il s'établit une légère suppuration, les fils et des parcelles osseuses nécrosées s'éliminèrent, et le malade était guéri en fin avril.

M. Duret ajoute que cette opération est plus difficultueuse que grave, car elle ne touche pas à la dure-mère. En outre, elle est préférable à l'extirpation du ganglion de Gasser, qui expose à la blessure du sinus caverneux et des nerfs moteurs de l'œil. Contre la résection du nerf maxillaire inférieur on a objecté que dans les cas où son indication pouvait être posée, il y avait avantage de faire la résection de l'alvéole dentaire, les douleurs névralgiques pouvant avoir une origine dentaire. Cette résection alvéolaire est indiquée quand il existe des signes nets d'alvéolite et donne de bons résultats. Mais quand la névralgie n'est pas d'origine dentaire, ou bien quand la lésion alvéolaire s'est éteinte, après avoir déterminé des lésions nerveuses, il faut opérer non plus à la périphérie, mais près de la base du crâne.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

REUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 Février 1901.

Torsion du mésentère.

M. Riese. — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de 46 ans, qui, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, avait reçu un coup dans la région inguinale gauche. Il fut pris, au bout de quelques heures, de douleurs très vives dans l'abdomen, et lorsque, 2 jours plus tard, il entra à l'hôpital, il présentait tous les signes d'irritation péritonéale. A l'examen, on trouva une hernie inguinale interstitielle qui paraissait très tendue.

La kélotomie fit tout d'abord constater que le sac était rempli de pus, qui semblait provenir de la cavité abdominale. L'incision fut donc prolongée sur la paroi abdominale, et à l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva un abcès intrapéritonéal, situé entre les anses de l'intestin grêle, la vessie et le péritoine pariétal.

Croyant avoir affaire à une appendicite suppurée, M. Riese prolonge l'incision dans le flanc droit et va à la recherche de l'appendice. Celui-ci était sain bien qu'il contenait un calcul; par contre, on fut tout surpris de trouve l'S iliaque sous le cæcum. On fait, en conséquence, une laparotomie médiane et on trouve l'intestin grêle et son mésentère tordus de droite à gauche, de façon à décrire un angle de 90°. L'S iliaque aplati était soudé, au niveau de la torsion, au mésentère de l'intestin grêle, tandis que son mésentère présentait une série de cicatrices anciennes. L'intestin grêle était, en outre, perforé, et c'est cette perforation qui avait été le point de départ de l'abcès.

Après détorsion de l'intestin grêle et suture de la perforation, le côlon ascendant, le cæcum et l'intestin grêle reprirent leur aspect normal. Par contre, le côlon ascendant et la moitié gauche du côlon transverse restèrent vides et aplatis. Une traction sur l'épiploon suffit pour leur faire reprendre l'aspect normal.

Le malade succomba à la péritonite 48 heures après l'opération. A l'autopsie, on constata sur le côlon transverse une coudure qui avait disparu par la traction exercée au cours de l'opération. Cette coudure était due à des adhérences qui avaient soudé la moitié droite du côlon transverse à la face inférieure du foie.

Gangrène du poumon.

M. Körte. — Une femme, âgée de 40 ans, dont les parents sont morts tuberculeux, et qui a eu une pleurésie 2 ans auparavant, a été prise, en septembre 1900, de fièvre avec frissons, toux, points de côté. A l'hôpital où elle entra, on constata l'existence d'une matité dans la partie inférieure gauche du thorax. L'expectoration était fluide, fétide, ne renfermait pas de bacilles tuberculeux, mais contenait des fibres élastiques. Une ponction exploratrice, faite au niveau de la zone de matité, amena un liquide que la malade expectorait en grande abondance. On diagnostiqua un empyème ouvert dans les bronches, et la malade fut transportée dans le service de M. Korte, qui fit l'opération de l'empyème.

Après la résection de la 7e côte, sur une étendue de 5 centimètres, au niveau de la ligne axillaire postérieure, on trouva la plèvre épaissie. Lorsque celle-ci fut incisée, il sortit environ 50 grammes de pus, et le doigt introduit dans la cavité constata qu'il s'agissait d'un foyer de gangrène pulmonaire d'où, avec une pince, on retira un sequestre de parenchyme gros comme une petite pomme. La cavité qui communiquait avec une bronche fut tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples. L'expectoration putride diminua, la fièvre diminua, les forces revinrent, et la cavité se remplit de granulations qui font prévoir la cicatrisation prochaine de la plaie.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Maladie de Parkinson; contribution à l'étude des formes unilatérales,

Par Pierre Grange,

Licencié èssciences, interne des hôpitaux de Lyon.

Durant un semestre passé à la Croix-Rousse, dans le service de notre maître M. le Dr Lyonnet nous avons eu la bonne fortune de rencontrer deux malades atteints de maladie de Parkinson à forme hémiplégique. C'est leur histoire que nous allons rapporter (1).

Observation I. — *Maladie de Parkinson. Hémitremblement gauche. Athérome artériel et des valvules aortiques. Crises angoissantes nocturnes dans la région précordiale. Grippe. Mort par pneumonie.*

Antoinette M..., 71 ans, dévideuse, entrée le 23 janvier 1900, morte le 6 février 1900, salle Sainte-Blandine, n° 58.

Père et mère morts âgés d'infection indéterminée.

Dans l'enfance, habitait les marais de la Haute-Savoie, elle eut la fièvre intermittente.

Réglée à 16 ans, ménopause à 51 ans.

Mariée et divorcée : eut un enfant mort à 7 mois, pas de fausses couches, pas de stigmates de syphilis.

N'a jamais été malade, à part une congestion cérébrale (?) qu'elle eut vers 50 ans; à ce moment, dit-elle, elle resta plusieurs jours sans connaissance. Jamais de rhumatismes, ni de maladies infectieuses.

Depuis un an elle a vu s'installer peu à peu un tremblement du côté gauche; avant novembre 1899, elle a toujours pu continuer son travail de dévideuse.

Elle boit beaucoup de café, quelquefois un petit verre d'eau d'arquebuse, mais cela irrégulièrement.

Marche, évolution. — Depuis le 1er novembre 1899, elle cesse son travail; car la veille, vaquant à ses occupations, elle est brusquement prise d'un malaise général, consistant en faiblesse, qui l'oblige à s'arrêter. A ce moment elle ne perdit pas connaissance, n'eut pas de frissons, pas de céphalée. A la suite de cette indisposition elle remarqua que le tremblement préexistant avait beaucoup augmenté.

Depuis cette époque, jamais retour à la santé, ni reprise du travail à cause de la faiblesse générale et des phénomènes suivants qui survinrent à peu près chaque nuit.

Plusieurs fois par nuit elle éprouve une douleur constrictive, angoissante, qui siège dans la région précordiale, s'irradie du côté de la colonne et dans le bras gauche; pendant ce temps, elle ne peut respirer. Ces phénomènes douloureux sont brusques dans leur apparition comme dans leur terminaison qui est rapide. Rien dans le jour, sauf un peu de dyspnée d'effort.

Depuis novembre, léger œdème des membres inférieurs et amaigrissement notable.

Intolérance gastrique datant d'environ 3 semaines; la malade ne peut rien prendre sans vomir; ou, si l'alimentation est tolérée, elle a de suite une diarrhée lientérique.

Jamais de paralysie du côté gauche.

Elle entre à l'hôpital pour les phénomènes précédents qui en résumé sont : accès angoissants nocturnes, faiblesse générale, troubles gastro-intestinaux, tremblement.

Actuellement. — La malade est un peu maigre, mais assez bien conservée pour son âge. Température de 38° à l'entrée.

En l'examinant, on est de suite frappé par l'aspect du visage qui est peu expressif, traduit l'angoisse, et par un tremblement qui ne semble exister qu'à gauche.

Appareil respiratoire. — Ne tousse pas, rien à l'examen physique.

Appareil circulatoire. — Les troubles fonctionnels sont ceux décrits comme accès nocturnes.

Matité précordiale pas notablement augmentée, pas de matité aortique.

Pointe du cœur, dans le 5e espace en dehors du mamelon; impulsion forte à la palpation large; par moment il existe une espèce de frémissement qui n'est que le choc de la pointe d'une deuxième contraction très rapprochée, dans certaines périodes arythmiques du cœur.

Les bruits sont irréguliers, l'arythmie consiste surtout en faux pas, pas de bruits de salve. Très léger souffle systolique à la pointe, ne se propageant pas; à l'aorte, souffle systolique, deuxième bruit clangoreux.

Le pouls traduit toutes les irrégularités du cœur, 108; les artères sont un peu sinueuses.

Appareil digestif. — L'intolérance gastrique continue, vomissements après ingestion des aliments, ou bien diarrhée. Langue un peu sèche, rôtie au centre. Pas de douleur ni au creux épigastrique, ni dans l'abdomen. Estomac et foie de volume normal.

Appareil génito-urinaire. — Les urines ne contiennent pas d'albumine ; pas de petits signes de brightisme.

Système nerveux. Tremblement. — La malade présente un tremblement intense surtout localisé aux membres inférieur et supérieur gauches ; à droite, on peut parfois, mais rarement observer quelques oscillations à la main, cela lorsque la malade est très émue.

A gauche, c'est un tremblement massif du membre, il est à grandes oscillations peu rapides. A la main, les quatre derniers doigts tremblent ensemble, inclinés sur le métacarpe, tandis que le pouce tremble en sens inverse, la malade semble alors filer ; en même temps, le bras et l'avant-bras sont animés de mouvements isochrones. Ce tremblement existe en dehors des mouvements volontaires, il n'est pas augmenté par eux, au contraire. Il disparaît pendant le sommeil.

Du côté du membre inférieur gauche, tremblement massif, oscillations présentant les mêmes caractères qu'au membre supérieur.

Jamais de tremblement dans le membre inférieur droit.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, davantage à gauche. De ce côté, trépidation épileptoïde très facile à provoquer, le clonus du genou existe aussi à gauche, mais est difficile à provoquer.

L'hémitremblement est souvent si intense que la malade paraît animée d'un tremblement généralisé ; ce n'est cependant que la transmission des oscillations du côté gauche. Du côté de la face et de la tête, pas de tremblement, pas de paralysie.

1. Ces observations ont servi de base à la thèse de Michaud : *Des formes unilatérales de la maladie de Parkinson*, Lyon, 1901.

Pas de trouble de la musculature interne et externe de l'œil. La vue n'a pas diminué ces derniers temps.

Hémiparésie. — Du côté gauche, au membre supérieur et inférieur, la force est moins intense qu'à droite. Rien à la langue.

Marche. — Elle marche avec peine, ni anté, ni rétropulsion, elle a une attitude un peu soudée, les bras sont joints au thorax, les avant-bras sont fléchis sur le bras; les pas sont petits, la jambe gauche est légèrement traînée; lorsqu'elle pose le pied gauche à terre, celui-ci porte de suite sur la plante tout entière. Quand elle se baisse, elle immobilise sa colonne.

Troubles de la sensibilité. — La sensibilité est émoussée d'une façon générale, et, diminuée au niveau de la jambe et du pied gauche. Pas d'hémi-anesthésie.

La malade dit avoir toujours été nerveuse, depuis longtemps elle a un besoin incessant de bouger. Pas de sensations de chaleur, se couvre normalement, repose assez bien la nuit (les sensations angoissantes mises à part).

Pas de phénomènes vaso-moteurs; il existe cependant un léger œdème des membres inférieurs.

Pas de retard de compréhensions, ni de gêne dans la parole.

1er février. — Depuis hier la malade est oppressée; au thorax à droite, en arrière, souffle expiratoire; en avant vers le 2e espace intercostal droit, matité et nombreux râles sous-crépitants fins.

Quelques irrégularités cardiaques; la température s'élève.

Le tremblement au côté droit augmente, il cesse toujours au repos.

3 février. — Les signes du côté du poumon s'accentuent de plus en plus, le côté droit est rempli de râles fins. Le cœur est très irrégulier, le pouls petit bat à 124.

4 février. — La malade entre dans une période de stertor et meurt dans la soirée.

Autopsie. — L'ouverture de la boîte cranienne ne montre rien de particulier.

La dure-mère enlevée, on note un peu d'œdème sous la pie-mère, il est généralisé des deux côtés.

Absolument rien macroscopiquement dans les deux hémisphères et sur l'encéphale en général, soit à la surface, soit dans les diverses coupes. Du côté de la moelle, rien de visible; les méninges rachidiennes adhèrent cependant plus que normalement au canal osseux.

Le cœur est un peu hypertrophié, quelques plaques de sclérose sur l'aorte et les valvules aortiques qui sont peu touchées.

Aux poumons, congestion intense et œdème des deux côtés; à droite, le lobe supérieur est hépatisé, il va au fond de l'eau.

Rien aux autres organes.

L'examen hystologique du système nerveux n'a pu être fait.

OBS. II. — *Maladie de Parkinson. — Hémitremblement droit (bras surtout). — Spasmes laryngés.*

Suzanne P..., 64 ans, tisseuse, entrée le 21 mars 1900, sortie le 17 avril 1900, salle Sainte-Blandine, n° 60.

Père et mère morts âgés, n'ont jamais eu de crises de nerfs. Ont eu 9 enfants, dont 6 sont encore vivants, ils sont tous très nerveux.

N'a jamais été malade, à part quelques refroidissements insignifiants qui n'ont jamais retenu la malade au lit.

Réglée à 17 ans, ménopause à 52 ans.

Mariée deux fois, son premier mari est mort à 52 ans, alcoolique, le second est à Bron. A eu 3 enfants, 2 sont morts à la naissance, une fillette morte à 14 ans.

Nie tout alcoolisme, ne semble pas avoir eu la syphilis. Jamais de crise de nerfs; elle était très nerveuse, comme toute sa famille; son nervosisme se manifestait par de violentes crises de colère ou de larmes à la moindre contrariété.

Jamais de paralysie ni d'ictus apoplectiques.

Ces dernières années, elle était un peu essoufflée les hivers.

La malade dit rentrer à l'hôpital pour de la grippe qui durerait depuis un mois. Par son interrogatoire on voit qu'elle n'a pas été grippée; ce qu'elle décrit sous ce nom ce sont les phénomènes suivants :

Au froid, lorsqu'elle sort, elle prend, dit-elle, une crise. Tout à coup elle semble s'isoler dans l'obscurité, la nuit l'environne, elle s'assied, puis, sans perdre connaissance, elle a eu une crise de dyspnée épouvantable accompagnée de tremblement et de mouvements généralisés; durant ce temps, elle voit ce qui se passe autour d'elle, par exemple les gens qui vont lui chercher de l'arquebuse; ces phénomènes durent quelques instants, puis la malade remise peut continuer sa route. Ces accidents se montrent surtout lorsque la malade est dehors, ou prend un liquide froid; chez elle, à la maison, ils sont très rares.

Il y a deux ans, à la suite d'une frayeur, la malade commença à trembler du bras droit, ce tremblement dura environ un an, il était peu accentué; il disparut l'été dernier pour revenir intense, il y a 2 mois, à la suite d'un violent accès de suffocation. Jamais en dehors de ces derniers elle n'a eu un tremblement généralisé. C'est pour ces phénomènes qu'elle rentre à l'hôpital.

Actuellement. — On est en présence d'une femme au teint normalement coloré, assez bien conservée pour son âge, qui présente un tremblement du bras droit attirant de suite l'attention.

Système nerveux. — Tremblement. — Il est localisé au membre supérieur droit; la tête parfois est animée de légères oscillations, mais elles n'existent que lorsque le tremblement du bras est intense et se propage.

Il est surtout marqué au repos, dans les mouvements voulus il s'arrête à peu près complètement; la malade porte facilement à sa bouche un bol complètement rempli de liquide. Les oscillations sont de petite amplitude, le moignon de l'épaule exécute quelques mouvements dans le sens antéro-postérieur; ceux de l'avant-bras s'exécutent dans le sens de la flexion et de l'extension; la main se fléchit et s'étend sur le poignet exécutant des mouvements qui varient dans un angle de 60°; au poignet quelques mouvements de latéralité à gauche et à droite. Le pouce a quelques mouvements très petits d'extension et de flexion, les 4 doigts de la main sont le plus souvent au repos, parfois s'y montrent quelques oscillations massives, la main de la malade ressemble alors à celle d'une fileuse.

Au membre inférieur droit, quelques oscillations peu intenses qui se passent surtout au niveau des articulations tibio-tarsiennes et des orteils, ceux-ci exécutent parfois des mouvements de flexion et d'extension.

Réflexes. — Plantaire très diminué à droite, exagéré à gauche. Rotuliens sont normaux. Il est impossible d'examiner ceux du bras à cause de l'indocilité de la malade.

Force. — Semblable des deux côtés; aucune paralysie; la malade est tisseuse et exerçait encore sa profession avant d'entrer à l'hôpital.

Station et marche. — Marche bien, pas d'anté ni de rétropulsion. Pas de signes de Romberg.

Crises. — Les crises nerveuses, ou mieux les accès de dyspnée peuvent être reproduites facilement. Si la malade boit un liquide froid, on la voit bientôt devenir un peu pâle, la respiration est rapidement suspendue, elle fait de suite de grands mouvements respiratoires, qui n'aboutissent pas sensiblement à une dilatation de la cavité thoracique. L'air qui cherche à forcer le larynx fait un bruit rude, strident. Au bout d'une dizaine de mouvements respiratoires, l'accès cesse bientôt, puis tout rentre dans l'ordre. Ce sont des phénomènes sembables accompagnés de tremblement et de mouvements généralisés, que la malade prend lorsqu'elle sort au froid.

Stigmates nerveux. — Les réflexes cornéens et pharyngiens sont conservés. Pas d'hémi-anesthésie bien nette, cependant la sensibilité à la piqûre est un peu diminuée du côté droit.

Pas de zones hystérogènes.

Céphalées fréquentes et vives.

Organe des sens. — Œil, pas de paralysie de la musculature interne ou externe, acuité normale.

Rien du côté de l'ouïe, de la gustation ou de l'olfaction.

Appareil respiratoire. — Ne tousse pas. Expiration un peu prolongée, quelques sibilances discrètes et disséminées.

Appareil circulatoire. — Cœur normal, bruits réguliers.

Tube digestif. — Langue un peu blanche, appétit conservé, jamais de vomissements, pas de constipation habituelle.

Rien à l'examen physique de l'abdomen qu'elle laisse difficilement palper.

Urines. — Très léger disque d'albumine.

Température. — Normale.

17 avril. — La malade sort améliorée, les accès de dyspnée ont disparu, mais le tremblement existe toujours, ne l'empêchant cependant pas de reprendre son travail.

Dans ces deux observations, outre l'intérêt d'un tremblement parkinsonien nettement hémiplégique, on peut encore noter :

En ce qui concerne l'étiologie, absence de rhumatisme dans les deux cas et présence d'un nervosisme antérieur très marqué. A tel point que dans l'observation II nous voyons la maladie débuter à la suite d'une vive frayeur, et le nervosisme actuel donne encore naissance à des spasmes laryngés;

Absence de parésie presque totale pendant longtemps, au moins pour l'observation I, et durant toute la durée de la maladie pour l'observation II, si bien que ces deux femmes ont pu continuer leur travail de dévideuse et de tisseuse en soie, qui nécessite une grande habileté des mains. Ces deux cas sont donc loin de ressembler aux formes décrites par Charcot (1), et Bl. Edward (2) où les malades étaient, à un premier examen, pris pour des hémiplégiques relevant de lésions cérébrales, parce que la parésie était la première en date.

Dans les deux cas d'ailleurs, le diagnostic avec le tremblement d'origine cérébrale était bien facilité, car ces malades n'avaient jamais eu de paralysie, ni aucun phénomène pouvant faire penser à une lésion cérébrale. Puis le tremblement était si caractéristique comme attitude de la main, disparaissant dans les mouvements voulus, le sommeil, que les autres tremblements d'origine périphérique ou toxique étaient ainsi éliminés.

Les troubles vaso-moteurs, souvent si fréquents manquent dans nos deux cas. Une des malades (Obs. I) présentait bien un léger œdème des membres inférieurs, mais chez elle, il nous semble difficilement rattachable aux troubles vaso-moteurs, bien décrits dans la thèse de Vincent (3), inspirée par les professeurs Teissier et Pierret : on doit peut-être ici les rattacher à l'artériosclérose.

L'examen des pièces histologiques de l'observation I n'a pu être fait; il eut peut-être montré d'intéressantes lésions.

1. Clinique de Charcot. La maladie de Parkinson hémiplégique, par Berbez (*Gaz. hebd.*, 1889, p. 383).

2. Blanche Edwars. De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses (*Thèse* de Paris, 1898-1899).

3. L. Vincent. Contribution à l'étude de la paralysie agitante avec quelques considérations sur le tremblement (*Thèse* de Lyon, 1888, n° 430).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Proust (René). *Contribution à l'étude des récidives de la fièvre typhoïde.* N° 376, (Librairie du Palais.)

M. Balzer (Edouard). *Contribution à l'étude de l'oblitération et de la compression de la veine cave supérieure.*

M. Rivault (Henri). *Paralysies oculaires postdiphthériques. Action de la toxine diphthérique sur les centres nerveux d'après la clinique ophthalmologique.* N° 325 (Boyer.)

M. Ramé. *Étude au point de vue médical de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.* N° 323. (Maloine).

M. Sauvagnat (Augustin). *Intoxications mortelles consécutives à des injections de sublimé et responsabilité médico-légale.* N° 322. (Boyer.)

M. Guillemard (Henri). *Contribution à l'étude de l'acide silicotungstique comme réactif des alcaloïdes de l'urine.* N° 325. (J. Rousset.)

M. Loustau (Paul-Antony). *Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole.*

M. Le Guichaona. *Des variétés rares de luxations spontanées dans la coxalgie.* N° 330. (Jules Rousset.)

M. Sahannat. *Contribution à l'étude des fractures itératives de la rotule consécutivement à la suture.* N° 379. (J. Rousset.)

La dothiénentérie confère une immunité acquise, généralement assez durable, à l'individu qui en a été une fois atteint. Cependant, cette immunité peut être insuffisante, et on a observé un certain nombre de faits de récidives, qu'étudie M. René Proust.

Ces récidives sont bien le résultat d'une infection nouvelle par le bacille d'Eberth. Elles ne doivent pas être confondues avec les rechutes, les réitérations, les reversions, résultant d'une nouvelle exaltation de la même infection.

Les récidives ont la même étiologie que la fièvre typhoïde en général, et ne résultent point du réveil d'un foyer de microbisme latent. On les observe surtout en temps d'épidémie. Toutes les causes secondaires débilitantes favorisent la réinfection comme l'infection primitive. La grippe, à ce point de vue, joue un rôle important.

Les récidives, plus graves en général chez l'homme, sont habituellement moins sérieuses que la première atteinte, mais ce n'est point là une règle absolue.

La récidive expose aux mêmes complications que la première atteinte, mais avec une fréquence moins grande.

M. Balzer estime qu'à côté des oblitérations de la veine cave supérieure par des ganglions, un anévrysme de l'aorte, ou une tumeur du médiastin, il y a une place importante pour les oblitérations par brides fibreuses résultant soit d'une médiastinite antérieure, soit d'une pleurésie ancienne avec coque fibreuse.

A côté de cas typiques d'oblitérations de la veine cave supérieure accompagnés d'œdème, de cyanose et de circulation collatérale développés à la face, au cou et aux membres supérieurs, on peut observer des cas anormaux sans cyanose, ni œdème; avec cyanose et circulation collatérale; avec simple cyanose des extrémités supérieures; enfin, avec unilatéralité des symptômes.

La durée, qui est ordinairement courte, peut être parfois extrêmement longue (15 ans).

M. Rivault, étudiant les paralysies oculaires postdiphthériques, conclut que le muscle ciliaire est un des muscles qui sont le plus souvent frappés de paralysie par l'infection diphthérique.

La paralysie de l'accommodation n'est pas due à une lésion du muscle; la toxine diphtérique ne détermine pas d'altérations musculaires primitives.

Elle n'est pas liée à une lésion du nerf excito-moteur, puisque le muscle sphincter de l'iris qui reçoit son innervation par les mêmes nerfs ciliaires, issus du même ganglion ophthalmique, n'est nullement paralysé.

La toxine ne paraît donc intéresser dans la paralysie de l'accommodation que le centre bulbaire de cette fonction.

M. Ramé regrette dans sa thèse que la loi de 1898 laisse en dehors de son champ d'application les maladies professionnelles. Il voudrait que, comme en Suisse, les ouvriers manipulant chaque jour des substances toxiques, et surtout le plomb, fussent protégés contre les dangers d'une industrie qui les fait vivre.

Les manifestations morbides, telles que hernies, lumbagos, etc., peuvent et doivent même être considérées comme donnant droit à l'indemnité *lorsqu'elles surviennent brusquement par le fait du travail ou à l'occasion du travail.*

En ce qui concerne particulièrement la hernie, on ne saurait arguer de la simple probabilité d'une prédisposition anatomique pour priver l'ouvrier blessé du bénéfice de la loi de 1898.

Lorsqu'un doute s'élève sur l'origine professionnelle de la

manifestation morbide, c'est à l'ouvrier d'établir que l'affection dont il souffre résulte de son travail.

Pour le recouvrement des honoraires, M. Ramé souhaite :

1° La substitution d'un tarif ouvrier au tarif des indigents imposé par la loi quand le blessé fait choix de son médecin;

2° L'entente contre les associations et syndicats médicaux de France pour contraindre les compagnies d'assurances à allouer au chirurgien des honoraires modérés, mais suffisamment rémunérateurs.

De l'analyse de 37 observations d'intoxications mortelles consécutives à des injections de sublimé, M. Sauvagnat conclut que ces intoxications mortelles survenant à la suite d'injections vaginales et utérines sont rares; qu'elles se produisent dans des conditions si différentes qu'il faut compter surtout avec l'idiosyncrasie individuelle; qu'employé avec prudence, le sublimé reste encore l'un des meilleurs antiseptiques obstétricaux; que certaines des contre-indications dites absolues peuvent ne pas l'être dans toute la rigueur du terme; que, de ce fait, la responsabilité du médecin traitant, ayant agi suivant les règles de la logique et de l'honnêteté médicales, se trouve entièrement dégagée.

M. Guillemard estime que l'acide silico-tungstique présente, comme réactif des bases urinaires, le double avantage d'être extrêmement sensible (précipité volumineux et facile à séparer même avec une très faible quantité de bases) et de se prêter à une facile régénération des bases qu'il précipite (décomposition immédiate par les alcalis faibles avec mise en liberté de l'alcaloïde).

Cet acide précipite dans l'urine débarrassée de substances albuminoïdes : la créatinine, les bases xanthiques, une base volatile à 80°, une substance alcaloïdique non cristallisable, une matière colorante également incristallisable, et nettement alcaloïdique; il ne précipite aucune base volatile à la température normale du corps.

Cet acide se prête enfin d'une façon commode à l'appréciation des bases urinaires à l'état normal et pathologique en permettant le dosage facile de l'azote alcaloïdique.

M. Loustau rappelle qu'il existe des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives, principalement à la rougeole; il y a un rapport de cause à effet entre celles-ci et de développement de l'éruption cutanée qui offre le plus souvent l'aspect de nodules de lupus plan.

Ces tuberculoses présentent des caractères spéciaux qui sont :

1° La rapidité avec laquelle se fait l'éruption qui atteint en très peu de temps son maximum de développement;

2° La dissémination des éléments cutanés;

3° Leur immobilité, les lésions n'ayant pas de tendance à s'ulcérer et à s'accroître, et étant même susceptibles de guérison spontanée, ce qui rend le pronostic relativement moins grave que dans le lupus vulgaire.

Il est permis de supposer que l'infection morbilleuse donne, par le mécanisme des associations microbiennes, un coup de fouet à une tuberculose latente.

Les luxations spontanées dans la coxalgie se produisent dans une articulation dont les diverses parties sont plus ou moins profondément altérées; dans la très grande majorité des cas, il existe des déformations osseuses, soit du côté de la tête du fémur, soit du côté du cotyle, soit des deux à la fois.

Pour M Le Guichaona, la variété iliaque est la plus fréquente ; mais on a observé, comme luxations spontanées, les mêmes variétés que dans les luxations traumatiques.

Le sens dans lequel se fait le déplacement est déterminé par la localisation des lésions osseuses.

L'attitude vicieuse prise par le membre joue un rôle prépondérant dans la production et la localisation de ces lésions.

Les luxations spontanées dans la coxalgie présentent les mêmes signes objectifs que les luxations traumatiques suivant les variétés.

Elles restent plus longtemps réductibles que les luxations traumatiques, mais sont plus difficiles à maintenir réduites.

Ces luxations seront réduites comme les luxations traumatiques, lorsque la réduction est possible par les manœuvres de douceur.

Lorsque la luxation est irréductible et l'ankylose solide, l'ostéotomie sous-trochantérienne (oblique, transversale, cunéiforme) est le procédé de choix.

Le seul résultat qu'on puisse espérer et qu'on doive chercher à obtenir, c'est une ankylose solide, en bonne position, avec le minimum de raccourcissement possible.

D'après M. Sahannat, la fracture itérative de la rotule peut reconnaître pour cause un état particulier de l'individu ; peut-être le procédé de traitement et surtout la nature des fils employés interviennent-ils plus souvent dans la production de ces fractures.

Lorsque cette racture se produit dans les jours qui suivent l'intervention, à l'occasion de mouvements imprimés à l'article, il semble qu'il faille incriminer une rupture des fils; dans quelques cas cependant, on aura « la sensation que les fils à suture bien tortillonnés ont lâché. Ils ont vraisemblablement coupé l'os friable dans la direction de ses fibres ».

Lorsqu'elle se produit à une époque éloignée, il semble que la méthode de traitement entre surtout en cause. Des différents modes de suture en usage, la suture en lacet, prérotulienne, paraît être celle qui prédispose le plus à la fracture itérative.

Le cerclage méthodique, avec suture périostique, qui prend point d'appui sur toute la circonférence de la rotule en empêchant les fragments de basculer, paraît être le procédé mettant le plus sûrement à l'abri des fractures itératives, puisqu'en permettant une mobilisation précoce, il place les fragments dans les meilleures conditions pour obtenir un cal osseux.

Pour faire ce cerclage, se servir des fils métalliques qui sont facilement stérilisables et offrent une grande résistance. Les fils de platine de 1 millimètre de diamètre paraissent devoir mériter la préférence.

La fracture itérative produite, le cerclage au fil de platine reste encore le traitement de choix.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De la crampe des écrivains et des autres affections nerveuses professionnelles. Observations de paralysie chez un marchand de nouveautés, de crampe des pianistes, de tremblement des brodeurs à la machine et de crampe des télégraphistes, par Thomas d. Saville (de Londres), (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 2, p. 149-160, mars-avril 1901). — Sous le nom d'affections nerveuses professionnelles, Saville comprend tous les troubles fonctionnels, nerveux ou musculaires, survenant à la suite de l'usage excessif et maladroit des muscles mis normalement en action par l'exercice de certains métiers. Il appelle particulièrement l'attention sur cet usage maladroit, car c'est lui qui joue un rôle prépondérant dans l'étiologie.

La crampe et la paralysie des écrivains sont les plus connues de ces affections; mais celles-ci se rencontrent aussi fréquemment chez les télégraphistes, les dactylographes, les pianistes, les violonistes, les tambours, les mécaniciens, les marchands de nouveautés, les forgerons, les rouleurs de cigarettes, les faiseuses de crochet et, en un mot, chez tous ceux dont la profession nécessite la répétition continuelle du même mouvement.

Saville présente 4 cas qui sont des exemples typiques d'affections nerveuses professionnelles. Le travail continu et prolongé d'un groupe musculaire peut donner lieu à cinq symptômes morbides. Par ordre de fréquence et d'apparition, ces symptômes sont : *a*) la raideur (crampe ou spasme tonique); *b*) la douleur; *c*) la faiblesse musculaire; *d*) le tremblement; l'atrophie ou quelquefois l'hypertrophie.

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs. En première ligne, on doit tenir compte du temps pendant lequel le malade a été livré à lui-même sans suivre de traitement. Lorsque la maladie dure depuis longtemps, le pronostic est plus sombre.

S'il est possible d'intervenir dès le début et d'obtenir le repos musculaire complet, on peut produire une grande amélioration. Un autre point est le stade auquel se trouve la maladie. Le simple spasme et même le tremblement sont plus faciles à traiter que la paralysie et l'atrophie.

Cette dernière est la plus difficile à guérir, bien que, par un traitement approprié, on puisse en arrêter les progrès.

Lorsque la crampe ou la faiblesse musculaire n'apparaît uniquement qu'à l'occasion d'une seule action, comme celle d'écrire, le pronostic est plus favorable que quand elle se manifeste sous l'influence de tous les mouvements du membre. Les cas les plus graves sont ceux qui s'accompagnent de modifications des réactions électriques, ce qui indique toujours une lésion définitive du nerf.

On ne peut, toutefois, jamais se prononcer sur les chances de guérison avant d'avoir été à même de juger les effets du traitement.

Celui-ci diffère dans ses grandes lignes suivant le stade auquel est arrivée l'affection. S'il y a du spasme (avec ou sans hypertrophie), de la douleur et du tremblement, il faut employer le repos et la médication antispasmodique. Par repos, il ne faut pas entendre l'interdiction de tout mouvement, mais seulement de celui qui a donné naissance au spasme.

Lorsqu'on est appelé à traiter la paralysie et l'atrophie, on doit quelque peu modifier ces prescriptions. Les courants galvaniques et le massage sont les remèdes par excellence. Les courants électriques sont plus efficaces, lorsqu'ils sont suivis du massage.

La nécessité du changement de méthode dans la perpétration de certains mouvements combinés trouve aussi ici son application. Le régime alimentaire sera abondant et tonique. On doit aussi rechercher et traiter les états prédisposants.

En somme, d'après Saville, les névroses professionnelles sont des affections parfaitement curables, mais il faut avoir bien en main toutes les ressources thérapeutiques qu'il est nécessaire de leur opposer.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session annuelle. — 1 et 2 mai 1901.

La sinusite sphénoïdale chronique

M. Furet (Paris). — Étiologie. Pathogénie. — L'étiologie de la sinusite sphénoïdale demeure obscure dans la plupart des cas, et cela tient vraisemblablement à ce que l'affection n'est reconnue d'ordinaire que longtemps après son début, trop tard pour qu'on puisse reconstituer l'histoire du malade. On est d'accord d'attribuer à la grippe une influence prépondérante dans l'éclosion des sinusites. Avec la grippe, il faut incriminer les conditions anatomiques de la cavité sphénoïdale, dont le plancher est parsemé d'irrégularités, de fossettes, où la muqueuse s'excave, se replie, et où, par suite, l'infection se loge plus facilement. En outre, l'orifice naturel, même dans les cas les plus favorables, est toujours très élevé au-dessus du plancher, comme l'orifice du sinus maxillaire. Enfin, en cas d'inflammation, l'ostium est encore rétréci par le gonflement de la muqueuse. En dehors de la grippe, quelques maladies infectieuses paraissent jouer un rôle dans l'étiologie. On a cité l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la diphthérie. On a pu invoquer encore le traumatisme direct et indirect, et les corps étrangers. La syphilis et la tuberculose, la première surtout, se localisent aussi parfois dans la région du sinus sphénoïdal. La question du rapport de la rhinite atrophique avec les sinusites, et, en particulier, la sinusite sphénoïdale est loin d'être élucidée malgré de nombreux faits observés. Un point hors de conteste, c'est que l'empyème sphénoïdal se complique, dans de nombreux cas, d'empyèmes de voisinage, et surtout d'éthmoïdite postérieure.

Age. Sexe. Fréquence. — La sinusite sphénoïdale survient dans l'âge moyen de la vie, entre 25 ans et 40 ans. Elle est rare chez les enfants et les vieillards. Le sexe ne paraît pas jouer un rôle. Bien que quelques auteurs la considèrent comme fréquente, il semble, au contraire, que cette affection soit assez assez rare, plus rare, en tout cas, que la sinusite maxillaire et la sinusite frontale. Peut-être cette rareté n'est-elle qu'apparente et diminuera-t-elle lorsqu'on recherchera avec plus de soin, du côté du sphénoïde, la cause de céphalalgies et de névralgies opiniâtres et de pharyngites rebelles à tous les traitements.

Anatomie pathologique. — Le pus est d'ordinaire crémeux, nettement phlegmoneux et fluide. Dans les cas trop rares où l'on en a fait l'examen bactériologique, on a trouvé le bacille de l'influenza, le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque blanc. On a trouvé aussi un gros et long bacille, souvent groupé par deux, gardant le Gram et dégageant une odeur fécaloïde. La muqueuse paraît se comporter, en cas d'inflammation, comme celle des autres cavités annexes. Au début, elle est à peine modifiée, puis elle devient œdématiée, infiltrée, hyperhémiée.

Symptomatologie. — Les symptômes sont variables suivant les sujets. Ils peuvent être négligeables et se borner à des troubles très peu marqués, dans des cas où les lésions de la muqueuse sont peu accentuées, lorsque l'astium est bien ouvert et placé oeut-être au voisinage du plancher. Mais ces cas sont rares; le plus souvent le malade souffre et dépérit.

I. *Symptômes subjectifs.* — En première ligne il faut citer la douleur, surtout la céphalalgie qui peut affecter diverses formes : hémicranie, douleur frontale ou occipitale, lourdeur de tête, etc., c'est d'ordinaire une douleur profonde, gravative, continue, bien localisée.

L'écoulement du pus n'a pas, dans la sinusite sphénoïdale, la même importance que dans l'empyème fronto-maxillaire. Le malade mouche peu, le pus est fluide, crémeux, sans grand caractère, le plus souvent il n'est pas fétide. Le malade crache plus qu'il ne mouche. Parfois, le pus se concrète dans le pharynx et le malade le rejette sous forme de croûtes.

Quelques auteurs ont signalé des vertiges, des troubles psychiques, hypochondrie et neurasthénie. Les troubles oculaires peuvent être très marqués et dominer la scène. Larmoiement, photophobie, blépharospasme, troubles de l'accommodation, etc.

Il faut signaler tout particulièrement les modifications de l'état général qui résultent de la pénétration du pus dans les voies respiratoires et dans les voies digestives. Ces troubles se manifestent dans la sinusite sphénoïdale avec un relief tout particulier, et ne sont en rapport ni avec la quantité de pus absorbé, ni avec les lésions locales. Très fréquemment on observe une teinte chlorotique, une pâleur livide. Les malades ont de la dyspepsie, des vomissements, de la diarrhée; ils sont fatigués continuellement. L'amaigrissement peut être très marqué.

II. *Symptômes objectifs.* — *Rhinoscopie antérieure.* — Quelquefois on ne voit rien au premier examen; il n'y a pas de sécrétion dans le nez, et la muqueuse semble normale dans toutes ses parties. En règle générale, le premier signe qui attire l'attention est la présence de pus ou de muco-pus dans la fente olfactive. En même temps, on peut observer à ce niveau des modifications de la muqueuse qui est rouge, tomenteuse, boursouflée. La sécrétion purulente peut être très atténuée et remplacée par la production de croûtes qui, dans certains cas, sont extrêmement abondantes. Ces croûtes sont grisâtres, molles, assez minces; concrétées, en bloc, elles ressemblent aux croûtes de l'ozène. Mais elles ne sont pas fétides, ne contiennent ni le microbe de Lowenberg, ni celui de Belfanti et della Vedova. En outre, il n'y a pas d'atrophie des cornets inférieurs.

Examen du pharynx. Rhinoscopie postérieure. — Dès qu'on fait ouvrir la bouche du malade, on constate des lésions de la paroi postérieure du pharynx, qui apparaît rouge, sèche, vernissée. Çà et là, on voit des traînées de muco-pus descendant de la voûte. Dans le naso-pharynx, les lésions sont encore plus marquées. On trouve généralement des croûtes partant du bord supérieur de la choane, et s'étalant sur toute la voûte du pharynx. On voit aussi du pus baignant l'extrémité postérieure des cornets.

DIAGNOSTIC. MOYENS D'EXPLORATION. — 1° *Exploration avec le stylet boutonné*. — Après cocaïnisation, et, bien entendu, sous le contrôle de la vue, l'instrument est dirigé à travers la fente olfactive vers le sphénoïde. On peut constater, par ce moyen, de la nécrose de la paroi antérieure. On peut aussi, en tâtonnant, gagner l'ostium et pénétrer dans la cavité; on aura parfois, dans ce cas, la chance de voir le pus s'écouler et filer le long de la sonde.

2° *Cathétérisme*. — Au lieu d'un stylet, on emploie une sonde spéciale, ou une simple sonde d'Itard de petit calibre. L'instrument ayant pénétré dans la cavité, on fait un lavage et on obtient ainsi l'issue d'une quantité plus ou moins grande de pus.

3° *Ponction exploratrice*. — Ne doit être utilisée qu'en cas d'échec du moyen précédent. Est peu recommandable, parce que dangereuse, attendu qu'un instrument droit, passant par l'épine nasale antérieure et le milieu de la face antérieure du sphénoïde, vient aboutir, non pas dans la paroi postérieure, mais dans la paroi supérieure au niveau de la selle turcique.

4° *Résection du cornet moyen*. — Dans une fosse nasale normale, la face antérieure du sphénoïde est masquée complètement par le cornet moyen. Si on fait disparaître cet obstacle, on obtient une vue directe de la région, et on peut avoir ainsi le véritable signe de certitude, c'est-à-dire la constatation visuelle d'une suppuration venant de l'ostium.

La résection du cornet est une opération simple et sans danger. On la pratique sans l'anesthésie cocaïnique avec l'anse chaude ou des pinces coupantes de modèle spécial. On la pratique plus aisément encore avec la curette fenêtrée, coudée, de M. A. Martin : on entre la curette à plat au-dessous du cornet moyen et on engage dans son ouverture l'extrémité postérieure du cornet. On remonte ensuite l'instrument par petits coups, de haut en bas, et d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par l'union de l'os avec le labyrinthe ethmoïdal. A ce moment, on tire franchement en avant, en rasant la paroi externe, et on ramène au dehors le cornet entièrement détaché et enserré dans la curette. L'opération dure à peine quelques secondes. Par la résection du cornet moyen, toutes les parties profondes de la fosse nasale sont accessibles à la vue; dans la grande majorité des cas, cette petite opération permet d'établir à coup sûr le diagnostic.

Sinusites combinées. Pansinusites. — Souvent la sinusite sphénoïdale est bilatérale. Le cause en est difficile à préciser. Il peut exister un orifice de communication entre les deux sinus; l'infection peut se faire par voie vasculaire; enfin, on a observé des cas d'ostéite de la closion intersinusienne. L'empyème des cellules ethmoïdales postérieures est fréquemment associé à la sinusite sphénoïdale.

Pour faire le diagnostic exact, il est indispensable de sacrifier le cornet moyen. L'examen, à l'aide d'un stylet, pourra mettre en évidence un point nécrosé, derrière lequel on trouvera une cellule pleine de pus.

Les difficultés du diagnostic sont plus grandes quand il existe en même temps un empyème fronto-maxillaire, car les signes de cette affection ont d'ordinaire un tel relief qu'ils masquent infailliblement, au début, les signes moins bruyants de la sinusite sphénoïdale.

COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES. — Elles sont loin d'être rares.

La cause ordinaire est l'infection d'origine grippale. La scarlatine, la rougeole, la diphthérie paraissent également avoir une influence. Il faut citer à part la syphilis dont la localisation sphénoïdale est redoutable.

On peut penser que l'infection est souvent favorisée par une obstruction mécanique de l'ostium. D'autant plus que la mise à nu de la dure-mère et la perforation de la paroi cranienne ne sont pas des conditions indispensables pour que des germes septiques passent d'une cavité dans l'autre. L'infection se produit dans ces cas par voie veineuse ou par voie lymphatique. Cependant l'ostéite, avec ou sans perte de substance, est la règle.

Dans la plupart des cas, c'est la méningite qui prédomine. On a observé aussi la thrombo-phlébite du sinus caverneux. L'abcès extra ou intra-dural est plus rare.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la sinusite sphénoïdale doit toujours être réservé.

TRAITEMENT. — En dehors des cas spéciaux, qui nécessitent des opérations exceptionnelles, on peut aborder le sphénoïde par trois voies principales :

1° Par la voie naturelle ou intra-nasale, employée par la majorité des rhinologistes ;

2° Par la voie du sinus frontal (Jansen, Cartaz);

3° Par la voie du sinus maxillaire (Jansen, Luc, Furet).

1° *Voie naturelle* ou *intra-nasale*. — La résection préalable du cornet moyen est nécessaire. On n'est autorisé à laisser le cornet en place seulement lorsque la fosse nasale est élargie anormalement par une déviation de la cloison, ou par une rhinite atrophique. Dans ces cas, la paroi antérieure du sphénoïde peut être directement accessible à la vue et aux instruments.

La trépanation est faite, l'ostium servant de point de repère, avec une curette, la pince coupante de Grünwald, le crochet de Hajek ou la tréphine de Spiess mue par l'électricité.

Quel que soit le procédé employé, le point important est de faire une ouverture aussi large que possible. Lorsque la trépanation est faite, on tamponne à la gaze iodoformée. Le tamponnement ne doit pas rester en place plus de deux jours. Tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas, on fait le pansement qui consiste en grands lavages à l'eau bouillie chaude légèrement phéniquée, et en badigeonnages de la cavité avec le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent en solution au 1/20e ou même au 1/10e.

La guérison est d'ordinaire assez lente.

2° *Voie du sinus frontal*. — Cette voie n'est indiquée que lorsqu'il existe, avec la sinusite sphénoïdale, un empyème du sinus frontal et des cellules de l'ethmoïde. Jansen pratiqua le premier, en 1893, cette opération, qui a été récemment modifiée par Cartaz. Elle consiste à ouvrir d'abord et à nettoyer le sinus frontal; cela fait, on pénètre dans le labyrinthe ethmoïdal antérieur et on détruit toutes les cellules ethmoïdales. On creuse ainsi, à travers l'ethmoïde, un tunnel limité en haut par la lame criblée, en dehors par la lame papyracée. On est conduit ainsi sur le sphénoïde qu'on aborde dans sa portion externe et qu'on peut ouvrir largement. Les pansements du sinus sont faits par le nez.

3° *Voie du sinus maxillaire*. — Cette opération a été proposée par Jansen, en 1887, au congrès de Moscou. Cet auteur exposa pour la première fois que, dans des cas d'empyème combiné des cavités accessoires, il avait utilisé la brèche maxillaire pour ouvrir en même temps les cellules postérieures de l'ethmoïde et, après elles, la paroi antérieure du sinus sphénoïdal.

Comme on le voit, là aussi le sinus est abordé, comme précédemment, dans le prolongement des cellules de l'ethmoïde, et son ouverture constitue une partie secondaire de l'opération.

Après Jansen, Luc eut l'occasion, également dans un cas de pansinusite, de pratiquer la même opération.

En décembre 1900, Furet ouvrit à son tour le sinus sphénoïdal par voie maxillaire chez une jeune fille atteinte d'empyème double, sans suppurations des autres cavités accessoires. Cette opération se distingue de celle de Jansen par trois points : le premier est que l'on a ouvert, de propos délibéré, un sinus maxillaire sain pour arriver sur le sphénoïde; le second est que la brèche sphénoïdale a été pratiquée directement au-dessus de la choane, entre l'ethmoïde et la cloison; enfin, on a pu ouvrir les deux sinus sphénoïdaux par une brèche unique faite dans le maxillaire gauche. L'auteur ne s'est décidé à cette opération qu'après six mois de traitement infructueux et très mal supporté par voie nasale. Le résultat fut d'ailleurs excellent. La malade, dont l'état général était franchement mauvais avant l'opération, a été immédiatement améliorée et, trois mois plus tard, la guérison était parfaite.

Voici la description de l'opération, le cornet moyen ayant été préalablement réséqué : après chloroformisation et désinfection aussi complète que possible du champ opératoire, le sinus maxillaire est ouvert selon le procédé de Caldwell-Luc.

On agrandit dans tous les sens la brèche osseuse avec la pince coupante, surtout en dedans vers le nez. Cela fait, il est nécessaire de se munir d'un bon éclairage artificiel, tel qu'une lampe électrique frontale. On attaque alors, avec la gouge et le maillet, la paroi interne du sinus, pour établir une large communication entre sa cavité et la fosse nasale. On poursuit la résection de

toute cette paroi jusqu'à atteindre au fond l'angle postérieur, et, en haut, la paroi supérieure du sinus. La voie est ainsi largement ouverte à travers les parois antérieure et interne de l'antre d'Highmore, et on a sous les yeux toutes les parties profondes de la fosse nasale : choane, partie postérieure de la cloison, paroi antéro-interne du sphénoïde.

Alors, laissant en dehors le labyrinthe ethmoïdal, on applique la gouge directement au-dessus de la choane, et, en quelques coups de maillet, on ouvre le sinus. On n'a plus qu'à agrandir la brèche avec la double curette de Lubet-Barbon, pour établir très rapidement une large communication entre la cavité sphénoïdale et la fosse nasale. L'opération est ainsi terminée. Il ne reste qu'à faire un tamponnement peu serré à la gaze iodoformée et à suturer au catgut la plaie gingivo-labiale.

Lorsque la suppuration est bilatérale, on utilise la brèche pratiquée à travers le sinus maxillaire et le sinus sphénoïdal correspondant, pour ouvrir ensuite la cavité sphénoïdale de l'autre côté. La cloison intersinusienne est d'abord effondrée à la curette; dans un second temps, on introduit la double curette avec laquelle on résèque aisément une portion importante du bac du sphénoïde, de la cloison intersinusienne et de la paroi antérieure du sinus opposé. L'opération s'achève comme précédemment, par un tamponnement à la gaze iodoformée, et les pansements consécutifs sont faits par voie nasale. Les avantages de la voie maxillaire, comme voie d'accès vers le sphénoïde, sont évidents. D'abord, c'est la voie la plus courte. En effet, tandis que la distance des narines à la paroi antérieure du sinus sphénoïdal est de 7 à 8 centimètres en moyenne, il n'y a plus que 4 à 5 centimètres environ entre la paroi antérieure du sinus maxillaire et celle du sinus sphénoïdal. C'est aussi la voie la plus large; le sphénoïde est bien en vue sous les yeux et sous la main de l'opérateur.

L'opération par voie maxillaire est donc l'opération de choix.

M. Luc (de Paris) a observé dernièrement un malade déjà opéré de sinusite maxillaire droite par drainage, mais qui n'avait pas été soulagé par l'opération et continuait à se plaindre de maux de tête.

A l'examen, M. Luc constatait que les sinus frontaux étaient perméables à la lumière. L'éclairage par la voie buccale ne donnait pas de translucidité au sinus maxillaire droit et, de plus, le lavage du nez amenait du pus par la narine de ce côté.

Malgré l'écoulement du pus dans la gorge, en l'absence des croûtes dans le nez, constatant des signes de sinusite maxillaire, M. Luc ne crut pas devoir s'arrêter à l'idée d'une sphénoïdite.

Le sinus maxillaire fut trouvé plein de fongosités. En glissant un stylet courbe le long du plancher nasal, M. Luc le fit pénétrer derrière le voile du palais; au moyen de l'éclairage il s'aperçut qu'il avait ouvert largement le sinus sphénoïdal, en attaquant la partie postéro-supérieure de la paroi nasale du sinus maxillaire et en brisant les cloisons osseuses du labyrinthe ethmoïdal qu'il rencontrait.

C'est aussi ce qui s'était passé dans une autre opération faite avec M. Furet, et M. Luc croit que c'est là la voie opératoire à suivre. C'est en ouvrant les cellules ethmoïdales les unes après les autres, après résection de la paroi interne du sinus maxillaire et extraction de la partie contiguë du cornet moyen, que l'on se trouve amené à ouvrir, pour ainsi dire sans s'en douter, la dernière de ces cellules, c'est-à-dire le sinus sphénoïdal.

M. Luc considère la voie par le sinus maxillaire comme la plus pratique et crois qu'il faut protester contre l'arrêt d'incurabilité porté par Hojek (de Vienne) à l'égard de l'empyème fongueux chronique du labyrinthe ethmoïdal.

M. Moure (de Bordeaux) insiste, au sujet du rapport de M. Furet, sur deux points : le diagnostic, souvent difficile, et le traitement. Tout d'abord il faut essayer le traitement par la voie endonasale, après ablation du cornet moyen; si le résultat n'est pas satisfaisant, s'il s'agit surtout d'une sinusite purulente, on est autorisé à agir par la voie maxillaire qui donne un accès facile sur le sphénoïde et permet de nettoyer la cavité.

M. Lermoyez (de Paris) a vu seulement 2 cas de sinusite sphénoïdale chronique suppurée; l'affection est, à son avis, très rare; mais ayant eu l'occasion de suivre ces deux malades pendant très longtemps, il a pu se faire à son égard une expérience assez grande.

Le seul moyen de diagnostiquer à coup sûr une suppuration du sinus sphénoïdal est de voir le pus sortir de l'ostium sphénoïdal; constatation qui ne peut le plus souvent être faite qu'après l'ablation du cornet moyen. Chez les malades de M. Lermoyez le symptôme le plus pénible était la céphalée postérieure, nettement liée à la rétention du pus dans le sinus sphénoïdal, puisqu'il suffisait de faire un lavage évacuateur de la cavité pour faire immédiatement disparaître la douleur de tête pendant un certain temps.

L'indication thérapeutique capitale est d'ouvrir largement le sinus sphénoïdal, pour faire cesser définitivement toute rétention à son intérieur. Or, s'il est assez facile d'ouvrir ce sinus par voie nasale, on éprouve, au contraire, les plus grandes difficultés à maintenir cet orifice béant; pendant plusieurs années M. Lermoyez a fait de multiples tentatives avec un grand nombre d'instruments : toujours il ouvrait, jamais il ne pouvait maintenir ouvert; il y réussit enfin quand il se décida à tamponner serré à la gaze iodoformée le sinus ainsi ouvert; ce tamponnement, qui n'est douloureux que pendant les 2 ou 3 premiers jours, permet à la muqueuse nasale de s'invaginer dans la cavité sinusale agrandie et de le maintenir dans sa forme.

M. Malherbe voudrait, à propos du travail intéressant M. Furet, faire quelques observations et dire un mot sur le traitement chirurgical de l'empyème sphénoïdal.

Tout d'abord, M. Malherbe croit que la sinusite sphénoïdale primitive est assez rare; on la trouve plus souvent associée à une ethmoïdite postérieure.

Les sinusites sphénoïdales, d'origine tuberculeuse et syphilitique, sont peut-être plus fréquentes que les sinusites grippales.

Dans ces dernières, les lésions osseuses sont généralement plus tardives, et c'est surtout quand il s'agit de tuberculose et de syphilis que le stylet rencontre ces portions d'os nécrosés dont a parlé M. Furet.

M. Malherbe n'est pas partisan de pratiquer l'ablation des cornets moyens dans le but simplement d'arriver à un diagnostic. C'est une manœuvre qu'il faut réserver au moment de l'intervention, pour se donner du jour.

Pour ce qui est du traitement, il croit qu'il faut envisager les cas où l'empyème sphénoïdal est accompagné d'autres empyèmes et les cas où il est seul.

Dans la première éventualité, la voie orbitaire de Bergh et de Knapp n'est pas seulement indiquée quand il existe des lésions du côté de l'orbite, mais aussi quand il y a ethmoïdite, ce qui est le plus fréquent.

De même la voie frontale peut être suivie quand il y a sinusite frontale.

La voie maxillaire avait été déjà suivie par Post dans un cas de nécrose traumatique; la grande aile était le siège d'un diverticule sinusal.

Jansen, qui reprit cette voie en 1897, le fit lors d'empyèmes multiples des cavités.

Dans les cas, au contraire, où il y a empyème spénoïdal seul, l'orateur ne croit pas qu'on soit autorisé à passer de parti pris par un sinus maxillaire sain pour aller ouvrir uns inus sphénoïdal malade, et voici pourquoi.

Il y a d'abord un danger réel d'infecter l'antre d'Highmore, soit directement : 1° par le pus venant du sphénoïde; 2° par les manœuvres qu'on exécute à travers le sinus maxillaire lui-même; soit secondairement par la contamination du pus provenant des pansements successifs, ou même par infection d'origine externe.

De plus, dans l'opération décrite par M. Furet, le traumatisme est considérable : on trépane la paroi antérieure du sinus maxillaire, on effondre dans sa totalité sa paroi interne, et non seulement on enlève le cornet moyen, mais encore la moitié postérieure du cornet inférieur.

Tout cela ne peut pas se faire sans une hémorrhagie abondante, qui forcément doit gêner considérablement les manœuvres et est loin de contribuer à éclairer la région.

Ainsi donc, le sinus maxillaire reste ouvert du côté des fosses nasales, et comme M. Furet pratique ses pansements par les fosses nasales, il est facile de penser que l'antre d'Highmore est à même de s'infecter.

D'ailleurs, on ne voit pas l'avantage à prendre cette voie

oblique pour aborder le sphénoïde; la ligne droite a toujours été le chemin le plus court d'un point à un autre.

Il est une opération, qu'on n'utilise pas assez, c'est l'opération de Ronge. Elle permet, cependant, de raccourcir considérablement le chemin pour arriver aux voies nasales profondes, et elle donne un jour très suffisant. Cette opération donne la facilité d'aborder le sinus sphénoïdal en avant, après résection des cornets moyens, par un chemin beaucoup plus court et plus direct, sans risquer d'infecter d'autres cavités. Enfin, elle occasionne un traumatisme beaucoup moindre, ne laisse à la suite aucune déformation, et peut être répétée sans inconvénient une seconde fois, et même davantage, en cas de récidive.

La voie nasale compliquée du procédé de Ronge paraît donc à M. Malherbe être la voie de choix, quand le sinus sphénoïdal est seul en cause.

M. Jacques (de Nancy) s'étonne de la rareté qu'on attribue généralement, en France, aux sinusites sphénoïdales chroniques. Pour sa part il en a vu huit ou dix depuis 4 ans et traité chirurgicalement trois par voie nasale. Schœffer fournit des statistiques très suggestives; il en a observé 220 cas en 15 ans, et sa compétence ne paraît pas devoir être mise en doute. Ce qui est rare, peut-être, c'est l'empyème chronique isolé de l'antre sphénoïdal, cet empyème étant presque constamment compliqué, dans les cas anciens, de suppuration du système ethmoïdal postérieur. L'aspect clinique de cette affection est bien caractérisé par un gonflement œdémateux des deux lèvres de la fente olfactive, qui s'accolent, avec suintement purulent crémeux, en avant et en arrière, ou simplement en arrière, venant de la région supéro-postérieure des fosses nasales; les céphalées, soit sus-orbitaires, soit occipito-verticales, presque toujours rétro-orbitaires, complètent le tableau.

C'est précisément à ces empyèmes complexes postérieurs et, à eux seuls, que convient l'opération transmaxillaire de Janson modifiée par Furet, opération toujours assez longue et sérieuse en raison de l'hémorrhagie opératoire, consécutive à la lésion des branches ou du tronc de la sphénopalatine.

Quant à la sphénoïdite aiguë, M. Jacques ne la considère nullement comme exceptionnelle; la croit, au contraire, relativement fréquente, surtout au cours d'épidémie grippale et n'attribue la pénurie de cas publiés qu'au défaut d'observation par des rhinologistes de cette affection généralement fugace.

M. Castex n'a vu qu'un seul cas certain d'empyème sphénoïdal. C'était chez une dame âgée. On a noté la douleur occipitale et des troubles oculaires (sensation d'étincelles nombreuses, etc.). C'est ainsi qu'un bon nombre de ces malades se présentent chez les oculistes et que les rhinologistes n'en voient qu'une partie.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la coxalgie,

D'après MM. DUBAR et POTEL (1).

Le traitement de la coxalgie est local et général. Ce dernier, extrêmement important, est le même à toutes les périodes de l'affection et doit être suivi avec la plus grande rigueur.

A. TRAITEMENT LOCAL. — Le traitement local varie avec les diverses périodes de la maladie. Les moyens à mettre en œuvre seront différents suivant que :

1° L'affection est au début;

2° L'affection est confirmée, avec attitudes vicieuses, s'accompagne ou non d'abcès circumvoisins, c'est-à-dire ne communiquant pas avec l'intérieur de la jointure;

3° Il existe des abcès communiquant avec l'intérieur de l'articulation.

I. *Au début de l'affection.* — La maladie n'est pas soupçonnée. Le malade se plaint uniquement de son genou, et rien dans cette articulation n'explique ces douleurs. Cependant, il existe une certaine gêne et même de la douleur au niveau de la hanche du même côté, particulièrement dans les mouvements d'abduction.

N'hésitez pas à prescrire le repos au lit pendant un mois. Souvent vous verrez disparaître la douleur du genou, la douleur à la percussion sur le grand trochanter et la contracture des muscles limitant l'abduction de la hanche. Mais ne chantez pas trop tôt victoire, surveillez longtemps votre malade, car malheureusement le mal peut se réveiller au bout de quelques semaines comme au bout de quelques mois.

II. *La coxalgie est confirmée.* — Le mal a débuté depuis un, deux, trois mois. Les attitudes vicieuses, ensellure, flexion de la cuisse sur le bassin, rotation externe du membre et abduction ou bien rotation interne et adduction, claudication, etc., rendent le diagnostic évident.

Les indications à remplir sont : *a*) de faire cesser les douleurs; *b*) de corriger les attitudes vicieuses :

a) Pour obtenir la cessation des douleurs, il faut se comporter pour la tuberculose coxo-fémorale comme pour toute autre arthrite, c'est-à-dire mettre l'articulation au repos. La situation dans le décubitus horizontal supprime le poids du corps. Elle diminue la douleur, mais n'a aucune action sur les contractures musculaires, partant sur les attitudes vicieuses. Donc, elle doit toujours être prescrite, mais il faut y ajouter d'autres moyens.

b) Pour corriger les attitudes vicieuses, il faut faire cesser les contractures péri-articulaires et immobiliser l'articulation en bonne position. Parmi les moyens propres à remplir cette indication les uns conviennent à tous les cas, les autres ne seront utilisés que dans des conditions particulières. L'immobilisation dans un appareil plâtré, après redressement sous chloroforme, ou l'extension continue s'appliquent à presque tous les cas et sont faciles à appliquer partout.

1° IMMOBILISATION APRÈS REDRESSEMENT SOUS CHLOROFORME. — Avant d'immobiliser le membre inférieur, il faut le mettre en bonne position. Quand la coxalgie est de date récente, le redressement complet sous chloroforme est ordinairement facile. L'anesthésie fait cesser les contractures péri-articulaires, et la correction des attitudes vicieuses est obtenue presque spontanément. Quand la coxalgie date de plusieurs mois, les muscles contracturés ont déjà subi un léger degré de rétraction. L'effort doit être plus considérable pour obtenir la correction; dans les coxalgies plus anciennes la correction complète ne peut être réalisée en une seule séance. Il faut procéder par étapes successives.

Redressement sous chloroforme. — Le sujet est endormi sur une table solide. Quand l'anesthésie est complète, on amène le bassin sur le bord de la table, et les aides le fixent solidement par les épines iliaques antéro-supérieures. D'une main vous prenez le membre inférieur malade au niveau de la jambe, près du genou, l'autre main fixe l'épine iliaque et permet de juger si le bassin suit les mouvements du fémur. Chercher alors à provoquer dans l'articulation coxo-fémorale des mouvements de plus en plus étendus d'extension et de flexion, d'abduction et d'adduction, enfin, de rotation en dehors. Prolongez ces manœuvres pendant un quart d'heure environ, mais n'utilisez pas toute votre force. La brutalité vous exposerait à des réactions inflammatoires graves ou à des lésions articulaires dangereuses.

Si les moyens de douceur ne réussissent pas à corriger ou à diminuer les attitudes vicieuses, mieux vaut recourir à la section sous-trochantérienne du fémur. Assurément vous courez la chance, par les manœuvres de force, d'obtenir une fracture sous-trochantérienne qui vous permettra de rétablir le membre dans sa positson normale; mais bien plus souvent vous déterminerez des désordres très graves et des complications redoutables. Il n'est donc pas douteux que dans ces conditions il est bien préférable de sectionner directement le fémur au point d'élection, c'est-à-dire au-dessous du grand trochanter.

Immobilisation. — Le membre inférieur est maintenant en bonne position, la correction est aussi complète que possible, il faut immobiliser l'articulation. L'appareil plâtré est celui qui remplit le mieux cette indication.

Procurez-vous une dizaine de mètres de tarlatane apprêtée et 1 ou 2 kilos de plâtre fin, suivant que votre malade est un enfant ou un adulte.

Préparez six bandes de tarlatane longues de 8 mètres, larges

1. *Écho méd. du Nord*, 28 avril 1901.

de 10 centimètres. Roulez-les soigneusement dans le plâtre sec, sans serrer, de façon que vous n'ayez qu'à les mouiller au moment de vous en servir. Avec le reste de la tarlatane, faites une attelle postérieure qui ira des dernières côtes à l'extrémité du gros orteil, en contournant le talon.

Plâtrez-la également à sec. Si l'enfant est turbulent, ajoutez une petite attelle longue de 30 centimètres, large de 10, que vous appliquerez au niveau du pli inguinal.

Ces préparatifs ont été faits avant la chloroformisation.

La réduction étant obtenue, vous amenez le malade sur le bord de la table. Placez sous le siège un corps dur quelconque (livres, billot, etc.), mais peu volumineux, qui fera l'office de pelvi-support ; vous placez la jambe en bonne direction. Couvrez d'ouate les épines iliaques, pour éviter les pressions douloureuses, et l'abdomen afin de ne pas gêner la respiration.

Pendant ce temps un aide a mouillé les deux attelles dans une bouillie légèrement plâtrée. Mettez-les en place. Appliquez vos bandes sans serrer, en allant depuis l'extrémité du pied jusqu'au creux épigastrique. Surveillez la position du membre ; ni flexion, ni rotation. Recommandez à l'aide qui tient le pied de ne pas serrer, la pression des doigts déformerait le plâtre qui, une fois sec, produirait une pression insupportable.

Renforcez votre appareil au niveau du pli inguinal ; c'est toujours en cet endroit qu'il cassera. Gâchez un peu de plâtre pour terminer, et renforcez les points faibles.

En quelques minutes, le plâtre prend. Il faudra le laisser 2 jours.

Cet appareil est généralement bien toléré. On l'enlève tous les 2 mois et on le remplace par un appareil nouveau sous chloroforme, si l'on sait parfaire la correction.

Ces appareils devront être renouvelés tous les 2 ou 3 mois, et cela pendant environ 2 ans.

L'appareil plâtré convient particulièrement aux enfants, sur la docilité desquels on ne peut jamais compter.

2° Extension continue. — Chez les adolescents raisonnables et chez les adultes, l'extension continue est plutôt de mise.

Quelle que soit la façon dont agisse l'extension continue, soit en séparant les surfaces articulaires, soit plutôt en amenant la cessation des contractures périarticulaires, et par là même le repos de la jointure, il n'est pas douteux qu'on obtienne par ce moyen la disparition assez rapide de la douleur et des attitudes vicieuses.

Pour préparer l'extension continue, préparez un rouleau de diachylon, quelques bandes et un petit chariot. Ce chariot se fait très simplement avec une petite gouttière ouverte aux deux extrémités et montée sur quatre roulettes de bois.

Sous le matelas glissez une planche, de façon à empêcher le siège de s'enfoncer.

Dans le rouleau de diachylon, découpez trois bandelettes larges de 4 ou 5 centimètres et assez longues pour former un étrier et aller de la face interne de la cuisse au grand trochanter. Arrangez ces bandelettes en les collant l'une sur l'autre un peu obliquement, de façon que vous obteniez une sorte d'éventail à chaque extrémité, le milieu étant fermé par les 3 épaisseurs de diachylon superposés. Portez alors cet appareil sur le membre malade et fixez-le avec quelques tours de bande de toile. Ayez soin de ne pas descendre au-dessous du fémur, car la traction doit porter sur les condyles et non pas sur le genou.

Au niveau du pied fixez une petite planchette que vous aurez percée d'un trou ; appliquez-la contre le diachylon. Trouez les bandelettes au niveau de cet orifice et passez une cordelette que vous ferez glisser sur une petite poulie attachée au pied du lit.

Placez la jambe sur le chariot qui roule sur une planchette de façon que la traction ne soit pas annihilée par le frottement du membre sur le matelas.

Faites l'entension avec quelques poids de 2 à 5 kilos suivant l'âge et la musculature. La contre-extension se pratique simplement en élevant les pieds du lit de 6 à 8 centimètres, la tête du sujet restant plus basse que les pieds. Cet appareil, quand il est bien surveillé, rend de bons services, calme rapidement la douleur et fait disparaître l'ensellure et les attitudes vicieuses. De nombreux appareils orthopédiques ont été imaginés pour permettre aux coxalgiques de marcher tout en restant immobilisés. Tous ces appareils sont illusoires, et les meilleurs de ces appareils permettent à la hanche des mouvements de 15° à 20°. Aussi, ne peut-on guère les employer que lorsque la guérison est déjà à peu près assurée.

La gouttière de Bonnet peut rendre de grands services dans les cas de coxalgie double.

c) Dans certains cas, ni l'immobilisation, ni l'extension continue ne peuvent arriver à calmer les douleurs qui restent très violentes, parfois atroces ; on soupçonnera alors l'existence du tubercule central de la tête et du col du fémur. Dans ces cas, la douleur devient une des indications rares de la résection de la hanche.

III. *Il existe des abcès ou des fistules.* — Deux cas peuvent se présenter : 1° le stylet introduit dans la fistule n'arrive sur aucun point osseux ; c'est que l'abcès ne communique pas avec l'articulation ; 2° le stylet conduit dans la jointure plus ou moins désorganisée, il faut reconnaître des surfaces osseuses dénudées ; l'abcès communique avec l'articulation.

1° *L'abcès ne communique pas avec l'articulation.* — Il faut se rappeler que les abcès voisins des tumeurs blanches peuvent être considérés comme aseptiques, et qu'il fait les traiter de façon absolument aseptique sous peine de voir s'installer des suppurations secondaires interminables et dangereuses.

Deux procédés s'offrent dès lors : la ponction et l'incision. Si l'on n'est pas sûr de son asepsie, on se contentera de la ponction suivie d'injection d'iodoforme en suspension dans la glycérine (5 p. 100) ou dissous dans l'éther (2 à 5 p. 100). On renouvellera 5 ou 6 fois ce pansement de l'abcès, et on oblitérera l'orifice produit par l'aiguille avec un peu de collodion iodoformé.

Si on le peut, il faut mieux faire : Inciser franchement l'abcès, le vider, curetter vigoureusement toutes les fongosités, toucher au naphtol camphré les parois ainsi nettoyées et faire un pansement soigné, aussi minutieux que si l'on avait enlevé une tumeur.

2° *Il existe des fistules communiquant avec l'intérieur de l'articulation.* — L'affection est devenue plus sérieuse, les fistules se sont infectées, les microbes ordinaires de la suppuration vont proliférer à qui mieux dans ces clapiers et ces anfractuosités inaccessibles. Les fistules vont donner une suppuration interminable, le malade va s'affaiblir, la fièvre va s'allumer, son rein, son foie vont s'altérer, si l'on n'intervient pas, et subir la dégénérescence amyloïde. L'affection est grave et nécessite une thérapeutique active. La résection de la hanche s'impose. Deux procédés sont à votre disposition :

α) *La résection atypique.* — Vous faites l'incision classique de la résection de la hanche, puis avec la curette vous abrasez tout ce qui est malade et respectez tout ce qui paraît sain. Après un bon drainage et une rigoureuse asepsie, il n'y a qu'à laisser bourgeonner le fond. Maintenez la jambe en bonne position par l'extension continue. Si vous avez pu laisser une partie du cartilage épiphysaire de la tête fémorale, le raccourcissement ne sera point trop prononcé.

β) *La résection typique.* — On procède avec ce procédé à l'ablation classique de la tête et du col du fémur.

On a sacrifié délibérément le cartilage dia-épiphysaire, ce qui veut dire que l'on doit s'attendre à un raccourcissement ultérieur de 6 à 8 centimètres, auxquels il convient d'ajouter 5 à 6 centimètres de l'atrophie du membre, compensés dans une certaine mesure par une suractivité du cartilage dia-épiphysaire du genou (Ollier). Cette opération sera excellente en ce sens qu'elle permettra d'atteindre facilement les lésions profondes de la cavité cotyloïde et les abcès qui pourraient avoir envahi la fosse iliaque interne, mais elle ne donne pas ordinairement un résultat fonctionnel brillant.

Les soins consécutifs devront être très minutieux, surtout pour empêcher l'ascension du grand trochanter qui, attiré par les muscles pelvi-trochantériens, ne demande qu'à remonter dans la fosse iliaque externe. Il faut immobiliser très longtemps l'opéré et ne le laisser marcher qu'avec un appareil qui maintienne l'extension et l'abduction.

B. Traitement général. — Le traitement général est d'une importance capitale, sans lui toutes les méthodes seront impuissantes. Avant tout, il faut modifier le terrain, et le mettre en état de lutter contre l'infection.

Donnez peu de médicaments. Il n'existe point encore de spé-

cifique contre la tuberculose. Le seul médicament qui doive être imposé au moins l'hiver, c'est l'huile de foie de morue. Ajoutez, si vous le voulez, des glycérophosphates et un peu de quinquina.

Le traitement sera surtout hygiénique. Alimentation riche en aliments azotés, viande, beurre, sardines, œufs et séjour à l'air et au soleil, autant que le climat et la saison le permettront. Surtout ne calfeutrez pas un petit coxalgique dans une chambre où il achèvera de s'étioler.

Les stations climatériques ne sont pas indispensables. Cependant si l'on peut envoyer l'enfant au bord de la mer, dans une station à l'abri des vents froids et des chaleurs excessives, le bénéfice qu'il pourra en retirer sera parfois surprenant et l'on verra rapidement revenir l'embonpoint et la gaieté, premiers indices du retour à la santé!

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Responsabilité médicale des chefs de services hospitaliers.

Depuis quelque temps, les médecins et chirurgiens, chefs de service dans les hôpitaux, se voient actionnés par certains malades qui, mécontents des soins qu'ils ont reçus, ou désireux de tirer bénéfice d'une infirmité permanente, n'hésitent pas à traduire devant les tribunaux ceux qui les ont traités. Et, ce qu'il y a de plus regrettable dans ces procès, l'assistance judiciaire est libéralement accordée aux plaignants, quelle que soit l'inanité des arguments qu'ils peuvent faire valoir. Il arrive dès lors que l'accusateur, qui est insolvable, ne court aucun risque, tandis que le médecin ou le chirurgien, bien qu'ils soient acquittés, bien que les tribunaux rendent hommage à leur caractère et approuvent leurs actes, ont à régler les honoraires de leurs avocats et de leurs avoués, consacrent inutilement un temps considérable à la défense de leurs intérêts et souvent même se voient calomniés au point de perdre une partie de leur clientèle.

Il importe donc de rechercher ce que nous pouvons, ce que nous devons faire en vue de soutenir, dans l'intérêt de tous, la cause des médecins qui sont injustement poursuivis.

L'Association générale des médecins de France s'est à maintes reprises occupée de cette question. Dans mon dernier rapport j'ai dit que plusieurs médecins des plus honorables s'étaient adressés à ses conseils judiciaires pour avoir un avis fortement motivé à opposer à des poursuites que le parquet aurait dû arrêter. Aujourd'hui que l'un de ces procès a été jugé et que les journaux politiques en ont longuement parlé, il m'est permis d'entrer dans quelques détails à cet égard.

A la fin de l'année 1899 entrait dans le service d'un des chirurgiens les plus honorables, professeur dans une école de de médecine de province, un mécanicien atteint d'accès de fièvre intermittente très grave et jusqu'alors rebelles à toute médication. Les sels de quinine ne pouvaient être administrés à l'intérieur. Le malade les vomissait. Le médecin conseilla dès lors les injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine. Celles-ci eurent un rapide succès. Le malade fut guéri. Il devait de la reconnaissance à ceux qui l'avaient soigné. Ce fut le contraire qui arriva. L'interne du service chargé de faire les injections médicamenteuses en avait fait une — la première de toutes — à la partie postérieure externe de l'avant-bras droit et cette injection avait provoqué une paralysie du long extenseur du pouce et de l'extenseur propre de l'index. Cette paralysie pouvait-elle, comme on l'a dit, être due à l'état général du sujet, qui était syphilitique et alcoolique, le léger traumatisme qui l'avait provoquée devant être considéré dès lors comme l'occasion d'une névrite en quelque sorte latente, ou bien ne s'agissait-il en l'espèce que d'une paralysie d'ordre inhibitoire?

Peu importe au point de vue du procès intenté par le malade.

Comme le faisait remarquer déjà le médecin distingué qui soumettait cette affaire au conseil général de l'Association, comme le déclara notre conseil judiciaire M. Deligand, *en droit*, le médecin peut être déclaré responsable de sa *faute lourde* résultant d'une négligence coupable ou d'une impéritie évidente. Il ne suffit pas qu'il se soit trompé ou ait manqué de pénétration. Il faut que son erreur soit inexcusable. La jurisprudence a statué sur cette question par de nombreuses décisions (Dalloz, *Rép. suppl.*, *v° Responsabilité*, § 156).

En fait, dans la question qui nous occupe, aucune faute n'avait été commise ni par le médecin chef de service, ni par l'interne. Encore fallait-il le démontrer au tribunal. Bien que la preuve de la faute incombe d'ordinaire au demandeur, dans toutes les questions de responsabilité médicale, le médecin mis en cause se trouve, par la nature même du débat et le souci de sa réputation, obligé de démontrer qu'il n'a commis ni faute ni erreur. La discussion des faits d'ordre médical prend, en effet, un caractère technique qui provoque les observations les plus complètes.

Le professeur de clinique mis en cause, la Société locale à laquelle il appartenait, enfin le Conseil général de l'Association l'ont bien compris et la défense était armée de tous les arguments tendant à prouver d'une part qu'une injection hypodermique peut être faite à l'avant-bras sans qu'il en résulte aucun dommage, et d'autre part que l'injection incriminée avait été pratiquée avec toutes les précautions nécessaires.

Cependant l'avocat du demandeur soutenait que le médecin traitant aurait dû pratiquer lui-même l'injection ou bien assister à cette *opération* (??). Il rendait le chef de service responsable de la *faute* (??) commise par l'interne qui avait fait cette injection à l'avant-bras au lieu de la faire à la fesse. Il actionnait l'Administration des hospices qui avait la responsabilité du choix de ses médecins et déclarait *inadmissible qu'un malade sorte de l'hospice plus gravement malade qu'il n'y était entré* .

Comme l'avait prévu M° Deligand le tribunal a établi le principe que les médecins n'ont aucun droit à revendiquer l'irresponsabilité absolue de leurs actes. Ils sont tenus de réparer le préjudice causé par leurs fautes, et c'est aux tribunaux, d'après les documents qui lui sont soumis, qu'il appartient d'apprécier l'existence et le degré de cette responsabilité.

En fait le tribunal a reconnu qu'il n'avait pas à apprécier le plus ou moins de danger de l'injection au bras, cette question purement scientifique sortant de sa compétence. Au surplus, ajoute le jugement, les ouvrages de médecine semblent admettre qu'on puisse indifféremment pratiquer les injections à l'avant-bras comme à la cuisse ou... au bas du dos, et même, s'il y avait des divergences à cet égard, elles seraient d'ordre technique et échapperaient dès lors à l'appréciation du juge.

Pour ces raisons, l'interne a été mis hors de cause, et, par suite, le médecin chef de service. De même l'Administration des hospices, « qui ne saurait être responsable des fautes de ses médecins et internes, qu'elle ne choisit pas, puisqu'ils lui sont *imposés* par voie de concours ou d'élection ».

Le plaignant a donc été débouté de sa demande et condamné aux dépens.

Tout est bien qui finit bien, dit le proverbe. Il n'en est pas moins vrai que le médecin a dû perdre son temps et son argent pour soutenir un procès que le Parquet savait ou devait savoir perdu d'avance et qui aurait pu être empêché.

Mais, parmi les affaires qui intéressent le corps médical il en est une autre, plus grave encore, dont la solution n'est pas douteuse non plus, mais qui montre jusqu'à quel point les médecins se trouvent exposés.

Le médecin en chef d'un hôpital civil reçoit dans son service un malade atteint d'arthrite suppurée du genou. On offre à ce malade de le guérir par une arthrotomie. Il refuse. Le médecin n'insiste pas.

Plus tard des accidents surviennent. *Un autre chirurgien* se trouve obligé d'ouvrir des abcès péri-articulaires et de faire une résection du genou. Le malade guérit par ankylose.

Une année se passe. Et voici que le premier chirurgien *qui n'a jamais opéré ce malade* se trouve assigné par lui « pour s'entendre condamner à 25000 francs de dommages-intérêts du fait d'avoir estropié le sieur B... en l'opérant *de force* plusieurs fois après avoir paralysé sa résistance au moyen d'un anesthésique ».

Et sans que le chirurgien incriminé ait été consulté, sans qu'il ait été fait aucune enquête, l'assistance judiciaire est accordée au plaignant, et le médecin se trouve obligé de soutenir ce procès et de se défendre de faits dont il n'est point coupable.

Une consultation, très fortement motivée et signée de Me Deligand, a été envoyée à notre confrère et, grâce à elle, nous l'espérons, le médecin ainsi attaqué pourra préciser toutes les responsabilités et demander justice.

Mais il suffit que des faits de ce genre puissent se produire pour que l'on cherche les moyens d'en éviter le retour.

Nous avons encore sous les yeux deux dossiers du même genre, et nous savons qu'un chirurgien des hôpitaux de Paris se trouve en butte à des attaques ainsi injustifiées. Il est donc temps de se demander par quels moyens on pourra empêcher que l'assistance judiciaire soit accordée pour des accusations qui sont évidemment mensongères ou tout au moins exagérées. Il sera plus nécessaire encore d'obtenir que des instructions précises soient envoyées aux Parquets, afin d'éviter ces procès qui rendent presque impossible l'exercice de la médecine et de la chirurgie. Il appartient à toutes les sociétés professionnelles de se préoccuper de cette question.

L. Lereboullet.

La hernie accident du travail,

Par M. le Dr Jean Boyer,

Agrégé à la Faculté de Lyon, médecin-expert près les Tribunaux.

I. La hernie est-elle un accident du travail? Telle est la question que se sont posée chirurgiens, médecins-légistes et magistrats, depuis la promulgation de la loi du 9 avril 1898.

Les chirurgiens, en grande majorité, se sont prononcés pour la négative. Pour eux, la hernie ne se produit pas sans une prédisposition très nette : sac préformé, persistance du canal péritonéo-vaginal, proéminence conique du péritoine au niveau de l'anneau interne, consécutive à l'élargissement congénital du canal inguinal, et se traduisant par le choc caractéristique de la pointe herniaire (Kocher), etc. Or tout individu porteur d'une prédisposition doit être considéré comme atteint. Le traumatisme et notamment l'effort ne jouent qu'un rôle secondaire. Ils ne font qu'extérioriser une hernie déjà formée, projeter dans un canal, prêt à la recevoir, une anse intestinale déjà issue de l'abdomen; en un mot, ils enfoncent une porte ouverte.

Mais cette doctrine absolue a soulevé des objections et rencontré des adversaires. Ceux-ci, avec Kocher, Kaufmann, Quervain, n'admettent pas qu'une prédisposition soit l'équivalent du fait accompli. Tout prédisposé n'est pas nécessairement destiné à devenir *hernieux*. La prédisposition peut rester latente de longues années, sinon toute la vie, et c'est bien sous l'influence du traumatisme que, dans certains cas, la prédisposition se réalise. Mais, dans ces cas, et pour que la responsabilité du traumatisme soit admise, il faut qu'elle soit prouvée, et que les accidents se soient développés dans certaines conditions étiologiques et symptomatiques, que le médecin-expert devra minutieusement rechercher.

En présence de ces deux doctrines les médecins-légistes étaient divisés; les magistrats restaient perplexes. Mais pendant cette période de tâtonnement, les hernieux se pressaient devant les tribunaux, se réclamant tous de la nouvelle loi et demandant le bénéfice d'un effort plus ou moins authentique. Les certificats médicaux et les expertises se multipliaient. Des jugements et des arrêts étaient rendus de divers côtés : Tribunal civil d'Avignon, 28 décembre 1899, et Cour de Nîmes, 7 mars 1900; — Tribunal civil de Nancy, 2 mai 1900, et Cour de Nancy, 29 décembre 1900; — Tribunal civil de Lille, deux jugements du 25 mai 1900; — Cour de Chambéry, 19 décembre 1900; — Jugements du Tribunal civil de Mayenne, 23 mars 1900; Saint-Gaudens, 11 avril 1900; Valenciennes, 26 juillet 1900, et 10 août 1900; Aubusson, 14 août 1900, etc.

Ces jugements et arrêts, rendus pour ou contre les demandeurs, arrivaient rapidement à créer une jurisprudence, et dès lors la discussion, au lieu de s'effacer derrière des formules absolues, allait s'ouvrir et s'élargir en s'appuyant sur des arguments scientifiques, des exemples cliniques et des précédents judiciaires.

II. Le *Bulletin de l'Office du travail*, du mois d'avril 1901, dit qu'il résulte de tous les jugements publiés ou cités, que la hernie peut, *dans certaines conditions*, être considérée comme accident du travail, mais que l'ouvrier atteint de hernie doit établir, au préalable, que ces conditions sont remplies. Suivent quelques exemples :

Un sieur G... se dit atteint de hernie subite à la suite d'un effort le 30 juillet 1899, entre 9 heures et 10 heures du matin. Ses compagnons ne se sont aperçus de rien et ne se sont pas doutés qu'un accident avait pu se produire. Lui-même a continué de travailler jusqu'à midi sans se plaindre. Le sieur G... a été débouté en première instance, et en appel.

Voici un extrait du jugement du Tribunal civil de Nancy du 21 mai 1900.

Joseph L..., le 13 septembre 1899, à 8 h. 1/2 du matin, était occupé à transporter dans une brouette du bicarbonate de soude; en retournant sa brouette pour la vider et « sans doute par suite du mouvement de torsion occasionné par le travail », il était atteint de hernie inguinale droite. Les témoins affirment que pendant son travail, commencé à 6 heures du matin, L... avait paru bien portant, qu'immédiatement après avoir senti la douleur, il avait cessé son travail et s'était rendu chez le médecin de l'usine qui lui avait procuré un bandage, et que quelques jours plus tard, il avait repris son travail. Le 6 juillet 1899, à son entrée dans l'usine, L... avait été visité; aucune hernie n'avait été constatée à ce moment. Les considérants du jugement font remarquer qu'au moment où la hernie s'est produite l'ouvrier travaillait depuis deux heures à un travail relativement pénible, qu'il n'aurait pu faire sans bandage s'il avait eu une hernie antérieure (?), que le temps très long qui s'est écoulé entre l'accident et la première réclamation de l'ouvrier prouve sa bonne foi (??), que s'il avait simulé au moment de l'accident une hernie déjà existante, il n'aurait pas attendu si longtemps pour réclamer et n'aurait pas repris son travail après quelques jours d'interruption.

Les deux premiers considérants sont évidemment très discutables. L... pouvait être porteur d'une pointe de hernie et travailler sans bandage. Au moment où la hernie a franchi l'anneau inguinal la douleur s'est produite. Quant à la réclamation tardive, elle pourrait tout aussi bien se retourner contre le

demandeur. Si au moment de l'accident il n'a pas eu l'idée de rendre celui-ci responsable, c'est peut-être qu'il n'a pas cru tout d'abord, et pour cause, à cette responsabilité. Il lui a fallu réflexion et conseils pour se faire cette... conviction.

Les *attendus* continuent ainsi : La hernie, sans doute, ne se produit que chez une personne prédisposée, mais la hernie, dite *de force*, ne peut être considérée comme n'étant qu'une simple phase du développement d'une hernie préexistante à l'état latent; tout prédisposé n'est pas nécessairement destiné à devenir hernieux.

La prédisposition herniaire peut rester latente de longues années... et le prédisposé devient hernieux sous l'influence du traumatisme et non de la maladie. Cela doit être admis alors même que la hernie se produit à l'occasion d'un travail qui ne nécessite pas d'efforts d'une grande intensité, si l'ouvrier est amené à se placer dans une position défavorable, telle que l'écartement des jambes et la torsion du corps...

On voit que le tribunal de Nancy est allé loin. Aussi appel a été interjeté devant la Cour qui a pris la décision suivante :

Attendu qu'il importe de déterminer si la hernie de L... est une *hernie de force* ou une hernie de faiblesse ou congénitale..., que cette question est du domaine de la science... la Cour ordonne une expertise.

J'ignore si l'expertise est terminée et quel en a été le résultat dans le cas particulier de L... Mais la question de principe est nettement posée par le jugement et l'arrêt, à savoir que :

Il y a des hernies *de force*, dont un accident peut être rendu responsable, et que le médecin, pour chaque cas, doit en étudier les caractères et le mode de production.

III. Quels sont les caractères et quel est le mode de production?

La hernie de force, nous dit Quervain (*Semaine médicale*, mars 1900), la hernie *par accident*, comme l'appellent les Allemands, peut résulter de différentes causes : contusions fortes de l'abdomen et de la région inguinale, chutes combinées avec un effort musculaire considérable, surtout sans traumatisme. En Russie, des jeunes gens, pour échapper au service militaire, seraient même parvenus à se créer des hernies artificielles, en élargissant le canal inguinal au moyen d'un objet dur. Berger, qui a examiné 10000 cas de hernies recueillis à la consultation des bandages au Bureau central, de 1881 à 1884, admet des hernies professionnelles par efforts répétés. En tous cas, comme je l'ai rappelé au début de cet article, pour la hernie de force comme pour toute hernie dite traumatique, la plupart des chirurgiens n'admettent pas que le traumatisme puisse déterminer une hernie sans une prédisposition et une conformation anormale. Kaufmann, cependant, dans un mémoire très documenté (*Handbuch der Unfallverletzungen*, Stuttgard, 1897), n'écarte pas d'une manière absolue la possibilité d'une hernie traumatique sans prédisposition anatomique. Mais cette étiologie reste, pour lui, exceptionnelle.

Pour ceux qui, malgré tout et malgré la prédisposition, veulent que le traumatisme puisse, dans certain cas, encourir une responsabilité, ils exigent des garanties, des preuves et des conditions que le médecin expert doit rechercher et soigneusement étudier. C'est à cette opinion que la jurisprudence paraît vouloir définitivement se rallier.

Pour que la hernie puisse être qualifiée de *hernie de force* et attribuée à un accident, il faut : qu'au moment de la sortie herniaire l'effort ait été d'une intensité anormale, ou bien qu'un effort d'intensité moyenne ait été accompli dans une position défavorable, telle que l'écart des jambes, la torsion du corps; que l'apparition de la hernie ait été accompagnée de douleurs vives, à peine supportables, ayant obligé l'individu à interrompre son travail et à recourir immédiatement au médecin; qu'il y ait eu signes d'étranglement, que la hernie ne soit pas volumineuse (pour Kaufmann, une hernie plus grosse qu'un citron n'est pas une hernie de force); qu'un examen antérieur et récent ait démontré l'absence de toute pointe de hernie, que l'examen actuel démontre l'absence de prédisposition de l'autre côté et l'absence d'ectopie testiculaire (celle-ci s'accompagnant fréquemment d'une hernie plus ou moins latente), qu'en l'absence de signes d'étranglement il n'y ait pas irréductibilité (celle-ci indiquerait des adhérences anciennes entre le contenu et le sac), que, chez le sujet atteint, s'il est de constitution robuste, on ne signale pas de période où il aurait été incapable de travailler.

Les trois premières conditions sont majeures : « L'enquête qui ne constate aucune circonstance de cette nature n'établit point le rapport de cause à effet entre le travail et la hernie » (*Bulletin de l'Office du travail*).

Dans son rapport au Congrès médical tenu à Olten, le 29 octobre 1898, Kaufmann dit : « Après examen de plus de 200 décisions judiciaires (allemandes, autrichiennes et suisses), j'ai établi ceci :

« Les hernies se révélant nettement et subitement, accompagnées de violentes douleurs, immédiatement après un accident proprement dit, dans le cours du travail, ou bien après un effort extraordinaire dans le travail professionnel, c'est-à-dire après un effort corporel pénible dépassant le cadre du travail professionnel ordinaire, ces hernies-là ont droit à une indemnité... Si la hernie est survenue dans l'accomplissement du travail professionnel, si par conséquent il n'y a pas eu accident de surmenage; si les violentes douleurs ont manqué au moment de la sortie de la hernie, et si le médecin, au lieu d'être appelé dans l'intervalle des deux premières journées, ne l'a été qu'ultérieurement, il ne faut point admettre d'emblée la hernie accidentelle... La production d'une hernie double par suite d'accident, celle d'une hernie unilatérale, tandis que de l'autre côté il y a tendance manifeste à hernie, ou hernie formée, sont invraisemblables. Le travail pénible exercé depuis des années déjà, ainsi qu'un âge avancé, sont, en général, contre l'hypothèse d'une production herniaire accidentelle. »

Comme on le voit, les conditions posées sont précises et le signalement des hernies *de force* est assez complet pour permettre aux médecins de les reconnaître.

Il est évident que les hernies, justiciables de la nouvelle loi, si on exige rigoureusement les preuves de leur origine, resteront à l'état de rares exceptions.

Dans les six premiers mois de l'année 1895, l'office des assurances de l'empire allemand (auquel a adhéré le Conseil fédéral suisse) a jugé en dernière instance 400 cas de hernie, dont 32 seulement ont été indemnisés. La statistique allemande assigne à ces hernies de force une proportion de 5,6 à 7,5 p. 100.

IV. — Quelle part d'incapacité devra-t-on accorder aux bénéficiaires de la nouvelle jurisprudence?

On comprend que ce chiffre devra varier suivant le volume de la hernie, les chances d'étranglement, l'âge et la profession de la victime et les prédispositions constatées. Les précédents ne sont pas des plus concluants. Les différents barèmes que j'ai pu consulter accordent pour une hernie inguinale ou crurale une incapacité partielle de 5, 8 et 10 p. 100. En Suisse, l'indemnité est diminuée en cas de prédisposition. En Allemagne, cette clause n'existe pas; la hernie unilatérale est taxée, en incapacité, à 10 p. 100; elle peut être élevée jusqu'à 50 p. 100, si la nature de l'occupation du sinistré est incompatible avec l'existence d'une hernie, et si le sinistré, de ce fait, est obligé de changer de métier; la hernie double est taxée à 15 p. 100, avec les mêmes conditions d'augmentation que la hernie simple. Par contre, on a pu soutenir que la hernie n'entraine aucune incapacité. Blasius affirme même que le sinistré bénéficie de l'accident, parce que celui-ci, en faisant sortir sa hernie, le force à porter un bandage et le préserve ainsi de l'étranglement. A Nancy, le tribunal avait accordé à L... 50 francs de rentes par an. Enfin, on me signalait récemment un arrêt de la cour de Paris, accordant 300 francs de rentes à un sinistré à qui, après étranglement, on avait pratiqué la *cure radicale*, et dont on avait ainsi réduit l'incapacité (si incapacité il restait), à un infime *minimum!* J'estime que, si le renseignement est exact, la décision des juges parisiens aurait besoin d'être expliquée.

En résumé, il ressort de la jurisprudence actuelle, tant à l'étranger qu'en France, que la hernie peut être qualifiée *accident du travail*, dans des circonstances bien déterminées et exceptionnelles, dont l'intéressé doit faire la preuve devant le médecin et le magistrat (1).

1. *Lyon médical*, 12 mai 1901, t. XCVI, n° 19, p. 681.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Psoïtis consécutive à une perforation du cæcum au cours d'une typhlo-appendicite; propagation de la suppuration à toute la cuisse droite,

Par M. E. Audard,
Interne des hôpitaux de Paris.

On décrit, sous le nom de psoïtis d'origine appendiculaire, « toute inflammation superficielle ou profonde, suppurée ou non, développée dans le psoas iliaque consécutivement à une inflammation de l'appendice ou du cæcum » (Couraud).

La psoïtis constitue une complication bien connue des lésions cæcales ou appendiculaires, et son histoire est de date déjà ancienne. Ménière en 1828 et Dance en 1832 rapportèrent chacun un cas de psoïte d'origine intestinale, mais ils n'admettaient pas l'existence de lésions appendiculaires indépendantes de celles du cæcum. Burne en 1858 et Leudet en 1859 se montraient meilleurs observateurs : Leudet, en effet, relatait deux cas où l'autopsie avait permis de constater, avec une perforation de l'appendice, les lésions de la psoïtis aiguë : dans un cas « la fosse iliaque était le siège d'un vaste abcès sous-aponévrotique qui avait détruit en partie le muscle psoas iliaque », dans l'autre « l'abcès était compris entre l'aponévrose iliaque épaissie et noirâtre et la fosse iliaque; le muscle psoas iliaque droit baignait dans une sanie d'un gris jaunâtre, il était mou et fragile ».

En 1882, Vigla, dans les *Annales de la clinique interne de Liège*, publiait un cas où il avait observé, avec les signes d'une appendicite, une tuméfaction fluctuante occupant toute la partie supérieure de la cuisse; il avait opéré et l'intervention avait montré le fascia iliaca perforé et le pus ayant suivi le trajet du psoas au petit trochanter.

Au mois de juillet 1884, Gangolphe attirait l'attention de la Société des Sciences médicales de Lyon sur le rôle que joue l'appendicite dans le développement de certaines psoïtis, et bientôt après, il inspirait la thèse de son élève Couraud, le seul travail de quelque étendue consacré à cette question.

En 1900, Blanc et Vitaut ont fait paraître dans la *Loire médicale* une « Note sur un cas de psoïte suppurée d'origine appendiculaire ».

Enfin, le 15 septembre de la même année, J. Roger mettait la question au point dans un article de la *Presse médicale :* il en retraçait l'historique, rapportait un cas observé dans le service du Dr Richelot, insistait sur la fréquente origine appendiculaire de la psoïtis, esquissait très clairement le mécanisme de cette complication, décrivait l'aspect clinique et résumait le traitement.

Comme on le voit, les documents ayant trait à la psoïtis d'origine appendiculaire sont encore peu nombreux. Il ne faut pas d'ailleurs s'étonner de cette pénurie, car si la psoïtis reconnaît le plus souvent pour cause une lésion appendiculaire, et si, comme le fait remarquer Gigon, « nous savons maintenant que le grand nombre de psoïtis étudié autrefois par les auteurs correspondait presque toujours à une inflammation d'origine intestinale, propagée secondairement à la gaine du psoas », il est bien certain, d'autre part, que la psoïtis aiguë est relativement rare puisque, par exemple, « M. le professeur Le Dentu dit n'en avoir rencontré que trois exemples dans sa longue pratique », et que, lorsqu'il s'agit de psoïtis, « la plupart des articles ont trait à des suppurations froides de la fosse iliaque » (A. Jeandidier).

Aussi croyons-nous ne pas faire œuvre inutile en relatant ici une observation de psoïtis appendiculaire qu'il nous a été donné de recueillir il y a quelque temps dans le service de notre maître, M. le Dr Reynier; la réunion, dans l'histoire du même malade, de quelques particularités nous paraît d'ailleurs devoir justifier cette publication.

Observation. — Le nommé T..., Amand, âgé de 42 ans, peintre en bâtiments, entre le 9 janvier 1901, à 10 heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Reynier, salle Ambroise Paré, lit n° 38.

Il est amené par un gonflement énorme et des douleurs violentes qui siègent au niveau du tiers supérieur de la cuisse droite. Malheureusement il se trouve dans un état général si précaire, que c'est avec bien de la peine qu'il peut nous fournir les quelques renseignements qui vont suivre.

Avant le début de la maladie actuelle, il n'avait jamais été malade.

Le 1er janvier dernier, après avoir passé tranquillement sa journée et dîné en famille sans excès, il s'était couché vers 10 heures du soir tout à fait bien portant. Soudain, au milieu de la nuit, il fut réveillé en sursaut par une douleur excessivement vive dans l'abdomen, occupant aussi bien l'hypogastre que les deux fosses iliaques, sans prédominance marquée au niveau de la région de l'appendice, continue, mais présentant des pa-

roxysmes durant lesquels elle atteignait un degré d'acuité extrême. Un médecin appelé pensa, paraît-il, à une appendicite, et prescrivit l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre en même temps que le régime lacté absolu.

Durant 48 heures, les choses restèrent à peu près en état, le malade souffrait cependant de plus en plus et avait des poussées de fièvre le soir.

Puis le 4 janvier, dans la matinée, les douleurs abdominales cessèrent presque subitement: le malade éprouva un sentiment de bien-être qui contrastait vivement avec les souffrances insupportables des jours précédents.

Mais ce calme fut de bien courte durée.

Bientôt la partie supérieure de la cuisse droite devenait horriblement douloureuse, elle commençait à augmenter progressivement de volume et à prendre une teinte rouge, érysipélateuse. Le malade souffrait d'une façon continue et ne pouvait plus remuer son membre douloureux. Il ne se sentait pas le moindre appétit et ne dormait plus la nuit, son sommeil étant interrompu, aussitôt que commencé, par des crises douloureuses d'intensité croissante et presque subintrantes. Le médecin traitant fit appliquer au niveau de la région malade des cataplasmes sédatifs qu'on y maintenait en permanence, mais ne put arriver à atténuer la violence des sensations éprouvées par le malade. C'est pourquoi celui-ci se décida à venir à l'hôpital Lariboisière réclamer les secours du chirurgien.

A son arrivée dans la salle, on est frappé, en le découvrant, de l'attitude de la cuisse malade qui est en demi-flexion, abduction légère et rotation externe. La moitié supérieure, comparée à la portion correspondante du membre opposé, est considérablement augmentée de volume; les téguments sont très rouges sur toute la circonférence de la racine du membre. Il existe un œdème très marqué, remontant jusque dans la fosse iliaque externe, où la pression du doigt détermine un godet très net et persistant. On ne perçoit nulle part de fluctuation franche. La saphène interne n'est pas variqueuse. La palpation est surtout douloureuse au niveau du triangle de Scarpa et en arrière dans la région du nerf sciatique.

En procédant avec précaution, on peut mobiliser en tous sens la cuisse sur le bassin, sans arracher de plaintes au malade. On ne détermine aucune douleur en frappant à petits coups sur le talon dans le but de refouler la tête du fémur contre la cavité cotyloïde. Il est impossible de découvrir la moindre trace d'une écorchure récente au niveau des orteils ou sur le reste du membre inférieur.

Le ventre est souple, nullement ballonné; il n'est pas douloureux à la pression de la main. La palpation de la région de l'appendice ne fournit aucun renseignement. La percussion ne dénote nulle part de submatité ou de matité anormale.

La langue est recouverte d'un enduit saburral épais. Il n'existe ni diarrhée ni constipation.

Les mouvements respiratoires sont rapides.

Les traits sont tirés, le teint est jaunâtre comme celui des individus profondément infectés.

Le pouls est fréquent, mais régulier et encore bien frappé.

Un thermomètre introduit dans le rectum marque 39°,3.

M. Reynier qui voit le malade conclut à l'existence d'un phlegmon diffus dont il ne s'explique pas l'origine, et il est d'avis d'intervenir immédiatement.

Anesthésie générale à l'aide du chloroforme.

Une première incision, parallèle à l'axe du membre, est pratiquée à l'union des faces antérieure et externe de la cuisse sur une étendue d'au moins 20 centimètres, et donne issue à une petite quantité d'un pus jaune brunâtre dont l'odeur fétide rappelle tout à fait celle du pus né au voisinage de l'intestin. Les muscles sont grisâtres et décollés par des fusées purulentes.

Seconde incision, celle-ci d'une longueur de 7 à 8 centimètres un peu au-dessous de la précédente, atteignant presque le genou et d'où s'échappe encore un peu du même pus.

Lavage abondant à l'eau oxygénée faible. Un drain de la grosseur du pouce est placé dans la plaie inférieure. La plaie supérieure largement ouverte est pansée à plat avec de la gaze stérilisée. Pansement sec.

Une injection sous-cutanée de sérum paraît indiquée, mais, étant donné la profonde infection du malade, M. Reynier y renonce par crainte de nouveaux accidents septiques.

Le soir, le malade se trouve assez bien, mais la température rectale atteint 40°.

Le lendemain matin, l'état général apparaît sensiblement aggravé, le faciès est devenu plus jaunâtre encore, la respiration est pénible et précipitée, le malade est couvert de sueurs. Le thermomètre marque 39°,6.

On renouvelle le pansement vers 11 heures, mais le malade meurt à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie le samedi 12 janvier, à midi, 46 heures après la mort.

La cavité abdominale ne renferme ni pus ni matières fécales. Le péritoine est normal partout.

Mais l'attention est promptement attirée vers la fosse iliaque droite. L'appendice contourne l'extrémité inférieure du cæcum et remonte jusque sur sa face externe. Il est très long, très augmenté de volume, sa surface extérieure est noirâtre. Le fond du cæcum présente la même coloration.

L'examen des deux organes ne révèle au premier abord l'existence d'aucune perforation.

Mais le cæcum et l'appendice ont contracté, par leur face postérieure, des adhérences intimes avec le fascia iliaca; et, en les décollant avec précaution, on découvre, dans la zone des adhérences, une perforation siégeant sur le cæcum un peu en dehors du point d'implantation de l'appendice; elle est à peu près circulaire, présente environ les dimensions d'une pièce de 20 centimes et fait communiquer la cavité cæcale avec la nappe celluleuse qui tapisse le muscle iliaque. Plus bas, sous le péritoine pariétal et le fascia iliaca décollés, existe un interstice rempli de pus et de matières fécales; le muscle apparaît sale et gangréné; et il est facile d'établir que la propagation s'est faite de l'abdomen à la cuisse par le canal iliaque.

L'examen des autres viscères demeure sans résultat.

O. Josué a bien voulu examiner le pus recueilli au moment de l'ouverture du phlegmon de la cuisse et nous a remis la note suivante :

« Le pus jaune brunâtre, épais, répand une odeur infecte rappelant à la fois la fétidité des substances putréfiées et celle des matières intestinales.

« A l'examen sur lames, on trouve des microbes extrêmement abondants présentant les formes les plus variées : longs bacilles, bacilles courts, cocci isolés, diplocoques, chaînettes.

« Sur les préparations traitées par le Gram, on voit : 1° des microbes qui restent colorés par cette méthode : bacilles courts et longs, cocci assez gros isolés ou en chaînettes; 2° des microbes décolorés par ce procédé; bacilles et cocci.

« Les propriétés organoleptiques du pus, le nombre très considérable de germes qu'il contient, la présence de microbes de formes variées, les uns colorés, les autres décolorés par le Gram : tout cela constitue un ensemble de caractères qui permet presque d'affirmer l'origine intestinale de la suppuration. »

REMARQUES. — Dans cette observation, quelques points nous semblent particulièrement dignes d'attention : au point de vue clinique, la difficulté du diagnostic étiologique; au point de vue anatomo-pathologique, l'extrême étendue des lésions suppuratives; au point de vue pathogénique enfin, la nature de l'inflammation, qui a été le point de départ de la psoïtis que nous avons observée.

a) En l'absence de commémoratifs et de symptômes vraiment nets d'appendicite ou de typhlite antérieure ou actuelle, le diagnostic étiologique était bien difficile à établir au premier examen du malade. « Le diagnostic se fera sous le bistouri », a dit Bénard. Et en effet, ce furent l'aspect du pus et son odeur fécaloïde qui, à l'ouverture du phlegmon de la cuisse, firent penser à l'origine intestinale de la suppuration que l'examen microscopique du pus et l'autopsie devaient confirmer par la suite.

b) Dans la psoïtis, il n'est pas rare que le pus, sortant du bassin, se collecte à la partie inférieure de la gaine du psoas et arrive, en suivant cette gaine, jusqu'au devant du petit trochanter; mais il est exceptionnel

qu'il se répande dans les adducteurs et atteigne la surface cutanée au niveau de la face interne ou de la face postérieure de la cuisse, ou bien encore que, comme dans notre cas, des fusées purulentes, envahissant les muscles de la cuisse, parviennent en bas jusqu'au niveau du genou.

c) Quant à la pathogénie de la psoïtis qu'a présentée notre malade, elle nous paraît constituer une particularité véritablement intéressante. D'ordinaire, la genèse de la psoïtis appendiculaire peut être expliquée par l'une des hypothèses suivantes bien exposées dans l'article de J. Roger :

1° Le péritoine étant disposé normalement, une péritonite enkystée se développe autour de l'appendice. Si l'abcès est livré à sa propre évolution, si surtout il a un siège rétrocæcal, l'inflammation peut se propager au psoas, soit à distance, par voie lymphatique ou veineuse, soit par contiguïté (tissu cellulaire sous-péritonéal, fascia iliaca, couche celluleuse sous-aponévrotique, muscle);

2° L'appendice possède encore son enveloppe séreuse ordinaire, mais est logé dans la fossette sous-cæcale, l'abcès péri-appendiculaire, bien que toujours intra-péritonéal, est alors avant tout sous-aponévrotique; la myosite par contiguïté est imminente;

3° L'appendice, dépourvu de méso, monte sur la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant et repose directement au niveau de ce dernier sur le fascia iliaca : l'abcès se développe aux dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal, et la propagation au muscle se fait par contiguïté, ou plus souvent par continuité, le pus fusant dans le canal iliaque par un interstice aponévrotique;

4° La portion extra-péritonéale de l'appendice perfore le fascia iliaca, et l'abcès se développe d'emblée dans la gaine musculaire.

Dans l'histoire de notre malade, rien de semblable. L'appendice est malade, ce n'est pas douteux, mais le cæcum l'est bien davantage, et c'est lui dont la perforation a causé directement le développement de la psoïtis. Or une perforation du cæcum, au cours de l'appendicite, se produit habituellement de l'une des deux manières suivantes : ou bien elle succède à l'inflammation primitivement localisée à l'appendice et qui s'est propagée à l'intestin par adhérence secondaire des deux organes et envahissement des tuniques du cæcum de l'extérieur vers l'intérieur; ou bien au contact du pus d'un abcès péri-appendiculaire, la paroi cæcale se laisse ulcérer de dehors en dedans. Il ne nous paraît point que, dans notre cas, on puisse invoquer l'un ou l'autre de ces mécanismes. Nous savons que même dans ces dernières années, où l'on a définitivement considéré l'appendice comme le point de départ à peu près exclusif des inflammations de la fosse iliaque droite, on a rapporté des faits de typhlite ulcéreuse dont il semble que notre cas puisse être rapproché; Quénu, Bazy, Lop, Vincent en ont publié.

Mais dans l'observation de Lop, il est écrit que « l'appendice se fait remarquer par son intégrité et sa perméabilité, sa coloration normale »; dans celle de Vincent, que « l'appendice paraît tout à fait sain ». A l'autopsie de notre malade, au contraire, avec un cæcum qui était très malade, nous avons trouvé un appendice qui l'était presque autant. Aussi nous semble-t-il qu'on doit classer notre cas dans la catégorie de ces typhlo-appendicites, où appendice et cæcum sont lésés tous deux, et auxquelles Gigon, désireux d'incriminer à nouveau le cæcum, vient de consacrer récemment sa thèse.

Avec une typhlite gangreneuse, coexistait une appendicite, tout à fait comme dans le cas de Vallas, où « l'appendice était gros, tuméfié, rempli de liquide infectieux, et sur la paroi cæcale à côté de la base de l'appendice, mais nettement séparée d'elle par une bande de tissu sain, il y avait une plaque de gangrène avec perforation, de la largeur d'une pièce de 20 centimes ».

Rien d'étonnant d'ailleurs dans la coexistence de ces lésions : dans l'appendicite « presque toujours le cæcum et le commencement du côlon sont congestionnés, enflammés »; d'un autre côté, « dans bien des cas, l'appendicite est consécutive à une inflammation de la muqueuse cæcale au cours d'une entéro-colique aiguë ou chronique » (Jalaguier). Les tuniques de l'appendice ne sont-elles pas d'ailleurs en continuité directe avec celles du cæcum?

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 17 Juin 1901.

Sur l'usage de la levure de bière pour déceler les communications des nappes d'eau entre elles.

M. P. Miquel, pour démontrer l'absence du pouvoir épurateur du sol à l'égard des eaux, emploie depuis 18 mois la levure de bière pressée, qu'il est aisé de se procurer dans un état de pureté satisfaisant. Elle peut aussi être utilisée pour établir la réalité des communications des eaux superficielles ou souterraines avec les eaux de source destinées à être captées.

La levure délayée, sur les lieux de l'expérience, dans 10 à 20 fois son volume d'eau, est jetée sur les surfaces absorbantes, dans les cours d'eau, les puits, les gouffres qu'on suppose en communication directe avec les nappes d'eau souterraines alimentant telle ou telle source.

Les prélèvements des eaux qu'on pense contaminées sont toujours précédés d'expériences témoins tendant à démontrer que le *saccharomyces cerevisiæ* ne préexistait pas dans les échantillons qui vont être soumis à l'analyse; ils sont effectués toutes les 3 ou 4 heures durant une période que, suivant les cas, on fait varier de 15 jours à 1 mois, et même davantage.

Pour retrouver la levure, on répartit, dans le plus bref délai possible, les eaux recueillies dans des matras de bouillon de peptone sucré et acidifié de façon que le liquide résultant de ce mélange contienne environ par litre 200 grammes de saccharose, 1 gramme d'acide tartrique et, à peu près, autant de bitartrate de potasse, puis ces matras sont exposés à l'étuve portée vers 25°.

Quand la levure a pénétré dans l'eau recueillie, on voit se produire au bout de 24 à 48 heures, au fond du matras, des taches ou colonies formées par le *saccharomyces cerevisiæ*; bientôt une fermentation alcoolique énergique se déclare, avant que les bactéries, surtout celles des fermentations lactiques, qui sont le plus à redouter, aient pu envahir puissamment le milieu sucré.

Par ce procédé, l'auteur a pu établir la communication de certains cours d'eau, puits, bétoires, puisards ou gouffres, avec des sources captées à plus de 10 à 15 kilomètres du lieu d'expérimentation.

La levure ne perd pas sensiblement de sa vitalité après de longs parcours souterrains, et l'on peut la rencontrer encore pleine de vie à l'extrémité d'aqueducs de plus de 100 kilomètres de longueur et après un séjour de plus de 2 mois, soit dans l'intérieur du sol, soit dans ces aqueducs.

Ordinairement, ces expériences se pratiquent en employant 10, 20, 40 kilos de levure et davantage, suivant les circonstances.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 22 et 29 Juin 1901.

La réaction de fixation avec les bacilles morts.

MM. F. Widal et **L. Le Sourd** ont montré dans un précédent travail que la réaction de fixation de Bordet pouvait être décelée chez l'homme au cours même de la fièvre typhoïde.

Ils ont recherché si, en employant des bacilles typhiques stérilisés par la chaleur, on pouvait encore observer la réaction.

Ils ont fait usage d'une culture de bacilles typhiques sur gélose âgée de 24 heures, émulsionnée dans une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000. Cette émulsion était stérilisée pendant trois quarts d'heure à 61°.

La réaction s'exerçait avec ces bacilles morts aussi nettement qu'avec les bacilles vivants : l'aléxine ou cytase était fixée tout aussi bien sur les bacilles morts sensibilisés par le sérum typhique, et les globules rouges du mélange restaient intacts sans subir l'hémolyse. Cette réaction, comme lorsqu'on opère sur les bacilles vivants, est plus ou moins complète suivant le sérum typhique employé.

Variations pathologiques du pouvoir amylolytique du sérum sanguin.

MM. Achard et **Clerc**. — Les recherches ont porté sur 57 sérums et on peut grouper les résultats en 3 catégories :

1° *Pouvoir normal.* — Il s'agissait de sujets normaux ou atteints d'affections légères ;

2° *Pouvoir abaissé.* — Il s'agissait de diabétiques, de tuberculeux fébriles, de cancéreux ;

3° *Pouvoir très abaissé.* — Il s'agissait de tuberculeux hectiques ou de cancéreux avancés.

Sur 15 malades, 13 sont morts rapidement.

En somme l'abaissement du pouvoir amylolytique du sang entraîne un pronostic des plus graves.

D'autre part, il est constant chez les diabétiques de constater un léger abaissement du pouvoir amylolytique, fait constaté déjà par M. Lépine et expérimentalement par M. Kaufmann.

La pilocarpine détermine une augmentation manifeste du pouvoir amylolytique du sérum.

De l'élargissement du pied pendant la marche.

M. J.-F. Ferrier. — Lorsqu'on étudie par la radiographie l'élargissement de la partie antérieure du pied pendant la marche, on constate que cet élargissement est dû surtout à l'écartement des pièces du squelette. Nous avons vu dans un cas cet écartement atteindre 9 millimètres au niveau de la tête des métatarsiens, et 16 millimètres au niveau des orteils.

L'élargissement de l'avant-pied a sans doute pour rôle d'atténuer les vibrations produites par la marche et d'augmenter peut-être aussi la stabilité du corps pendant la période de point d'appui.

En s'opposant au déplacement des pièces du squelette plantaire, les chaussures mal faites peuvent provoquer des malformations ou lésions variées (arthrites, déviations, chevauchements d'orteils). En outre, ainsi que l'ont montré Boisson et Chapotot, cet élargissement lorsqu'il s'exagère sous certaines influences (fatigues, faux pas) peut être l'origine des fractures du métatarse qu'il est si fréquent d'observer chez les soldats, après de longues marches.

De la toxicité du suc gastrique normal, comparée à celle de la macération de viande.

MM. E. Cassaët et **G. Saux**. — Dans une communication précédente, nous avons rendu compte des résultats que nous avions obtenus en injectant à des lapins le produit de la macération de viande de bœuf dans une quantité d'eau dix fois supérieure, et fait voir qu'il n'était que peu toxique, puisque la dose nécessaire pour amener la mort était en moyenne de 53 centimètres cubes par kilogramme.

En préparant le suc gastrique destiné à nos expériences, nous avons tout d'abord constaté que les proportions données par les physiologistes fournissaient un liquide dont la dilution était beaucoup trop grande, et que son pouvoir digestif était trop peu considérable pour permettre de reconnaître la mesure de sa toxicité réelle. Nous nous sommes dès lors appliqués à faire toutes nos macérations au 1/10, en y ajoutant une quantité de HCl suffisante pour porter l'acidité totale du mélange de 1 à 1,50 au maximum par litre, et en faisant durer le contact pendant des temps variant de 30 minutes à 20 heures.

A l'encontre de ce que nous avions observé pour les macérations de viande, nous avons pu remarquer que la durée des contacts peut très sensiblement modifier les effets de l'injection et la toxicité, suivant qu'il existe ou non des produits de digestion dans le liquide recueilli. Il est important, en effet, de signaler que lorsqu'on procède, comme il a été dit plus haut, pour obtenir du suc gastrique, ce n'est pas en réalité du suc gastrique pur que l'on recueille, mais un mélange de ce dernier avec le produit de la digestion au moins relative du tissu de la muqueuse.

Nous avons pu éviter cette nouvelle cause d'erreur en faisant des extraits glycérinés d'où disparaissent les produits de digestion et sans que l'adjonction de glycérine augmente aucunement la toxicité de l'extrait qu'on obtient avec elle.

Nous estimons donc qu'on doit avoir recours à ce mode d'extraction pour faire l'essai du suc gastrique ; et c'est ainsi que nous avons préparé un liquide qui tue les animaux à la dose moyenne de 30 centimètres cubes par kilogramme.

La toxicité du suc gastrique est donc à peu près deux fois plus élevée que celle de la macération de viande préparée dans des conditions identiques.

Notes sur les organes hématopoïétiques et l'hématopoïèse dans la cyanose congénitale.

M. Emile Weil. — A l'autopsie de deux fillettes de 2 et 4 ans, atteintes de cyanose, avec hyperglobulie, nous avons trouvé une rate très volumineuse dans un cas, normale dans l'autre, les ganglions non tuméfiés, une grosse congestion avec prolifération notable de la moelle osseuse, enfin la persistance et l'hypertrophie du thymus, qui pesait 5 grammes chez l'enfant de 4 ans, 13 grammes chez la plus jeune.

Il semble donc que les organes hématopoïétiques réagissent dans la cyanose, pour produire l'hyperglobulie, mais leur participation n'est ni uniforme ni constante, comme déjà l'avait vu M. Vaquez. Microscopiquement, dans tous les organes, et surtout le thymus, nous avons trouvé une transformation de tissu conjonctif en tissu muqueux, et dans ce tissu proliféré et rajeuni de nombreuses cellules vaso-formatives, où se développaient des hématies. Nulle part, l'importance et la vaso-formation capillaire n'était aussi considérable que dans le thymus, dont les coupes ressemblaient à celles d'un angiome.

Il semble que, dans la cyanose, les hématies se forment, comme à un moment du développement fœtal, dans les cellules mésodermiques, et comme alors, cette formation n'est pas localisée à certains organes. C'est ce qui explique que les organes hématopoïétiques hypertrophiés ne le soient pas de façon constante.

Vaccine chez le cobaye.

MM. Benoit et **Roussel** ont obtenu facilement chez le cobaye de belles éruptions vaccinales en employant la méthode qui a été indiquée par MM. Calmette et Guérin pour la vaccination du lapin. D'après MM. Benoît et Roussel, le cobaye serait un réactif du vaccin plus sensible que le lapin et on pourrait l'utiliser dans les centres vaccinogènes pour apprécier la virulence du vaccin.

Anesthésie gustative et hypo-esthésie tactile de la langue par lésion de la corde du tympan.

MM. N. Vaschide et **L. Marchand**. — Chez une jeune

fille dont la membrane du tympan était lésée du côté gauche à la suite d'une otorrhée, les auteurs ont trouvé non seulement une ageustie complète dans la moitié gauche des deux tiers antérieurs de la surface supérieure de la langue, mais aussi une diminution très notable de la sensibilité tactile du côté malade. Ce cas montre que la corde du tympan contient, comme le glosso-pharyngien, des filets de la sensibilité générale et que ces deux nerfs non seulement peuvent transmettre à des degrés divers toutes les saveurs, mais aussi les impressions tactiles. Au point de vue physiologique, ils ont mêmes fonctions. C'est, au point de vue anatomique, une confirmation des idées de Mathias Duval d'après qui le nerf de Wrisberg et le glosso-pharyngien se terminent dans un même noyau du bulbe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 Juin 1901.

Tétanos guéri par des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique.

M. Tuffier résume une observation envoyée par **M. Letoux** (de Vannes).

Il s'agit, en résumé, d'un jeune homme qui était entré à l'hôpital pour une plaie du pied par coup de feu et qui, 11 jours après, malgré les soins les plus antiseptiques, fut pris des premiers symptômes du tétanos. M. Letoux pratiqua aussitôt deux injections intra-cérébrales de sérum antitétanique, 10 centimètres cubes dans chaque hémisphère. Aussitôt, les accidents furent jugulés; à la vérité, les symptômes déjà existants au moment de l'infection persistèrent encore quelques jours, mais, du moins, il ne s'en produisit plus d'autres, et, 7 jours après, le malade était guéri. Entre temps, il avait subi l'amputation de son orteil sans le moindre inconvénient.

C'est le quatrième cas de tétanos guéri de cette façon par M. Letoux.

Rupture traumatique de la rate traitée par la splénectomie.

M. Guinard analyse deux cas adressés, le premier par **M. Mauclaire,** le second par **M. Véron** (d'Alger).

Dans le cas de M. Mauclaire, il s'agit d'un homme qui reçoit un coup de pied de cheval dans le flanc gauche et qui, pendant 24 heures, ne présente aucun symptôme inquiétant; ce n'est qu'au bout de 2 jours qu'apparaissent les signes d'hémorrhagie interne. M. Mauclaire intervient aussitôt, trouve une rate éclatée qui donne un flot de sang, enlève l'organe, nettoie le ventre et draine : le malade guérit. Il a été présenté ici même il y a un mois (22 mai).

Dans le cas de M. Véron, le traumatisme est le même. M. Véron voit le blessé 3 heures après l'accident; il n'y a pas le moindre signe d'hémorrhagie interne, mais il existe de la contracture de la paroi abdominale. Malgré ce symptôme, M. Véron institue un traitement médical, et ce n'est qu'au bout de 24 heures, quand les signes d'hémorrhagie sont évidents, qu'il se décide à intervenir. Il trouve une large rupture de la rate, ayant donné lieu à un vaste épanchement intrapéritonéal. Splénectomie; grand lavage du péritoine, tamponnement à la gaze; mort, au 10e jour, d'infection.

M. Guinard croit que cette infection résulte d'une double faute : 1° du grand lavage du péritoine; 2° du tamponnement et du drainage défectueux de la plaie.

Il reproche encore à M. Véron le retard apporté dans l'intervention chirurgicale, intervention absolument indiquée par la contracture des muscles abdominaux, ce signe si précieux sur lequel M. Hartmann a particulièrement insisté.

M. Demoulin a également observé un cas de ce genre où les signes d'hémorrhagie interne ne se manifestèrent qu'au 4e jour. A l'opération on constata que la rate était complètement sectionnée en deux et que, dans la partie encore adhérente, l'hémorrhagie s'était arrêtée grâce à un recroquevillement de la capsule splénique sur la tranche de section. On fit la splénectomie, mais le malade mourut de péritonite.

Prolapsus complet du rectum.

M. Delorme répond à M. Delbet :

1° Que la priorité de la méthode lui appartient;

2° Que, dans les temps qui lui sont communs avec M. Juvara, les procédés et les buts poursuivis sont différents;

3° Que les résultats obtenus sont meilleurs que ne le croit M. Delbet, car sur 9 cas (il faut en effet ajouter aux 7 cas rapportés par M. Delbet le cas de M. Tuffier et un cas récent opéré par M. Delorme), on compte 7 guérisons : c'est au moins encourageant;

4° Enfin que les conséquences du décollement et de l'ascension possibles de la muqueuse rectale ne sont pas aussi redoutables que le pense M. Delbet; il est facile d'éviter non seulement l'infection grave, mais aussi l'atrésie rectale ultérieure.

M. Delorme ne veut pas critiquer la recto-coccypexie de Gérard-Marchant, méthode excellente et qui a fait ses preuves; mais il croit que sa méthode a également droit à une place dans la thérapeutique chirurgicale; tout au moins les succès qu'elle a déjà donnés demandent-ils qu'on l'essaye plus longuement avant de prononcer sa condamnation définittve.

Tumeur rare du corps thyroïde.

M. Ricard a opéré récemment un homme qui présentait dans la région latérale gauche du cou, une tumeur semblan développée aux dépens du corps thyroïde, tumeur irrégulière, diffuse, très étendue, très adhérente, et d'une dureté telle qu'elle semblait réellement constituée par du tissu osseux. On porta le diagnostic de cancer squirrheux du corps thyroïde. La tumeur comprimait la trachée, les bronches, et le malade, qui ne souffrait d'ailleurs pas, présentait une paralysie unilatérale du pharynx, des troubles de la respiration et de la dysphagie. Ce sont ces troubles qui décidèrent M. Ricard d'intervenir.

A l'opération on trouva une tumeur dure, irrégulière, diffuse, développée dans le lobe gauche du corps thyroïde et ayant envahi tous les tissus de la région : trachée, œsophage, vaisseaux et nerfs. Son extirpation fut excessivement pénible et on fut obligé de réséquer avec la tumeur la jugulaire interne, la carotide, le pneumogastrique et le récurrent. Au cours de cette extirpation, on dut blesser également le canal thoracique, car, dans les jours qui suivirent, il se fit un écoulement abondant de lymphe par la plaie. A part cet écoulement, qui céda d'ailleurs à la simple compression, les suites opératoires furent absolument simples, et la malade guérit rapidement.

La tumeur examinée montra qu'il s'agissait non pas d'un cancer, mais d'un fibrome pur diffus de la glande thyroïde. Le malade, opéré le 6 mars, n'a d'ailleurs pas présenté de récidive.

M. Ricard attire l'attention sur ces tumeurs rares du corps thyroïde, tumeurs dont il a déjà observé deux autres exemples, dont Tailhefer a également signalé plusieurs cas, et qui par leur allure maligne, en contradiction avec leur structure histologique, offrent un triple intérêt : pathogénique, diagnostique et surtout thérapeutique.

Deux cas d'autoplastie nasale par la méthode indienne.

M. Quénu présente deux malades, pour montrer que la méthode peut donner des résultats parfaits malgré l'âge avancé des sujets : ceux-ci ont, en effet, 70 et 72 ans. Dans les deux cas, l'autoplastie avait été nécessitée par l'ablation d'un épithélioma du nez.

Rupture traumatique totale de l'urèthre.

M. Walther présente un malade chez lequel la rupture de l'urèthre, consécutive à une chute à califourchon, était complète et portait sur la partie moyenne du bulbe. M. Walther est intervenu 14 heures après le traumatisme ; par une incision périnéale il est allé à la recherche des deux bouts de l'urèthre qui étaient écartés de plusieurs centimètres et les a réunis par une suture à trois plans. Sonde à demeure, réunion par première intention, guérison. Aujourd'hui le malade n'accuse pas le moindre rétrécissement uréthral.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 Juin 1901.

Exostose douloureuse de la table interne de l'occipital chez une rachitique.

M. L. Galliard. — Une femme, âgée de 36 ans, phthisique et rachitique, souffrait d'une névralgie occipitale violente localisée au côté droit, accompagnée de vertige et faisant penser, malgré l'absence de désordres oculaires, à une tumeur du cervelet. La douleur, peu influencée par les médicaments, disparut, sans cause connue, au bout de quelques semaines, tandis que la tuberculose pulmonaire progressait rapidement.

A l'autopsie, il a constaté l'intégrité du cervelet. Il y avait simplement au milieu de la fosse cérébelleuse droite une exostose en forme de V assez saillante pour soulever la dure-mère, mais ne refoulant pas d'une façon appréciable la substance du cervelet.

Cette exostose, développée aux dépens de la table interne de l'occipital, correspondait exactement au point douloureux constaté pendant la vie. Il n'y avait pas d'exostose correspondante de la table externe de l'occipital.

Quelle était l'origine de cette exostose? La syphilis n'existait pas. On peut invoquer ici le rachitisme, sachant que les rachitiques ont parfois des épines osseuses spécialement à la paroi interne du bassin, épines bien connues des accoucheurs.

Au point de vue pratique, la constatation de cette exostose est intéressante. Si le diagnostic avait pu être précisé pendant la vie, on aurait dû pratiquer la trépanation au point douloureux et se borner à cette opération; s'abstenir d'inciser la dure-mère et surtout de fouiller le cervelet.

M. Lermoyez. — Le vertige n'est pas un symptôme de lésion du cervelet, mais un symptôme auriculaire. Il n'y a pas de symptôme spécial au cervelet.

Sclérodermie.

M. Hirtz montre un malade qui présente une sorte d'œdème diffus de la peau et qui a, en outre, une péri-arthrite de la hanche très volumineuse. Il dit péri-arthrite, car la radiographie a montré l'intégrité des surfaces osseuses. S'agit-il de sclérodermie qui s'accompagne, il est vrai, très souvent de lésions articulaires, mais des petites jointures des doigts? Les lésions des grosses jointures sont plus exceptionnelles; toutefois la présence de plaques sclérodermiques très nettes sur les bras fait croire que c'est bien là le diagnostic.

Cancer primitif des bronches.

MM. Merklen et Girard. — Le cancer des petites bronches ne donne pas de signes autres que ceux du cancer du poumon. Il n'en est point de même du cancer d'une grosse bronche, on peut alors observer des signes de rétrécissement des voies aériennes coïncidant avec les signes du cancer du poumon. Ce sont le silence respiratoire dans un ou plusieurs lobes du poumon, le cornage, la rétro-dilatation bronchique. Cette coïncidence permet de faire le diagnostic et de localiser exactement la tumeur, car les cancers de la trachée ne donnent que le premier de ces signes et les cancers du poumon seulement les seconds.

M. Ménétrier, qui a observé deux cas de ce genre où le cancer siégeait au niveau des bronches hilaires, a recueilli un certain nombre d'autres cas semblables. La coexistence des signes signalée par M. Merklen donne, en effet, la physionomie habituelle du cancer des bronches, mais certains cancers du poumon avec adénopathie cancéreuse trachéo-bronchique donnent aussi du rétrécissement de la trachée ou des grosses bronches, en sorte que cette coexistence n'est pas pathognomonique.

La gastérine de Frémont.

M. Mathieu. — M. Le Gendre a communiqué à la dernière séance, tant au nom de M. Frémont (de Vichy) qu'en son nom propre, un certain nombre d'observations d'affections stomacales ou stomaco-intestinales notablement améliorées par l'usage de la gastérine ou suc gastrique recueilli directement dans l'estomac du chien, après isolement et fistulation de l'organe.

M. Mathieu a eu l'occasion d'observer de même de très grandes améliorations et parfois de véritables résurrections par l'usage de la gastérine. Certains malades avaient une cachexie telle qu'ils avaient été considérés comme des cancéreux; dans un cas en particulier, un ganglion sus-claviculaire volumineux avait paru corroborer ce diagnostic. Dans quelques-uns de ces cas, M. Mathieu a étudier le chimisme gastrique. Il a vu qu'il restait aussi mauvais après qu'avant l'administration de la gastérine. Et cependant l'amélioration est incontestable et corroborée par la restitution progressive du poids du corps. S'agit-il de rétablissement de la sécrétion pancréatique ou d'action nerveuse quelconque? M. Mathieu ne saurait le dire, mais il constate le fait sans pouvoir l'expliquer.

M. Soupault a signalé, avec M. Labbé, ce fait que le sus-claviculaire de Troisier n'est pas un signe pathognomonique de cancer; souvent il est gros parce qu'il est tuberculeux.

M. Le Gendre a constaté la disparition de diarrhées chroniques rebelles sous l'influence de l'administration de la gastérine. Dans des cas semblables, l'analyse du suc gastrique a montré une apepsie à peu près complète et une acidité à peine sensible. Le traitement par la limonade chlorhydrique a produit chez ces malades des effets tout à fait analogues à ceux que l'on attribue à la gastérine.

Malformation cardiaque.

M. Bergouignan présente un cœur offrant une communication interauriculaire considérable. La malade, âgée de 34 ans, était petite, mal développée; elle avait l'apparence d'une enfant de 13 ans. Le teint et les extrémités étaient légèrement cyaniques. A l'auscultation, on entendait au niveau du troisième espace intercostal gauche, près du sternum, un souffle systolique et un retentissement diastolique très accusés. A la pointe, roulement présystolique. Bien que le souffle systolique pût faire penser à un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, on porta le diagnostic de rétrécissement mitral congénital avec inocclusion interauriculaire probable. La malade mourut au milieu d'accidents urémiques, et l'autopsie confirma le diagnostic. On trouva une large communication entre les oreillettes, un rétrécissement mitral, atrophie du ventricule gauche, atrophie de l'orifice aortique et de l'aorte. Le ventricule et l'oreillette droits sont, au contraire, hypertrophiés et dilatés, ainsi que l'artère pulmonaire et la valvule tricuspide, insuffisante et scléreuse. En somme, aplasie de tout le système aortique.

M. Variot demande si la malade présentait des déformations des extrémités digitales si fréquentes dans les rétrécissements congénitaux de l'artère pulmonaire.

M. Bergouignan. — Elle n'en présentait pas.

M. Rendu fait observer que, dans les cas semblables d'aplasie artérielle, la mort par le rein est fréquente.

Hémorrhagie intestinale mortelle au cours du mal de Bright.

M. Souques. — Un malade atteint de néphrite chronique succomba subitement avec des signes d'hémorrhagie interne. A l'autopsie, l'intestin jusqu'au haut du jéjunum était plein de sang. C'est donc à une hémorrhagie intestinale qu'avait succombé le malade.

M. Guinon rapporte un cas semblable qui s'est produit au cours d'une néphrite aiguë.

Sciatique traitée par l'injection épidurale de cocaïne.

M. Souques. — Une malade atteinte de sciatique qui durait depuis 5 mois, et résistait à tous les traitements, a été traitée par la méthode de Sicard. Une première injection épidurale a amené une sédation transitoire; une seconde injection

a été suivie d'une guérison complète qui semble durable, car 35 jours se sont écoulés depuis lors.

La même malade était atteinte, en même temps, d'hémiplégie gauche douloureuse d'origine cérébrale. Le traitement n'a eu aucun effet sur ces douleurs.

M. Widal. — L'injection épidurale de cocaïne par la méthode de Sicard a, dans la cure de la sciatique, une supériorité incontestable sur l'injection intra-rachidienne par la voie lombaire.

Cette dernière amène une analgésie plus complète, il est vrai, mais moins durable; elle ne pourrait être répétée souvent sans danger, car elle provoque une réaction leucocytaire ; enfin, elle a des inconvénients possibles : la céphalée, les vomissements, qui ne s'observent que très exceptionnellement dans la méthode de Sicard.

L'injection par voie lombaire convient à l'anesthésie chirurgicale; l'injection par voie sacrée, plus durable et plus sédative qu'anesthésiante, trouve au contraire ses indications dans les affections médicales douloureuses telles que la sciatique.

M. Achard, en comparant chez le même malade l'injection faite en dedans et en dehors des méninges, a vu presque toujours un soulagement plus marqué avec l'injection intraméningée.

M. Lamy a à soigner à la consultation de Tenon nombre de sciatiques et de lombagos. Il a renoncé au siphonnage qui n'est guère efficace, et aux injections lombaires de la cocaïne qui causaient parfois des accidents obligeant à garder quelques heures le malade à l'hôpital. Il emploie la voie sacrée. D'après quelques observations, qui demandent à être poursuivies, l'injection de sérum artificiel par cette voie pourra peut-être rendre les mêmes services que l'injection de cocaïne.

M. Achard. — L'injection intra-arachnoïdienne produit aussi, dans bien des cas, un soulagement prolongé. Il l'a répétée un certain nombre de fois chez le même malade sans inconvénients appréciables.

D'ailleurs la réaction leucocytaire est faible et inconstante avec de petites doses; elle se produit vraisemblablement aussi par l'injection extra-méningée, seulement elle a lieu alors dans le tissu conjonctif intra-vertébral. Peut-être même n'est-elle pas inutile et agit-elle en opérant une petite révulsion qui aide au soulagement.

Tumeur du cervelet prise pour une méningite tuberculeuse.

MM. Achard et **Laubry** rapportent l'observation d'un malade qui se plaignait de céphalalgie occipitale, avait l'attitude en chien de fusil, de la raideur de la nuque, du subdélire, de l'inégalité pupillaire, sans fièvre. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair contenant quelques lymphocytes, peu nombreux, mais dépassant cependant la moyenne de ce qu'on peut observer chez les sujets normaux. Quelque temps après, le malade mourut à la suite d'une attaque convulsive. Au lieu de la méningite tuberculeuse qu'on s'attendait à trouver, l'autopsie révéla l'existence d'une tumeur grosse comme une noix dans le lobe droit du cervelet.

L'examen des globules blancs, s'il ne permettait pas d'affirmer la méningite tuberculeuse, ne détournait pas non plus de ce diagnostic. Peut-être dans ces cas incertains, la numération des globules blancs proposée par M. Saignel-Lavastine ajouterait-elle un élément de précision à la recherche cytoscopique.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 21 Juin 1901.

Troubles trophiques de la paroi abdominale par les rayons X.

MM. P. Bar et **Doullé** ont observé une femme enceinte qui, ayant subi une séance de radiographie, fut prise un mois après d'eschares très profondes de la paroi abdominale. Ayant accouché avant la cicatrisation des plaies, elle fut prise d'infection puerpérale assez grave contre laquelle on injecta du sérum artificiel sous la peau de la région hypogastrique. Quinze jours après ces injections, il se produisit une eschare énorme intéressant le tiers de la paroi abdominale, sans qu'il y ait eu d'infection au niveau des piqûres. La plaie atone qui en résulta fut très difficile à guérir. La cicatrisation s'améliora cependant à la suite d'une exposition prolongée à la lumière rouge. Ce fait intéressant montre que les rayons X peuvent modifier profondément les tissus, et que lors même qu'il n'existe aucune lésion apparente, il y a trouble plus ou moins actif dans la nutrition. Ces faits se rapprochent de ceux qui s'observent à la suite de l'exposition aux rayons de Becquerel. Ces rayons ont pu produire des lésions analogues.

Kyste hydatique du foie chez une femme enceinte. Mort subite.

M. Boissard. — La malade dont il s'agit se présenta à la maternité de Tenon avec des troubles respiratoires faisant songer à de la dyspnée cardiaque, et cependant il n'existait aucune lésion à l'auscultation. La mort survint rapidement à la suite d'un accès de suffocation. A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique volumineux de la face convexe du foie, dont la poche était intacte. Il est difficile d'expliquer cette mort subite. Peut-être la tumeur comprimait-elle le pneumogastrique.

MM. Bar et **Blandin** ont observé un cas qui peut se rapprocher du précédent.

Il s'agit d'une femme enceinte de 3 mois, qui fut amenée dans le service de Lariboisière dans un état assez grave. Douleur vive dans le thorax, dyspnée intense, accès de suffocation ressemblant beaucoup aux accès d'asthme. A l'examen, on ne trouve rien pouvant expliquer la dyspnée. L'abdomen est assez volumineux et l'on y constate la présence d'une notable quantité de liquide ascitique. La malade raconte qu'elle portait une tumeur abdominale qui a disparu tout d'un coup. Ce fait étant confirmé par le médecin de la malade, on pratique la laparotomie. A l'ouverture du ventre, on s'aperçut qu'il s'agissait d'un kyste hydatique rompu dans le péritoine. On pratiqua l'ablation du kyste et la marsupialisation de la poche. Malgré une hémorrhagie secondaire qui se produisit quelques heures plus tard, la malade guérit parfaitement.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est que le seul symptôme observé fut une dyspnée intense, et que les phénomènes abdominaux manquèrent absolument.

Déformations de la tête fœtale dans les présentations du siège.

M. Bar. — MM. Bonnaire et Schwab ont insisté, dans la séance précédente, sur les déformations de la tête dans les cas de présentation du siège. Ces faits sont bien connus. Ils doivent être envisagés différemment suivant la quantité de liquide amniotique qui était contenu dans l'œuf. Quand il existe de l'oligo-amnios, le fœtus étant fortement comprimé, la tête s'incline sur une des épaules et il se produit une encoche plus ou moins marquée. Quand le liquide amniotique est en quantité normale, on peut observer différents cas. Certaines têtes sont rondes, d'autres sont brachycéphales, d'autres enfin sont dolichocéphales. Le plus souvent, il existe une asymétrie marquée et l'aplatissement siège presque toujours sur le pariétal inférieur. Il serait intéressant de savoir ce que deviennent ces enfants pour juger si ces déformations ne sont pas fâcheuses au point de vue du développement cérébral ultérieur. A Bicêtre, beaucoup d'enfants arriérés présentent des déformations analogues.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 Juin 1901.

Lymphangite infectieuse de la Guyane.

M. J. Darier présente un malade atteint d'une affection cutanée tropicale qui ne paraît pas avoir encore été classée.

Après trois séjours d'une année dans la Guyane hollandaise,

ce malade a vu apparaître l'hiver dernier, au moment de la saison des pluies, un tubercule sous-cutané, violacé qui siégeait sur le dos de la main droite et fut bientôt suivi de formations analogues le long des lymphatiques de la région; ultérieurement, des indurations semblables se produisirent sur le poignet gauche. Ces sortes de gommes lymphangitiques s'ulcérèrent dans la suite ; après avoir résisté pendant plusieurs mois à divers traitements, elles sont actuellement en voie de cicatrisation.

D'après les renseignements fournis par le malade lui-même, cette affection est connue dans la Guyane sous le nom de *pian-bois*. Elle se développe toujours primitivement dans l'hypoderme et n'est jamais consécutive à une excoriation cutanée. Elle serait fréquente dans les forêts vierges de l'Amérique tropicale, et on la croit identique au craw-craw du Congo. Elle n'apparaît qu'à la saison des pluies, ne se transmet pas d'homme à homme par contagion et ne semble pas inoculable aux animaux.

Les tubercules sous-cutanées par lesquels débute la maladie ne siègent que dans les régions découvertes (mains, face, extrémités inférieures chez les gens qui marchent pieds nus). Il est de règle que ces lésions guérissent; les ulcérations se cicatrisent au bout de six mois en moyenne.

On ne sait rien de l'étiologie de cette affection, sinon qu'elle s'observe uniquement dans les régions des forêts vierges. Aussi les habitants de la Guyane attribuent-ils une influence dans sa production aux moisissures qui se développent sous les ombrages luxuriants de ces forêts.

Le malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeux, mais il a eu quelques atteintes d'impaludisme.

On avait fait sans succès, dans la Guyane, des applications antiseptiques au niveau des lésions. Ici, les ulcérations ont été traitées, d'un côté par le thermocautère, de l'autre par une pommade au perchlorure de fer; elles sont en pleine voie de cicatrisation.

Une biopsie n'a rien révélé de particulier; on a retrouvé l'aspect histologique d'une simple plaie qui se cicatrise.

M. L. Wickham a eu l'occasion de voir à Londres un cas de craw-craw; il était caractérisé par un prurit intense qui avait précédé les ulcérations et était aussi marqué que dans la gale. Chez le malade de M. Darier, il ne s'est à aucun moment produit de trouble fonctionnel analogue; aussi M. Wickham ne pense pas qu'on puisse confondre les lésions dont il est porteur avec celles du craw-craw.

M. Gallois fait des réserves analogues à celle de M. Wickham. Dans un cas de craw-craw qu'il a observé, il s'agissait d'une dermatose pustuleuse en corymbe, donnant une teinte chocolat aux téguments, mais il n'y avait rien de semblable aux gommes du malade de M. Darier.

M. E. Besnier. — Il résulte des observations faites sur ce patient, comme des renseignements qui ont été fournis dans une des dernières séances à propos d'un cas d'ulcère du Gabon, que toutes ces ulcérations propres aux régions tropicales suivent une marche cyclique, et ne sont guère influencées par la thérapeutique. Il faut cependant s'attacher à ne pas prolonger leur durée par l'application intempestive de substances antiseptiques et irritantes; les pansements aseptiques donnent généralement les meilleurs résultats.

Nævi fibromateux.

M. Hallopeau présente un cas de maladie de Recklinghausen, offrant certaines particularités, telles que le volume très considérable de quelques-unes des tumeurs sous-cutanées, leur mollesse si prononcée qu'on pourrait les prendre pour des angiomes, le défaut de pigmentation de la face, l'absence de douleurs, indiquant que les lésions sont indépendantes des trajets nerveux.

Cette dernière constatation montre, d'après l'orateur, l'inanité de la dénomination de neurofibromatose, qui a été souvent appliquée à cette affection.

Mycosis fongoïde à forme cyanotique traité par la médication cacodylique.

M. Gaucher montre une femme de 43 ans qui présenta en septembre 1899 une éruption d'abord localisée aux lobes des oreilles, puis étendue à la totalité de la face et du cuir chevelu. Les cheveux étaient presque tous tombés; la peau s'était épaissie et offrait une coloration d'un rouge violacé; de fines squames recouvraient les régions envahies. La face postérieure des bras, le dos des mains, la partie supérieure du thorax étaient aussi atteints, mais à un bien moindre degré. Cette éruption céda en quelques semaines à la médication cacodylique, mais elle reparut un an plus tard, envahissant de nouveau les mêmes régions avec une grande rapidité.

On voit que chez cette femme l'aspect de la face rappelle celui des malades atteints de cyanose; les oreilles, le cuir chevelu sont rouges, infiltrés, couverts de squames. Les ganglions sterno-mastoïdiens forment un chapelet induré, qui se prolonge jusque dans les creux sus-claviculaires.

Il s'agit bien de mycosis; l'examen du sang montre une légère lymphocytose. Mais les apparences tout à fait particulières et la rareté de cette forme peuvent rendre le diagnostic hésitant.

M. L. Wickham a obtenu dans un cas de mycosis fongoïde un résultat très encourageant par des injections sous-cutanées de cacodylate de soude à dose progressivement croissante et par séries intermittentes. Son malade, qui est en traitement depuis 2 ans, ne présente plus aucune lésion. De temps à autre, les démangeaisons réapparaissent chez lui, mais quelques injections de cacodylate les font rapidement disparaître.

M. Danlos ajoute que, dans un cas, cette thérapeutique lui a paru, au contraire, hâter l'évolution de l'affection.

Eruption bromique.

M. Hallopeau présente, en son nom et au nom de M. Watelet, un nourrisson dont les joues, le front, les membres et le tronc sont couverts de placards papuleux, hypertrophiques, végétants, suppuratifs par places. L'aspect de ces lésions permet de les rattacher à une intoxication bromique. Cet enfant a pris, en effet, un sirop contenant du bromure de calcium.

M. E. Besnier. — Les enfants paraissent avoir une intolérance particulière pour les composés bromés, même administrés à faible dose.

M. A. Fournier fait remarquer que ces lésions papulo-hypertrophiques bromiques sont le plus souvent sèches et peuvent être confondues avec des manifestations syphilitiques. Chez un malade atteint de syphilis cérébrale, il a observé une éruption analogue, généralisée, à la suite de l'usage prolongé de bromure de potassium. Il est à remarquer qu'après guérison de son érythème, ce sujet a continué à absorber du bromure à forte dose et qu'il n'en a plus jamais été incommodé.

Glossite dépapillante circinée au cours d'une syphilis datant de vingt-huit ans.

M. A. Fournier montre un homme avant contracté la syphilis en 1873, et ayant eu, après son chancre, de la roséole, puis, au bout de plusieurs années, des syphilides tuberculeuses, ensuite une hémiplégie; dans ces dernières années, il a présenté des gommes; actuellement, enfin, sa langue est le siège d'une glossite dépapillante circinée. En général, cette lésion appartient plutôt à la période secondaire de la syphilis, mais on peut la rencontrer également à une phase tardive de la maladie. Il y a lieu de se demander si cette forme de glossite peut transmettre la syphilis; quelques observations sont très favorables à cette hypothèse.

M. E. Besnier est d'avis qu'on ne doit pas permettre un mariage prochain à un syphilitique porteur d'une telle lésion.

Kératose folliculaire (type Brooke).

M. Barbe a observé chez deux frères, âgés l'un de 7 ans 1/2, l'autre de 8 ans 1/2, des lésions cutanées identiques, consistant en saillies cornées, analogues à de petites épines de 1 à 2 millimètres de long, de couleur gris jaunâtre et disposées sur les parties latérales et postérieures du cou. En promenant la main sur la région, il semble qu'on touche une râpe. A l'aide d'une pince, on arrache aisément quelques-unes de ces saillies, qui

donnent un peu l'impression de cheveux trichophytiques courts et cassés; toutefois, l'examen microscopique démontre qu'il ne peut être question de trichophitie.

Ces deux frères sont hérédo-syphilitiques; sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré, ces altérations cutanées se sont effacées pour reparaître quinze jours après qu'on eut cessé l'administration de ces médicaments. Il ne s'agit pourtant pas là de manifestations syphilitiques, mais d'une variété de kératose folliculaire qui serait contagieuse et d'origine parasitaire; elle a été observée par Brooke (de Manchester), chez plusieurs sujets d'une même famille habitant ensemble.

Cette affection guérit aisément, mais récidive avec la plus grande facilité.

Le succès obtenu du traitement mercuriel est favorable à l'hypothèse de l'origine parasitaire de cette kératose.

Eruption due à l'antipyrine.

M. Danlos présente une femme dont toute la surface cutanée est couverte de taches lenticulaires bronzées. Cette éruption est actuellement en voie de disparition; au début, les macules étaient noirâtres, et cette coloration permettait de reconnaître un exanthème provoqué par l'ingestion d'antipyrine.

M. E. Besnier croit utile d'insister sur cette coloration spéciale des éruptions dues à l'antipyrine, coloration que M. Brocq a appris à connaître. M. Besnier a le souvenir d'une jeune femme qui vint le consulter au sujet de trois taches à la face, noires comme si elles avaient été produites par de l'encre. L'apparition de chacune de ces macules avait coïncidé avec l'absorption d'une dose d'antipyrine. Ces lésions persistaient depuis plusieurs mois; il arrive fréquemment, en effet, que les éruptions consécutives à l'usage d'antipyrine mettent longtemps à s'effacer.

Nævus vasculaire développé chez un hérédo-syphylitique et affectant une disposition myélomérique.

M. G. Gasne montre un jeune homme qui offre de nombreux stigmates d'hérédo-syphylis, et est porteur, à la face postérieure du membre inférieur gauche, d'un nævus s'étendant de la fesse jusqu'au talon.

Le nævus n'avait pas encore été signalé parmi les nombreuses dystrophies dues à l'hérédo-syphilis. Celle-ci, dans le cas présent, a probablement exercé son action sur la moelle; les taches vasculaires sont, en effet, distribuées suivant les territoires myélomériques signalés par Head; l'hyperesthésie à la température et à la douleur, que l'on constate au niveau de cette région, confirme l'origine probablement médullaire des troubles observés.

Hérédo-syphilide lupiforme du nez.

M. Gaucher montre la photographie d'une femme atteinte d'une lésion tuberculo-ulcéreuse du nez, considérée depuis quinze ans comme un lupus. Il a eu l'idée de soumettre cette malade à des injections mercurielles, bien qu'elle ne présentât aucun signe de syphilis; en quelques mois, elle était complètement guérie. L'examen oculaire, pratiqué par la suite, montra que le fond de l'œil était le siège de modifications imputables à l'hérédo-syphilis.

M. Gaucher se demande si l'amélioration de certains cas de lupus, sous l'influence d'un traitement mercuriel, n'indique pas que les lésions sont sous la dépendance d'une syphilis méconnue, héréditaire ou acquise, beaucoup plus que de la tuberculose.

M. Du Castel. — L'amélioration par le mercure de lupus sûrement tuberculeux lui paraît incontestable. En général, ce sont les lésions inflammatoires qui disparaissent, alors que les tubercules persistent.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 Juin 1901.

Thérapeutique de l'hypo-acidité urinaire.

M. Bardet. — Les diverses discussions soulevées à cette occasion ont rappelé l'importance que pouvait présenter l'hypo-acidité des urines au point de vue des indications thérapeutiques. Une étude prolongée de cette question a démontré à M. Bardet que, si l'on veut suivre les théories émises sur ce sujet par M. Joulie, il fallait baisser notablement le chiffre qu'il propose comme moyenne normale. On sait que M. Joulie, rapportant la quantité d'acide au litre, exprimée en acide sulfurique, à l'excès de la densité de l'urine sur celle de l'eau, considère comme normales les urines qui donnent 4 à 5 p. 100; or l'orateur estime que ce chiffre est beaucoup trop fort et que des urines qui donnent 2,5 à 3 sont certainement des urines normales, ce serait donc dangereux, à son avis, de considérer comme hypo-acides des sujets fournissant le titre 3 ou 4 p. 100.

Des essais nombreux ont, d'autre part, montré à M. Bardet que ce serait une grosse erreur de croire que, pour remonter l'acidité humorale, considérée comme indiquée par l'état d'acidité des urines, il faut obligatoirement employer une médication acide. M. Bardet a observé des sujets hépatiques, des lithiasiques qui, sous l'influence de la cure de Vichy, c'est-à-dire d'une médication alcaline, voyaient le titre de leur acidité remonter de 0,5 à 2 et plus. Ce fait n'a que l'apparence paradoxale, il démontre simplement que la fonction acide est sous l'influence de la nutrition et que celle-ci est modifiée favorablement par la médication alcaline, ce qui produit par action indirecte, si commune en thérapeutique, une élévation de l'excrétion acide.

M. Bardet cite un autre fait, aussi paradoxal mais contraire: c'est celui d'un malade qui présentait une hyperacidité manifeste. Ce malade, un cérébral, souffrait de phénomènes de neurasthénie très accentués, il se mit à la médication phosphorique à assez haute dose (2 à 3 grammes par 24 heures) et M. Bardet put constater chez lui une diminution bien inattendue de l'acidité urinaire. Enfin M. Bardet a réuni un certain nombre de faits qui démontrent que chez des dyspeptiques, par exemple, on voit des urines neutres ou même alcalines acquérir un titre acide normal sous l'influence d'un traitement capable d'améliorer les phénomènes dyspeptiques.

Ces faits démontrent donc que si la médication acide rend des services, il serait exagéré et erroné de croire que médication acide ou médication alcaline auraient pour corollaire obligé et nécessaire l'alcalinisation ou le remontement acide du titre acidimétrique des urines.

Traitement galvanique de l'arthrite blennorrhagique.

M. Mathieu. — On sait combien les arthralgies rhumatoïdes d'origine blenorrhagique sont rebelles aux divers traitements qu'on leur a opposés jusqu'ici. Or des essais thérapeutiques, institués dans le service de M. Mathieu par M. Delherm, ont montré que ces arthrites peuvent être jugulées en 3 à 4 jours au moyen de la galvanisation des parties malades. Dans ces essais, qui ont porté sur six sujets et sur treize articulations atteintes d'arthrite blennorrhagique d'intensité considérable avec ou sans gonflement péri-articulaire, M. Delherm s'est servi d'une pile au bisulfate de manganèse ou de mercure et de larges électrodes ou simplement de gateaux de terre glaise qu'on appliquait aux deux pôles opposés de l'articulation. Le courant devant être assez fort pour passer à travers la jointure, son intensité variait entre 20 et 50 milliampères suivant les cas. La durée des séances était d'un quart d'heure. Le premier jour on faisait deux séances, puis on se bornait à une séance par jour. Les effets de ce traitement furent des plus remarquables. L'amélioration se montrait déjà au bout de deux à trois heures après la première séance, mais elle était surtout appréciable le lendemain : le malade avait passé une bonne nuit, les douleurs s'étant atténuées; le membre avait dégonflé et sa motilité se trouvait en partie rétablie. La guérison survenait en deux à six

séances; dans un cas seulement, il a fallu quatorze séances pour l'obtenir. Jamais on n'a vu subsister, après la guérison, de raideur articulaire ni observé d'atrophies des muscles, si fréquentes à la suite d'arthrites blennorrhagiques. Mais ce qui frappe surtout, dans les résultats de ce traitement, c'est moins l'absence des atrophies musculaires (que l'emploi du massage permet également d'éviter), que la rapidité de la guérison.

M. Delherm a essayé aussi le courant faradique contre les arthrites blennorrhagiques, mais il en a obtenu des effets très inférieurs à ceux du courant continu.

L'iodogénol.

MM. Pépin et **Lebourcq** (de Falaise) présentent à la Société une nouvelle préparation iodée à laquelle ils ont donné le nom d'*Iodogénol*, et qu'ils obtiennent en peptonisant de l'albumine iodée. Ce médicament a donné d'excellents résultats dans de nombreux cas passibles de la médication iodée : obésité, surcharge graisseuse du cœur, arthrite, goutte, etc., dans certains cas où les iodures métalliques avaient été mal tolérés, et dans d'autres où différentes préparations iodées n'avaient produit aucun effet.

M. Desesquelle rappelle, à ce propos, les tentatives qui ont été faites depuis plusieurs années pour remplacer les iodures métalliques par des composés iodés qui ont l'avantage d'être mieux tolérés, et de permettre l'administration de l'iode à des doses moins considérables que sous forme d'iodures métalliques. Il cite, comme exemples, le sirop de raifort iodé qui est inscrit au Codex, et le le sirop iodo-tanique qui ne l'est pas encore et que l'on prescrit souvent comme s'il l'était, sans en donner la formule.

M. Albert Robin fait observer, d'autre part, qu'il ne faudrait pas généraliser cette substitution de préparations iodées aux iodures métalliques, et que, dans ces derniers composés, à côté de l'iode l'élément métallique joue un rôle thérapeutique important.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 14 Juin 1901.

Pseudo-vertige de Ménière et algie mastoïdienne hystériques associés.

M. André Bouyer présente une malade atteinte de pseudo-vertige de Ménière et d'algie mastoïdienne hystériques. Il s'agit d'une jeune femme sans antécédents héréditaires névropathiques, qui eut une contracture hystérique au moment de la puberté.

Il y a 3 ans, elle fut prise d'un vertige sans perte de connaissance, précédé d'un sifflement dans l'oreille droite, accompagné de chute et de vomissement et suivi d'une légère hypo-esthésie acoustique. Ce vertige, depuis cette époque, se renouvelle à des intervalles plus ou moins rapprochés sous forme de crises paroxystiques, laissant après lui une sorte d'état de mal vertigineux, avec instabilité de la marche et bourdonnements dans les oreilles. Quelque temps après sa première apparition, une plaque hyperesthésique est venue brusquement se localiser sur l'apophyse mastoïde droite. Un simple moyen suggestif, une légère incision du derme dans le sillon rétro-auriculaire a pu faire cesser pendant quelques jours ces accidents. En revanche, une deuxième opération de même nature, faite du côté de l'oreille gauche, a suffi pour y faire apparaître l'aura sensorielle, le sifflement, ainsi que l'hyperesthésie mastoïdienne.

On retrouve dans cette pléiade symptomatique le complexus clinique complet du syndrome de Ménière. Mais l'examen fonctionnel et objectif de l'oreille, absolument négatif, permet de penser à un pseudo-vertige labyrinthique. L'évolution de la maladie, les antécédents de la malade, trahissent la nature hystérique de ces accidents. Quant à la plaque hyperesthésique de l'apophyse mastoïde, elle rentre dans le cadre de celles que l'auteur a étudiées, en collaboration avec le Dr Liaras, sous le titre d'algies mastoïdiennes hystériques.

Elle appartient, dans le cas particulier, à la catégorie de celles qui surviennent chez des sujets dont l'oreille ne présente aucune lésion organique. Chez ce sujet, les phénomènes sensoriels, sifflement et bourdonnement, ont été pour ainsi dire son point d'appel. Elle leur est intimement unie et forme avec eux une véritable association clinique qui constitue chez cette malade un syndrome otique d'hystérie.

M. Davezac demande si, dans le vertige de Ménière, on trouve des symptômes aussi intenses que ceux que présente la malade actuelle. Les hyperémies étant fréquentes dans l'hystérie, n'y aurait-il pas eu chez cette malade une hyperémie ou un épanchement labyrinthique, au lieu d'un simple trouble fonctionnel? S'il en était ainsi, on serait peut-être moins désarmé au point de vue thérapeutique. La révulsion, le bromure de potassium ou le sulfate de quinine habilement maniés pourraient rendre des services.

M. Moure. — L'histoire clinique pouvait faire croire à une maladie de Ménière vraie, qui est toujours caractérisée par un épanchement labyrinthique, mais l'examen fonctionnel de l'oreille n'a révélé aucun des troubles qu'on rencontre dans cette affection. Pour ce qui est de la quinine dans la maladie de Ménière, son action est contestée aujourd'hui par presque tous les auristes ; la pilocarpine est bien préférable.

Actinomycose cervico-faciale.

M. Dubreuilh présente une malade que lui a adressée M. Moure. Cette malade est atteinte d'une actinomycose cervico-faciale droite, remontant à un mois. La lésion se traduit sous forme d'un large placard profond, dur, adhérant à la mâchoire, sur lequel ont évolué trois abcès mous, peu suppurants, remplis de fongosités, provoquant des douleurs à exaspération nocturne.

M. Frèche. — Il serait intéressant de rechercher si les douleurs de l'actinomycose ont dans tous les cas une prédominance nocturne, car cette affection guérissant le plus souvent avec l'iodure de potassium, ceux qui n'ont pas dans l'œil le type pourtant caractéristique de cette affection pourraient penser avoir eu affaire à de la syphilis.

M. Hassler range la douleur parmi un des signes les plus importants de la maladie. Pour lui, le traitement ioduré seul expose à des mécomptes; le râclage préalable permet d'obtenir des guérisons plus rapides.

Le diagnostic d'hystérie monosymptomatique ne doit être fait qu'avec la plus extrême réserve. Chez cette malade, du reste, on trouve de l'astasie abasie, des vomissements, une céphalée occipitale persistante. Ces signes ne pourraient-ils pas cadrer avec une lésion du cervelet, tumeur ou kyste? Il y aurait lieu de faire une ponction lombaire qui, outre la décomposition, pourrait fournir des éléments de diagnostic.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 5 Juin 1901.

Nature et pathogénie de la pelade.

M. Bouveyron cite un certain nombre d'observations personnelles qui lui semblent venir à l'appui de la théorie parasitaire de la pelade et de sa transmission directe ou indirecte par contact, emploi de linge ou rasoir ayant servi à des peladiques.

Personnellement, M. Bouveyron, interne à Bron, ayant été remplacer un médecin de ses amis atteint de pelade de la barbe en voie de guérison, se servit par mégarde d'une de ses serviettes. Quinze jours après, il vit les poils de sa barbe tomber et deux plaques de pelade apparaître, une dans la fossette sus-mentionnière, une sous le menton et une autre sur la joue droite.

Un enfant de 3 ans qu'il avait embrassé quelques jours avant qu'il ne s'aperçut de la chute des poils de sa barbe eut, au 17e jour, de la chute des cheveux et, consécutivement, des plaques de pelade du cuir chevelu.

Enfin, un ami, s'étant servi de sa chambre d'interne à Bron, pendant une de ses absences et à l'époque où il était déjà atteint de pelade, eut, dès le 15e jour qui suivit, une abondante chute

de poils et de cheveux sans alopécie en aire d'ailleurs. La maîtresse de cet ami vit, 2 ou 3 jours après, les mêmes phénomènes se produire chez elle; non seulement ses cheveux tombèrent en grande quantité, mais même les poils du pubis. Elle n'eut pas, non plus, d'alopécie en aire.

M. Bouveyron a vu deux autres cas où la contagion lui semble manifeste. Un ouvrier se fait couper les cheveux. Le coiffeur venait de couper les cheveux à un autre individu atteint d'une plaque de la tempe, il ne change pas d'instrument. Quinze jours après cet ouvrier s'aperçoit d'un début de pelade dans la région de l'occiput.

Un jeune homme, chasseur alpin, échange par mégarde son béret avec un de ses collègues atteint de pelade. Quinze jours à trois semaines après, chute abondante des cheveux et apparition de plaques de pelade. Aujourd'hui, cinq mois après le début de l'affection, le tiers au moins du cuir chevelu est absolument libre.

De ces cas il conclut que :

1° La pelade peut se comporter comme une affection contagieuse et, partant, parasitaire;

2° L'incubation dure de 15 jours à 3 semaines;

3° Le virus péladique ne produit pas seulement la pelade en aire, mais peut amener la chute diffuse des poils et des cheveux;

4° La pelade est plus polymorphe dans ses formes qu'on serait tenté de le croire;

5° Le caractère séborrhéique de la plaque de pelade n'est pas constant.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 24 Avril 1901.

Pseudo-épilepsie, pseudo-appendicite d'origine helminthiasique.

M. Besson rapporte 3 cas très intéressants, l'un de pseudo-épilepsie, les autres de pseudo-appendicite, d'origine vermineuse. Dans le premier, il s'agit d'un homme de 35 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui fut pris, sans cause, de crises nerveuses avec perte de connaissance, rappelant assez bien le tableau de l'attaque d'épilepsie. Quelques jours plus tard, les crises étaient accompagnées de troubles nerveux divers : insomnies, irritabilité, céphalée, vertiges, etc. Les anti-nervins furent administrés à dose progressive, sans aucun résultat.

M. Besson, après s'être convaincu, par un examen clinique, que tous les appareils étaient normaux, examina les selles et y découvrit de nombreux anneaux. Il administra à son malade de l'extrait éthéré de fougère mal associé au calomel, et après expulsion d'un tænia d'une dizaine de mètres de longueur, les accidents nerveux et les crises disparurent, et depuis 8 ans, ils ne se sont plus montrés.

L'autre observation est celle d'une femme qui présenta, avec un état général assez bon, un aspect saburral de la langue, des vomissements, du ballonnement du ventre, des douleurs abdominales violentes, un point de Mac-Burney très net, un empâtement cæcal avec défense musculaire, et une température de 38°,4. Pendant 2 jours, les phénomènes appendiculaires persistèrent. La malade prit un purgatif et expulsa trois lombrics; le lendemain, à la suite de l'ingestion de santonine, elle expulsait 27 gros lombrics et aussitôt tous les signes d'appendicite disparaissaient.

Le 3e cas est celui d'une jeune fille de 14 ans, qui présentait tous les symptômes d'une appendicite aiguë de moyenne intensité, avec constipation. Elle absorba 20 grammes d'huile de ricin, et le lendemain, elle expulsait trois gros lombrics. 24 heures après, la guérison était complète.

De ces cas de simulation helminthiasique, M. Besson conclut que, dans les cas suspects d'appendicite, il y a indication à pratiquer l'examen des matières fécales, et que l'administration des vermifuges aux enfants est susceptible de diminuer la fréquence de l'appendicite.

M. Duret accepte ces conclusions; il déclare qu'il existe des cas non douteux d'appendicite d'origine vermineuse. Toutefois, l'administration des vermifuges dans la thérapeutique de l'appendicite ne peut être généralisée.

Tuberculose périnéale étendue avec fistule urinaire.

M. Dervaux rapporte l'observation d'un malade qui, convalescent d'une fièvre typhoïde grave, ressentit une sensation d'arrachement après avoir enjambé un fossé. Les jours suivants, les mictions étaient douloureuses, une tuméfaction apparaissait, la verge et le scrotum s'œdématiaient, et la fièvre apparaissait. Un abcès se forma et s'ouvrit spontanément, laissant une fistule urinaire et une cicatrice énorme. Depuis, le malade présenta de la pollakiurie, du ténesme rectal, de la douleur à la miction, des accès de rétention. Il y a 3 mois, le testicule droit commença à s'indurer. A l'examen, on trouva deux noyaux d'induration, l'un supérieur, l'autre inférieur; au niveau du testicule, une prostate renfermant également des noyaux indurés, un rétrécissement de l'urèthre membraneux admettant un n° 8, et une fistule péri-anale. L'état général était mauvais, et le sommet du poumon gauche présentait des signes de tuberculose au 2e degré.

La dilatation, possible jusqu'au n° 18, détermina ensuite des accès de rétention; et le cathétérisme devint impossible, même avec une bougie filiforme.

M. le professeur Duret pratiqua une cure radicale du rétrécissement, de la tuberculose testiculaire et de la fistule. Après incision elliptique des téguments, il enleva la fistule, puis il disséqua le rétrécissement et réséqua l'urèthre sur une longueur de 4 centimètres. La recherche du bout postérieur fut impossible au niveau de la place opératoire; le chirurgien dut faire une incision transversale au devant de l'anus; puis, l'urèthre étant reconnu, il l'ouvrit longitudinalement et introduisit dans la vessie une sonde de Malécot n° 18. Pour faire passer la sonde dans l'urèthre pénien, l'opérateur fendit le périnée, dont le tissu était sclérosé, de façon à former une gouttière ouverte en bas, y introduisit le corps de la sonde et attira le pavillon vers le méat, au moyen d'une sonde en gomme. Puis, sur la sonde, il fit une suture au catgut pour fermer la gouttière, et fit une seconde suture à la soie à travers les parties molles du périnée. L'urèthre restauré, le chirurgien enleva le testicule droit après ligature des éléments du cordon et la fistule péri-anale.

Les suites furent bonnes; la sonde fut enlevée le 20e jour, et, 5 jours après, le malade quittait l'hôpital.

M. Dervaux fait remarquer la rareté des lésions tuberculeuses localisées, para ou métatyphiques, et le résultat remarquable de l'uréthrectomie large avec uréthrorrhaphie.

M. Duret ajoute que le périnée de ce malade fut enlevé en grande partie à cause de son état fistuleux, et que la recherche du bord postérieur de l'urèthre étant infructueuse, il fut obligé de faire une incision décollant l'anus et la prostate.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 12 Juin 1901.

Les cures d'amaigrissement.

M. Zuntz fait quelques observations sur la valeur respective des hydrates de carbone et des substances grasses dans le régime des obèses. Il fait observer que ces aliments peuvent être considérés comme équivalents : 1 gramme de graisse représentant exactement de 2 grammes à 2 gr. 40 d'hydrates de carbone. Cependant, nombre de cliniciens donnent la préférence à ces dernières substances, qu'ils croient plus aptes à restreindre la formation de tissu adipeux et, par suite, à activer l'amaigrissement. C'est là une erreur au point de vue physiologique. Toutefois, l'orateur estime qu'il vaut mieux, en effet, avoir recours aux hydrates de carbone, car leur digestion est environ 5 fois plus difficile que celles des graisses; en outre,

leur transformation en matière adipeuse exige toute une série de réactions, ce qui n'est pas le cas des substances grasses; pour cette double raison, une partie de l'énergie qu'ils pourraient fournir est utilisée par leur propre assimilation.

Un autre avantage des hydrates de carbone, c'est qu'ils s'opposent d'une façon plus efficace à la désassimilation de l'albumine. C'est ainsi que chez des chiens nourris avec des quantités de substances grasses et albuminoïdes telles que l'équilibre soit à peu près assuré au point de vue de l'albumine, on observe un gain en albuminoïdes si l'on substitue à la graisse une dose équivalente d'hydrates de carbone.

En terminant, M. Zuntz examine la question de savoir s'il existe une obésité congénitale, indépendante de la suralimentation et tenant à un ralentissement des combustions. Pour élucider ce point, il a mesuré les échanges respiratoires chez un garçon de 10 ans pesant 100 kilos; il a trouvé chez lui, pour la fixation de l'oxygène et l'excrétion de l'acide carbonique, des chiffres extrêmement élevés; au total, cet enfant produit chaque jour, par kilogramme de poids, 25 calories, soit à peu près ce que fournit un adulte normal; par conséquent, à l'augmentation de poids correspond chez lui une élévation proportionnelle des échanges organiques, et les combustions ne sont nullement ralenties.

Il est néanmoins possible que certains individus aient une prédisposition particulière à emmagasiner sous forme de graisse une partie des substances alimentaires ingérées; peut-être s'agit-il en pareil cas de troubles sécrétoires du corps thyroïde et des organes génitaux.

M. Stadelmann déclare que la substitution d'hydrates de carbone aux graisses a pour avantage de rendre le régime plus supportable; restreindre les substances hydrocarbonées au-dessous d'un certain taux, c'est non seulement aggraver les difficultés de la cure, mais aussi activer la désassimilation des albuminoïdes, ce qu'il faut s'efforcer d'éviter.

M. Heubner fait observer que les échanges organiques étant normalement plus actifs chez l'enfant que chez l'adulte, le garçon qui a fait l'objet des recherches de M. Zuntz pourrait être considéré comme ayant des combustions relenties, eu égard à son âge; toutefois, il faut tenir compte de la surface de son corps, ce qui le rend comparable à un adulte.

M. Senator estime que l'avantage du régime d'Ebstein consiste surtout en ce qu'il calme très rapidement la sensation de faim : en outre, il diminue l'appétit; la méthode de M. Stadelmann lui paraît également recommandable.

M. Ewald défend, au nom de la clinique, la distinction entre une obésité par suralimentation et une obésité constitutionnelle. Certains individus, sans aucun excès de table, engraissent, et, malgré les régimes les plus sévères, continuent à engraisser; il est possible qu'il s'agisse de troubles de certaines sécrétions internes, mais cette hypothèse ne controuve nullement l'existence d'une prédisposition.

M. Hirschfeld croit qu'on ne saurait établir une alimentation insuffisante sans diminuer la consommation des substances hydrocarbonées; d'après ses recherches, le taux de ces dernières doit être compris entre 50 grammes au minimum et 150 grammes au maximum; au reste, rien n'empêche de réduire à la fois la proportion des graisses et celle des hydrates de carbone.

Mode d'action de la photothérapie.

M. Lesser présente un certain nombre de lupiques améliorés par le traitement de Finsen; il croit que les bons effets de cette méthode sont surtout imputables à la réaction inflammatoire qu'elle provoque, et peut-être aussi, mais dans une mesure qu'il est impossible de déterminer, à l'action bactéricide propre des rayons lumineux.

Il montre, en outre, deux patients qui ont été complètement guéris par la photothérapie; à ce propos, il attire l'attention sur le grand nombre de séances qui sont nécessaires pour atteindre ce résultat : l'un de ces sujets a été soumis à 300 applications de rayons de Finsen, l'autre à 278.

M. von Bergmann déclare ne pas saisir de différence entre l'effet de la cautérisation et celui de la lumière, car les rayons chimiques possèdent aussi une action caustique; d'ailleurs, il a vu en Hollande des lupiques traités avec un plein succès par l'air surchauffé. Aussi estime-t-il que les divers traitements du lupus proposés dans ces dernières années, y compris la photothérapie, ne sont que des moyens de cautérisation fort ingénieux, mais auxquels on ne saurait attribuer de propriétés spécifiques.

M. Sarason croit que, dans la méthode de Finsen, un facteur principal intervient, à savoir la perméabilité de la peau et des muscles à l'égard des rayons chimiques; c'est ainsi que si, après avoir placé dans la bouche une plaque photographique recouverte d'une feuille de papier d'étain dans laquelle on a découpé une croix, on dirige les rayons de l'appareil de Finsen sur la joue, la plaque est impressionnée au niveau de la croix; il faut donc admettre que les rayons chimiques ont traversé toute l'épaisseur de la joue.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 13 mai 1901.

Paralysie de Brown-Séquard.

M. Jolly a montré une malade qui est dans son service depuis 5 ans.

L'affection qu'elle présente intéresse la portion dorsale de la moelle épinière, les symptômes se sont manifestés il y a 5 ans à deux reprises, sous forme d'attaques survenues à plusieurs mois de distance.

La première attaque s'est manifestée par des paresthésies dans la région fessière, suivies de parésie des membres inférieurs, principalement du membre inférieur du côté droit, qui finit par être complètement paralysé. Cette monoplégie droite a été accompagnée d'une hyperesthésie à la douleur et à la température, tandis que du côté gauche où il existait une parésie motrice, la sensibilité avait considérablement diminué.

Ces symptômes ont persisté pendant deux mois en diminuant d'intensité sous l'influence des frictions mercurielles ordonnées dans l'idée que la lésion pouvait être de nature syphilitique. L'amélioration était assez grande, au point que la malade commençait à marcher toute seule, lorsque brusquement survint une seconde attaque, se manifestant principalement par une paralysie complète du membre inférieur gauche, et par le retour des troubles de la sensibilité. Cette fois l'anesthésie envahit le membre inférieur droit dans lequel les mouvements étaient déjà revenus, tandis que dans le membre inférieur gauche complètement paralysé on trouvait de l'hyperesthésie. En même temps on constata que l'anesthésie occupait l'abdomen et la partie inférieure du thorax.

Dans la suite la malade a eu des contractures douloureuses dans les membres paralysés, lesquelles contractures ont nécessité la ténotomie des extenseurs du genou et des gros orteils.

Actuellement la malade peut exécuter des mouvements spontanés avec son membre inférieur du côté droit. Du côté droit, l'anesthésie est complète; la piqûre ne provoque pas de douleur, bien qu'elle donne lieu aux mouvements réflexes. Du côté gauche, l'hyperesthésie persiste.

Il s'agit en somme, dans ce cas, d'une paralysie dite de Brown-Sequard, par méningo-myélite syphilitique. Malgré l'origine spécifique de la lésion, le traitement anti-syphilitique n'a rien donné.

M. Oppenheim a observé un cas analogue où le malade accusait une faiblesse dans le membre inférieur droit. En examinant le malade, M. Oppenheim a été surpris de constater l'existence d'une anesthésie dans le membre parésié. Le malade raconta alors avoir eu, il y a quelques années, une parésie du membre inférieur du côté gauche qui était à ce moment anesthésié. La parésie avait dans la suite complètement disparu, mais les troubles de la sensibilité ont persisté tout en étant très atténués. Il s'agissait donc très probablement d'une paralysie de Brown-Séquard. Le malade était syphilitique.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE

La scoliose congénitale,

Par M. Alessandro Codivilla (1).

La scoliose congénitale *pure* est une malformation rare; elle s'associe ordinairement au spina bifida ou à d'autres anomalies corporelles, si bien que Hischberger n'a pu réunir dans sa thèse qu'une trentaine de cas de scoliose congénitale pure. D'autre part, Coville ayant examiné 1015 enfants nouveau-nés ne reconnut qu'une seule fois une légère déviation latérale; selon cet auteur, certains des cas publiés comme exemples de scoliose congénitale ne sont que des incurvations rachitiques de la colonne vertébrale.

Dans le cas présenté par Codivilla, il s'agit d'un enfant de 11 ans, n'ayant aucun signe de rachitisme. La scoliose est à double courbure, lombaire gauche et dorsale droite; le bassin est incliné en rapport avec la déviation lombaire, qui est la plus accusée. Dans cette région une forte torsion de la colonne projette les corps vertébraux sous la masse lombaire du côté gauche, qui fait saillie. Dans la région dorsale il n'existe pas de gibbosité. L'examen radiographique a fait reconnaître la cause de la courbure lombaire. Entre les 2e et 3e vertèbres, il existe une demi-vertèbre accessoire: à gauche, on compte 6 corps vertébraux lombaires; à droite, il y en a 5, le chiffre normal. Il s'agit donc d'une scoliose congénitale par suite d'une production de segments vertébraux en excès.

Des cas semblables ont été publiés par Rokitansky et par Meyer (2). L'histoire du développement embryonnaire peut donner la clef de la malformation susceptible de s'effectuer par suite d'un trouble de la segmentation normale. Dans les protovertèbres se forment les noyaux prévertébraux qui, embrassant la corde dorsale et le tube neural, constituent un étui se divisant en segments dont chacun deviendra une vertèbre; mais cette segmentation alterne avec celle des protovertèbres, effectuée primitivement, puisque les séparations entre protovertèbres correspondent aux centres des segments destinés à produire les vertèbres osseuses. La chondrification part de deux noyaux placés symétriquement des deux côtés de la corde dorsale; chacun forme une demi-vertèbre qui se fond ensuite avec sa congénère.

Le processus est donc assez compliqué et il est facile de comprendre que des causes peuvent survenir et modifier la segmentation normale. Codivilla appelle ensuite l'attention sur cette particularité : une hypertrichose de la région lombaire sur une aire pouvant être regardée comme la projection cutanée du côté gauche (convexe) de la colonne lombaire. L'hypertrichose accompagne souvent le spina bifida; mais ici les plus minutieuses recherches n'ont fait découvrir aucune trace de spina bifida (sac, cicatrice, adhérences, fissure, etc.), et de plus les poils sont disposés autrement, au lieu de tourner leur extrémité vers le centre comme dans le spina bifida, ils regardent la périphérie.

Codivilla croit que son cas est le premier où une scoliose congénitale pure a été trouvée accompagnée d'une zone d'hypertrichose superposée à la convexité de la colonne vertébrale. La cause ayant produit la malformation par excès du nombre des segments de la colonne lombaire doit être aussi rendue responsable de l'hypertrichose. Comme l'avait bien vu v. Recklinghausen, l'hypertrichose du spina bifida s'associe à des phénomènes d'hyperplasie de tissus mous d'origine mésodermique (lipomes, myomes, etc.). Ici, l'hypertrichose s'associait à une hyperplasie du squelette, lequel tire aussi son origine du feuillet moyen. Le fait confirme les vues de v. Recklinghausen comparant l'hypertrichose à une hyperplasie.

Par suite, Codivilla pense que l'hypertrichose pouvait à elle seule faire présumer d'une malformation par excès dans la constitution de la colonne vertébrale. L'examen radiographique a montré que l'incurvation lombaire était produite par la présence d'une demi-vertèbre en trop. Ce moyen de diagnostic ayant la valeur d'une *autopsie sur le vivant* qui permettrait de vérifier le squelette, il est à se demander s'il faut tenter l'extirpation de la demi-vertèbre qui s'enfonçant comme un coin dans la colonne lombaire, maintient la déviation. L'opération est certainement possible ; elle serait facilitée par la torsion de la colonne. Selon toute probabilité, le résultat immédiat serait bon ; mais le rachis ne resterait pas doué d'une solidité suffisante pour résister au traitement de mobilisation et de réduction nécessaire pour faire disparaître les difformités des autres vertèbres. Même s'il était alors possible d'appliquer les moyens thérapeutiques qui conviennent aux scolioses en général, le résultat définitif serait insuffisant pour compenser les dangers de l'acte opératoire ; une intervention chirurgicale directe n'est donc pas à conseiller.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Embryotomie à lambeau,

Par M. le Dr J. Gourdet
(Ex-chef de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Nantes).

L'embryotomie cervicale est l'opération classique, recommandée par tous les auteurs dans les *présentations de l'épaule négligées*, alors que, par suite de l'écoulement presque complet du liquide amniotique, la rétraction de

1. Communication à la *Société médico-chirurgicale de Bologne*, 29 mars 1901.
2. Voir aussi le cas de Broca et Mouchet, publié dans la *Gazette hebdomadaire*, du 19 mai 1898.

l'utérus tétanisé sur le fœtus mort et immobilisé dans sa présentation vicieuse a rendu impossibles, ou même dangereuses pour la mère, toutes manœuvres tardives d'évolution manuelle du fœtus par la version. Sauf dans certains cas exceptionnels, où l'éviscération n'est d'ailleurs présentée que comme un procédé exceptionnel,

Extraction beaucoup plus difficile, et parfois même extrêmement laborieuse, de la tête dernière, tantôt à l'aide de la main seule, tantôt avec l'emploi devenu indispensable de divers instruments de préhension, ou même de réduction de la tête.

Si en effet la femme est multipare, à bassin large, et

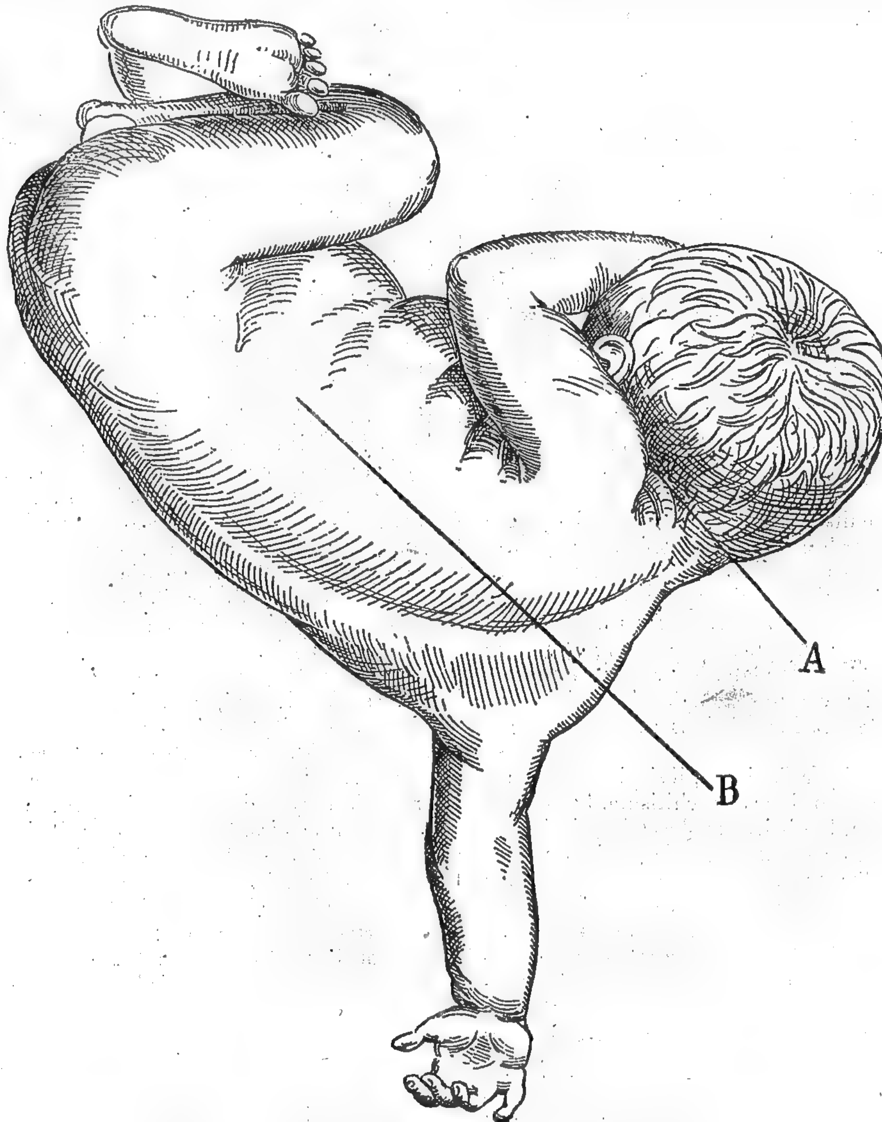


Fig. 1. — Fœtus en présentation de l'épaule droite, dos en avant.
A. ligne de section de l'embryotomie cervicale classique; — *B.* ligne de section de l'embryotomie à lambeau.
(*Arrangée d'après Farabeuf et Varnier*).

(Les figures que je représente ici ont été combinées tant bien que mal par moi, d'après les superbes gravures de l'ouvrage de MM. Farabeuf et Varnier).

employé même à regret, la grande majorité des accoucheurs, après avoir abaissé le plus possible l'épaule par des tractions sur le bras procident, s'efforcent tant bien que mal d'atteindre d'abord, de sectionner ensuite *complètement* le cou.

Les résultats d'une telle pratique sont les suivants :

Extraction très facile du tronc et des membres inférieurs, qui sortent très rapidement à la suite de tractions sur le bras procident;

col entièrement dilaté, la manœuvre de Mauriceau, aidée de pressions externes sus-pubiennes, arrive assez facilement à extraire la tête retenue dans l'utérus. Les difficultés, sauf celles qui viennent des bras relevés, sont en effet plus grandes que dans une extraction ordinaire de tête dernière, parce que la main n'a plus la prise solide sur le cou, et est presque obligée de se contenter de la mâchoire inférieure comme point de traction. On peut bien essayer de fixer le moignon du cou avec une forte pince

à traction, mais l'instrument dérape le plus souvent en déchirant les chairs, ou arrachant même les vertèbres cervicales saisies.

J'ai pu faire ces observations dès ma première embryotomie, exécutée le 4 avril 1896 avec l'aide du Dr Ernest Guyon. La malade, multipare à bassin spacieux, a pu cependant être assez facilement délivrée, et guérir sans complications (Obs. I).

Si le bassin est tant soit peu rétréci, ou le col mal dilaté, les difficultés croissent considérablement. Les premières tentatives manuelles ayant complètement échoué, on est d'abord tenté de faire une application de forceps. Déception! la première branche se place toute seule, mais quelqu'effort que fasse l'aide pour fixer la tête avec ses mains placées sur la paroi abdominale, la seconde branche, loin de la saisir, la déloge invariablement de la concavité de celle qu'on a appliquée la première, et l'accoucheur est aux prises avec les difficultés qui étaient courantes, paraît-il, avant l'invention du basiotribe. Si on avait la chance, avec l'un quelconque des céphalotribes employés alors, de réussir une bonne prise, à peine serrait-on la vis de broiement, même sur un crâne perforé à l'avance, que la tête était chassée de l'instrument comme un marbre d'entre les doigts d'un joueur, et tout était à recommencer. Il en arrive de même dans les cas qui nous occupent ici.

Force est donc à l'opérateur de recourir au basiotribe. Bien plus grandes encore que d'ordinaire, doivent être les précautions à prendre pour faire la perforation, car la tête glisse avec une facilité désespérante entre les mains de l'aide qui cherche à la fixer à travers les parois abdominales maternelles, surtout si cet aide est inexpérimenté, ou seulement tant soit peu émotionné, ce qui n'a rien d'étonnant pendant une embryotomie.

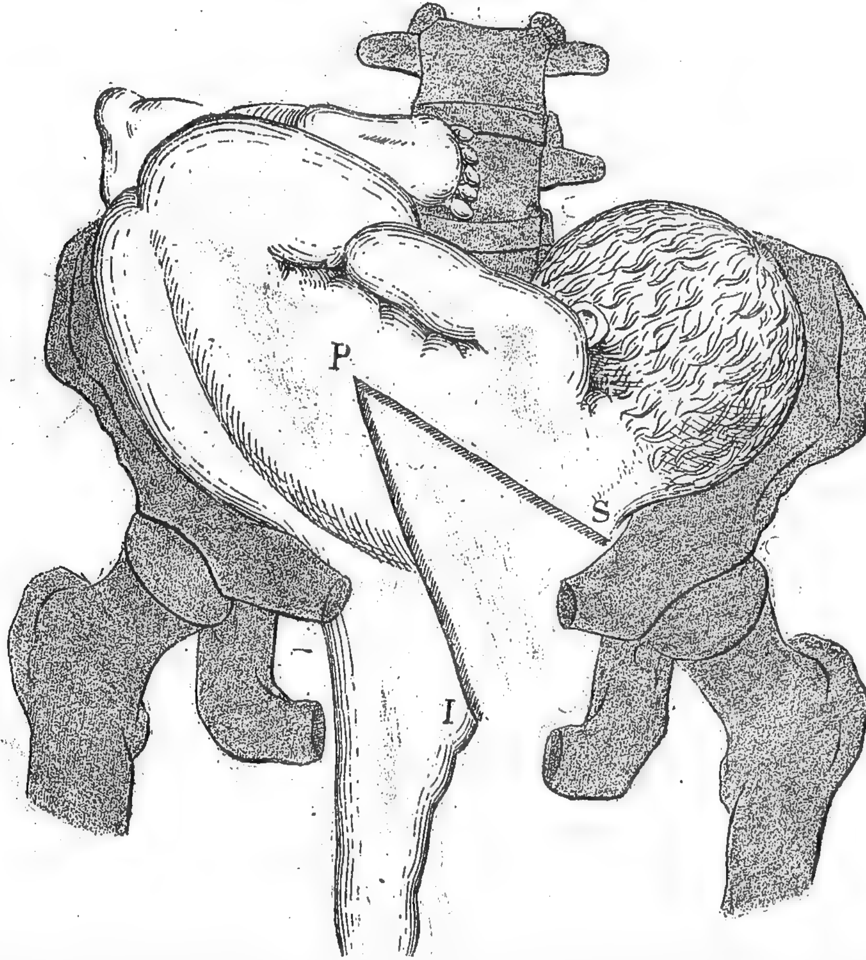


FIG. 2. — La section B étant faite, ses deux lèvres s'écartent en V, le lambeau rachidien supérieur S tend à remonter vers la fosse iliaque gauche, entraînant la tête, le cou et l'épaule gauche du fœtus. — Pendant ce temps, la traction sur le bras procident engage de plus en plus l'épaule droite coupée en I, et attire vers le bassin tout l'arrière-train du fœtus, pendant que la région abdominale antérieure, n'étant plus soutenue par la rigidité rachidienne, se plie en deux en P, de façon à amener les membres inférieurs et le bassin au contact de la tête (fig. 3).

La simple mise en place de l'instrument et le broiement consécutif présentent donc dans l'embryotomie cervicale une difficulté et une gravité exceptionnelles, exposant la femme à des complications traumatiques de tout genre, et cela par le seul manque de *point d'appui* pour l'extraction de la tête, par *le seul fait de la section du cou*. Si le corps passe en quelques instants, on peut mettre une heure, et plus, à extraire la tête dernière.

Ces considérations d'ordre *mécanique* m'ont donc amené à imaginer le procédé que je viens exposer ici, et

qui m'a donné par deux fois les plus excellents résultats, le 8 novembre 1897, et le 10 juin 1899; les observations rejetées à la fin de cet article, je ne veux m'attacher ici qu'à un exposé, aussi clair que je pourrai, du manuel opératoire.

L'idée directrice de ce procédé, que personnellement j'érige en méthode, est de ramener l'accouchement au mécanisme bien connu de la trop rare *évolution spontanée*, où le fœtus se pliant d'abord en deux au niveau de la

On a dès lors essayé d'y aider par la méthode de l'*éviscération*, qui, à mon humble avis, est déjà bien supérieure à l'embryotomie du cou, laissant intactes les épaules et la colonne cervicale, qui donnent un point d'appui naturel pour l'extraction de la tête dernière.

Je suis arrivé bien plus facilement au même résultat par le procédé que je baptiserai :

EMBRYOTOMIE A LAMBEAU, ramenant l'accouchement au *mécanisme de l'évolution spontanée*.

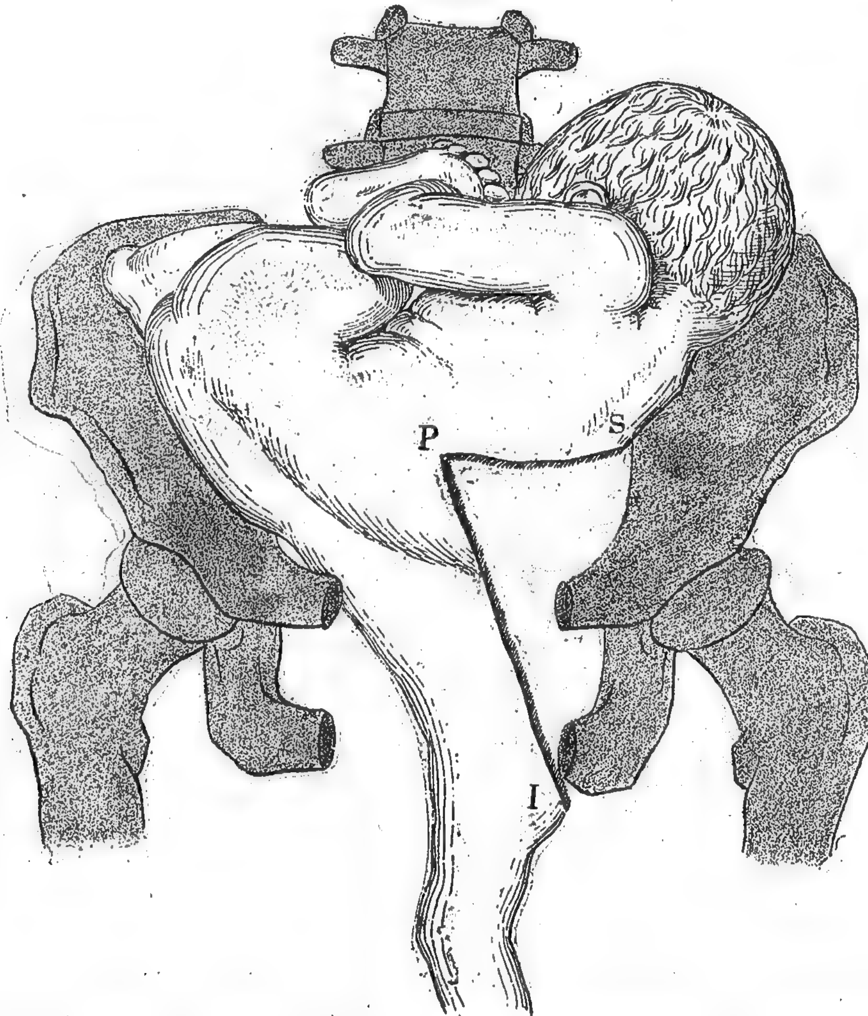


FIG. 3. — Le tronc S remonte de plus en plus vers la fosse iliaque gauche, et dégage l'excavation, que viennent graduellement remplir les viscères (non dessinés) et la région lombaire, puis le bassin du fœtus, suivant le mécanisme de l'évolution spontanée.

région lombo-abdominale, l'épaule primitivement engagée remontant un peu, on voit descendre d'abord la région lombaire, puis les fesses, puis les membres inférieurs, et l'accouchement se trouve dès lors réduit à la terminaison d'un accouchement ordinaire par le siège.

Ce mécanisme providentiel étant très rare, on a conseillé, pour le provoquer, de chercher à briser la colonne lombaire, et d'aider la descente du siège par des tractions avec des crochets ou des pinces à griffes. Le principal obstacle à cette manœuvre est le volume de la région, qui ne permet que très rarement au fœtus de se plier en deux.

Les instruments nécessaires sont de bons ciseaux de Dubois-Pinard, un crochet mousse, des pinces à traction fortes, et éventuellement un basiotribe stérilisé pour parer à toute difficulté.

Exagérant donc, par des tractions sur le bras procident, l'engagement de l'épaule, l'opérateur introduit la *main-guide*, la gauche toujours s'il n'est pas ambidextre, et s'en va coiffer exactement le moignon de l'épaule, le pouce sur la clavicule, les doigts sur l'omoplate (ou inversement suivant l'épaule qui se présente) pour guider la pointe des grands ciseaux que manœuvre la main droite. On attaque alors franchement la peau entre le

pouce et l'index gauche, puis l'une des branches des ciseaux introduite dans l'orifice supérieur du thorax, l'autre en dehors guidée par la main de l'opérateur, qui l'empêche de léser l'utérus, on sectionne franchement, mais prudemment, et à petits coups d'un côté la clavicule et les arcs antérieurs des côtes, de l'autre l'omoplate et leurs arcs postérieurs; l'aide, continuant une traction modérée, *écarte et engage* de plus en plus le *lambeau* scapulo-thoracique ainsi découpé. Il est bon, en effet, de magma horrible formé par tous les viscères, expulsés le long du lambeau par la contraction utérine.

L'évolution s'achève alors assez facilement, on peut d'ailleurs l'aider par des tractions sur le siège à l'aide du crochet mousse.

L'extraction du siège peut parfois être compliquée par la tension du pédicule P, qui réunit les deux lambeaux. Il n'y a alors aucune raison pour ne pas le sectionner, ce qu'on peut d'ailleurs, à volonté, faire d'emblée.

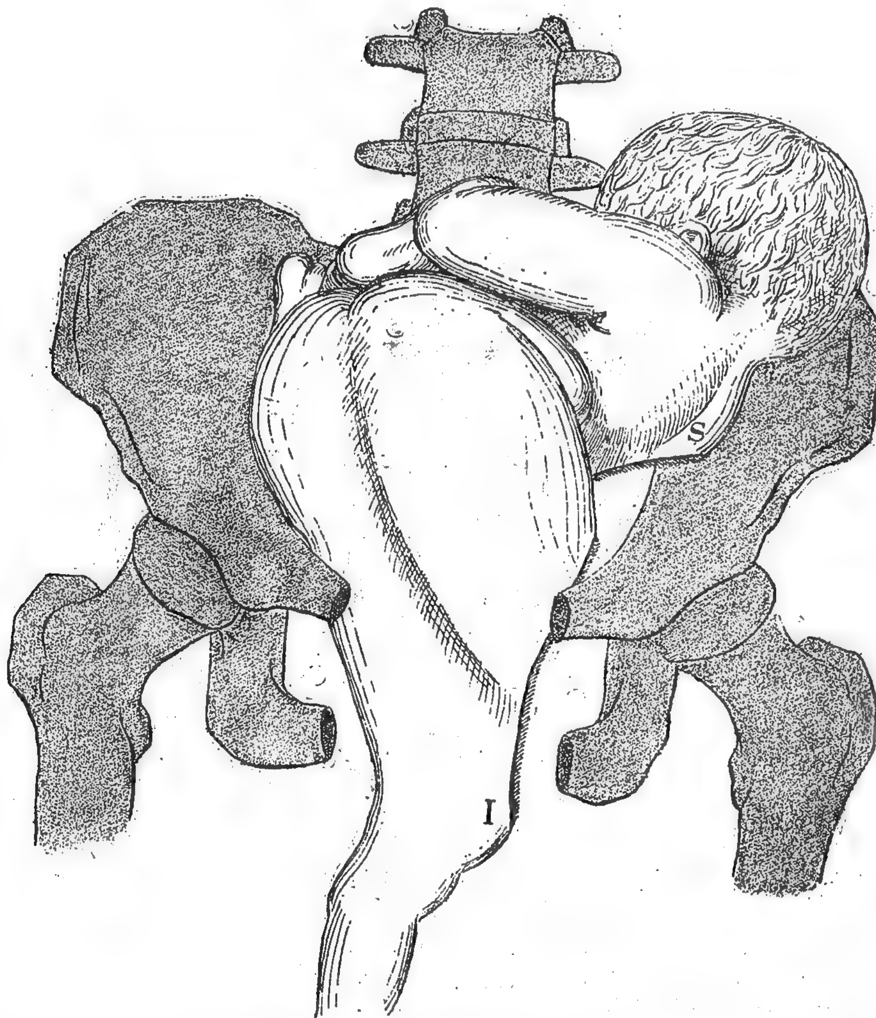


Fig. 4. — Le lambeau supérieur S restant en place, l'inférieur I passe devant lui et franchit l'excavation aidé par des tractions manuelles ou instrumentales.

se reprendre de façon à avancer à peu près autant sur les deux parois, antérieure et postérieure, de la poitrine.

On doit faire attention à sectionner la colonne vertébrale le plus bas possible, dans les dernières vertèbres dorsales, ou au niveau de la première lombaire; on laisse ainsi au cou et à l'épaule qui reste toute leur solidité, nécessaire pour les dernières manœuvres d'extraction.

Lorsque les parois costales et le rachis sont entièrement coupés, on donne quelques coups de ciseaux dans le diaphragme et la paroi abdominale antérieure, pour supprimer la rigidité de la paroi. Les ciseaux sont dès lors laissés de côté, et on aperçoit bientôt à la vulve un

Après l'extraction du tronc, on peut, ou sectionner le pédicule P, si on ne l'a déjà fait, ou laisser le corps pendant entre les cuisses de la femme.

Le lambeau supérieur, grâce à la longueur conservée à la tige rachidienne, qui a gardé toute sa solidité, et à la présence du bras adhérent qui augmente la facilité de la prise, devient dès lors très facile à extraire, beaucoup plus même que dans un accouchement ordinaire par le siège, à cause de sa grande réduction de volume, par l'ablation du premier bras procident.

Il devient dès lors très facile d'abaisser le bras restant, et les manœuvres de Mauriceau ou de Champetier peuvent s'exécuter dans des conditions absolument classiques.

Si le bassin est rétréci, ou le col contracturé, la tête pouvant être facilement fixée, l'accoucheur a une beaucoup plus grande facilité pour la réduire par l'emploi du basiotribe.

Observation I résumée. — Mme G..., VI pare, 38 ans, s'est adressée pour l'accoucher à une sage-femme qui l'a laissée en travail 3 jours. Rupture prématurée des membranes dès le début. Liquide amniotique verdâtre dès le soir du second jour. La sage-femme attendait indéfiniment sans faire le diagnostic de la présentation, lorsque l'issue à la vulve du bras droit l'ayant enfin éclairée, elle fait appeler le Dr Ernest Guyon, qui, après de vaines tentatives de version sur l'enfant mort, essaye d'abord de se donner de la place en détachant le bras procident à travers l'articulation de l'épaule. Ses nouvelles tentatives restant vaines, il me fait appeler dans la nuit du 4 avril 1896.

Le bras gauche est à son tour procident, l'épaule gauche très fortement engagée, la tête à gauche, le siège paraît très haut situé, l'utérus très fortement rétracté rendant le palper très difficile.

La femme étant endormie au chloroforme, je place sur le bras procident un lacs que je donne à tirer à la sage-femme, et guidé sur ma main gauche, j'arrive péniblement à sectionner le cou, mais heureusement très bas, en entamant même l'orifice supérieur du thorax.

La femme étant multipare à bassin spacieux, l'extraction du tronc par la traction sur le bras restant est très facile et rapide.

Il n'en va pas de même de la tête qui me roule dans les mains, et malgré sa longueur relative, je suis obligé de fixer le tronçon du cou avec une forte pince à traction pour pouvoir l'extraire.

Suites de couches excellentes.

Obs. II. — Le 19 octobre 1897, je suis appelé au Pallet par les Drs Collot et Loréal auprès d'une primipare de 40 ans, à bassin de 8 cm. 1/2, en travail depuis 7 jours, et chez laquelle, après plusieurs applications infructueuses de forceps, mes excellents confrères et amis avaient fait, sans pouvoir la débarrasser, d'abord une basiotripsie, pourtant très bien réussie, puis des tentatives infructueuses de version, en raison de l'écoulement complet du liquide amniotique.

Avant mon arrivée, la malade avait subi, en plusieurs séances, environ 6 heures de manœuvres intra-utérines sous chloroforme.

Le Dr Collot l'ayant endormie à nouveau, assisté du Dr Loréal, et de MM. Dugas et Barré, étudiants en médecine, j'arrive, après environ 1 h. 1/2 de morcellement avec les ciseaux de Dubois, à débarrasser complètement la femme de son enfant.

Délivrance spontanée au bout de 20 minutes. La femme, dont le pouls est misérable, est remontée un peu avec des injections de sérum artificiel et de caféine, mais meurt dans la nuit.

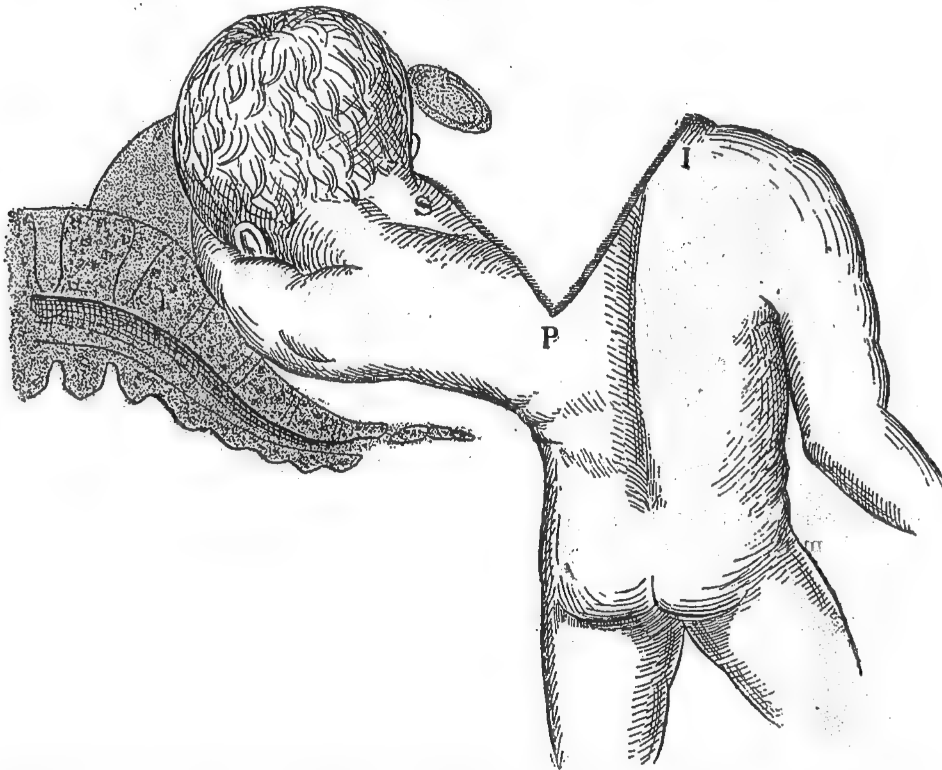


Fig. 5. — L'arrière-train, entièrement sorti, pend hors de la vulve (on peut s'en débarrasser d'un coup de ciseaux, s'il gêne). La terminaison de l'accouchement se réduit alors à une extraction de la tête dernière suivant les méthodes ordinaires.

Par suite des manœuvres spéciales de morcellement dans ce cas difficile, où, la tête broyée étant remontée un peu vers la fosse iliaque gauche, le détroit supérieur était, au début de mon opération, encombré par un tronçon de bras, un pied et un moignon de jambe, je me suis trouvé amené à faire un morcellement fort atypique en sorte qu'à la fin j'ai pu extraire la tête broyée, attenant encore à un assez long tronçon de la colonne vertébrale (milieu environ de la région dorsale). J'ai pu dès lors comparer la facilité bien plus grande pour l'extraction de la tête dernière, bien fixée par la prise solide sur le cou, ce qui, à la réflexion, a été pour moi un trait de lumière, et m'a permis de régler par la suite le procédé décrit plus haut.

Obs. III. — Le 8 novembre 1897, je suis appelé par Mme Belleil, sage-femme, auprès d'une femme petite, mais à bassin

normal, secondipare, ayant perdu les eaux depuis 5 jours, en ayant des coliques continuelles depuis 3 jours. La sage-femme, croyant à une présentation du siège, ne s'était pas inquiétée de l'issue du méconium le second jour, et avait attendu la dilatation complète pour me faire appeler.

J'essaye en vain de faire la version, ma main ne pouvant pénétrer dans l'utérus au delà du milieu des métacarpiens, et fais demander le médecin de la famille, le Dr Blaizot, absent malheureusement.

Seul, donc, avec Mme Belleil qui donne le chloroforme, j'arrive vite et facilement, par le procédé d'embryotomie à lambeau décrit plus haut, à faire d'abord l'extraction de la moitié du tronc et de l'arrière-train, puis, très aisément, celle de la tête dernière, à l'aide de la manœuvre de Mauriceau (présentation de l'épaule droite, dos en avant). Guérison après phlébite du membre inférieur droit.

Obs. IV. — Le 10 juin 1899, je suis appelé dans des conditions semblables par le Dr Trémant auprès d'une secondipare à bassin normal, ayant une présentation négligée de l'épaule gauche, dos en arrière. Après tentatives inutiles de version, je pratique encore l'embryotomie à lambeau avec section complète du pédicule. L'extraction totale est ainsi facile.

Suites de couches excellentes.

J'ai beaucoup résumé ces deux dernières observations, qui ne seraient qu'une réédition du manuel opératoire exposé plus haut.

J'ai nettement senti en opérant une très notable différence au point de vue de la facilité d'extraction de la tête avec le cas de l'observation I, les conditions de bassin étant identiques dans les 3 cas, j'ai donné l'observation II comme filiation vers le procédé définitif.

Voici donc un procédé applicable *à tous les cas* de présentation de l'épaule négligée, et qui réduit beaucoup le traumatisme imposé à la mère, et surtout la durée des manœuvres opératoires. Il m'a pleinement réussi deux fois. J'ai donc cru bon de le faire connaître.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Cailleton. *Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des ulcères variqueux.* N° 335. (L. Boyer.)

M. Dupuy. *Essai sur la douleur envisagée principalement au point de vue chirurgical.* N° 338. (L. Boyer.)

M. Bouillat. *De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des anémies.* N° 319. (Vigot frères.)

M. Gottschalk. *Le traitement des plaies, contributions bactériologiques, pansements modernes.* N° 318. (Jules Rousset.)

M. Lambert. *Du traitement des cancers.* N° 354. (Dugas, Nantes.)

M. Mantilla. *Leucoplasies et cancer.* N° 324. (Carré et Naud.)

M. Jalaguier. *Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire et quelques autres affections.* N° 389. (L. Boyer.)

M. Raynaud. *Le Sanatorium d'Argelès.* N° 392. (G. Steinheil.)

M. Gourari. *Contribution à l'alimentation intérieure des typhiques.* N° 382. (Carré et Naud.)

M. Lacroix. *Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde.* N° 355. (Michalon.)

M. Mallet. *Contribution à l'étude des indications opératoires chez les aliénés libres ou internes (obsédés et hypocondriaques.)*

La guérison d'un ulcère variqueux peut être obtenue par une intervention chirurgicale. M. Cailleton pense que l'intervention qui convient le mieux aux ulcères récents est la greffe dermo-épidermique de Thiersch.

Pour les ulcères chroniques, l'intervention doit encore être différente, selon que ceux-ci sont peu étendus, ou au contraire intéressent un grand segment du membre.

Aux ulcères chroniques, mais peu étendus, on opposera l'élongation des nerfs avec curettage et suture de l'ulcère; s'ils n'ont même que 3 ou 4 centimètres on pourra se contenter de quelques scarifications sur les bords.

Dans les cas d'ulcère d'étendue moyenne, on tentera la dissociation fasciculaire du nerf sciatique.

Enfin ces ulcères chroniques et rebelles, qui s'étendent en hauteur sur presque toute la moitié inférieure de la jambe et en font le tour, seront rapidement améliorés par l'incision circonférentielle.

Il faut aussi faire une place à part à ces cas, dans lesquels on trouve des dilatations variqueuses énormes et douloureuses, et où l'ulcère lui-même peut être considéré comme un accident surajouté à l'affection primitive.

Dans ces cas la ligature ou la résection de la saphène sera légitime.

Quant à l'autoplastie c'est un procédé d'exception en raison de la difficulté de se procurer le lambeau nécessaire à la réparation.

M. Dupuy, élève de M. Richet, fait une étude de la douleur. La véritable définition de la douleur ou plutôt une définition satisfaisante de la douleur n'est pas encore donnée. Le mot lui-même est une définition claire et universellement comprise. La douleur physique, quoique désagréable à supporter, a, il faut le reconnaître, une utilité incontestable au point de vue de la conservation des espèces. Pour que le phénomène douleur puisse se produire, il faut un système nerveux dont toutes les parties soient aptes à fonctionner.

La faculté de souffrir est en rapport avec le développement du cerveau. Plus l'être est élevé en organisation, plus il est apte à ressentir la douleur.

Ce qui rappelle le mot de M. Richet: La douleur est fonction de l'intelligence.

Les préparations de fer, de cuivre, de zinc, de manganèse, etc., sont susceptibles d'être utilisées avec avantage dans les divers cas d'anémie. D'après M. Bouillat, les résultats obtenus dans le traitement de ces maladies, par les préparations de ces divers métaux à poids lourd, modifient la conception de l'action pharmacodynamique du fer. Il n'est plus possible d'admettre la régénération de l'hémoglobine par la pénétration du fer dans sa molécule, mais plutôt par une action stimulante sur la nutrition appartenant à un degré plus ou moins élevé aux divers métaux que nous venons de signaler.

Cette action stimulante sur la nutrition est probablement due à l'action exercée par les métaux à poids lourd sur les organes où l'on rencontre les oxydases et en favorisant la production de ces dernières.

D'après M. Gottschalk, aucun procédé ne permet la désinfection absolue, certaine et durable de la peau intacte.

Dans l'état actuel de la science aucune technique opératoire, aucun procédé de pansement ne peut avec certitude anéantir tous les microbes d'une plaie opératoire.

L'emploi des antiseptiques énergiques peut être une cause de danger, non pas seulement par les désordres généraux, intoxications, lésions rénales et autres qu'ils peuvent occasionner, mais encore par des désordres locaux, en diminuant la force de résistance des tissus.

L'antisepsie étant inefficace et dangereuse, l'asepsie absolue irréalisable, les conditions physiques du pansement doivent devenir un élément essentiel du traitement des plaies; elles doivent favoriser le drainage des sécrétions en assurant un courant d'exosmose continu, allant de la plaie au pansement.

Pour remplir ces conditions, le pansement doit être humide, absorbant, évaporant. La gaze stérilisée remplit au mieux ces diverses indications.

M. Lambert pense que dans les cas de cancer, où l'intervention sanglante est rejetée soit par le malade, soit par le médecin, il n'existe pas de règles précises de la conduite à tenir et, la plupart du temps, c'est un traitement purement symptomatique qui sera ordonné.

La situation de l'organe envahi donne déjà quelques indications et permet d'éliminer la plupart des agents dont nous disposons; dans les néoplasmes internes, par exemple, nous ne pouvons employer qu'une thérapeutique modificatrice générale de la nutrition et du terrain, comme la sérothérapie ou comme les médications cacodylique et quinique, par voie buccale et hypodermique; comme agit peut-être le kalagua, qui mérite une étude complémentaire.

Pour M. Mantilla, l'épithélioma doit être considéré, non pas simplement comme un accident, mais comme une phase ultime de l'évolution de la leucoplasie, sans, toutefois, que cette dégénérescence soit inévitable. Par suite de la possibilité de cette redoutable éventualité, un traitement rigoureux s'impose qui consiste :

1° Prévenir, dans la mesure du possible, l'apparition de la leucoplasie, ou tout au moins son extension, en supprimant, chez les syphilitiques, toutes les causes d'irritation (tabac, alcool, carie dentaire, chicots, appareils prothétiques, etc.);

2° Dès que la plaque est constituée, la soigner rigoureusement : abstention des causes d'irritation, antisepsie méticuleuse de la bouche, lavages avec des solutions alcalines (borate de soude, eau de Vichy, chlorate de potasse, chlorate de magnésie, attouchements au bichromate de potasse);

3° Surveiller attentivement l'évolution de la plaque leucoplasique et dès l'apparition de tout phénomène suspect recourir d'emblée aux procédés d'exérèse;

4° Enfin, dans le cas d'épithélioma confirmé, en pratiquer l'ablation largement et attaquer avec courage les récidives tant que l'état local et général du patient rend l'intervention rationnelle.

Pour M. Jalaguier, le cacodylate de soude est un puissant modificateur du terrain organique. Il paraît agir surtout :

En provoquant une rapide multiplication des globules sanguins;

En améliorant la nutrition de la peau et des muqueuses;

En stimulant les fonctions digestives et favorisant la reconstitution des réserves chez les individus amaigris;

En relevant les forces.

Son action est différente de celle des autres composés arsénicaux.

Il doit être prescrit en injections sous-cutanées (seul moyen d'assurer son absorption en nature sans décomposition).

L'administrer par la voie gastrique (pilules, granules, solutions) ou rectale (suppositoires, lavements) ne constitue qu'un pis aller précaire et dangereux.

D'après M. Raynaud la tuberculose héréditaire observée au sanatorium d'Argelès affecte souvent la forme scrofuleuse qui peut être identifiée à la tuberculose larvée du pharynx, des amygdales et des ganglions cervicaux.

Cette phthisie scrofuleuse est curable, même à la phase pulmonaire, à condition qu'il n'y ait pas généralisation.

Le traitement consiste dans une hygiène climatérique, alimentaire et surtout dans un travail agricole facile qui développe la résistance de l'organisme. Les eaux sulfureuses sont un adjuvant précieux dans les cas les plus torpides.

Ces guérisons, obtenues au moyen de dépenses peu élevées, sont solides et durables.

Pour M. Gourari, chez les typhiques abondamment nourris l'assimilation des albuminoïdes et des graisses est à peine audessous de celle qui s'observe avec le régime liquide.

La digestion se fait presque normalement; la diarrhée diminue et devient moins fétide.

Les pertes du poids du corps sont moindres.

L'amplitude de la courbe thermique et la durée de la période fébrile ne sont pas augmentées.

L'état général reste très bon. La convalescence est de plus courte durée.

Les complications : hémorrhagies, perforations rechutes, sont moins fréquentes.

Le pourcentage de la mortalité est abaissé.

M. Lacroix étudie les manifestations osseuses de la fièvre typhoïde qui se montrent surtout pendant l'adolescence.

Tous les os peuvent être le siège de la lésion.

Elles sont dues à la présence du bacille d'Eberth dans la moelle osseuse, qui est toujours infectée, même lorsqu'il n'y a que périostite.

La forme chronique est la plus fréquente. Elle peut se terminer par résolution, par exostose ou par suppuration, et, dans ce cas, elle prend les allures d'un abcès froid.

Les ostéomyélites des corps vertébraux constituent la spondylite typhique; elles peuvent simuler le mal de Pott.

Une ostéomyélite détruisant les corps vertébraux amène une déformation; mais, généralement, il n'y a que périspondylite ou inflammation du périoste des vertèbres.

M. Mallet résume ainsi les indications opératoires chez les aliénés :

1° Chez les malades obsédés par une seule idée fixe, le chirurgien pourra opérer avec quelque chance de voir disparaître l'idée fixe s'il existe une lésion ou une malformation justiciable d'une intervention opératoire. Si, au contraire, la lésion somatique est peu importante, et si les phobies du malade sont multiples, le chirurgien devra s'abstenir;

2° Chez les malades présentant une psychose qui est en relation causale avec une idée obsédante due à une lésion évidente, l'indication opératoire est absolue;

3° Chez les mélancoliques hypocondriaques le chirurgien devra s'abstenir, même dans le cas de lésions évidentes. Cependant l'expérience a montré qu'à la période de convalescence une opération pouvait, chez ces malades, améliorer l'état mental;

4° Chez les persécutés présentant des idées hypocondriaques, les indications opératoires sont des plus délicates à établir. Tantôt on peut opérer, tantôt il est préférable de s'abstenir. C'est surtout chez ces malades que l'étude des cas particuliers est nécessaire;

5° Dans les états neurasthéniques ou hystériques avec idées hypocondriaques, la règle générale a paru à l'auteur être l'abstention absolue au point de vue opératoire. Ces malades ne relèvent que de la suggestion;

6° Chez les persécutés-persécuteurs l'abstention, est la règle, sauf bien entendu, comme chez tous les autres malades d'ailleurs, dans les cas d'urgence.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur l'état atrophique de la moelle épinière dans la syphilis spinale chronique, par E. Long et Wiki (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an 14, n° 2, p. 105, mars-avril 1901). — On peut reconnaître, au point de vue clinique, deux formes principales à la paralysie spinale syphilitique : une forme à début brusque, et une forme chronique d'emblée et à marche progressive.

L'anatomie pathologique fournit des résultats précis pour l'étude de la forme aiguë qui a pu être analysée jusque dans ses premiers stades, grâce aux cas où les eschares ou l'infection urinaire ont provoqué une terminaison rapidement fatale. On s'accorde à y donner la première place aux lésions spécifiques, vasculaires ou périvasculaires.

L'interprétation des lésions scléreuses est moins aisée dans la forme lente. Cependant il semble probable que la moelle épinière, lorsqu'elle est frappée par la syphilis, présente dans les formes à évolution rapide des lésions nécrotiques, dans la genèse desquelles l'arrêt de la circulation a probablement le premier rôle, tandis que dans les formes à évolution lente les lésions en foyer prennent moins d'importance, et c'est alors un

état du dystrophie lente qui amène la déchéance fonctionnelle et anatomique des éléments nerveux.

C'est de cette façon du moins qu'il semble nécessaire d'interpréter l'observation que les auteurs publient avec de grands détails appuyés par de nombreuses figures d'anatomie pathologique. Ces coupes montrent une particularité intéressante : c'est la diminution remarquable du volume de la moelle. Il n'est pas possible de l'expliquer uniquement par les lésions en foyer, mais elle paraît devoir être mise en parallèle avec des lésions vasculaires dont l'importance est des plus évidentes.

La cause efficiente de cette diminution de volume ne peut être cherchée dans une compression par les méninges, qui sont dans ce cas, à peu de chose près, normales. On ne peut pas non plus mettre en cause les dégénérescences secondaires, car on sait que dans ces dernières le tissu normal cède la place à une sclérose névroglique, qui est un tissu de remplacement dans le sens complet du mot. Les lésions destructives en foyer ont pu jouer un rôle, mais cette explication serait insuffisante, car le ratatinement de la moelle s'étend uniformément sur une grande hauteur, tandis que les lésions en foyer occupent surtout les 4e, 5e, 6e segments dorsaux, et ceux-ci ne sont d'ailleurs pas notablement plus amaigris que les autres.

Il ne reste plus, comme cause possible, que les lésions vasculaires; leur distribution est parallèle à celle de l'état dystrophique de la moelle (maximum dans les deux tiers supérieurs de la région dorsale, atténuation progressive au-dessus et au-dessous de cette zone). Il est donc logique d'admettre que la diffusion des altérations vasculaires a eu comme résultat une insuffisance de l'activité circulatoire dans l'intérieur de la moelle et que cette dernière a subi de ce fait une diminution de volume *totius substantiæ*, soit par la dégénérescence de fibres ou d'éléments cellulaires trop isolés pour être retrouvés par l'examen histologique, soit par une dystrophie généralisée de la substance nerveuse (tissu parenchymateux et tissu interstitiel).

Cette conclusion s'accorde bien avec ce qui a été dit maintes fois sur les formes cliniques de la paralysie spinale syphilitique : la forme rapide est due à des lésions inflammatoires vasculaires et périvasculaires, qui provoquent en peu de temps la formation de foyers de nécrose. Dans la forme lente les phénomènes paralytiques du début sont variables, et cela pendant un temps souvent assez long, et on sait quels succès thérapeutiques on a pu enregistrer dans un certain nombre de cas. Il existe à cette période surtout des lésions vasculaires qui créent un état d'insuffisance fonctionnelle variable suivant le moment physiologique (claudication intermittente spinale de Charcot). Il n'est pas nécessaire, en effet, pour expliquer les phénomènes spasmodiques de cette période, de supposer la présence de lésions destructives, et on peut comparer ces faits à certaines paraplégies pottiques, qui s'atténuent rapidement après la formation ou l'évacuation d'un abcès par congestion. A une période plus avancée de la forme chronique, si les localisations vasculaires de la syphilis ne régressent pas, il peut se former, suivant le degré d'oblitération des vaisseaux, soit des lésions en foyer, soit un état dystrophique étendu à un plus ou moins grand nombre de segments. Il est donc possible que, dans quelques cas, la syphilis spinale n'agisse que par une diminution de l'apport sanguin, qui a comme conséquence physiologique une insuffisance fonctionnelle, variable puis permanente, et comme résultat anatomique une atrophie partielle de la moelle.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session annuelle. — 1 et 2 Mai 1901.

Abcès profond du cou consécutif à une otite grippale latente.

M. A. Malherbe (de Paris). — Une jeune fille de 16 ans, à la suite d'une grippe, vit apparaître, à la pointe de l'apophyse mastoïde, une petite tumeur, après quelques douleurs vagues dans l'oreille droite. Aucun écoulement. Peu de temps après, rougeole : la tuméfaction augmenta alors et descendit dans le cou. On pensa à une adénite strumeuse, et la malade fut envoyée à la Bourboule.

Après avoir suivi de nombreux traitements médicaux, sans aucun résultat, comme son état général empirait, que la sensibilité au niveau de l'apophyse augmentait et que l'ouïe diminuait, elle vint consulter M. Malherbe qui diagnostiqua une collection purulente profonde du cou, d'origine auriculaire et consécutive à une infection grippale.

L'opération fut pratiquée sous chloroforme. On commença par ouvrir les cavités tympano-mastoïdiennes; il n'y avait pas de pus, mais seulement de l'épaississement et de la tuméfaction de la muqueuse avec quelques granulations au niveau des cellules de la pointe. Après leur curettage, on découvrit, à ce niveau, un fin pertuis où l'on pouvait engager facilement un crin de Florence. Nettoyage de ces régions avec de l'eau oxygénée et fermeture de la plaie auriculaire.

On procéda alors à l'évacuation de la tumeur cervicale; une incision de 4 centimètres fut pratiquée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien jusqu'au faisceau vasculo-nerveux qui fut récliné en dehors; immédiatement en dedans se trouvait l'abcès contenant environ un verre à bordeaux de pus renfermant des streptocoques. La collection s'étendait jusqu'au niveau de l'œsophage. Après avoir touché la poche avec l'eau oxygénée, un drain de 5 centimètres fut mis dans la profondeur et fixé dans l'angle inférieur de la plaie, puis pansement.

Suites excellentes; guérison complète au bout de 12 jours; elle s'est maintenue.

Cette observation montre :

1° Que certains abcès profonds du cou peuvent avoir comme origine une otite méconnue;

2° Qu'à la suite d'une infection otique, il peut se produire, à la faveur de cavités closes évoluant secondairement, des accidents à échéance plus ou moins éloignée;

3° Qu'il peut exister, vers la pointe de l'apophyse mastoïde, des fissures ou pertuis préformés, capables de favoriser la diffusion du pus en dehors de l'os, sans lésion anatomique de celui-ci;

4° Que le chirurgien ne doit pas se contenter de vider l'abcès cervical, mais qu'il doit ouvrir les cavités de l'oreille moyenne où réside primitivement le foyer originel infectieux, de façon à s'opposer à de nouveaux accidents que peut provoquer, par le phénomène de la cavité close, la virulence exaltée des germes renfermés dans la région tympano-mastoïdienne.

Mastoïde suppurée sans otite.

M. Lenhardt (du Havre) a opéré de mastoïdite suppurée une femme de 50 ans, chez laquelle on ne trouvait la cause de l'affection ni dans une maladie infectieuse, ni dans un coryza ou une pharyngite, ni dans une otite catarrhale.

On explique facilement la pathogénie de l'affection lorsqu'il y a catarrhe de la caisse, en son absence l'explication est difficile. On peut cependant trouver la cause de la suppuration des cellules mastoïdiennes dans une maladie de cause générale, comme l'ostéite rhumatismale.

Ces formes de mastoïdite sont remarquables par la lenteur des poussées inflammatoires.

Abcès amygdaliens, diagnostic et traitement.

M. Moure (de Bordeaux) pense que dans la grande majorité des cas il est possible de faire le diagnostic exact du point par lequel débute la collection purulente, dans les 4 à 5 premiers jours qui suivent le moment de l'infection. On peut ainsi établir la classification suivante : abcès péri-amygdaliens, antérieurs, postérieurs et externes, et abcès intra-amygdaliens. A chacun de ces types se rattache une série de symptômes qui permettent de les reconnaître et par conséquent d'intervenir très hâtivement.

Contrairement à ce que pensent et à ce qu'ont écrit certains auteurs, on doit ouvrir les abcès amygdaliens dès que le diagnostic est posé, c'est-à-dire très hâtivement 3 ou 4 jours au plus après leur début.

Le seul instrument qui permette d'aller ainsi à la recherche du pus dans l'intérieur de la loge amygdalienne, sans craindre les hémorrhagies parfois si redoutables en pareil cas, et à cette période, est le galvano-cautère avec lequel il est possible de pratiquer une large ouverture à blanc en traversant toute l'épaisseur du voile et de l'amygdale; faisant ensuite usage de la sonde cannelée, on pénètre aisément et sans danger à 2 ou 3 centimètres de profondeur. Il est très rare qu'on ne puisse ouvrir instantanément l'abcès et guérir rapidement son malade. Dans les cas où l'on ne trouve pas de pus, le sujet infecté le crache quelques heures après ou dans la journée qui suit l'intervention.

Causes de la surdi-mutité.

M. Castex (de Paris) apporte le résultat de ses recherches sur un ensemble de 323 sourds-muets.

Indépendamment de leur infirmité double, les sourds-muets présentent certains caractères révélateurs. Leur regard est attentif, mais leur démarche est irrégulière. Ils ne sont pourtant pas sujets au vertige. Les affections concomitantes ne sont point rares : altérations oculaires, denture défectueuse, squelette malformé, crâne oblique ovalaire.

Ces enfants sont sujets à la tuberculose, à diverses malformations ou tares névropathiques.

La surdi-mutité congénitale serait à l'acquise comme 145 est à 178, mais le chiffre des cas acquis se trouve majoré par l'erreur d'interprétation des parents.

Le chiffre de la consanguinité des ascendants est de 8,49 p. 100. L'hérédité apparaît comme un facteur bien moins important que la consanguinité.

La tuberculose, la syphilis, le saturnisme et l'alcoolisme des parents jouent un rôle plus ou moins manifeste.

La même infirmité se retrouve surtout chez les frères et sœurs (40 fois sur 323 cas).

Les émotions au cours de la grossesse et les accouchements anormaux figurent aussi dans l'étiologie.

Les antécédents morbides les plus ordinairement notés sont, par ordre de fréquence décroissante :

Méningites, 40; convulsions, 37; fièvres cérébrales, 20; fièvres typhoïdes, 17; scrofulose, 16; traumatismes, 9; etc.

Les végétations adénoïdes ne paraissent pas particulièrement fréquentes chez ces enfants.

Les autopsies, comme les examens cliniques, montrent l'importance dominante des lésions labyrinthiques, cérébrales et bulbaires, congénitales plutôt qu'acquises.

Laryngite striduleuse prolongée au cours de la grippe.

M. Raoult (de Nancy). — La forme prolongée de la laryngite striduleuse est encore, malgré les travaux de Touchard et de Bar, peu connue. Elle se manifeste surtout au cours de la grippe et simule le croup par le début lent de la dyspnée, le tirage, la raucité de la voix; seul l'examen laryngoscopique confirme le diagnostic. L'inflammation porte non seulement sur le vestibule, mais encore sur la région sous-glottique et c'est là, croyons-nous, le point le plus important.

Chez deux des malades de M. Raoult la dyspnée dura pendant 10 jours. D'après l'enquête qu'il a faite auprès de divers médecins, cette affection n'est pas très rare dans les maladies infectieuses. M. Hausalter en a vu trois cas coïncidant avec la rougeole et la variole, d'autres en ont vu pendant les périodes de poussées dentaires.

Résultats obtenus dans la surdi-mutité par les exercices acoustiques.

M. Piaget (de Grenoble) a employé dans 3 cas, un de surdi-mutité acquise, deux de surdi-mutité congénitale, les exercices acoustiques préconisés par Urbantschitsch. Différents instruments, tambour, sifflet, violon, piston, furent employés pour réveiller l'audition. Conclusion : s'il n'y a que peu d'espoir dans la surdi-mutité congénitale, il n'en est pas de même dans la surdi-mutité acquise, il faut prolonger pendant plusieurs mois ces exercices.

Otite externe parasitaire animale, due à un acarien.

M. Joncheray (d'Angers) a vu, suivi et guéri une otite externe double avec myringite qui présentait les symptômes d'une otite externe à pseudo-membranes et lui fit penser d'abord à de l'otomycose, otite parasitaire végétale, bien connue et relativement fréquente. L'examen des membranes, répété plusieurs fois et par un mycologue, décela des œufs d'acarien en abondance. Mais il fut impossible de trouver traces du corps d'un parasite. L'otite, soignée à peu près comme une otomycose, guérit très bien.

L'otite externe parasitaire animale, due à un acarien, n'a pas été encore décrite, mais entrevue par Schwartze, qui déduit sa possibilité chez l'homme de sa fréquence chez certains mammifères domestiques. Or la malade habitait une ferme. L'*acarius folliculorum* a été souvent rencontré, il a été même découvert par Henle en 1841, dans le cérumen, mais à l'état d'animal complet et non son œuf seulement. Puis, il ne détermine pas d'otite, ou du moins elle n'est pas connue. Enfin, l'examen des œufs dans le cas en question fait croire à des œufs d'un acarien autre que le *demodex folliculorum.*

Les sinus ethmoïdaux et frontaux.

M. Mouret (de Montpellier) démontre par des planches d'un grand intérêt que le sinus frontal n'est que la continuation des cellules ethmoïdales; c'est en réalité une cellule ethmoïdale; aussi propose-t-il d'appeler son inflammation ethmoïdite antérieure. En outre, ses études anatomiques lui ont fait constater l'existence fréquente du développement d'une cellule latérale constituant un sinus accessoire, dont on peut soupçonner l'existence lorsqu'on aperçoit dans le sinus frontal une cloison latérale. Ces notions ont un grand intérêt, car, en cas de curettage, on ne doit pas négliger ces sinus accessoires pour obtenir une guérison complète.

Œdème inflammatoire et abcès du larynx.

M. Lubet-Barbon (de Paris). — Les lésions peuvent rester diffuses ou donner lieu à une collection. La caractéristique est le début brusque survenant après un coup de froid, la marche rapide et dramatique de l'affection, l'utilité d'un traitement rationnel, pouvant faire éviter la trachéotomie.

La dyspnée et la dysphagie sont les deux symptômes les plus marquants.

L'indication urgente de l'intervention est rare passé les 48 premières heures, il faut donc gagner du temps. On y arrive par l'application de la cravate humide, les pulvérisations et les fumigations chaudes, les insufflations de poudre de morphine et enfin par la ponction profonde pratiquée au point où le gonflement est le plus marqué.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 25 Juin et 2 Juillet 1901.

Accidents pulmonaires consécutifs aux lésions du nez, de l'oreille et de la région rétro-pharyngienne.

M. Rendu lit un rapport sur un travail de M. Martin du Magny (de Bordeaux) :

Il existe toute une catégorie d'affections broncho-pulmonaires tenaces qui reconnaissent pour cause une suppuration du nez, de l'oreille ou de l'arrière-gorge. L'ensemencement direct de ce pus crée la maladie pulmonaire dont le microbe pathogène

n'est autre que celui de la suppuration nasale ou auriculaire primitive.

Tantôt il est possible de suivre la filiation des accidents : coryza initial, puis angine, laryngite, trachéite, enfin bronchite ; tantôt les étapes intermédiaires disparaissent, et d'emblée éclatent les manifestations broncho-pulmonaires dont l'origine cesse d'être évidente.

Ces infections descendantes affectent toutes les formes possibles, depuis la toux quinteuse et coqueluchoïde jusqu'aux signes de la congestion pulmonaire, de la pneumonie lobaire et de la broncho-pneumonie. Bien que leurs allures cliniques ne soient pas tout à fait celles de la tuberculose, il est très facile de les confondre avec cette dernière maladie ; le diagnostic repose sur la constatation de deux faits :

En premier lieu, on note l'existence, dans les voies aériennes supérieures, d'un foyer de suppuration qui occupe soit le nez, soit l'oreille, soit les sinus frontaux ou maxillaires, et se révèle presque toujours par une traînée purulente descendant le long du pharynx et visible à l'inspection de la gorge.

En second lieu, la culture des sécrétions naso-pharygiennes et celle des crachats broncho-pneumoniques fournissent des résultats identiques (présence d'un microbe pyogène et absence du bacille de la tuberculose).

Le décubitus latéral paraît constituer un facteur important de l'ensemencement du pus dans l'arbre bronchique, vraisemblablement par le fait de la déclivité. L'expérimentation confirme, du reste, cette pathogénie. En outre, il résulte des recherches de M. Martin du Magny que le poumon infecté correspond assez souvent au côté sur lequel le malade a l'habitude de se coucher.

Sur un micro-organisme trouvé dans le plasma des syphilitiques.

M. L. Jullien. — Dans le sang et le sérum des syphilitiques récemment infectés, et non encore soumis au traitement spécifique, nous avons constaté, M. J. de Lisle et moi, la présence des corpuscules ronds, granuleux, très réfringents, qui y ont déjà été rencontrés par divers observateurs ; mais nous n'avons obtenu aucun résultat positif dans nos essais de culture et d'inoculation de ces granulations, fait qui n'a rien de surprenant, car on sait depuis longtemps que le sang des syphilitiques, une fois coagulé, est inoffensif ; cette particularité peut être expliquée par l'existence dans le sang après sa coagulation, c'est-à-dire dans le sérum, d'une *alexine* fortement bactéricide.

Aussi avons-nous poursuivi nos recherches sur le plasma lui-même, ainsi que sur la sérosité du vésicatoire (soit cantharidien, soit par le marteau de Mayor) ; nous avons pu nous assurer, en effet, que cette sérosité ne renferme jamais d'alexine.

Dans ces conditions, nous avons trouvé un micro-organisme polymorphe, de forme bacillaire, présentant tous les intermédiaires entre la forme d'un bâtonnet court (de 5 à 8 μ de longueur et de 0 μ, 15 à 0 μ, 30 de largeur) et celle d'un filament très allongé ; cette espèce microbienne, mobile, facile à colorer par tous les réactifs usuels, mais ne prenant pas le Gram, trouble le bouillon en 24 heures et y forme un voile au bout de 4 à 5 jours ; elle liquéfie la gélatine, pousse très bien sur pomme de terre glycérinée et sur liquide amniotique, se développe également sur gélose et sur sérum solidifié ; elle peut se multiplier aussi en milieu anaérobie, mais lentement.

L'aspect de ce microbe se modifie à mesure que les cultures vieillissent ; au bout de 10 jours environ, on n'observe plus que les corpuscules granuleux déjà signalés dans le sang des syphilitiques ; à ce moment, le repiquage fait reparaître les caractères primitifs ; après 30 jours, les cultures semblent mortes ; toutefois, le passage dans un sac leur rend leur vitalité.

L'infection de ce micro-organisme dans le péritoine du cobaye détermine des paralysies, de l'amaigrissement, l'avortement et la mort en 10 ou 15 jours ; les animaux jeunes sont tués au bout de 12 heures. Son inoculation sous-cutanée provoque l'apparition d'une plaque indurée, puis ulcérée, avec engorgement des ganglions de voisinage. A l'autopsie, le sang se montre toujours stérile. Chez les sujets syphiliques, des essais d'inoculation soit par frottis, soit dans une plaie saignante, sont demeurés sans résultat.

Deux faits nous paraissent démontrer la spécificité de cet agent pathogène : d'une part, son agglutination par le sérum de syphilitiques en puissance d'accidents, agglutination que ne produit pas le sérum d'individus sains ; d'autre part, la propriété qu'il possède de fixer l'alexine contenue dans le sérum des animaux vaccinés avec des produits syphilitiques, ce qui prouve l'existence d'une *sensibilisatrice* particulière.

M. A. Gautier fait une communication sur l'emploi du cacodylate de soude.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'extrait de capsules surrénales en rhinologie,

D'après M. le Dr Eugène Labarre (1).

Au moment où la fièvre des foins va faire son apparition, M. Labarre pense qu'il ne sera peut-être pas inutile d'attirer l'attention sur les bons résultats qu'a donnés l'emploi de l'extrait de capsules surrénales dans certaines affections des fosses nasales étiquetées sous le nom de rhinites et qui, comme le prétendent Lermoyez et Mahu, ne sont que l'extériorisation d'un vice général confinant tantôt au lymphatisme, tantôt à l'arthritisme, d'autres fois encore à la neurasthénie.

Jusqu'ici, il faut bien l'avouer, la thérapeutique générale employée contre ce genre d'affections était restée, la plupart du temps, sans résultat. Il en était de même des moyens locaux, tels que pulvérisations, irrigations, badigeonnages, massages vibratoires, etc., qui, s'ils étaient susceptibles d'amener un soulagement de quelque durée, n'avaient pas le don de modifier la muqueuse et d'en régulariser les fonctions. Force était donc de s'adresser à des moyens plus radicaux. Parmi ceux-ci, d'aucuns donnèrent le choix à la méthode ignée ; d'autres, plus hardis, préféraient la turbinotomie, espérant ainsi, en faisant disparaître l'organe en cause, supprimer les troubles dont il pouvait être le fauteur. Malheureusement, il en fut ici comme de toutes choses, le mieux est quelquefois l'ennemi du bien ; et loin d'atteindre le but désiré, on n'arrivait généralement, après de vains efforts, qu'à un résultat médiocre, acquis le plus souvent soit aux dépens du sens spécial de l'olfaction, soit au détriment des moyens de défense des premières voies ; sans compter encore que ces méthodes ne sont pas à l'abri de sérieux inconvénients : nous entendons par là les hémorrhagies primitives ou secondaires et les synéchies, qui accompagnent souvent, quoi qu'on en dise, les cautérisations endonasales.

Pour remédier à ces échecs thérapeutiques, Lermoyez et Mahu dénoncèrent, dans un travail publié en juillet dernier, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, une nouvelle méthode de traitement des affections du nez par les applications d'air chaud.

Ce procédé exige un outillage plus ou moins compliqué, qui le rend difficilement acceptable par tous.

Tout en poursuivant le même but et dans l'espoir d'arriver au même résultat, M. Labarre a expérimenté l'extrait suprarénal, employé depuis quelque temps déjà en rhinologie par W. Bates, Wadworth, Warren, Douglas, Swain et Murphy, non seulement comme hémostatique, mais encore dans la thérapeutique de certaines affections des fosses nasales et en particulier dans la fièvre des foins.

Mis en contact avec la muqueuse nasale, l'extrait de capsules surrénales détermine d'abord une sensation de picotement, quelquefois assez désagréable, mais qu'il est facile d'éviter si l'on a soin de faire précéder l'application d'une instillation de quelques gouttes de chlorhydrate de cocaïne à 5 p. 100. En même temps se produisent du larmoiement et un écoulement de mucus nasal assez abondant. Puis, au bout de quelques instants, la réaction cesse, l'hydrorrhée et le larmoiement di-

1. *Journal médical de Bruxelles*, 16 mai 1901.

minuent; et la respiration nasale devient libre, ce qui procure généralement au malade un grand bien-être.

Cette perméabilité des fosses nasales persiste chez les uns pendant plusieurs jours, sans que l'on soit obligé de recourir à une nouvelle application; chez d'autres, au contraire, elle n'est qu'éphémère et est suivie d'une poussée vaso-motrice qu'accompagne souvent une céphalée assez intense. Mais cet inconvénient est loin d'être constant et ne s'observe d'ailleurs qu'au cours des premières applications. Si l'on suit par l'examen rhinoscopique les effets produits par l'extrait de capsules surrénales sur la muqueuse du nez, on constate qu'après une courte période d'irritation, provoquée probablement par l'excitation des filets nerveux du maxillaire supérieur et caractérisée par de la rougeur, de la tuméfaction et de l'hypersécrétion de la pituitaire, la muqueuse se rétracte, se décolore en même temps que sa sensibilité faiblit.

D'après Swain, ces effets à la fois analgésiques et vaso-constricteurs seraient la conséquence directe de l'action de l'extrait suprarénal sur les fibres musculaires du lacis vasculaire qui baigne la muqueuse nasale. C'est à cette action également qu'il faut rapporter les vertus hémostatiques qui font de ce médicament un adjuvant très précieux des opérations endonasales.

Au point de vue thérapeutique, M. Labarre a expérimenté l'extrait de capsules surrénales, à l'exclusion de tout autre mode de traitement, dans un grand nombre de cas de rhinites. Bien que ses efforts n'aient pas toujours été suivis de succès, chez beaucoup de malades il a obtenu, sinon une guérison définitive, tout au moins une amélioration considérable.

Comme le démontrent les observations, c'est principalement dans le traitement des différentes formes de coryza spasmodique que l'on obtient les résultats les plus durables et les plus rapides.

Dans le coryza chronique à forme hypertrophique ou dégénérative, l'on a également, mais plus rarement, cela se conçoit, enregistré des cas de guérison. Il en est de même pour ce qui concerne les queues de cornets dont la curabilité n'est en quelque sorte compatible qu'avec le degré de rétraction de la muqueuse.

Maintes fois on a observé chez des malades une amélioration notable de la faculté auditive, ce qui a conduit à employer l'extrait suprarénal dans certaines affections de la trompe d'Eustache.

Comment faut-il employer l'extrait de capsules surrénales? Il résulte des essais faits à ce sujet, que c'est en solution et sous forme de frictions énergiques de la muqueuse que l'extrait suprarénal donne les meilleurs résultats. Mais, comme tous les produits organiques, il se décompose rapidement au contact de l'air; il convient donc de n'employer que des solutions préparées extemporanément ou bien, ce qui est est plus pratique, de se servir d'ampoules fabriquées spécialement à cet usage par les laboratoires de produits organiques.

La dose de ces ampoules est d'environ 10 centigrammes d'extrait pour 1 centimètre cube de solution.

Il faut remarquer aussi que, grâce à sa parfaite innocuité, l'application d'extrait suprarénal peut être fréquemment renouvelée, d'autant plus que l'accoutumance au médicament ne se produit pas.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur la revision du Codex.

ÉMULSION D'HUILE DE FOIE DE MORUE

(Emulsio olei Jecoris aselli),

Par M. PIERRE VIGIER.

L'édition du formulaire légal de 1884 avait donné lieu à des critiques aussi nombreuses que justifiées. La nouvelle Commission chargée de sa revision, pour parer à cet inconvénient, a envoyé à toutes les sociétés de pharmacie de France un questionnaire ainsi conçu :

1° Quels sont les nouveaux médicaments que vous désirez voir insérés dans le nouveau Codex;

2° Quels sont ceux dont vous demandez la suppression;

3° Quelles sont les modifications que vous désirez apporter aux préparations anciennes.

Sur 86 sociétés, 42 seulement ont répondu à notre appel.

Cette indifférence est étrange; car c'était la première fois que, dans notre pays, on voyait une Commission officielle et omnipotente employer le *referendum* démocratique pour une œuvre légale.

Il faut avouer cependant qu'en revanche 5 à 6 sociétés nous ont envoyé des rapports remarquables et dont nous tirerons un excellent parti.

Pour tâcher de mettre notre Codex au niveau de la science et lui permettre de faire bonne figure dans le monde, nous ne décidons rien sans avoir consulté toutes les pharmacopées étrangères, et nous leur faisons même des concessions en nous rapprochant autant que possible de leurs formules, en prévision d'une pharmacopée universelle; projet qui a pris naissance dans la Société de pharmacie de Paris et que pour ma part je crois irréalisable.

Le meilleur moyen pour éviter des récriminations postérieures, et par conséquent inutiles, consiste à publier les formules nouvelles avant leur insertion au Codex. Alors la discussion peut s'engager avec fruit et les modifications réclamées deviennent possibles.

Déjà, plusieurs de mes collègues sont entrés dans cette voie; et aujourd'hui j'y arrive à mon tour en publiant la formule d'émulsion d'huile de foie de morue que j'ai l'intention de soumettre à la Commission plénière.

C'est sans grande conviction que j'ai creusé ce sujet, car je suis persuadé que, sans l'étonnante réclame qui remplit constamment tous les journaux, on eût continué à administrer l'huile de foie de morue en nature.

Le travail qui m'était imposé était plus difficile à exécuter que celui des fabricants de cette sorte de produits qui, eux, ne sont pas forcés de dire quels sont les ingrédients qu'ils emploient et quel est leur procédé de préparation.

Ils peuvent ainsi fournir des émulsions à 50 p. 100 d'huile, peut-être même davantage, et se conservant très bien.

Mais le formulaire légal ne peut admettre aucun produit actif étranger, comme la saponine ou des antiseptiques, par exemple.

J'étais donc obligé de n'employer que des matières mucilagineuses, inertes, pour laisser l'huile à l'état de pureté et n'altérer en rien toute sa valeur médicamenteuse.

J'ai exécuté la plupart des formules publiées jusqu'à ce jour, j'ai étudié leurs divers modes de préparation et après de nombreux essais, je me suis arrêté à la formule suivante :

Huile de foie de morue. . . .	140 gr.
Sirop simple.	60 gr.
Eau de fleurs d'oranger. . . .	40 gr.
Fucus crispus.	5 gr.
Eau distillée.	Q. S.
Essence d'amandes amères . .	IV gouttes.

Mettez dans un flacon l'essence d'amandes amères, le sirop et l'eau de fleurs d'oranger.

D'autre part, faites bouillir le fucus dans l'eau pendant 20 minutes, pour obtenir 220 grammes de décocté : passez avec expression à travers une toile, faites réduire au bain-marie le liquide à 160 grammes et versez le bouillant sur les autres matières.

Agitez pendant 5 minutes, puis de temps en temps jusqu'à refroidissement.

Cette préparation renferme 1/3 de son poids d'huile de foie de morue.

On peut y ajouter 4 grammes d'hypophosphite de chaux ou d'autres sels.

En remplaçant le sirop simple par la glycérine, on en assure la conservation.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas de syphilis cérébrale,

D'après V. MANTEGAZZA (de Cagliari) (1).

Dans le cours de l'année 1899 entra, dans la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Université de Cagliari, un homme de 47 ans qui y mourut au bout de peu de temps. L'autopsie confirma l'existence de lésions qu'on est peu habitué de trouver réunies; à ce titre, l'observation mérite d'être signalée.

Le malade, syphilitique depuis 15 ans, ne souffrait que depuis 3 mois environ. Des vertiges, de l'insomnie, un malaise général, de l'amaigrissement, apparus d'abord insidieusement, avaient fait des progrès rapides, de telle sorte que, lorsque cet homme parut avec ses traits tirés, ses yeux presque clos et sa démarche mal assurée, il semblait atteint d'une maladie aiguë grave.

Il est inutile d'entrer dans le détail des symptômes que l'examen révéla. Ce furent : le ptosis bilatéral avec paralysie des mouvements des globes oculaires en haut et en dedans. Les pupilles égales, en mydriase, ne réagissaient ni à la lumière, ni à l'accommodation. Les troubles un peu plus accusés à gauche qu'à droite. L'acuité visuelle était diminuée de moitié. La moitié gauche de la face était aplatie, la motilité des membres diminuée à gauche, il existait un léger degré de dysarthrie.

En somme, hémiparésie gauche (il n'y eut jamais d'ictus), ophthalmoplégie bilatérale, parésie des nerfs optiques (pas de stase, seulement un peu de décoloration de la papille) ; puis des symptômes cérébraux diffus, céphalée, somnolence.

Sous l'influence du traitement spécifique le malade s'améliora d'abord, mais bientôt son état devint plus grave, et il mourut après plusieurs jours de coma.

Il était difficile d'expliquer l'ophthalmoplégie interne et externe, et bilatérale, autrement que par une compression des oculo-moteurs, par une lésion ayant son siège dans l'espace inter-pédonculaire; une telle lésion pouvait aussi intéresser la bandelette optique. Quant à l'hémiparésie gauche, elle devait dépendre d'une lésion, probablement d'un ramollissement ischémique de la capsule interne de l'hémisphère droit (pas d'ictus).

L'autopsie démontra qu'en effet il y avait bien deux lésions, une de l'espace interpédonculaire, une autre de la capsule interne ; elle fit encore voir quelque chose de plus, une gomme dont on ne pouvait soupçonner l'existence.

Lorsqu'on enleva la masse encéphalique, les altérations de la base du cerveau apparurent tout d'abord. Au niveau du chiasma et dans l'espace interpédonculaire jusqu'à la protubérance, la pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies par un exsudat diffus, grisâtre, gélatineux, qui englobe les nerfs de la région, et notamment ceux de la III[e] paire qui ne paraissent cependant macroscopiquement que peu altérés.

Les artères de l'encéphale sont très malades, aussi bien celles qui proviennent des vertébrales (tronc basilaire, cérébrales postérieures) que celles qui dérivent de la carotide interne (cérébrale antérieure, sylvienne, communicante postérieure). Les artères et les plus fines artérioles sont dures, nodulaires; les parois en sont très épaissies, le calibre très réduit. Les sylviennes sont le plus altérées.

Dans le lobe temporal droit, dans la circonvolution temporale inférieure et occipito-temporale externe (Giacomini), un nodule de la grosseur d'une petite noix est recouvert par les méninges. C'est une gomme au-dessus de laquelle on entrevoit encore un pont de substance grise.

Les sections frontales des hémisphères (coupes de Pitres) font reconnaître, au niveau de la capsule interne et des deux noyaux lenticulaire et coudé, un ramollissement étendu. La strie blanche de la capsule interne qui devrait trancher sur les noyaux gris ne se distingue plus. Le tout est transformé en une bouillie blanc-grisâtre.

En somme, les lésions anatomiques sont : artérite syphilitique diffuse des faisceaux cérébraux, méningite circonscrite de la base, gomme caséifiée du lobe temporal, ramollissement du thalamus et du corps strié.

L'autopsie a donc confirmé en grande partie le diagnostic porté pendant la vie. On a reconnu la lésion de la base, dans l'espace interpédonculaire, aussi bien que celle soupçonnée dans la capsule interne. De plus, on a constaté un nodule gommeux occipito-pariétal qu'aucun symptôme n'aurait permis de diagnostiquer pendant la vie. Ce fut une suprise, mais à vrai dire, de tels faits ne sont pas rares lorsque la lésion siège en dehors de la zone excito-motrice de l'écorce.

1. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle* 1901, fasc. 2, p. 139-172.

En ce qui concerne la nature des lésions, c'est, outre l'artérite diffuse, un processus inflammatoire chronique de la base, qui a englobé les nerfs oculomoteurs et partie des bandelettes; c'est une gomme caséeuse de l'écorce; c'est un gros ramollissement blanc de la capsule interne. Elles sont toutes trop caractéristiques pour qu'il soit besoin d'insister. L'inefficacité du traitement iodo-mercuriel ne prouve qu'une chose, c'est que les lésions étaient déjà irréparables lorsqu'il fut institué.

Enfin, si l'on veut établir la chronologie des étapes parcourues par le processus pathologique, il est certain que l'artérite fut la première en date. Avant qu'elle soit devenue oblitérante, le virus syphilitique doit avoir engendré la gomme de l'écorce et la méningite de l'espace interpédonculaire. Puis l'oblitération se fit presque complète; dans la capsule interne, où les artérioles sont terminales, l'obstacle à la circulation eut pour conséquence le ramollissement blanc; dans la gomme, elle fut suivie de la dégénérescence caséeuse; à la base du cerveau, l'endartérite des vaisseaux nourriciers de l'oculomoteur fut cause de la nécrose du nerf déjà frappé d'un processus chronique d'inflammation interstitielle.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séances des 24 Juin et 3 Juillet 1901.

Sur la présence et la localisation de l'iode dans les leucocytes du sang normal.

MM. Stassano et P. Bourcet. — On sait qu'il existe normalement des traces d'iode dans le sang. Le but des présentes recherches a été de déterminer quelle est la partie du sang qui renferme ce métalloïde.

Dans ce but, MM. Stassano et Bourcet ont saigné à blanc un chien non narcosé. Ils ont recueilli de la sorte près de 2 litres de sang ; une moitié de ce liquide, rendue incoagulable par l'oxalate de soude, fut centrifugée; l'autre moitié fut d'abord défibrinée, puis également centrifugée.

La première portion se composait de 400 grammes de plasma, de 360 grammes d'hématies associées à de nombreux globules blancs, enfin des pellicules de leucocytes mélangées à quelques grammes de plasma et d'hématies. De ces divers éléments, les pellicules de leucocytes, malgré leur faible quantité, renfermaient 0 millig. 020 d'iode; les hématies mêlées à des globules blancs en contenaient 0 millig. 030.

Dans la seconde portion, on a trouvé 360 grammes de globules rouges et de 280 grammes de plasma dont nous avons séparé les nucléo-albumines; or il y avait 0 millig. 015 d'iode dans ces nucléo-albumines, tandis que ce métalloïde faisait défaut dans le reste du plasma et n'existait qu'à l'état de traces indosables dans les hématies.

Ces expériences démontrent nettement que, de toutes les parties constitutives du sang, les leucocytes seuls renferment de l'iode.

Sur l'anesthésie locale en chirurgie dentaire à l'aide des courants de haute fréquence et de haute intensité.

MM. L.-R. Régnier et G. Didsbury ont cherché à produire l'anesthésie locale nécessitée par les interventions dentaires au moyen de l'application, durant 5 minutes, de courants de haute fréquence et de haute intensité (de 100 à 150 milliampères). Ils ont pu s'assurer ainsi qu'une telle électrisation rend possible l'avulsion sans douleur des incisives et des canines ; en ce qui concerne les molaires, les premières sont généralement bien anesthésiées, les dernières moins complètement. Une tentative de curettage de la dentine malade et un essai d'enlèvement du nerf dentaire n'ont pas donné de résultats probants.

Hérédité cellulaire.

MM. Charrin et G. Delamare. — Les analogies enregistrées entre l'organisme des générateurs et celui des descendants portent, le plus souvent, sur des types nutritifs ou sur des groupes cellulaires d'importance secondaire (phanères, coloration des cheveux, bec-de-lièvre, etc.). L'observation nous a permis de mettre en évidence, chez les ascendants et les descendants, des tares organiques, précises, indiscutables, portant sur des cellules hautement différenciées et remplissant un rôle important.

On sait que l'éclampsie détermine dans le foie de la mère des lésions spéciales : disparition du protoplasma, dégénérescence, hémorrhagies, etc. ; on sait aussi, depuis Bramer, que, sous l'influence du diabète, les globules rouges perdent leur propriété de fixer les couleurs acides et deviennent capables de retenir les colorants basiques. Or, chez un enfant né d'une mère éclamptique et diabétique, nous avons constaté des altérations considérables du parenchyme hépatique, dégénérescence des cellules privées d'une partie plus ou moins notable de leur protoplasma, nombreuses hémorrhagies ; d'autre part, soumis aux colorants d'aniline (Magenta), les hématies sur les coupes ont en nombre variable apparu teintées en rose où en rouge plus ou moins foncé.

Il semble, de prime abord, qu'on soit en présence de phénomènes indiscutables d'hérédité directe ; il convient cependant de faire des réserves. Il est évident qu'au moment de la conception, les processus éclamptiques n'ont pu intervenir, les éléments ovulaires, d'où devaient procéder les cellules du foie du fœtus, n'ont pas pu subir leur action. Par contre, on comprend aisément comment les poisons éclamptiques franchissant le placenta ont pu détériorer la glande biliaire du nouveau-né, puisque cette glande, comme celle de la mère, était impressionnée par ces mêmes substances toxiques ; on sait, d'ailleurs, que l'expérimentation, en injectant ces substances toxiques, a produit ces altérations.

Relativement aux modifications hématiques, nous ne pouvons trancher la question du mécanisme. Le diabète maternel existant à l'heure de la conception, il est probable qu'on se trouve en présence d'une véritable hérédité ovulaire, mais on peut soutenir, étant donné que les cellules sont en partie ce que les font les milieux ambiants, que des principes anormaux, nés sous l'influence du diabète, ont pu, après avoir impressionné les globules de la mère, traverser à leur tour le placenta et modifier ces mêmes globules chez l'enfant.

On pourrait même faire valoir en faveur de cette hypothèse cette constatation, à savoir que, parmi les hématies, il en est qui sont demeurées acidophiles, et que celles qui sont basophiles le sont à des degrés divers ; or nul n'ignore que lorsqu'un poison agit sur un groupe déterminé de cellules, le plus souvent à côté d'éléments encore relativement sains, on en trouve qui présentent des altérations d'inégale intensité.

Quoi qu'il en soit, les faits observés établissent nettement que les analogies entre les organismes des générateurs et des descendants peuvent porter sur les cellules de grande importance physiologique ; ces faits démontrent aussi que si ces analogies sont l'œuvre de l'hérédité directe, elles sont également capables de relever d'un autre mécanisme.

SOCIETE ANATOMIQUE

Séances des 21 et 28 Juin 1901.

Epithéliome papillaire du sein.

M. Cornil montre des préparations d'un cas de tumeur de sein enlevée par M. Chaput. On trouve sur ces coupes des figures qui permettent d'interpréter une tumeur analogue,

présentée il y a quelque temps par M. Marie. Il s'agissait d'une tumeur au sein de laquelle étaient creusées de petites cavités microscopiques, tapissées de plusieurs couches d'épithélium cylindrique; on ne voyait pas de villosités épithéliales, mais, au milieu des assises de cellules cylindriques, on distinguait des coupes de capillaires, ouvertures vasculaires disposées circulairement, ou parfois en cul-de-sac, entourées de cellules stratifiées.

Dans la tumeur actuelle, on retrouve des kystes microscopiques, les cellules cylindriques et les sections de capillaires; mais, à côté, on constate en plus des cavités plus grandes, de la paroi desquelles se détachent des villosités, des végétations recouvertes d'un épithélium cylindrique parfaitement caractérisé, ou de distance en distance, des trous vasculaires de conformation variée.

Cette tumeur est donc, et celle de M. Marie aussi, un épithéliome papillaire; c'est à ce genre de tumeur que M. Cornil avait donné autrefois l'appellation de carcinome villeux du sein à cellules cylindriques.

Ces tumeurs ont généralement une évolution lente, et, si elles récidivent après l'ablation chirurgicale, ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années. M. Cornil a vu, dans un cas, la récidive ne survenir qu'au bout de 9 ans.

Hernie diaphragmatique congénitale chez un nouveau-né.

M. Constantin-Daniel présente le cadavre d'un enfant né à terme. Cet enfant, après sa naissance, a poussé quelques cris faibles et, après la ligature du cordon, est tombé en état de mort apparente et n'a pu être ranimé.

A l'autopsie, on constate une hernie diaphragmatique gauche, sans sac, dont l'orifice est formé par l'hiatus costo-lombaire, et dont le contenu, représenté par tout l'intestin grêle et une grande partie du gros intestin, remplissait le côté gauche de la poitrine.

Examens histologiques de thyroïdes et de testicules d'infantiles.

M. Apert montre des coupes histologiques des glandes à sécrétion interne de deux infantiles, morts tous deux de tuberculose. Le premier, âgé de 21 ans, n'avait que 1 m. 17 de taille, aucune trace de puberté, et avait absolument l'aspect d'un enfant de 8 à 10 ans. Le second, âgé de 19 ans, mesurait 1 m. 26, n'avait aucun développement du système pileux; la verge et les testicules étaient minuscules.

Chez tous deux, on trouva, à l'autopsie, les épiphyses des os encore séparées des diaphyses par un cartilage épiphyso-diaphysaire semblable à ceux des enfants. Le corps thyroïde, la pituitaire, les capsules surrénales, les testicules ont été recueillis pour l'examen histologique.

Les capsules surrénales sont normales.

La pituitaire, normale chez le premier sujet, présente chez le second une congestion intense, des capillaires gorgés de sang et les cellules propres de la glande, volumineuses avec de gros noyaux fortement colorés.

Le corps thyroïde du premier sujet est, comme tout son organisme, à l'état infantile, mais ne présente d'autres lésions que celles qui sont banales dans la tuberculose.

Chez le second sujet, le corps thyroïde est au contraire profondément altéré. Déjà, à l'œil nu, on notait une tumeur grosse comme une noisette au milieu du lobe droit. A l'examen histologique, on voit que le tissu propre de la glande est profondément altéré; les cellules se colorent en teintes indécises et les noyaux se voient mal ou pas. La tumeur est formée au contraire de grosses cellules bien colorées, de même type que les cellules thyroïdiennes normales, mais disposées en cordons cellulaires semblables à des travées hépatiques. Ces cordons rayonnent autour d'un centre ferme de tissu d'apparence myxomateuse. Dans le lobe gauche, l'examen histologique a révélé la présence d'une petite tumeur semblable en pleine substance thyroïdienne, formée également d'un centre myxomateux et de travées de cellules thyroïdiennes rayonnant de ce centre vers la périphérie; ces tumeurs sont encapsulées; elles tranchent vivement par leur coloration foncée sur le reste du corps thyroïde dont les cellules prennent très mal la couleur.

Les testicules ont, chez tous deux, l'aspect histologique de testicules d'enfant. Il n'y a pas trace de spermatogénèse et les noyaux sont à l'état statique. En outre, chez le second, l'albuginée est très épaisse, scléreuse et d'épaisseur irrégulière, et envoie à l'intérieur de la glande des cloisons conjonctives épaisses et chargées d'éléments cellulaires. Il y a en somme une sclérose jeune inflammatoire de la glande.

Le pronostic des fractures du crâne par la ponction lombaire.

MM. Tuffier et **Milian** rappellent l'intérêt diagnostique qu'il y a, au cas de fracture supposée du crâne, à pratiquer la ponction lombaire. Ils apportent aujourd'hui un exemple qui montre l'intérêt pronostique de cette ponction : chez un individu tombé d'automobile, ayant présenté les signes d'une fracture du crâne corroborés par la constatation d'une forte coloration hémorrhagique du liquide céphalo-rachidien, MM. Tuffier et Milian ont pratiqué successivement trois ponctions à plusieurs jours d'intervalle. L'examen du liquide a montré les faits suivants :

Macroscopiquement, au 5° jour, le liquide était rouge, au 8° jour, couleur chair, au 10°, jaune verdâtre, ce qui permettait d'affirmer la résorption progressive de cette « ecchymose céphalo-rachidienne ».

Microscopiquement et par numération des éléments cellulaires, on constatait de même cette résorption progressive du sang épanché; au 8° jour, le nombre des hématies était de 9 587 par millimètre cube, et celui des leucocytes était dans la proportion habituelle des éléments figurés du sang, ce qui montrait qu'il n'y avait pas trace d'infection. Au 10° jour, le nombre des hématies n'était plus de 192 par millimètre cube, celui des leucocytes de 5. L'ensemencement du liquide céphalo-rachidien à chaque ponction nous a permis d'affirmer ce que la formule leucocytaire faisait prévoir, à savoir : l'absence d'infection du liquide à travers les fissures osseuses.

On voit combien ces différentes notions sont importantes pour le pronostic.

Cranio-tabes.

MM. Hallé et **Babonneix** apportent le crâne d'un nourrisson de 6 mois qui a succombé à une septicémie streptococcique, et à l'autopsie duquel ils ont trouvé des lésions manifestes de cranio-tabes portant sur les deux pariétaux, ayant respecté le frontal et l'occipital.

La base du crâne dans l'achondroplasie.

M. F. Regnault présente des crânes de squelettes achondroplasiques. Il y a arrêt de développement et soudure précoce des deux sphénoïdes antérieur et postérieur, ainsi que de l'os basilaire et des deux condyles. De plus, l'arrêt de développement porte sur l'occipital inférieur, plus épais, présentant des crêtes occipitales interne et externe développées.

La base du crâne offre une convexité supérieure par diminution de l'angle sphéno-basilaire : c'est la cyphose de la base du crâne de Virchow.

Il est à noter que Virchow décrivait ces lésions bien avant que l'achondroplasie ne fût individualisée. Il avait pris, en effet, les achondroplasiques pour des crétins, comme en fait foi une figure de nouveau-né dessinée dans ses travaux.

Cellules postérieures de la mastoïde.

MM. Stanculéanu et **Depautre** montrent des temporaux choisis dans une série de cent pièces, sur lesquels on voit des cellules mastoïdiennes postérieures, assez éloignées de l'antre, proches du pariétal et de l'occipital. Communiquant souvent avec l'antre, elles en sont séparées quelquefois par un pont de tissu osseux. Ils distinguent trois groupes, souvent indépendants : postéro-supérieur, postérieur, postéro-inférieur, tous les trois en rapport intime avec le sinus latéral, le premier en

outre très proche de la dure-mère. Ils attribuent aux cellules postérieures un rôle important dans l'étiologie de la méningite et de la trombophlébite d'origine otique.

Kyste hydatique du biceps.

M. Péraire présente un cas de kyste hydatique de la gaine du biceps.

Cette tumeur siégeait en dedans du bras gauche chez une femme âgée de 24 ans. Elle était devenue douloureuse à la suite d'un traumatisme. Ce kyste est intéressant tant à cause de la rareté de son siège qu'à cause de l'erreur de diagnostic (lipome), à laquelle il a donné lieu.

Polydactylie; radiographie.

M. Péraire présente un nouveau cas de polydactylie avec épreuves radiographiques. Le malade a six doigts à chaque main et à chaque pied. Ces doigts ne sont ni déviés ni difformes. Chaque doigt surnuméraire possède ses propres tendons et fonctionne parfaitement. Non seulement les phalanges sont surnuméraires, mais aussi les métacarpiens et les métatarsiens.

Il n'y a donc là rien de commun avec ces cas de sexdigitisme bien connus où les doigts dépourvus de squelette sont unis par un pédicule à la surface cutanée.

Chondrome des poumons.

M. Pagniez rapporte un cas de chondrome de l'omoplate. La tumeur primitive avait été l'objet d'une intervention, mais quoique d'apparence complète, celle-ci fut suivie d'une récidive dans l'aisselle et bientôt de symptômes de cancer du poumon.

L'autopsie montra les deux poumons farcis de masses, les unes ramollies, les autres d'aspect hyalin, qui, histologiquement, sont du chondrome. La propagation s'est faite par continuité, et aussi par embolies cartilagineuses. Les autres viscères étaient intacts.

Orchite variolique.

MM. Esmonet et **Detot** montrent des préparations du cas d'orchite au cours de la variole. L'examen des coupes révèle une congestion intense du testicule et de l'épididyme, des suffusions hémorrhagiques étendues, une infiltration de cellules rondes dans la cavité des canaux séminifères, où n'existe plus trace de spermatogénèse. Cette infiltration existe aussi à la périphérie des canaux.

En somme, l'infection a frappé le système de sécrétion; l'appareil d'excrétion semble intact, et toute hypothèse d'infection par voie ascendante semble pouvoir être éliminée.

Ramollissement cérébral symétrique.

MM. Vigouroux et **Laignel-Lavastine** présentent un encéphale atteint de ramollissement symétrique des deux lobes occipitaux au niveau de leur face interne. La nécrobiose est sous la dépendance d'une oblitération par un caillot de chacune des deux artères cérébrales postérieures.

Pendant la vie, on avait noté une cécité complète, avec une légère parésie bilatérale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 29 Juin et 6 Juillet 1901.

Injections iodoformées par la voie épidurale pour traiter certaines formes de mal de Pott.

M. P. Mauclaire. — Ce qui a été dit à la *Société de biologie* concernant la voie épidurale nous a engagé à essayer de faire des injections iodoformées dans l'espace rachi-dure-mérien pour traiter certaines formes de mal de Pott, c'est-à-dire celles qui sont caractérisées soit par des lésions osseuses s'ouvrant dans le canal vertébral, soit par des lésions de pachiméningite dure-mérienne externe tuberculeuse.

Nous avons, tout d'abord, pratiqué, par l'orifice inférieur du canal sacré, des injections de glycérine iodoformée et d'huile iodoformée, sur des cadavres d'enfants. Or, en poussant très lentement, on arrive facilement à faire monter le liquide jusqu'à la région dorsale supérieure.

Après ces essais, nous avons injecté chez un homme ayant un mal de Pott dorsal inférieur (hôpital Bichat) 3 centimètres cubes de glycérine iodoformée dans l'espace rachi-dure-mérien par l'orifice inférieur du canal sacré. Il n'y eut qu'un peu de douleur immédiate et momentanée, sans aucun accident ultérieur.

Chez trois enfants ayant des maux de Pott, lombaires ou dorsaux inférieurs (hôpital Hérold), j'ai injecté 1 ou 2 centimètres cubes d'huile iodoformée. Chez l'un d'eux, il y eut une légère élévation de température les deux soirs qui suivirent l'injection.

Au point de vue de la technique opératoire, j'ai suivi celle indiquée par MM. Sicard, Cathelin et Brocard. L'introduction de l'aiguille dans le canal sacré est facile, quelle que soit la position prise par le sujet. Nous avons employé surtout une solution d'huile de vaseline saturée d'iodoforme et préparée avec une asepsie la plus rigoureuse (stérilisation des flacons, des filtres, etc.). Ces injections devraient être répétées tous les 15 jours et suivant des doses plus fortes que celles que nous avons employées jusqu'ici. On sait que MM. Sicard et Brocard ont pu injecter par l'espace épidural sacro-coccygien, chez un chien de 4 kilogrammes, plus d'un litre d'eau salée, sans produire de phénomènes de compression médullaire. Pour que notre injection ne pénètre pas dans les veines, nous l'avons poussée toujours très lentement et à une faible pression. Elle devait ainsi monter jusqu'au foyer de tuberculose vertébrale et en imprégner tout au moins la partie inférieure. C'est par un des espaces intervertébraux cervicaux qu'il faudrait passer, si l'on voulait faire descendre une solution iodoformée jusqu'à la face supérieure du foyer de tuberculose vertébrale et dure-mérienne.

En somme, je crois pouvoir conclure à l'innocuité des injections iodoformées faites dans ces conditions dans l'espace rachi-dure-mérien. Quant à leur utilité, je pense qu'elle est très probable. Actuellement, pour le démontrer il faudrait avoir à sa disposition des squelettes de tuberculose vertébrale et constater que le foyer tuberculeux a été imprégné par la solution iodoformée. C'est ce que j'espère démontrer ultérieurement.

Quoi qu'il en soit, ces injections iodoformées ne constitueraient qu'une méthode de traitement adjuvante et complémentaire de l'immobilisation par l'appareil plâtré suivant la méthode de Sayre.

Note sur la variole expérimentale du lapin.

MM. H. Roger et **Emile Weil.** — Tandis qu'au début de nos expériences, tous les lapins, inoculés avec du pus variolique, avaient succombé, nous avons eu dans la suite des résultats moins constants. Sur 16 lapins, par exemple, nous en avons vu cinq résister. La variabilité de nos résultats dépend pour une part de la virulence; certains échantillons de pus sont moins actifs que d'autres. Mais la véritable cause doit être recherchée dans la variabilité de résistance des animaux. Nos expériences nous ont montré l'influence considérable du régime alimentaire. Alors que les animaux, surabondamment nourris, résistent assez souvent, ceux à qui l'on donne seulement une ration d'entretien succombent à coup sûr. Cette notion est importante, car elle nous permet de triompher de la résistance du lapin à l'infection variolique.

Nous avons dit antérieurement que le sang des lapins varioliques peut servir à transmettre en série la maladie, et à pratiquer des cultures. Là aussi, les résultats sont inconstants. Le parasite ne s'y trouve que de façon momentanée. Sur six tentatives, une seule nous a permis de transmettre au lapin une variole mortelle; chez tous les animaux, inoculés dans cette série, nous avons vu paraître une éruption, tantôt abondante,

tantôt discrète, dont les éléments peu volumineux se recouvrent rapidement de croûtes, et sont analogues à ceux qu'on voit dans la variole congénitale humaine. Ces faits, qui éclairent certains points obscurs de déterminisme expérimental, confirment nos expériences antérieures. Nous avons vu encore que les inoculations ne réussissent que lorsque le sang, retiré aux animaux et laissé à l'étuve 24 heures, contient les petits corps que nous avons décrits comme caractéristiques de la variole.

Mécanisme de la mort accidentelle par la cocaïne.

M. Maurel. — Après avoir exposé rapidement les modifications que subissent les leucocytes sous l'influence de la cocaïne, le Dr Maurel résume les expériences qu'il a faites sur le lapin.

1° A un titre qui donne rapidement la forme sphérique aux leucocytes, de 5/100 à 10/100, la cocaïne injectée dans les veines, sauf celles du système-porte, donne la mort à 0 gr. 01 par kilogramme d'animal;

2° A un titre insuffisant pour donner la forme sphérique aux leucocytes, 1/400 pour le lapin, il a pu injecter dans ses veines jusqu'à 0 gr. 03 de cocaïne par kilogramme, sans produire d'accident;

3° Par la voie hypodermique, l'influence du titre est moins marquée; mais cependant elle est encore sensible;

4° Par la voie artérielle, même à un titre très leucocyticide, il a pu injecter jusqu'à 0 gr. 10 par kilogramme, sans tuer l'animal;

5° Il en a été de même en injectant la cocaïne à ces mêmes titres dans les veines du système-porte.

De ses expériences, le Dr Maurel conclut donc : que le danger de la cocaïne réside dans sa pénétration dans les veines, autres que celles du système-porte, à un titre suffisant pour tuer les leucocytes, ou du moins suffisant pour leur donner rapidement la forme sphérique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 Juin 1901.

Botryomycose humaine.

M. J. Brault communique un fait de botryomycose humaine qu'il a observé récemment à Alger, chez deux femmes du peuple. Cette curieuse affection, décrite pour la première fois, chez l'homme par MM. Poncet et Dor, siégeait encore sur les doigts, les mains paraissaient être leur lieu d'élection.

Elle se présentait sous la forme d'un gros bourgeon pédiculé, du volume d'un pois à celui d'une aveline. L'examen histologique et bactériologique a confirmé la nature parasitaire de la lésion qui, suivant la règle, n'a pas récidivé après son ablation.

Séance du 3 Juillet 1901.

Un cas de mort après rachi-cocaïnisation.

M. A. Broca analyse une observation envoyée par **M. Prouff** (de Morlaix) :

Une femme de 62 ans s'était enfoncé un clou dans la plante du pied. Quelques jours plus tard, comme elle continuait à ressentir des douleurs, elle s'imagina que quelques parcelles de corps étrangers étaient restées dans la plaie. Une séance de radiographie fut cependant négative et, malgré cela, elle exigea qu'on lui fit une incision, pour laquelle elle fut rachi-cocaïnisée avec une injection de 1 centimètre cube de solution Carrion à 1 p. 100. L'anesthésie fut parfaite. Une heure après la malade fut renvoyée chez elle et dut parcourir 200 mètres environ à pied. Elle se plaignit aussitôt d'une grande faiblesse et, 3 heures plus tard, de vives douleurs lombaires. Dans la nuit le pouls est devenu filiforme, une pâleur livide a envahi le visage et, 19 heures après l'intervention, la malade succombait.

M. Nélaton a observé de graves accidents survenus chez une de ses cocaïnisées, mais ayant donné la solution de cocaïne à analyser, le pharmacien a demandé de différer cette communication.

M. Rochard estime qu'il est une précaution importante à prendre, c'est de bien s'assurer de la pureté de la cocaïne, ce que tout pharmacien d'hôpital peut faire. Il sait que quelques analyses ont montré que certaines cocaïnes contenaient une autre substance, l'ecgonine, qui aurait des rapports avec l'atropine. Peut-être serait-elle la cause des accidents observés.

M. Kirmisson demande à M. Broca si l'autopsie de la malade décédée a été faite, et à M. Nélaton en quoi ont consisté les accidents qu'il a observés.

M. Broca répond qu'on n'a pas fait l'autopsie.

M. Nélaton. — Ces accidents ne sont probablement pas dus à la cocaïne; d'ailleurs, l'analyse renseignera sur ce point. Il n'y a pas eu de mort, mais pendant 3 heures il a fallu faire la respiration artificielle, et 4 injections de caféine ont été données en 12 heures; enfin la dyspnée a peu à peu disparu, mais ce n'est que le lendemain matin que la malade a recouvré son état normal.

M. Chaput fait remarquer que, dans le fait rapporté par M. Broca, on a commis deux fautes : faire lever la malade une heure après l'opération et la faire de nouveau marcher quelques heures après. Cette observation n'est donc pas démonstrative. Quant à certains accidents, les douleurs, les maux de tête en particulier, il est un moyen de les prévenir, c'est de faire une ponction aspiratrice préventive qui doit retirer de 10 à 20 centimètres cubes de liquide rachidien.

M. Guinard a fait des recherches, avec ses internes, Ravaut et Aubourd, sur le liquide rachidien après injection de cocaïne. Or il a constaté que, dans les cas de céphalée grave, ce liquide était trouble et contenait une véritable pluie polynucléaire. Sa culture est restée stérile.

Pour éviter cette réaction lymphocytique, M. Guinard a employé la technique suivante : il a retiré du canal rachidien 50 à 60 gouttes de liquide auquel il a ajouté 5 gouttes d'une solution stérilisée de cocaïne représentant 2 centigrammes de substance; puis il a injecté le mélange dans le canal. Depuis qu'il procède ainsi, ses malades ne se plaignent plus de céphalalgie.

M. Segond n'a fait faire que 4 rachi-cocaïnisations par une personne expérimentée. Ce n'est donc pas pour tirer des conclusions de ces faits, mais pour en communiquer les suites, qu'il tient à les citer.

La première injection a eu lieu sur une femme, à laquelle on a fait un grattage du tibia. L'anesthésie a été absolue. Le mal de tête a persisté 3 jours; mais, à cause d'une trépidation de la jambe, l'opération a duré une demi-heure au lieu de 5 à 10 minutes sous le chloroforme.

Dans le second cas, M. Segond devait faire une petite opération gynécologique. La ponction pratiquée, il a été impossible de pousser l'injection. La malade a eu cependant de la céphalée pendant 3 jours.

Le troisième malade était un homme, que M. Segond a opéré pour une affection du scrotum. Il avait déjà été une fois rachi-cocaïnisé et il avait eu des maux de tête. Cette fois, pas de céphalalgie, mais il a présenté une trépidation intense à cause de laquelle l'opération a été plus longue.

Enfin, dans le quatrième cas, il s'agit d'un nerveux atteint d'un rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum. Aussitôt après la cocaïnisation, il est devenu excessivement pâle et un tremblement s'est emparé de tout le corps. Ce tremblement a persisté pendant toute la durée de l'opération, qui a été de une heure à cause des interruptions forcées qu'elle subissait. Pendant toute l'après-midi la pâleur a persisté, le pouls a été petit, et ce n'est que dans la soirée que l'on a été rassuré.

M. Chaput répète que la ponction préventive présente des avantages incontestables. Dans une centaine de cas, il est ainsi parvenu à éviter la céphalalgie, et si la malade de M. Segond en a eu malgré cette ponction et sans injection, cela ne tient qu'à une susceptibilité particulière. Quant au tremblement, on peut empêcher qu'il ne se produise en donnant au malade, une heure avant l'opération, une potion contenant 20 gouttes de teinture de digitale et de la morphine.

M. Walther estime que, pour ce qui est de la malade citée par M. Broca, si la faute de se lever et de marcher peut

être incriminée pour aggraver les accidents, elle ne peut les avoir créés.

M. Poirier a déjà dit que, sur cinquante ponctions, deux fois il lui était arrivé de ne pouvoir pénétrer dans le canal. Cela paraît dû à ce que, chez certains individus âgés, il s'est formé une sorte d'ossification des tissus fibreux qui s'opposent au passage de l'aiguille.

M. Reclus ne sait si des altérations de la cocaïne, injectée dans le canal rachidien, peuvent déterminer des accidents. En tout cas, sous la peau, il suffit de stériliser celle qui est fournie par l'hôpital, et rien d'anormal ne se présente.

M. Schwartz a, depuis sa dernière communication, pratiqué vingt rachi-cocaïnisations. Dans tous les cas, le résultat a été bon et sans accidents. C'est une série heureuse.

M. Tuffier. — En ce qui concerne l'action de la ponction sur la céphalalgie, il est possible qu'elle soit réelle; toutefois, il faut savoir que les maux de tête peuvent disparaître d'eux-mêmes au bout de quelques heures.

Pour les accidents, il faut les diviser en accidents immédiats, d'origine bulbaire, contre lesquels il n'y a qu'un seul moyen de lutter: la respiration artificielle. Quant aux accidents à tardive échéance, ils sont dus à une irritation méningée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 Juillet 1901.

Sur le cyto-diagnostic céphalo-rachidien.

M. Rendu. — L'observation suivante montre que la constatation de lymphocytose céphalo-rachidienne ne doit pas faire conclure toujours à une méningite. C'est simplement un signe d'irritation méningée.

Il s'agit d'un homme qui fut amené à l'hôpital dans le subcoma et en complète aphasie. Ces symptômes étaient survenus brusquement à la suite d'une chute. A cause de cette étiologie, on fit raser le crâne pour rechercher les traces de traumatisme; il n'existait absolument aucune lésion visible, et l'ensemble symptomatique faisait plutôt incliner à penser à une méningite en plaques ou à une artérite sylvienne tuberculeuse ou syphilitique. On fit une ponction lombaire, qui montra une légère lymphocytose, et on conclut à la méningite tuberculeuse. L'évolution ultérieure confirma dans ce diagnostic, et le malade mourut peu après.

A l'autopsie, pas de méningite, mais fracture du crâne.

Ce fait montre : 1° qu'il peut exister des fractures du crâne mortelles sans aucune trace de traumatisme;

2° Qu'une fracture du crâne peut causer un ensemble clinique capable de simuler une méningite tuberculeuse;

3° Que la formule lymphocytaire n'est pas propre aux méningites chroniques, mais qu'une fracture du crâne peut donner la même formule.

M. Achard. — La présence exclusive des lymphocytes montre que la fracture du crâne ne s'était pas infectée et que le processus de réaction méningée avait une tendance à l'organisation.

M. Widal. — L'intéressante communication de M. Rendu montre que le cyto-diagnostic céphalo-rachidien n'intéresse pas seulement les médecins, mais les chirurgiens. Toute cause d'irritation chronique, si légère soit-elle, des méninges, est capable d'amener cette lymphocytose. La polynucléose est, au contraire, la traduction d'une irritation forte et aiguë.

La sensibilisatrice dans le sérum des tuberculeux.

MM. Widal et **Le Sourd.** — Il était intéressant de rechercher si l'on pouvait retrouver une sensibilisatrice spécifique dans le sérum des tuberculeux par le procédé de fixation que Bordet a employé pour le bacille typhique et d'autres microbes.

Sur les milieux ordinaires, le bacille tuberculeux se développe en formant des pellicules qui s'opposent à sa dissociation. Pour obvier à cet inconvénient, nous avons fait usage d'une culture rendue homogène par le procédé d'Arloing et Courmont. Pour nous débarrasser de la glycérine et des différentes substances hémolysantes contenues dans le bouillon, nous centrifugeons en tube effilé pendant quinze à vingt heures à la turbine, nous décantons et nous diluons le culot de bacilles dans une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000.

La sensibilisatrice se rencontre presque constamment dans le sérum des phtisiques; nous l'avons trouvée, dans un cas de granulie. On ne la décèle que rarement dans le sérum des malades ne présentant pas les manifestations extérieures de la tuberculose.

Urémie lente à forme bulbaire avec crises d'angoisse et respiration de Cheyne-Stokes.

M. Paul Lond. — Un homme brightique et cardiaque fut pris, à la fin de 1900, de vomissements bilieux matutinaux, d'étouffements, de crises de tachycardie ou de crises d'angoisse qui interrompirent son sommeil de plus en plus fréquemment. Avec l'urémie, l'insomnie s'installa et une sensation angoissante de barre épigastrique devint presque permanente. L'apoplexie pulmonaire vint compliquer la situation, puis la respiration périodique apparut; d'abord intermittent, le rythme de Cheyne-Stokes devint presque permanent.

Une saignée, puis des hémorrhagies intestinales amènent de courtes rémissions. L'angoisse se complique d'anxiété intellectuelle, puis de troubles psychiques rappelant quelque peu la mélancolie. L'œdème envahit les membres supérieurs pour rétrocéder ensuite, et la maladie se termine avec un syndrome labio-glosso-laryngé en mai 1901.

Les crises d'angoisses (réveils en sursaut) qui expliquent l'insomnie précoce se sont peu à peu transformées en un état de mal avec respiration périodique. Seule, la dénomination de bulbaire peut servir à désigner l'ensemble de ce syndrome dans lequel il est logique d'attribuer le rythme de Cheyne-Stokes à une lésion supra-bulbaire.

Constatation du méningocoque de Weichselbaum dans le nez et la gorge d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale.

MM. Griffon et **Gandy.** — Au cours de l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale, on n'a pas encore vérifié la constatation, faite par Scherer, en Allemagne, du méningocoque dans la cavité nasale des malades. Nous apportons une observation qui comble cette lacune et qui nous semble présenter quelques autres particularités intéressantes.

Il s'agit d'un jeune malade observé dans le service de M. le professeur Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu, aujourd'hui parfaitement guéri de sa méningite qui fut longue dans son évolution et présenta des rechutes.

Le méningocoque, isolé à la fois du muco-pus nasal et, d'autre part, du mucus amygdalien, présente les mêmes caractères de morphologie, de culture et de réaction expérimentale que le microbe rencontré dans le liquide céphalo-rachidien.

L'étude cytologique du liquide recueilli par ponction lombaire a été pratiquée à cinq reprises au cours de la maladie.

Après avoir montré une polynucléose manifeste, l'examen microscopique décela une lymphocytose pure lors de la deuxième ponction; ce résultat cadrait avec les données des recherches bactériologiques qui indiquaient la disparition du méningocoque de Weichselbaum. Mais le microbe restait en réserve dans la cavité naso-buccale, et une troisième ponction, indiquée par la recrudescence des accidents cliniques, révéla une réapparition des polynucléaires et des microbes.

Le malade a pu être reponctionné un mois après sa guérison et sa sortie de l'hôpital : le liquide céphalo-rachidien contenait encore une quantité notable de lymphocytes. Dans le cas d'atteinte prolongée des méninges, comme le fait s'observe dans certaines méningites cérébro-spinales épidémiques, la disparition des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien est donc beaucoup plus lente à s'effectuer que dans les cas d'irritation passagère, telle que l'ont observée MM. Ravaut et Aubourg à la suite de la rachi-cocaïnisation.

Méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire.

MM. Apert et Griffon. — Nous venons d'observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, un cas de méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire curable, qui peut venir s'ajouter à l'observation communiquée récemment à la Société par MM. Sicard et Brécy.

Le malade, ne présentant aucun signe qui impose le diagnostic de méningite cérébro-spinale, continua à aller et venir, et c'est seulement la ponction lombaire qui permit d'incriminer l'altération des méninges.

L'analyse bactériologique, qui n'avait donné que des résultats négatifs dans le cas de Sicard et Brécy, nous a montré ici la présence du méningocoque de Weichselbaum.

D'autre part, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, pratiqué à plusieurs reprises, a permis de constater la disparition progressive des leucocytes polynucléaires et leur remplacement par des lymphocytes.

M. Achard. — J'observe en ce moment un malade qui est convalescent de méningite cérébro-spinale à méningocoque et qui a présenté des variations analogues dans la formule leucocytaire de son liquide céphalo-rachidien.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 Juillet 1901.

Gomme orbitaire rétro-bulbaire.

M. Gaucher montre une femme qui, un an après l'accident initial, a été atteinte d'une affection oculaire avec exophthalmie, chémosis, conjonctivite, cécité complète de l'œil gauche et cécité sympathique presque complète de l'œil droit. L'examen du fond de l'œil montrait de l'anémie de la papille et des signes de compression des vaisseaux. Quoique cette femme ne se plaignît que de son œil et ne parlât pas de sa syphilis, on fit le diagnostic de gomme rétro-bulbaire.

Ce cas est doublement intéressant, d'abord, en ce qu'on aurait pu méconnaître la syphilis; ensuite, en ce qu'il nous montre l'apparition d'une gomme grave en pleine période secondaire.

Syphilides scléro-gommeuses.

M. Balzer montre un homme atteint de lésions diffuses des deux pieds. Il existe, à droite surtout, une tuméfaction considérable remontant jusqu'à la cheville. Au milieu des tissus épaissis et indurés s'ouvrent quelques gommes ulcérées. Le malade, qui n'avait jamais soigné sa syphilis, a été très rapidement amélioré par le traitement, au moins en ce qui concerne les gommes, car pour ce qui est de la sclérose, ici comme dans la leucoplasie ou dans le rétrécissement du rectum, on a affaire à un tissu scléreux que le traitement ne peut plus modifier.

Cacodylate d'hydrargyre.

M. Broca a fait, avec MM. Civatte et Fraisse, de nombreuses applications du cacodylate d'hydrargyre pour le traitement de la syphilis. Au début, on s'est servi du produit pur qui est acide, mais comme il était à la fois très toxique et très douloureux, on y a vite renoncé. M. Fraisse a préparé depuis un cacodylate neutre où il entre un peu de soude et de l'iodure de sodium; ce composé très stable peut être stérilisé à 120°; il contient par centimètre cube 4 milligr. 7 de bi-iodure d'hydrargyre et 4 centigrammes de cacodylate de soude. La solution est aqueuse, parfaitement claire, et se mélange au sérum sanguin sans le troubler. M. Broca a employé ce médicament sous forme d'injections à la dose de 1 à 2 centimètres cubes. La douleur est nulle ou légère, et il ne se forme, en général, de nodosité, que si le liquide est introduit trop superficiellement sous la peau. Les seuls inconvénients observés ont été, dans un cas, de la pigmentation, quelquefois de la diarrhée, ou un peu de domatite; chez une syphilitique atteinte de tuberculose pulmonaire, les injections ont été suivies d'hémoptysie. Mais, d'une façon générale, le cacodylate iodohydrargyrique a paru avoir une action très efficace sur toutes les manifestations syphilitiques, aussi bien de la période secondaire que de la période tertiaire; ses effets agissent tout particulièrement chez les syphilitiques débilités ou neurasthéniques. L'association de la médication arsénicale et du traitement mercuriel, qui se trouve réalisée par le cacodylate d'hydrargyre, donne, dans certains cas des résultats supérieurs à ceux du traitement mercuriel simple, et il nous a paru utile d'appeler l'attention sur les avantages de ce produit nouveau.

Syphilides papuleuses atrophiques.

M. Balzer montre un homme chez lequel une éruption de syphilides papuleuses très intense a laissé à sa suite des macules dépigmentées avec amincissement et plissement de la peau. Au niveau du cou ces macules atrophiques et achromiques donnent un peu l'apparence des syphilides pigmentaires. Néanmoins la pigmentation n'est pas du tout en rapport avec l'intensité du processus atrophique, et l'auteur pense qu'il s'agit là de deux éléments qui ne sont pas connexes et qu'on trouve souvent dissociés.

Syphilis avec épilepsie, glycosurie et leucoplasie.

M. Danlos montre un homme qui présente une syphilide papuleuse très confluente. Au cours de l'éruption il a été pris d'attaques épileptiformes avec aura et morsure de la langue. Le traitement par les frictions et l'iodure a rapidement fait cesser les attaques.

Mais ces accidents nerveux n'ont pas été la seule manifestation de l'intoxication syphilitique: le malade avait été pris de polydipsie et de boulimie avec glycosurie. Enfin il présente sur les deux joues une leucoplasie d'une intensité extraordinaire. La glycosurie a déjà été signalée au cours de la syphilis; on la trouverait dans 3 p. 100 des cas; elle serait ordinairement temporaire et guérirait sous l'influence du traitement.

M. Fournier ne doute pas, en effet, que la boulimie, la polydipsie, l'épilepsie ne soient ici le résultat immédiat de la syphilis, comme aussi l'algidité des extrémités que ce malade a présentée à un haut degré; quant à la glycosurie, elle est aussi d'origine nerveuse et disparaîtra sous l'influence du traitement.

Le second point intéressant, c'est l'étonnante leucoplasie qui couvre la muqueuse buccale; toute l'étendue des joues et des lèvres est recouverte d'un épais enduit crémeux. M. Fournier ne se rappelle avoir vu qu'un cas comparable à celui-ci: les injections de calomel améliorent la malade, mais sans faire disparaître la leucoplasie. Cette variété de leucoplasie n'aboutit jamais aux lésions profondes qui s'accompagnent d'une desquamation en copeaux épais. C'est une forme superficielle et qui appartient essentiellement à la période secondaire.

Erythrodermie pityriasique en plaques.

M. Gastou montre un homme qui présente sur plusieurs points du tronc de vastes placards rouges squameux, infiltrés, prurigineux. L'examen microscopique, qui révèle l'existence d'un réticulum dans le tissu papillaire, permet de conclure à la nature prémycosique de l'éruption.

Ulcères annamites.

M. Gastou montre un homme qui a contracté en Annam des ulcères actuellement guéris, mais dont il porte encore les traces. Dernièrement, et quoiqu'il ait quitté le pays depuis 3 ans, sont apparus de nouveaux foyers infiltrés, tuméfiés, dans lesquels se sont ouverts plusieurs petits cratères suppurants. Ces foyers ne guérissent pas, malgré les divers pansements qui ont été essayés successivement.

M. Jeanselme a eu l'occasion, dans son voyage en Indo-Chine, de voir un grand nombre d'ulcères qui étaient désignés là-bas sous le nom d'ulcères annamites, mais qui représentaient, en réalité, des types d'affections ulcéreuses diverses. Un certain

nombre de cas ressortissait certainement à la syphilis; d'autres représentaient une infection secondaire développée sur des plaies chez des coolies travaillant pieds nus dans des terrains marécageux; dans ce cas on voit la blessure se recouvrir d'un enduit diphthéroïde et se transformer en ulcération phagédénique, dont seul le fer rouge peut arrêter l'extension.

C'est à cette affection que convient réellement le nom d'ulcère annamite; mais en donnant même à ce mot un sens beaucoup plus large, il est douteux qu'il puisse s'appliquer aux lésions que présente le malade de M. Gastou. Il existe, notamment sur un point, un noyau dur et circonscrit d'infiltration sous-cutanée qui fait songer à une gomme à l'état de crudité. M. Jeanselme croit donc qu'il serait utile de donner tout d'abord au malade le traitement mercuriel, au moins à titre d'épreuve.

Syphilis et para-syphilis.

M. Fournier. — On sait que chez les malades atteints de lésions para-syphilitiques, telles que le tabes et la paralysie générale, il est assez rare d'observer des manifestations de syphilis virulente, et notamment des gommes; les neurologistes ont même tendance à admettre que la syphilis ne coexiste pas avec la para-syphilis, qu'elle est en quelque sorte effacée ou suppléée par celle-ci. Cette opinion est trop absolue comme le prouve un fait que M. Fournier observe en ce moment. Il s'agit d'une femme qui est atteinte d'une paralysie générale typique et qui présente en même temps des gommes absolument caractéristiques des genoux. Cette coïncidence, bien que rare, n'est pas absolument exceptionnelle, et il l'a rencontrée peut-être 30 ou 40 fois sur 1 000 cas de syphilis cérébrale ou médullaire.

Malformations génitales hérédo-syphilitiques.

MM. A. Fournier et **Crouzon** montrent une malade hérédo-syphilitique qui présente des ulcères gommeux des jambes, des stigmates oculaires et des malformations génitales consistant en rétrécissements annulaires multiples du vagin, et en une atrophie presque complète de l'utérus. Il s'agit très vraisemblablement de malformations congénitales d'origine dystrophique et imputables à l'hérédo-syphilis.

Lupus annulaire.

M. Chatin présente une malade soignée dans le service de M. Fournier pour une lésion du front constituée par un anneau en forme de bourrelet saillant, entourant une surface légèrement érythémateuse. En raison de la forme très régulièrement circulaire de la lésion, on a essayé le traitement spécifique, mais sans aucun succès; on a donc abandonné le diagnostic de syphilis pour admettre celui de lupus.

M. Brocq estime qu'il s'agit ici d'une forme très spéciale dont il a rapporté plusieurs observations dans un mémoire fait en collaboration avec M. Jacquet en 1880, mais encore inédit. Cette variété de lupus est caractérisée par sa forme circulaire et son extension périphérique; la petite tache initiale s'élargit et le centre se cicatrise, tandis que le bourrelet périphérique continue à progresser. L'observation des malades et les expériences d'inoculation aux animaux ont montré qu'il s'agit d'une forme particulièrement infectieuse et virulente. Les cautérisations ignées améliorent la lésion locale, mais les malades meurent très rapidement de tuberculose viscérale.

Erythème iris à forme chronique.

MM. Hallopeau et **Villaret.** — Les érythèmes chroniques sont peu connus en général, en voici un cas intéressant. Les éruptions se sont produites, chez cette femme, sur le dos des mains, il y a 5 mois, et ont toujours persisté depuis. La lésion débute par une petite pustule qui se dessèche et s'entoure d'une zone papuleuse qui s'étend et parfois se fusionne avec d'autres éléments semblables; il s'agit, en somme, d'une variété chronique encore non décrite d'érythème iris.

Pemphigus foliacé avec ostéomalacie.

M. Hallopeau. — Chez une femme atteinte de pemphigus foliacé sont apparues une mélanodermie généralisée, puis des bulles persistantes dont le liquide contient du phosphore. Les os, notamment aux membres inférieurs, sont ramollis et incurvés. L'amaigrissement est considérable.

Ichthyose et compression.

MM. Hallopeau et **Fouquet** montrent un jeune garçon atteint d'ichthyose kystrix; d'épaisses concrétions noirâtres recouvrent toute l'étendue des membres. Au niveau des jarretières, il existe un ruban de peau absolument saine qui, par ses bords nets et sa surface blanche et lisse, fait un contraste frappant avec l'aspect noir et villeux des parties voisines. La compression avec une bande roulée a fait aussi disparaître momentanément l'ichthyose sur les points comprimés. Ces faits prouvent que, malgré leur volume considérable, les lésions de l'ichthyose sont, en somme, très superficielles; au point de vue du traitement, cette observation pourrait aussi être le point de départ de méthodes nouvelles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Le sanatorium d'Angicourt.

M. Mosny croit avoir quelques critiques à présenter sur les questions de police intérieure.

A Angicourt, ces règles n'ont pas été observées, et il s'ensuit que la galerie de cure est trop ventée; de plus, comme elle n'est pas surélevée au-dessus du sol, elle est humide.

Les chambres sont difficilement stérilisables; certaines sont trop grandes, de sorte qu'on en a fait de véritables dortoirs contenant huit lits. Ces lits sont eux-mêmes trop rapprochés.

La raison de ces défauts tient à l'absence de collaboration de l'architecte et du médecin; on s'en est tenu au rapport de M. Nicaise, élaboré en 1894; or, depuis cette époque, les idées ont marché, et la conception du sanatorium a changé.

M. Berthod. — Le grand défaut, à mon avis, est que le sanatorium d'Angicourt est à 5 kilomètres de la gare la plus proche.

Il doit donc se suffire à lui-même, tout fabriquer, tout produire; l'éclairage et le chauffage reviennent ainsi à 3 francs par malade et par jour; la construction revient à 8 800 francs par lit. Pour l'évacuation des ordures ménagères, pour l'adduction des eaux, on a dû faire ainsi des dépenses considérables. La tranchée destinée à abriter le sanatorium a coûté aussi très cher. Avec M. Mosny, je suis d'avis qu'on doit actuellement construire économiquement et légèrement, afin de pouvoir facilement modifier ou faire disparaître ce que l'expérience montre être défectueux.

Enfin, à un point de vue plus général, le sanatorium ne doit pas être un établissement à la charge de l'Assistance publique; ce doit être l'œuvre d'une entreprise privée.

Le sanatorium est un reposoir pour tuberculeux valides, dont la famille doit être elle-même secourue; c'est là une œuvre de bienfaisance; si vous en faites une œuvre d'assistance, vous serez entraînés trop loin. L'Assistance publique doit se borner à l'asilement des tuberculeux avérés incapables de travailler.

M. Belouet. — La situation du sanatorium d'Angicourt a été choisie parmi douze propriétés visitées; il était difficile de placer les constructions plus bas, d'abord parce que le soir une buée épaisse couvre le pied de la colline, ensuite parce que, le terrain étant mauvais, il a fallu remonter, et on a dû, dans ces conditions, s'abriter au moyen d'une tranchée.

Les constructions légères, à bon marché, coûtent généralement fort cher comme entretien. De plus, comme on se trouvait dans un pays de pierre, les deux tiers de la construction ont été faits en moellons extraits sur place.

La galerie de cure est établie sur un sol de moellons concassés qui la protège contre l'humidité. Elle est ventée, en effet, surtout en raison de sa longueur (122 mètres), mais on l'a sectionnée par des cloisons vitrées et des rideaux.

Les salles qui contiennent huit lits ne devaient en contenir que cinq; le nombre de lits a été porté à huit sur la demande de M. Dugué, qui voulait en faire des sortes d'infirmeries pour les malades les plus délicats. On a isolé le sanatorium pour que la discipline fût plus facile; cet isolement coûte, en effet, assez cher; car on a dû construire pour près de 100 000 francs de routes. En réalité, le prix de revient du lit n'est pas élevé : lorsque le sanatorium sera complètement terminé, il contiendra 400 lits et non 164. Dans ces conditions, le lit reviendra à 5 000 francs environ; or, à Ivry, pour 2 000 lits, chaque lit revient à 4 000 francs.

M. Brouardel. — Si l'on s'en rapporte à la date de conception et de programme définitif du sanatorium (1894), on verra qu'il supporte la comparaison avec les sanatoria construits à cette époque en d'autres pays.

On pourrait rendre la galerie moins ventée, en occupant par des bouquets d'arbre l'hémicycle circonscrit par les constructions.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 3 Mai et 21 Juin 1901.

Hypertrophie aiguë énorme de la langue.

M. Monod présente un malade atteint d'une hypertrophie aiguë énorme de la langue. Ce malade n'offre aucun antécédent spécial à signaler. A l'âge de 2 ou 3 ans cependant, il a vu apparaître un gonflement des régions sous-maxillaires qui existe encore et qui paraît être dû à de l'adéno-lipomatose.

Il y a 3 semaines, dans l'espace de 2 jours, la langue se tuméfia, devint rouge violacé et acquit un tel volume qu'elle fut projetée hors de la cavité buccale. On n'a relevé pour expliquer la lésion ni traumatisme ni aucune altération de la muqueuse buccale. Au moment du gonflement, deux des enfants du malade étaient atteints de scarlatine et lui-même a eu un léger mouvement fébrile sans éruption ni angine.

M. Sabrazès, qui, l'an dernier, a publié un cas de macroglossie streptococcique survenue à la suite d'accidents puerpéraux, a bien voulu s'occuper de l'examen bactériologique du sang. Les résultats en seront publiés sous peu.

M. Durodié, qui a constaté un cas de macroglossie dû à l'abus du tabac, demande si le malade est fumeur ou chiqueur.

M. Monod. — Le malade a beaucoup fumé autrefois. Actuellement, il ne fume qu'une quinzaine de cigarettes par jour.

M. Mongour a observé l'an dernier un cas de macroglossie qui fut pris, on ne s'explique pas trop pourquoi, pour de la diphthérie, peut-être à cause de la gêne respiratoire. Toujours est-il qu'on pratiqua des injections de sérum. La lésion a rétrocédé rapidement; peut-être ces injections ont-elles eu une action favorable sur ce cas, comme elles en ont eu une dans certaines affections autres que la diphthérie.

Fracture bimalléolaire avec plaies et luxation de l'astragale.

M. Courtin présente un garçon de 13 ans qui fut atteint, le 29 juillet 1900, d'une fracture bimalléolaire de la jambe droite compliquée de plaies, avec issue des deux malléoles fracturées, par la plaie siégeant au-dessous de la malléole interne; et luxation de l'astragale et du pied en dehors, à angle droit, venant saillir au niveau d'une seconde plaie siégeant au niveau de la malléole externe.

L'accident était survenu à 2 heures après-midi, à bord d'un bateau de pêche, sur le bassin d'Arcachon; l'enfant avait eu le bas de la jambe droite enroulé dans un cordage, son pied reposant sur le pont du bateau. Une hémorrhagie peu abondante s'était produite et le blessé fut transporté à Bordeaux, dans mon service, où il arriva vers minuit. Mon interne, M. Laffargue, constata les fractures bimalléolaires et réduisit avec quelque difficulté la luxation du pied. Les suites de cet accident furent simples, il n'y eut pas d'élévation de la température et pendant quelque temps nous observâmes ce malade.

Au mois d'octobre, au moment de ma rentrée dans le service, je constatai que, malgré sa situation dans une gouttière, le pied avait pris une attitude en varus équin très accentuée; de plus, les plaies bimalléolaires n'avaient pas de tendance à cicatriser et, bien qu'il n'y ait pas eu d'expulsion d'esquilles osseuses, on apercevait au fond des plaies des parties d'os dénudé qui prenaient de plus en plus l'aspect séquestral.

Cette suppuration fort longue, ces parties osseuses destinées à s'éliminer, la mauvaise attitude du pied qui s'ankylosait de plus en plus en varus équin me décidèrent à pratiquer, le 5 décembre 1900, la résection atypique tibio-tarsienne.

Deux incisions latérales en T, au niveau des plaies existantes, furent tracées, découvrant ainsi largement les malléoles et permettant l'entrée facile dans l'articulation. Armé de la gouge à main et de la curette, je fis l'ablation de toutes les esquilles, tout en respectant le mieux possible le périoste; j'enlevai les cartilages d'encroûtement de la mortaise tibio-tarsienne, de l'astragale et, détruisant toutes les adhérences existantes, je redressai le pied pour le replacer en position normale.

A l'heure actuelle, nous notons 1 centim. 1/2 de raccourcissement de la jambe, le pied est très légèrement déjeté en dedans, déviation corrigée par une petite semelle de liège mise dans sa chaussure. Une partie de la mortaise tibio-péronière est reproduite, on retrouve une partie de la malléole externe; quant à la malléole interne, elle ne s'est reproduite qu'en partie, ce qui explique le léger varus observé; quant à la position en équinisme elle n'existe plus, l'enfant appuie bien sa face plantaire sur le sol.

Cette observation me paraît avoir surtout de l'intérêt au point de vue de la statique solide du pied de mon opéré. En général, la résection tibio-tarsienne, après fracture bimalléolaire, donne chez l'adulte d'assez mauvais résultats et cela par la disparition de la mortaise, organe indispensable de soutien.

Dans ce cas particulier, on retrouve, ce qui est fréquent chez les enfants de cet âge, des parties osseuses régénérées au niveau des malléoles, et cela grâce au fonctionnement intensif du périoste. Je crois donc pouvoir conclure de ce fait qu'avant toute intervention radicale pour fractures bimalléolaires compliquées de plaies, il faut chez l'enfant user des procédés conservateurs qui peuvent donner ces consolants résultats.

M. Venot félicite M. Courtin du résultat obtenu et insiste sur l'avantage qu'il y a à ne pas trop se hâter d'intervenir dans les lésions étendues. On évitera ainsi bon nombre d'amputations.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séances des 14 Mai et 25 Juin 1901.

Sarcome de l'excavation pelvienne.

MM. Piéchaud et Guyot. — Il s'agit d'une fillette de 20 mois qui, 60 jours avant son entrée à l'hôpital, avait présenté une violente métrorrhagie; 15 jours après, on vit apparaître au niveau de la vulve une tumeur rougeâtre qui se sphacéla et s'élimina, mais pour reparaître peu après.

A son arrivée dans le service, on trouve une masse volumineuse occupant toute l'excavation; l'enfant ne fut pas opérée et mourut.

M. Boursier. — Ces tumeurs, généralement sarcomateuses, du bassin et des organes génitaux chez les jeunes enfants, ne sont pas extrêmement rares, même chez les enfants naissants; elles se terminent par la gangrène partielle et par la mort, comme dans le cas cité.

Môle hydatiforme vésiculaire.

M. Alain. — Femme de 40 ans, 6 grossesses normales. Toujours mal réglée, pas de syphilis. Il y a 1 mois, elle présenta des pertes de sang accompagnées de douleurs dans la région lombaire. Le ventre augmenta subitement de volume;

l'urine renfermait de l'albumine (8 grammes par litre); bruit de galop. On pensa à de la néphrite.

A son entrée dans le service, on trouve le ventre très développé pour l'âge de la grossesse; les seins petits. Au palper, l'utérus ne donne aucune sensation spéciale.

Au toucher, on retire des caillots. Rien à l'auscultation; l'avortement est pratiqué.

On introduit un ballon de Champetier et il s'échappe des vésicules assez nombreuses. On pratique l'extraction manuelle du reste de la môle.

M. Fieux attire l'attention sur l'albuminurie précoce. De plus, la grossesse môlaire s'accompagne toujours de phénomènes d'intoxication gravidique et au premier rang de vomissements incoercibles.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 5 Juin 1901.

Syphilis médullaire et bulbaire précoce.

M. Collet rapporte l'observation très curieuse d'un malade entré à l'hôpital avec de la diplégie faciale, et qui, très rapidement, a présenté de la parésie des membres supérieurs et inférieurs, des troubles de la déglutition et de la parésie du diaphragme. Le traitement spécifique a amené la rétrocession progressive de tous les symptômes.

Ce malade eut un chancre induré de la verge, avec adénite torpide, puis de la chute des cheveux et de la dysphagie prolongée. Jamais il n'aurait eu d'éruption secondaire. Un médecin, consulté à l'époque du chancre, aurait ordonné des pilules dont le malade ne peut dire le nom. Il se soigna 8 jours à peine et ne se préoccupa plus de son affection.

Le 27 juillet 1900, c'est-à-dire 8 mois plus tard, il présente de la diplégie faciale et entre à l'hôpital le 29.

Le 30, il accuse de la faiblesse des bras et des jambes, de la difficulté dans les mouvements de la langue, de la gêne de la déglutition. Il ne présente pas de troubles oculaires, pas de troubles sensitifs ou sensoriels. Réflexes pupillaires parfaits; un peu de myosis.

On observe également de la parésie des muscles du tronc : le malade ne peut ni s'asseoir, ni se tenir assis. La respiration est difficile. Elle se fait presque uniquement grâce aux muscles respirateurs accessoires; le diaphragme semble immobile. Le pouls est à 120. Les réflexes rotuliens sont abolis.

On ordonne des frictions journalières avec 6 grammes d'onguent mercuriel.

Le 3 août, la respiration est à 80. Le pouls à 136. Aphonie presque complète. Les autres symptômes sont stationnaires. Le 4 août, on est obligé de nourrir le malade à la sonde; il ne peut plus déglutir.

Le 8 août, on constate une amélioration notable. La force est un peu revenue aux membres supérieurs et inférieurs. Le pouls est à 116. La respiration à 24. Le diaphragme semble reprendre ses mouvements. Le malade s'alimente sans le secours de la sonde. Les mouvements reviennent dans le domaine du facial droit. On cesse les frictions.

Le 4 septembre, amélioration sensible qui va progressant. Le malade se lève, pour la première fois, le 14 septembre. Il quitte le service fin octobre, ne conservant qu'un peu de parésie faciale.

Ce malade, en résumé, a présenté des phénomènes de paralysie ou de parésie dans le domaine des 7, 9, 10, 11 et 12e paires craniennes et de la parésie des membres supérieurs et inférieurs; il a eu de la parésie du diaphragme et des troubles incontestables de la déglutition et de la phonation. Il n'a jamais présenté de paralysie oculaire ni de troubles sensoriels ou sensitifs.

Les lésions nucléaires bulbaires n'ont donc pas atteint, en haut, la 6e paire, mais elles ont intéressé tous les noyaux du bulbe et de la moelle situés au-dessous.

A quoi penser?

Pas à une paralysie de Landry, puisque les lésions ont été descendantes et non ascendantes.

La polynévrite généralisée a contre elle la localisation si singulière des lésions.

Le diagnostic le plus probable est celui d'une lésion systématique de la substance grise, de la moelle et du bulbe, d'une poliomyélite avec poli-encéphalite circonscrite.

La syphilis est, très probablement, la raison de ces lésions. Les antécédents spécifiques ne sont pas discutables. Le traitement a amené l'amélioration immédiate des symptômes. Son interruption, trop hâtive, a été suivie d'une rechute immédiate qui a, finalement, cédé à une reprise du traitement.

Pelote de cheveux dans l'estomac.

M. Kœppelin. — La malade, âgée de 15 ans, est entrée à l'hôpital pour une tumeur abdominale. On constatait, en effet, une tumeur ovalaire, à grand axe vertical, située à gauche de la ligne médiane, remontant au-dessus des fausses côtes et descendant plus bas que l'ombilic. Elle était dure, lisse et régulière, très mobile sur les plans profonds, imparfaitement fixée par les contractions des droits, franchement indépendante des organes du petit bassin.

Les signes fonctionnels étaient peu marqués; quelques vomissements, toujours la nuit, vomissements glaireux, de date déjà ancienne, sans altération de la santé. Appétit conservé — la malade mangeait peu — constipation légère. Rien aux organes.

M. Siraud élimina l'hypothèse d'une tumeur de l'utérus ou des annexes, en raison des données du palper et du toucher; l'idée d'un fibrome de la paroi fut également rejetée, le rein ne pouvait être incriminé en l'absence de troubles de la miction et de signes propres aux tumeurs rénales. Le diagnostic resta donc hésitant entre un kyste du pancréas et une épiploïte bacillaire.

Laparotomie médiane. Après ouverture du péritoine pariétal, l'estomac apparaît dilaté; on sent la tumeur derrière cet organe. L'arrière-cavité des épiploons est ouverte à travers le mésocôlon; elle est vide; la masse perçue est séparée du doigt par la paroi postérieure; elle est évidemment dans la cavité gastrique. On pratique une gastrotomie large et l'on retire le corps que voici. C'est un véritable moule de l'estomac, constitué, superficiellement du moins, par des cheveux qui paraissent fort longs, cheveux accolés, massés pour former un bloc compact, allongé, cylindrique, à grosse extrémité supérieure arrondie, recourbé en bas au niveau du pylore et terminé par un pinceau de longs cheveux qui était engagé dans le duodénum. Le bloc est imbibé de liquide gastrique, d'odeur aigre caractéristique. Il pèse 760 grammes.

La malade, qui va bien (les suites opératoires ont été simples), avoue avoir avalé du papier, du fil, une médaille, des cheveux; c'est une habitude déjà ancienne. Cette jeune fille est une hystérique avérée.

M. Leblanc. — De telles masses de cheveux imbriqués doivent être rares dans la pathologie humaine. Chez les animaux, surtout chez les bovidés, on rencontre assez fréquemment, dans la panse, des masses formées de poils imbriqués et feutrés, parfois très dures. Ces masses se forment de la façon suivante : les animaux se lèchent, se lissent les poils, ceux qui se détachent restent adhérents à la langue et sont déglutis par les animaux; arrivés dans les différentes cavités stomacales des bovidés, ils sont remués, brassés, retournés en tous sens, pelotonnés, foulés en quelque sorte, et ils arrivent à former des boules feutrées constituant des blocs très durs, réguliers, de forme ovalaire, du volume d'un œuf de poule en général. Les animaux n'en sont pas incommodés et je ne crois pas qu'on ait jamais observé des phénomènes d'obstruction intestinale dus à leur engagement dans l'intestin.

C'est là un phénomène assez fréquent chez le bœuf, le cheval et le mouton.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 24 Juin 1901.

Actinomycose cervico-faciale.

M. Thévenot présente un malade atteint d'actinomycose cervico-faciale. C'est un cultivateur de 35 ans.

Les accidents ont débuté, le 22 janvier 1901, sans qu'on puisse trouver le point de départ de la contagion; le malade avait seulement l'habitude de porter pendant l'été des herbes à sa bouche. On ne trouve pas, d'autre part, chez lui, de lésions dentaires, sa dentition est, au contraire, remarquable; les 32 dents sont en place et saines, et il faut admettre que la pénétration microbienne s'est faite par une effraction de la muqueuse.

Le début des accidents a eu une évolution assez particulière sur laquelle il y a lieu d'appeler l'attention. Brusquement, en effet, apparut, sans aucune douleur, du trismus, accompagné d'une enflure légère de la région parotidienne et angulo-maxillaire gauche. Ce trismus ne permettait qu'un écartement très limité des mâchoires. Les mouvements de mastication étaient douloureux. Ces symptômes disparurent complètement et sans traitement, au bout de 2 mois. Ils réapparurent le 20 avril et, à partir du 4 mai, des abcès se produisirent dans la région cervicale. M. Dubief, en les ouvrant, constata la présence de grains jaunes qu'il eut l'obligeance d'envoyer au laboratoire de la clinique, où M. Dor reconnut des grains jaunes actinomycosiques, et décida le malade à entrer à l'hôpital.

Ce diagnostic d'actinomycose, facile à établir par l'aspect clinique des lésions, confirmé par l'examen histologique, présentait, on le voit, au début, quelques difficultés; mais il est un signe diagnostique sur la valeur duquel nous ne saurions trop appeler l'attention et qui a été bien mis en relief par MM. Poncet et Bérard, dans leur *Traité clinique de l'Actinomycose humaine;* nous voulons parler du trismus précoce survenant en dehors de toute évolution vicieuse de la dent de sagesse.

Injections de bicarbonate de soude dans le traitement du coma diabétique.

M. Lépine rapporte, au nom de M. Rondet, un cas de coma diabétique traité par injection sous-cutanée de bi-carbonate de soude.

Il s'agit d'un garçon de 15 ans, devenu diabétique à la suite d'un traumatisme. Depuis 15 jours, il éprouvait une soif irrésistible. Un jour à midi, il s'alite, se plaignant d'une soif intense et de violentes céphalalgies. M. Rondet le voit à 9 heures du soir. Il est dans le coma depuis bientôt 2 heures.

Il lui fait une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum contenant 40 grammes de bi-carbonate de soude. L'enfant revient de son état comateux. Le lendemain, nouvelle rechute, traitée de même façon, avec un égal succès. Mais, la troisième fois, l'injection fut inutile et le malade succomba.

M. Lépine fait remarquer que l'injection intra-veineuse aurait été bien préférable à tous les points de vue.

M. Mayet. — L'injection intra-veineuse est bien supérieure, surtout comme rapidité d'action. Elle n'offre pas plus de difficulté que l'injection sous-cutanée. On peut très bien piquer une veine avec une aiguille de seringue de Pravaz, sans dénudation préalable.

Cytologie des épanchements pleuraux.

M. Barjon. — La plupart des épanchements contiennent des globules rouges et des globules blancs de différentes formes et quelques-uns jusqu'à des cellules endothéliales. Plusieurs auteurs se sont demandé si, par l'examen cytologique des épanchements, on ne pourrait pas arriver à établir des formules qu'on pourrait utiliser pour les différencier.

MM. Cade et Barjon ont étudié, à ce point de vue, tous les épanchements qu'ils ont pu observer dans le service de M. Bondet.

Les résultats qu'il ont obtenus par l'examen cytologique de 30 épanchements pleuraux sont confirmatifs, en grande partie, des résultats déjà obtenus par MM. Widal et Rabot.

Ces derniers auteurs recueillaient les liquides à examiner dans un récipient, les laissaient coaguler, agitaient et défibrinaient le coagulum de manière à remettre les éléments cellulaires en liberté, centrifugeaient et examinaient le dépôt en préparations sèches. Cette technique est excellente, mais demande un temps assez long.

MM. Cade et Barjon ont employé simultanément deux méthodes, dont les résultats se sont contrôlés mutuellement :

1° L'examen immédiat des éléments cellulaires fixés dans leur plasma. Aussitôt le liquide recueilli, on le centrifugeait et on examinait directement le dépôt en cellules creuses après fixations par les vapeurs d'acide osmique;

2° L'examen de préparations sèches fait après centrifugation immédiate, sans attendre la coagulation des liquides et, partant, sans défibrination.

On distingue quatre variétés de pleurésies à épanchements :

Les pleurésies tuberculeuses, cancéreuses, cardiaques et brightiques, et les pleurésies purulentes.

Les pleurésies tuberculeuses, examinées par MM. Cade et Barjon, sont au nombre de 10. Le diagnostic a été contrôlé soit par l'évolution de la maladie, soit par l'inoculation au cobaye, soit par le séro-diagnostic tuberculeux.

Dans tous ces cas, on se trouve en présence d'un liquide fibrineux peu riche en éléments cellulaires (sauf, bien entendu, lorsqu'il est hémorrhagique), ne contenant presque uniquement que des lymphocytes. L'absence de polynucléaires est presque constante. Les cellules endothéliales sont peu nombreuses et manquent même le plus souvent.

Les pleurésies cancéreuses sont au nombre de 2. Le liquide est toujours hémorrhagique, il n'est pas coagulable et peut rester 7, 8, 10 jours sans se prendre.

Il contient de grandes cellules spéciales granuleuses, isolées ou réunies deux à deux, en rosace, etc. Il n'y a pas de polynucléaires.

Les pleurésies cardiaques et brightiques peuvent être ou des hydrothorax simples ou être liées à des infarctus.

Dans ce dernier cas (3 observations), le liquide est riche en éléments cellulaires, dont 1/3 au moins est constitué par des polynucléaires, le reste par des mononucléaires, des lymphocytes et des cellules endothéliales.

Dans l'hydrothorax simple (8 observations), le liquide est très pauvre en éléments cellulaires. Le dépôt est insignifiant. Les cellules endothéliales dominent. On y rencontre quelques lymphocytes. Il y a absence complète de polynucléaires.

Dans les pleurésies méta-pneumoniques, on a un liquide louche, très riche en fibrine, très riche en éléments cellulaires. Les polynucléaires sont de beaucoup les plus nombreux, de 55 à 98 p. 100. On y trouve aussi quelques mononucléaires, quelques lymphocytes.

Dans les pleurésies purulentes (2 à streptocoques, 1 à pneumocoques, 1 tuberculeuse), la formule est toujours la même. Les polynucléaires prédominent (de 95 à 98 p. 100).

Dans les pleurésies hémorrhagiques, la formule est différente suivant la nature.

Il y a prédominance des lymphocytes, si elle est tuberculeuse; des polynucléaires, si elle est d'origine cardiaque; et des cellules spéciales, si elle est cancéreuse.

En somme, on pourrait distinguer deux sortes de pleurésies :

Les pleurésies à polynucléaires; ce sont les pleurésies purulentes, méta-pneumoniques et par infarctus chez les cardiaques;

Les pleurésies sans polynucléaires; ce sont les pleurésies tuberculeuses, cancéreuses, et l'hydrothorax.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séances des 10 et 24 Mai 1901.

Réunion immédiate après l'opération pour mastoïdite suppurée.

M. Camus présente une petite malade opérée par M. Gaudier.

Il s'agit d'une fillette de 7 ans, atteinte, depuis 4 ans, d'une suppuration de l'oreille avec fistule mastoïdienne, suppuration très fétide et très abondante. Après examen, le diagnostic porté fut celui de cholestéatome de l'oreille moyenne et de la mastoïde.

Le 20 avril, on fait l'opération de Stacke complète (évidement pétro-mastoïdien). La plaie osseuse (caisse, antre et mastoïde) est nettoyée à l'eau oxygénée pendant toute la durée de l'opération qui fut terminée par la réunion immédiate de la plaie rétro-auriculaire avec petit drain à l'extrémité inférieure,

— 20 jours après la cicatrisation était complète et l'état de la plaie osseuse, surveillée par le conduit, fort satisfaisant. Pansements à l'eau oxygénée.

Ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est la réunion immédiate après évidement pétro-mastoïdien pour cholestéatome. Jusqu'à présent on laissait la plaie grande ouverte et on pansait du fond à la surface : ceci durait 3 mois.

Avec la réunion immédiate l'on fait gagner au malade plus de 2 mois 1/2 de pansement et on lui permet surtout de sortir de bonne heure sans pansement volumineux. Il est bien entendu que le conduit doit être incisé de manière spéciale, pour permettre un accès facile dans la brèche pétro-mastoïdienne.

Perte de substance des os frontaux de nature indéterminée.

M. Ausset présente un enfant de 2 ans, nettement rachitique, ne marchant pas encore, issu de père tuberculeux et nourri d'une façon vicieuse (biberon et soupes). Il y a 15 jours, la mère de cet enfant remarqua que celui-ci présentait, au niveau du front, deux trous limités par des bords osseux, assez saillants et réunis entre eux par une dépression. Au niveau de ces trous existe une fluctuation bien nette et l'on sent la table interne de l'os qui paraît normale. Cet enfant est indemne de toute manifestation syphilitique, il n'a jamais reçu de traumatisme dans la région frontale ; aussi M. Ausset, après avoir éliminé l'hypothèse d'une méningocèle, d'une périostite ou d'un cranio-tabes, demande à quel genre d'affection il a eu affaire.

Opérations de Pasquier-Lefort et de Pirogoff.

M. Potel présente le squelette des deux jambes d'un malade successivement amputé des orteils, de chaque côté; puis des deux pieds, par les procédés de Pasquier-Lefort et de Pirogoff, puis enfin, ayant subi l'amputation des deux jambes pour des phénomènes de gangrène envahissante. L'examen de la pièce montre un accollement parfait de l'astragale avec la mortaise tibio-tarsienne et permet de comprendre les bons résultats fonctionnels de ces deux procédés opératoires.

Sérum pancréato-toxique.

M. Surmont revient sur sa communication faite à la Société centrale et à la Société de biologie sur la préparation d'une cyto-toxine pancréatique et répond à quelques observations présentées par M. Carnot, d'où il ressort que cet auteur a cherché avec M. Garnier à préparer un sérum pancréato-toxique et a prétendu que l'action antitrypsique de la cyto-toxine ne lui paraissait pas démontrée, car on pouvait l'obtenir en ajoutant aux produits de digestion du sérum normal.

M. Surmont présente plusieurs séries de tubes à expérience et déclare que le sérum normal est indifférent vis-à-vis de la digestion, qu'il peut même la favoriser, mais qu'il ne l'arrête jamais. Les tubes renferment une dilution de poudre de pancréas desséchée dans une solution au 1/10 de fluorure de calcium, qui, ainsi que l'a démontrée Arthus, a une action antiputride et n'influe pas sur la digestion pancréatique; la première série de tubes ne contient que du pancréas dilué, une seconde série est additionnée d'une certaine quantité de sérum de lapin normal, une dernière série renferme X, XV ou XX gouttes par tube de sérum pancréato-toxique. L'examen de ces tubes montre, ainsi que M. Surmont le déclare, que la digestion ne s'est pas faite dans la dernière série de tubes, tandis qu'elle l'est dans les autres séries.

Expulsion spontanée par l'anus d'un volumineux calcul de la vessie.

M. Davrinche présente, au nom de M. Carlier, un malade qui porte actuellement un volumineux calcul de la vessie. L'intérêt de la présentation réside dans ce fait, que ce malade, à l'âge de 7 ans, a expulsé par l'anus un calcul de la grosseur d'un œuf de poule, présenté à la Société. A la radiographie, pratiquée par M. Bédart, ce calcul apparut complètement d'une façon très nette, ce qui indique une composition phosphatique. La coupe montre, en effet, une gangue phosphatique entourant un noyau uratique.

M. Carlier. — Le cas est assez rare; toutefois, Chaplain en a réuni 27 cas, dans sa thèse. Le malade porte sa fistule vésico-rectale depuis 24 ans ; il ne présente pas d'incontinence, il urine jusqu'à 2 000 grammes d'urine dans les 24 heures, mais il n'élimine que 3 grammes d'urée; en outre, l'épreuve du bleu de méthylène a été absolument négative : le malade, après avoir reçu l'injection sous-cutanée de la solution de bleu, n'en a pas éliminé la moindre trace. Au point de vue local, il n'existe pas de rectite végétante; le rectum a bien supporté le contact de l'urine, par conséquent, l'anastomose de l'uretère à l'intestin peut être considérée comme une opération exécutable dans l'avenir quand le procédé opératoire sera rendu plus facile.

M. Charmeil demande si la muqueuse vésicale ne présente pas une disposition spéciale ne permettant la sortie de l'urine par le rectum qu'après un certain degré de réplétion au réservoir vésical.

M. Carlier. — La fistule est très petite et siège dans la portion sous-péritonéale de la vessie. Au point de vue de l'indication opératoire, le sujet est dans de très mauvaises conditions, car la mort pourrait être déterminée par une très bénigne opération, à cause de l'insuffisance rénale révélée par l'épreuve du bleu. Avant de tenter la moindre intervention, il faut essayer de modifier la fonction rénale par le régime lacté.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIETE MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 7 Mai 1901.

Cancer mélanique de la peau.

M. Philippi. — Il s'agit d'un homme de 44 ans qui, en décembre 1900, est entré à l'hôpital pour un ganglion suppuré de l'aisselle gauche. L'abcès fut ouvert, le ganglion extirpé et la cicatrisation de la plaie se fit normalement.

Un mois plus tard, en janvier 1901, le malade commença à avoir de la faiblesse et, le soir, de la fièvre. Il entra de nouveau à l'hôpital, où l'examen montra la présence, sur la peau du tronc, d'un certain nombre de papules surélévées, colorées en bleu foncé, dont les dimensions variaient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois. Une de ces papules fut excisée et soumise à l'examen histologique : elle se composait d'un nodule noirâtre, nettement limité, situé dans le derme, et composé de cellules fortement pigmentées, sans contours nets.

Le nombre de ces papules alla en augmentant dans la suite. L'état général empira, la fièvre s'alluma, et le malade succomba au bout de 2 mois, après avoir présenté une pleurésie purulente du côté gauche.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes :

La peau était recouverte d'un nombre considérable de nodules noirâtres, dont quelques-uns étaient gros comme des noix. Des nodules semblables se trouvaient dans le tissu adipeux, les muscles, les viscères, les séreuses et les os. Les organes dans lesquels ces nodules étaient en petit nombre étaient les poumons, les reins et le cerveau. Le péricarde contenait 300 grammes d'un liquide noirâtre dont le dépôt était composé de pigment libre et de grosses cellules remplies de pigment. Le canal thoracique renfermait un liquide ressemblant à de l'encre. Le myocarde, l'épicarde et l'endocarde étaient couverts de métastases analogues.

L'examen histologique a montré que tous ces nodules étaient essentiellement composés de pigment libre et de cellules sans noyaux et sans contours nets, remplies de pigment. Le pigment et les cellules pigmentées étaient particulièrement abondants dans les capillaires du foie, dans le canal thoracique, les gaines vasculaires du cerveau et les capillaires des glomérules du rein.

Le point de départ du cancer mélanique n'a pu être déterminé. Le fond de l'œil fut trouvé normal.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Un traitement chirurgical de l'ascite dans les cirrhoses veineuses du foie (1),

Par le Dr Ch. MONGOUR,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Sous l'inspiration de Talma d'Utrecht, le traitement de l'ascite des cirrhoses hépatiques menace d'entrer dans le domaine de la grande chirurgie. A la ponction palliative on nous propose aujourd'hui de substituer l'omentofixation curative sinon de la cirrhose tout au moins de l'épanchement. Le but de cette opération est d'aider au rétablissement de la circulation porto-sus-hépatique en favorisant une circulation complémentaire entre les branches d'origine de la veine porte (branches épiploïques surtout) et les branches d'origine de la veine cave inférieure (sous-cutanée abdominale et épigastrique). C'est, en somme, l'exclusion du foie du trajet de cette nouvelle circulation.

L'opération est simple : elle consiste essentiellement dans une laparotomie médiane et dans la fixation extra-péritonéale contre les muscles de la paroi abdominale du tablier épiploïque. Des adhérences se forment rapidement; à leur niveau se développeront les nouveaux vaisseaux qui assureront le retour du sang porte dans la veine cave sans excès de pression, par suite sans production d'ascite.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer cette opération chez deux malades; en vous donnant les résultats nous vous ferons part des réflexions que nous a suggérées cet essai thérapeutique.

OBSERVATION I. — Jeanne L..., 55 ans, entre, le 11 novembre 1899, dans le service de M. le Dr Durand, salle 3, lit 23.

Son père est mort à 85 ans et sa mère à 65 ans, d'une pneumonie.

Mariée à 18 ans; son mari est mort de tuberculose pulmonaire en 1887. Pas de syphilis. Alcoolisme caractérisé.

Dans les premiers jours du mois d'août, la malade perdit l'appétit et constata l'augmentation de volume du ventre; les urines, rares, étaient fortement colorées. Elle entre une première fois à l'hôpital, salle 7. Dans l'espace de 40 jours, on pratique deux ponctions donnant issue chaque fois à 7 litres de liquide environ.

Au moment de son entrée dans le service de M. Durand, on constate un amaigrissement considérable avec pâleur de la face; ventre de batracien; circulation abdominale collatérale très accentuée, surtout à gauche. En somme, on observe les signes classiques d'une cirrhose du foie.

12 novembre. Première ponction donnant 1 500 grammes de liquide citrin avec réaction de Rivolta négative. Le foie, légèrement douloureux à la pression, est délimité : son bord supérieur atteint presque le mamelon; son bord inférieur dépasse d'un bon travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Successivement d'autres ponctions sont faites aux dates suivantes :

25 novembre.	8 litres.
10 décembre.	6 —
2 janvier.	11 —
13 janvier.	13 —
23 janvier.	13 —
29 janvier.	8 —
8 février.	11 —

A partir de ce moment, les ponctions sont renouvelées tous les 8 jours environ et l'on retire chaque fois de 8 à 10 litres de liquide ascitique. A partir du 27 décembre, on constate une diminution lente mais à peu près régulière du volume du foie qui, cependant, au moment même de l'intervention était encore un foie hypertrophié.

Depuis le début de la maladie, les urines ont toujours été rares; la moyenne des 24 heures oscillait entre 400 et 500 centimètres cubes. L'analyse, faite plusieurs fois, donna toujours des résultats à peu près constants, avec les particularités signalées dans celle du 17 janvier 1900 :

Volume des 24 heures.	250 cent. cubes.
Densité à + 15°.	1024
Réaction	Acide.
Couleur.	Jaune foncé.
Urée (par litre).	29 grammes.
Acide phosphorique total (par litre).	3,15
Chlorure de sodium (par litre).	6,30
Albumine.	néant.
Glycose (par litre)	2,30
Pigments biliaires	néant.
Urobiline.	en grande quantité.
Indican.	en proportion consid.

L'analyse du sérum sanguin recueilli le 18 janvier, à 10 heures du matin, donna les résultats suivants :

Présence d'hémoglobine;
Absence d'urobiline;
Absence d'indican;
Présence de pigments biliaires.

La situation ne s'améliorant pas et le foie nous paraissant marcher vers l'atrophie progressive, nous conseillâmes à la malade l'intervention chirurgicale pour la guérison de son ascite.

L'opération eut lieu le 25 mars 1900. Aucun incident opératoire ou post-opératoire. Après l'opération, les urines, un peu plus claires, n'étaient guère plus abondantes.

5 avril. Ponction évacuatrice, 6 lit. 1/2.

29 avril. Ponction, 7 lit. 1/2.

Les ponctions se succédèrent dans la suite à 8 ou 10 jours d'intervalle, et la malade succomba par évolution naturelle de son affection le 3 septembre 1900.

OBS. II. — Marie J..., 32 ans, entrée, le 1er mars 1901, dans le service de M. le Dr Durand, salle 3, lit 26.

Ses antécédents héréditaires ne sont d'aucun intérêt. Trois

(1) Comminication à la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux, 21 juin 1901.

frères sont morts de tuberculose; deux sont actuellement bien portants.

Ses antécédents personnels peuvent être passés sous silence jusqu'en 1889. A partir de cette date, où elle devint professionnelle de la prostitution, cette malade s'adonna à l'alcoolisme (absinthe, cognac, rhum, etc.); crises d'ivresse fréquentes. En 1896, elle est soignée à l'hôpital Saint-André pour une gastrite alcoolique; à la sortie, elle reprend ses anciennes habitudes; des épistaxis et d'abondantes hématémèses ne tardent pas à apparaître.

Dans les premiers jours de février 1901, la malade constate par hasard une augmentation anormale du volume du ventre et survenue sans douleurs; l'abdomen prend rapidement des proportions croissantes, les hématémèses devinrent plus fréquentes et la gastrite alcoolique fit un retour offensif. Elle entre alors salle 3, en plein coma; cet état de résolution dure environ 48 heures.

Situation au 30 avril. — La malade présente tous les signes caractéristiques d'une cirrhose hépatique : ascite volumineuse, ventre de batracien, circulation abdominale collatérale intense, surtout dans le flanc droit. Le 5 avril, ponction de 5 litres.

Une seconde ponction, faite le 2 mai, donne issue à 5 litres de liquide citrin, et permet de se rendre compte du volume du foie extrêmement petit : il mesure à peine 7 centimètres de hauteur maxima en projection; il est un peu douloureux à la pression.

Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, la moyenne des urines des 24 heures a oscillé entre 500 et 600 centimètres cubes.

Une analyse d'urines, pratiquée le 3 mai, a donné les résultats suivants :

Volume des 24 heures. . . .	600 cent. cubes.
Densité à + 15°.	1 026
Réaction.	Acide.
Urée (par litre).	11 grammes.
Acide phosphorique.	0,84
Chlorure de sodium.	4,10

Traces d'albumine.
Ni sucre, ni pigments biliaires.

La proportion quotidienne d'urée était de 7 à 8 grammes. Régime lacté à peu près absolu. Une ponction veineuse est pratiquée le 3 mai. La coagulation du sang est rapide, mais on constate une couenne fibrineuse extrêmement épaisse.

Densité du sérum.	1 016
Urée.	1,61 par litre

Ni pigments biliaires, ni urobiline.

Le 22 mai, nouvel examen du sérum :

Densité	1 027
Point de congélation. . .	0,56
Urée	0,48
Albumine	75,60
Pigments biliaires. . . .	Très petite quantité.

Pas d'urobiline.

L'examen des urines donne un résultat comparable à celui du 3 mai; la réaction d'Haycraft permit en outre de déceler une faible proportion d'urobiline.

L'état de la malade s'aggravait constamment; l'amaigrissement faisait chaque jour de nouveaux progrès. Par crainte des ponctions abdominales, elle se décida à l'intervention chirurgicale proposée depuis plus d'un mois.

L'opération fut pratiquée le 24 mai 1901.

La malade, qui paraissait avoir bien supporté le choc opératoire, mourut le 27 mai, à 6 heures du soir, en état d'anurie, sans avoir présenté d'élévation de la température.

Autopsie le 28 mai, à 10 heures du matin. — L'ascite s'est reproduite; le liquide est légèrement louche et sanguinolent.

On constate nettement un début de péritonite plastique au niveau de l'épiploon mis en contact avec le péritoine pariétal et les muscles de la paroi abdominale; pas de traces de purulence. Le rein droit, congestionné et lobulé, pèse 180 grammes; sa capsule est adhérente par places; la substance corticale est bien distincte de la substance médullaire.

Le rein gauche pèse 150 grammes; il présente les mêmes caractères que le rein droit.

Foie : Son aspect extérieur est celui du foie clouté. Capsule extrêmement adhérente; l'organe lui-même adhère intimement à l'estomac. Il pèse 820 grammes; il se déchire facilement; la coupe présente une coloration verdâtre.

La rate père 370 grammes; périsplénite adhésive.

L'estomac présente tous les caractères de la linitis plastique.

Mésentère fibreux et rétracté.

Examen microscopique pratiqué par M. le professeur agrégé Auché.

Capsule du foie notablement épaissie.

Sclérose biveineuse formant par places de longues travées circonscrivant d'assez gros blocs de substance hépatique, formant ailleurs des insula porto-biliaires envoyant quelques anastomoses vers la veine centrale du lobule, épaissie et entourée elle-même de tissu fibreux. Ce tissu de sclérose est du tissu fibreux adulte, légèrement infiltré d'éléments cellulaires. Dans les îlots de tissu scléreux on rencontre les veines portes quelquefois normales, souvent en partie oblitérées par endophlébite; à côté d'elles existe un système de lacunes sanguines parfois très développé. Les veines sus-hépatiques, saines dans quelques lobules, sont le plus souvent le siège d'endo et de périphlébite, et le centre de formation des îlots scléreux.

Les néo-canalicules biliaires ne sont pas très abondants. Dégénérescence graisseuse très accentuée des cellules du parenchyme, disposée plus particulièrement dans le voisinage des îlots et dans les bandes de tissu scléreux.

En somme, cirrhose biveineuse multilobulaire, à gros grains, avec infiltration graisseuse assez accentuée du parenchyme hépatique.

Reins : Sclérose légère, de vieille date, ayant fait disparaître un petit nombre de glomérules de Malpighi et disposée particulièrement autour des vaisseau sanguins. Sur cette vieille lésion paraissent s'être greffées des lésions plus récentes et légères de néphrite aiguë caractérisées par un exsudat intracapsulaire parfois assez abondant, par quelques lésions dégénératives de l'épithélium, des bâtonnets, et par une infiltration cellulaire assez abondante du tissu conjonctif intertubulaire.

Tels sont les deux cas que nous avons observés. Le premier peut être considéré comme un succès opératoire mais non comme un succès thérapeutique; le second est un insuccès absolu dans toute sa rigueur.

Ces deux observations portent à 17 le nombre des malades opérés jusqu'à ce jour. La statistique peut se décomposer ainsi :

Morts quelques heures ou quelques jours après l'opération	5
Non améliorés.	3
Améliorations douteuses	4
Guérisons	5

En réalité, sans forcer les interprétations au gré de ses tendances, il faut reconnaître que l'omentofixation est une opération grave. Elle l'est d'autant plus que le rôle de l'intervention dans certaines guérisons est au moins discutable : que penser, en effet, de deux cas de Schiassi se rapportant l'un à un foie cardiaque en cours de symphyse péricardique, l'autre à une cirrhose dite « nodulaire infectieuse » ? Dans ces deux observations, la chronicité est tout au moins insuffisamment définie, et l'on pouvait peut-être escompter la guérison de l'ascite par des procédés moins chirurgicaux. Quoi qu'il en soit, la gravité de l'opération et la fréquence des insuccès ressortent avec évidence de la précédente statistique. Cette première constatation est de nature à en restreindre déjà les indications.

L'évolution des cirrhoses veineuses du foie nous donne en outre beaucoup à réfléchir; son étude attentive ne nous permettra certainement pas d'établir l'équation : ascites répétées = omentofixation.

Il convient, en effet, d'établir une distinction formelle entre des cirrhoses veineuses à type atrophique et à type hypertrophique.

Dans les premières, celles que nous rencontrons le plus souvent, le foie est un organe déchu, frappé à mort et qu'un traumatisme même bénin peut anéantir en quelques instants. Les malades de cette catégorie vivent malgré leur ascite, n'ayant à leur disposition qu'un parenchyme hépatique minimum incapable de se régénérer par l'hypertrophie ou par tout autre processus; leurs reins sont délabrés; leur épiploon, rétracté dans la majeure partie des cas, n'est plus qu'un tissu friable offrant au chirurgien une surface d'adhérences possibles insignifiante. Les conditions opératoires sont bien différentes des conditions expérimentales réalisée par le professeur Tillmann. Cet auteur opérait sur des chiens vigoureux, suturait le mésentère dans un cul-de-sac entre la peau et les muscles de l'abdomen et lavait la cavité abdominale avec une solution de sublimé à 1 p. 100; au bout de huit jours, il pratiquait une seconde laparatomie et liait la veine mésentérique; huit jours après il appliquait une ligature sur la veine porte; les chiens résistaient; nous verrons tout à l'heure dans quelles conditions. Il est de toute évidence qu'on ne peut conclure de ces expériences sur l'animal sain à ce qui surviendra chez l'homme malade, d'autant plus qu'en se rapprochant des conditions pathologiques Tillmann échouait invariablement : en effet, les animaux auxquels Tillmann liait la veine porte ou la veine mésentérique sans avoir préalablement créé une circulation collatérale au moyen d'adhérences péritonéales ont tous succombé. Dans l'impossibilité où nous sommes de prévoir la cirrhose chez les individus sains, nous ne songerons pas, je l'espère, à établir des adhérences de précaution.

Il est évidemment possible, malgré les déductions les plus logiques, qu'un individu porteur d'un foie atrophié à l'extrême bénéficie de l'opération de Talma; mais nous ne pouvons plus compter que sur l'heureux hasard; c'est trop peu quand il s'agit d'une intervention aussi grave.

Les travaux les plus récents, surtout ceux de Chauffard et de Hanot, démontrent avec une entière évidence que le processus hypertrophique dans le cours des cirrhoses biliaires ou veineuses est un processus de défense, un indice de guérison possible. L'ascite de ces cirrhoses a une tendance naturelle à la guérison spontanée; il se résout assez souvent quand l'agent toxique ou infectieux qui en a conditionné l'évolution a cessé d'agir. Nous ne sommes pas en mesure de préciser le degré de fréquence de cette guérison spontanée, mais elle n'est pas rare.

Dans la statistique que nous avons relevée, deux au moins des opérés présentaient la cirrhose veineuse à forme hypertrophique : un malade de Benessowitsch considéré comme amélioré, le sujet de notre première observation dont l'amélioration ne fut que passagère. Dans tous les autres cas, il s'agissait probablement de cirrhose atrophiante; nous disons « probablement » parce que la tendance à confondre atrophie et cirrhose fait que les opérateurs ont pu négliger de se rendre compte du volume réel du foie pendant l'opération.

Pour ces cirrhoses veineuses hypertrophiques, l'omentofixation se justifie-t-elle mieux que pour les formes atrophiques? La gravité du traumatisme pour ces foies réparables mais en péril, la possibilité de la guérison par un traitement purement médical imposent nécessairement des réserves, mais dans quelle mesure?

Si en modifiant les conditions de l'hydraulique hépatique on ne s'exposait pas à altérer le parenchyme du foie, il y aurait grand avantage à créer une voie de dérivation au sang de la veine porte. Mais en détournant le courant sanguin de l'organe auquel il est destiné, vous amoindrissez fatalement la fonction de cet organe : c'est une loi de pathologie générale à laquelle le foie ne peut échapper. Cela est si vrai, que chez un chien opéré par Tillmann on constatait déjà, 3 mois après l'opération, l'existence de nombreux foyers de dégénérescence graisseuse dans le foie. Il y a donc beaucoup à redouter de l'opération de Talma dans les cirrhoses hypertrophiques moins à cause de la résistance du foie diminuée à l'égard d'un traumatisme qu'en raison de la possibilité d'annihiler les efforts d'une défense en voie d'organisation.

On est porté tout naturellement à se demander si l'urologie n'est pas capable de donner des indications opératoires précises. L'un de nous, dans une série de recherches qui feront l'objet d'une communication ultérieure, s'est efforcé, par l'examen comparatif des urines et du sérum, de séparer les foies opérables de ceux qui ne l'étaient pas. Pour les cirrhoses veineuses, en particulier, il est arrivé à cette conclusion que nulle méthode n'est supérieure à la constatation du volume du foie; les procédés de laboratoire doivent céder le pas aux données cliniques. Or la clinique nous montre que le foie cirrhotique hypertrophié cesse de se défendre quand il commence à diminuer de volume.

L'omentofixation, qui se justifie malaisément dans les formes atrophiques, qui paraît imprudente dans les formes hypertrophiques, convient-elle au moins aux formes de transition? Plus exactement, l'heure propice pour l'intervention n'est-elle pas celle où l'on constate le début de la phase régressive? Tout d'abord, nous sommes rarement appelés à constater cette phase dans les cirrhoses veineuses, les malades supportant sans se consulter les troubles gastro-intestinaux qui la signalent. Réduire à cette constatation l'indication opératoire, c'est en quelque sorte condamner l'opération elle-même, en supposant, ce qui n'est pas, qu'il fût plus facile de la défendre à ce moment que dans les cas d'atrophie et d'hypertrophie.

Les considérations qui précèdent ne plaident pas en faveur de l'opération de Talma : opération grave non par elle-même, mais en raison de l'état du malade, incapable de modifier une dystrophie, susceptible d'inhiber un organe essentiel partiellement déchu de sa fonction, elle ne jouit même pas du privilège de pouvoir être considérée comme une opération d'urgence, la simple ponction suffisant à parer sans danger aux plus pressantes indications. Pour la juger à sa valeur, rien n'est plus suggestif que de mettre en regard des risques qu'elle fait courir les succès qu'elle a fournis.

Après longue réflexion, après étude impartiale de la statistique, je me garderai bien de recommander une opération de cette nature, capable de précipiter la déchéance du foie, et je suis décidé à n'y plus jamais recourir.

M. Dubourg. — J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois, sur deux malades qui m'avaient été confiées par notre collègue et ami Mongour, et dont il vient de vous retracer l'histoire, une opération qui a pour but de venir en aide aux efforts déjà tentés par la nature, pour essayer d'établir dans certains cas de cirrhose, avec ascite, une circulation collatérale plus active, plus complète, entre le système veineux porte et la veine cave inférieure.

Étudiée d'abord par Talma, et signalée une première

fois dans la *Semaine médicale* du 27 décembre 1899 : « Cure de l'ascite liée à la cirrhose du foie par la production artificielle d'adhérences péritonéales », cette question a été reprise ces jours-ci par Schiassi, de Bologne (*Sem. méd.* du 1er mai 1901), sous le titre de « Déviation chirurgicale du sang de la veine porte ». Chacune de nos deux opérées répond à ces deux procédés différents, que je vous demande la permission de vous rappeler brièvement.

Disons tout de suite que dans les deux cas le but poursuivi est le même : créer de nouvelles adhérences péritonéales entre l'épiploon surtout, et aussi la surface du foie, et même de la vésicule, avec le péritoine pariétal, de façon à mettre en communication ses vaisseaux propres et ceux de nouvelle formation avec les veines profondes mammaires internes et épigastriques.

Dans le premier cas, que j'ai appliqué à ma première opérée, on fait une simple laparotomie, médiane ordinairement, mais qui peut être latérale droite, sous-ombilicale, ou dont le milieu répond à l'ombilic, sur une longueur de 10, 12 centimètres ou plus. Arrivé sur le péritoine, on le ponctionne d'abord pour laisser s'écouler doucement le liquide ascitique, puis on l'ouvre largement, on frotte doucement sa surface profonde des deux côtés de l'incision avec une compresse aseptique sèche; on frotte également la surface du foie, de la vésicule, de l'épiploon, de la rate s'il y a en même temps de la splénomégalie, puis après avoir bien asséché toutes ces parties, on attire doucement l'épiploon qu'on interpose simplement entre les deux lèvres de l'incision péritonéale, et qu'on suture mollement en même temps que les deux tranches de la séreuse, sur toute son étendue, par des points de catgut, à points passés de préférence. Le reste de l'opération se termine comme une laparotomie ordinaire. Pas de drainage, l'expérience ayant déjà montré qu'il peut être le point de départ de hernies consécutives, ou qu'il peut servir de porte d'entrée à l'infection dans les premiers jours qui suivent.

Telle est l'opération que j'ai réalisée chez notre premier malade, améliorée, puis perdue de vue.

Dans l'opération de Schiassi, que j'ai appliquée à notre deuxième opérée, la conduite est un peu différente, quoique le but poursuivi soit le même. Là, on a pour but d'interposer une partie du tablier épiploïque, extériorisé en quelque sorte, dans une loge créée entre le péritoine disséqué et un lambeau musculo-cutané de la paroi abdominale. L'incision se fait latéralement, sur la ligne mammaire, verticalement; une autre incision, perpendiculaire à celle-ci, est menée transversalement un peu au-dessus de l'ombilic; elle intéresse d'abord la peau, la couche musculo-aponévrotique, mais s'arrête au péritoine exclu. On a ainsi un vaste lambeau triangulaire qu'on dissèque en le décollant du péritoine par sa surface profonde, et qu'on laisse tomber en bas et en dedans. On ponctionne alors le péritoine et on évacue l'ascite; puis on incise le péritoine suivant l'incision cutanée elle-même et on va explorer le foie, son ligament suspenseur, la vésicule avec ou sans grattage léger de leur surface. Le tablier épiploïque est alors recherché, saisi, et amené doucement au dehors de façon à avoir une surface correspondant à peu près au lambeau cutané déjà créé. On en fixe la base par quelques points de suture au catgut à points passés, comprenant en même temps les deux lèvres de l'incision péritonéale transversale, et en évitant de comprendre les vaisseaux épiploïques dans l'anse des sutures. On complète la suture péritonéale de l'incision longitudinale. Toutes ces sutures du péritoine terminées, on rabat le lambeau épiploïque resté libre dans la loge qu'on lui a ménagée, on en fixe les angles et les bords par quelques points de sutures perdues, on ramène sur lui le lambeau musculo-cutané qu'on fixe par quelques points de sutures au catgut à son point primitif, et on termine par la réunion cutanée habituelle. Pas de drainage, pour la même raison que précédemment.

Cette nouvelle opération, appliquée à notre deuxième opérée, a été assez laborieuse à cause d'une difficulté que je n'ai pas trouvée signalée par son auteur et qui a cependant une grande importance, c'est l'état de l'épiploon. Chez cette malade nous avons eu toutes les peines du monde à le trouver, accolé qu'il était, ratatiné sur le côlon transverse, et réduit à un gros cordon rouge et granuleux. Toutefois, après avoir attiré le côlon au dehors, nous avons pu doucement le dérouler, le déplisser, et avoir un lambeau suffisant pour l'attirer et le mettre en bonne place; mais il est certain qu'il n'était pas dans des conditions normales de viabilité, de vascularisation, et je me demande, avec juste raison, si la malade avait vécu, s'il aurait bien pu dans de telles conditions jouer le rôle qui lui est assigné par la nouvelle opération.

Donc voici déjà un premier point sur lequel il est bon de faire de sages réserves. L'opération peut très bien ne pas être réalisable par le fait de l'état pathologique de l'épiploon lui-même, fait qui n'avait pas été signalé que je sache dans les observations déjà connues.

A un autre point de vue, est-il réellement prudent de faire subir une intervention de cette importance, pour un résultat tout au moins hypothétique, à des malades dont le foie est naturellement déjà fortement compromis et d'une insuffisance fonctionnelle notoire? Or, comme pour le rein malade, nous savons combien les malades résistent mal à un choc chirurgical, quelque minime qu'il soit, *a fortiori* devrons-nous être encore plus réservé si de légères traces d'albumine pouvaient nous faire supposer le mauvais état des reins. Notre deuxième malade est morte le troisième jour, à la suite d'accidents urémiques, et nous avons trouvé un rein déjà légèrement atteint.

Conclusion : quel que soit le procédé que l'on emploie, l'opération présente de graves dangers. Elle ne remplit peut-être pas bien exactement le but, que l'on se propose, de rétablir une circulation complémentaire suffisante. Elle n'est pas toujours réalisable puisqu'on peut trouver un épiploon malade et qui se prête mal au nouveau rôle qu'on lui assigne. Ce n'est donc pas encore l'opération de choix destinée à tomber dans la pratique courante pour la cure de l'ascite dans la cirrhose. Tout au plus doit-on la réserver pour le cas où des ponctions répétées n'en viennent pas à bout, et où le malade menace de succomber à la persistance et à l'abondance de l'ascite.

M. Villar, qui a pratiqué trois fois l'opération de Talma, a obtenu dans deux cas de l'amélioration; dans le troisième, le résultat a été mauvais.

Cette opération est grave, mais il faut attendre d'autres résultats avant de la condamner. Le procédé de Schiassi semble être préférable à celui de Talma.

M. Davezac a vu M. Dubourg opérer sa deuxième malade. L'opération a été exécutée avec la plus grande habileté, mais la malade était dans un état déplorable et il n'y pas lieu d'accuser trop tôt une intervention qui, dans la plupart des cas, il ne faut pas l'oublier, a le tort d'être faite chez des malades très déchus.

M. Demons se demande sur quoi est basée cette préférence

puisque des trois malades opérés par M. Villar, le dernier, qui n'a retiré qu'un mauvais résultat, a été opéré par ce procédé.

M. Villar ne peut appuyer sa préférence jusqu'à présent que sur des idées anatomiques, car avec l'incision de Schiassi on fait une anastomose avec les gros vaisseaux thoraco-abdominaux.

M. Régis rappelle que les troubles cérébraux consécutifs aux opérations ont surtout lieu chez les malades atteints d'insuffisance hépatique ou rénale. Ces troubles cérébraux ont été signalés dans la statistique de l'opération de Talma. C'est là un facteur de plus à ajouter à la gravité de cette intervention.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901.

M. Ladevèze (Is.). *Comment les familles ouvrières parisiennes disparaissent par tuberculose.* N° 437. (Boyer.)

M. Wormser (Lucien). *Du début brusque de la fièvre typhoïde.*

Delom (Louis). *De l'influence de la vaccine sur la variole.* N° 429. (J. Rousset.)

M. Wibault (Casimir). *Infections broncho-pulmonaires par apport vasculaire dans les streptococcies cutanées des enfants. Érysipèle du premier âge.* N° 436. (J. Rousset.)

M. Hardouin (Paul). *De la composition de l'urine dans la dermatite polymorphe douloureuse.* N° 394. (J.-B. Baillière.)

M. Galletti (Antoine). *La question des séborrhées.* N° 446. (Steinheil.)

La tuberculose est le fléau qui fait le plus de ravages dans la classe ouvrière, et M. Ladevèze rappelle que la famille ouvrière parisienne notamment semble être le milieu le plus favorable à son développement, le foyer où elle multiplie ses coups funestes.

Le paupérisme avec toutes ses conséquences, alimentation insuffisante, privations, surmenage, etc., crée trop souvent pour l'ouvrier chargé de famille un état de réceptivité qui le laisse sans défense contre une contagion à laquelle il est plus exposé que tout autre.

L'atelier où il travaille, souvent malsain, mal aéré, poussiéreux, d'un cubage d'air trop restreint pour une agglomération excessive, est un danger pour lui en raison de la promiscuité de camarades suspects et du défaut de précautions hygiéniques (balayage humide, crachoirs, etc.).

L'habitation insalubre, humide, privée d'air et de lumière, telle est la cause la plus importante de la tuberculose dans les centres ouvriers, la cause la plus active de sa propagation presque forcée aux membres d'une même famille.

L'alcoolisme enfin est un facteur des plus importants de phthisie.

Dans la lutte contre la tuberculose il y a donc lieu de tenir compte de la condition sociale de l'ouvrier et de ne pas oublier que celle-ci ne pourra être combattue efficacement sans une amélioration notable de son sort.

La fièvre typhoïde peut quelquefois éclater d'une façon brutale, attaquant les individus en pleine santé. Cette forme, étudiée par M. Wormser, est particulièrement fréquente chez les enfants.

L'éclosion brusque de la maladie est en rapport avec le surmenage physique et intellectuel, les émotions vives, les influences climatériques et locales, les infections antérieures (paludisme, grippe, tuberculose, etc.).

Il est permis de supposer que le bacille d'Eberth, doué d'une virulence particulière, ou en puissance d'association microbienne, détermine cette forme à début brusque, surtout s'il rencontre un milieu en état de moindre résistance.

L'auto-typhisation pourrait également être invoquée.

Le début brusque de la fièvre typhoïde peut éclater de différentes façons : frisson unique ou répété accompagné de fièvre élevée, douleurs abdominales violentes, douleurs rhumatoïdes, vertige suivi d'accès fébrile, etc.

Le diagnostic est donc souvent difficile. Il est à remarquer que la réaction agglutinative semble particulièrement précoce.

Le pronostic de cette forme est variable et ne peut être, d'ores et déjà, définitivement établi.

M. Delom, au cours de l'épidémie de variole récente, a vu que la vaccine exerce une influence heureuse sur la variole : *a*) en atténuant sa gravité ; *b*) en modifiant ses formes.

L'action de la vaccine est elle-même subordonnée à l'influence de l'âge et du sexe.

Dans les cas où la vaccine coexiste avec la variole, les deux affections se modifient mutuellement et la gravité de la variole est atténuée.

Certains individus paraissent posséder une réceptivité plus grande à l'égard de la vaccine et de la variole ; d'autres, au contraire, paraissent avoir une immunité plus grande à l'égard des deux affections. Dans le premier cas, la durée de l'immunité vacccinale est très diminuée.

Cependant, sauf de rares exceptions, les individus vaccinés trois fois avec succès ont en général des varioles bénignes.

Ce n'est donc pas une, mais plusieurs revaccinations qu'il faudrait pour préserver à jamais de la variole.

M. Wibault montre que lorsque les affections cutanées à streptocoques se compliquent d'infections broncho-pulmonaires, ces infections sont dans certains cas apportées aux poumons par la voie vasculaire.

Les broncho-pneumonies qui reconnaissent cette origine et ce mode de transport se produisent plus facilement dans les premiers mois de la vie, en raison de l'insuffisance des moyens de défense, en particulier de la phagocytose.

La facilité relative avec laquelle se produit l'infection générale ou ses localisations secondaires est une des grandes causes de la gravité de l'érysipèle des nouveau-nés.

Au point de vue pronostique, il y a lieu de tenir compte de ce fait, que des infections broncho-pulmonaires par apport vasculaire peuvent survenir tardivement alors que l'affection cutanée a complètement disparu, ou est en bonne voie de guérison.

Dans la dermatite polymorphe douloureuse, l'urine a une composition essentiellement variable, quoique restant d'une manière générale au-dessous de la normale dans l'ensemble de ses matériaux.

Parmi les substances que l'on rencontre dans cette urine, M. Hardouin a surtout étudié l'urée. Celle-ci présente, en effet, dans la dermatite herpétiforme, des variations qui, dans nos expériences, ont toujours présenté un rapport très net avec les phases de la maladie.

Ces variations de l'urée comprennent 3 phases :

a) Elimination inférieure à la normale, avant la poussée ;

b) Elimination se rapprochant de la normale, pendant la poussée ;

c) Elimination normale ou dépassant légèrement la normale, dans les jours qui suivent la poussée.

En dehors de l'urée, les divers matériaux de l'urine peuvent être groupés en 3 classes :

a) Les corps variant comme l'urée, c'est-à-dire diminuant avant la poussée pour remonter ensuite. A ce groupe se rattachent les phosphates et les résidus organiques ;

b) Les corps dont les poids restent fixes par 24 heures, quelle que soit l'époque de la maladie, mais tout en étant constamment inférieurs à la normale : l'acide urique en est le type ;

c) Enfin, les corps qui restent au poids qui leur est normalement attribué dans les urines physiologiques : ce sont les résidus minéraux.

L'importante étude historique et critique de M. Galletti sur les séborrhées conclut que c'est, en 1840, Fuchs, de Gottingen, qui apporta, dans la dermatologie, le mot de séborrhée et décrivit cet état morbide, à peu près comme on doit le comprendre aujourd'hui, sous ses deux formes : flux sébacé-séborrhagie et

comédon. Malgré les travaux de Fuchs, la séborrhée est restée confondue dans les acnés, pendant presque toute la durée du siècle, en presque toutes les écoles dermatologiques.

En 1865, Hebra, sous le nom de séborrhée, décrivit, à côté de la séborrhée de Fuchs (seborrhœa oleosa), la séborrhée sèche, pityriasis d'autrefois; confusion dont les conséquences, dans la dermatologie moderne, ont été néfastes.

Les pityriasis ont été à nouveau étudiés et retranchés de la séborrhée, après les travaux de Pohl-Pincus, Piffard, Malassez, Van Harlingen, Elliot et Unna. Celui-ci fit des anciens pityriasis son eczéma séborrhéique, conception vraie à bien des titres, mauvaise surtout en ce qu'elle continue la confusion de Hebra entre les pityriasis et la séborrhée de Fuchs.

Enfin les travaux de bactériologie et d'anatomie pathologique de Sabouraud (1897) ont conduit à une définition précise et stricte du mot séborrhée, qui doit être dorénavant acceptée. Ces travaux vérifient complètement les idées de Fuchs : la séborrhée doit être définie par le seul symptôme du flux huileux et la présence constante d'un micro-organisme qui l'accompagne invariablement (microbacille séborrhéique). Toutes les acnés sont des dérivés de la séborrhée. Il n'y a pas de séborrhée sèche. Il n'y a pas d'eczéma séborrhéique. Mais à côté de la séborrhée qui n'est jamais desquamative, il y a les pityriasis caractérisés par la squame, comme la séborrhée par le flux gras. Cette squame est sèche, pityriasis sec, ou d'apparence grasse, pityriasis gras (eczéma séborrhéique de Unna), mais les squames grasses résultent, ou bien de la superposition d'un pityriasis sec à une séborrhée vraie sous-jacente ou bien sont produites par un mode anormal de kératinisation, d'où résulte l'apparente stéatisation de la squame. La différenciation symptomatique et doctrinale des états gras non squameux (séborrhée) et des maladies épidermiques exfoliatives doit dorénavant être absolue.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

L'alcoolisme comme cause de la paralysie générale, par G. Sepilli (*Annali di Neurologia*, an XIX, fasc. 2, p. 89, 1901). — Depuis qu'il dirige le manicome provincial de Brescia, Sepilli a vu passer dans cet asile 102 paralytiques généraux; 14 fois il ne fut pas possible de trouver, en dehors de l'alcoolisme, d'autre raison étiologique de la maladie. L'auteur donne un résumé de l'histoire clinique et de l'autopsie de ces malades; on y voit que rien ne peut faire penser que la paralysie générale alcoolique offre des différences avec la paralysie générale commune.

Il n'est pas exact de ne pas admettre la paralysie générale en dehors de la syphilis. La paralysie générale est un syndrome qui peut être le produit de causes diverses agissant tantôt isolément, tantôt en association, et donnant lieu à l'intoxication de l'organisme. D'après Kroepelin, un trouble grave et général de la nutrition entraînerait cette intoxication spéciale, alors que la syphilis, l'alcool, les autres causes, ne feraient que fournir l'impulsion à l'élaboration du poison paralytique.

MÉDECINE

La toxicité du liquide cérébro-spinal des épileptiques, par R. Pellegrini (*Riforma medica*, an XVII, vol. II, n°s 54-55, 4-5 juin 1901). — D'après les expériences de l'auteur, le liquide cérébro-spinal des épileptiques est éminemment toxique, surtout lorsqu'il est recueilli après l'accès.

Les cobayes injectés présentent des phénomènes convulsifs; le traitement bromuré ne modifie pas la propriété convulsivante du liquide céphalo-rachidien des épileptiques.

Les épileptiques ne retirent aucun avantage de la ponction lombaire; celle-ci ne présente pas non plus, chez ces malades, d'inconvénients particuliers; elle est indifférente.

Du vertige stomacal (Vertigo a stomacho læso), par Thelberg (*Med. News*, 1901, 23 mars). — L'auteur explique ainsi le vertige stomacal :

1° Par une action réflexe, par excitation directe des filets gastriques du vague, qui par l'intermédiaire du ganglion cervical inférieur se transmet aux vasomoteurs de l'artère vertébrale;

2° Par une toxémie, par suite de l'abus de la nicotine, de l'alcool, de la résorption biliaire, des ptomaïnes et toxines naissant au cours des infections ;

3° Par la pression exercée directement sur le cœur par l'estomac distendu.

Comme traitement, l'auteur conseille l'absorption d'eau chaude, une demi-heure avant le repas, l'emploi de la strychnine et la réglementation du régime.

Névrite alcoolique récidivée (A care of recurrent alcoholic peripheral neuritis), par Jones (*British med. journ.*, 1091, 13 avril). — L'auteur rapporte le cas d'une femme qui, à la suite d'habitudes alcooliques présenta les signes d'une névrite périphérique des extrémités supérieures et inférieures. Cliniquement on avait assez exactement le type des paralysies saturnines, paralysie complète des extenseurs de la main et du pied, avec atrophie des muscles atteints. Les courants faradiques et galvaniques eurent raison, l'abstinence aidant, de cette paralysie. La malade resta sobre quatre ans, puis revint à ses anciennes habitudes. Sept ans plus tard les mêmes troubles réapparurent qui cédèrent au même traitement.

Prophylaxie de la malaria par l'euquinine (Ueber die Prophylaxis der Malaria mit Euchinin), par A. Mori (*Centralbl. für Bakt., Parasitenkunde u. Infect. krank.*, t. 29, 1901, n° 20). — La prophylaxie de la malaria dans la Campanie a donné de fort bons résultats grâce à l'emploi de l'euquinine. Sur 42 personnes soumises au traitement préventif, 5 seulement ont eu des accès de fièvre, soit 11,9 p. 100, tandis que sur 47 non immunisés, 39 ont été malades, soit 82,9 p. 100.

CHIRURGIE

Thyroïdite à pneumocoques, par A. Casassa (*Gazzetta medica di Torino*, an LII, n° 23, p. 441, 6 juin 1901). — Pneumonie à résolution lente chez un homme de 50 ans; à la suite d'injections de caféine il se développe des abcès sous-cutanés (à pneumocoque), puis on voit apparaître un abcès de la thyroïde (pneumocoque associé ou streptocoque). Antérieurement il n'existait pas de goître.

Péritonite aiguë simulant un étranglement interne, par Descamps (*Annales de l'Institut chirurg. de Bruxelles*, n° 3, 15 mars 1901). — Il s'agit d'un malade de 28 ans présentant tous les symptômes de l'étranglement interne. La laparotomie pratiquée par M. Delettrez montra qu'il n'y avait pas d'étranglement, mais qu'une collection purulente était enkystée par les anses du côlon descendant, agglutinées et recourbées en V de façon à constituer un véritable obstacle mécanique. Le malade guérit.

Un cas d'extirpation totale de l'estomac (Zur Caeuistik der totalen Magen-extirpation), par A. Bardeleben. (*Deut. med. Woch.*, 11 avril 1901. — Femme de 52 ans avec carcinome étendu de la paroi antérieure de l'estomac. L'auteur pratiqua une œsophago-entérostomie. L'opération dura 75 minutes. Les suites furent bonnes; dès le troisième jour, la malade reçut par la bouche une alimentation liquide.

Bacille typhique dans un kyste de l'ovaire suppuré (Ein Beitrag zu dem Nachweise von Typhusbacillen in vereiterien Ovarialcysten), par Fritz Engelmann (*Centralbl. f. Gynaekol.*, 1901, n° 23). — Femme de 38 ans, atteinte de kyste dermoïde de l'ovaire. Sur ces entrefaites, fièvre typhoïde récidivée. A la suite le kyste fut enlevé. L'examen bactériologique du pus contenu dans le kyste montra d'une façon certaine la présence de bacille typhique.

L'infection a dû se faire par voie sanguine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 Juillet 1901.

Néphrite pyramidale d'origine hématogène.

M. Babes et **Mlle Densusianu** adressent une communication sur la néphrite pyramidale au cours de diverses infections septiques survenues comme complication au cours de la scarlatine, ou après une plaie infectée.

Le rein présente dans ces cas, outre des lésions des tubes contournés, des thromboses des veines intertubulaires, et des hémorrhagies périvasculaires.

Les pyramides sont œdématiées et on trouve des altérations épithéliales des tubes collecteurs.

Ces modifications papillaires sont dues aux troubles vasculaires produits par les thromboses de la veine rénale, qui gênent la circulation dans la pyramide et sont la cause de l'œdème et des lésions localisées.

Traitement de l'infection puerpérale.

M. Budin expose le traitement de l'infection puerpérale auquel il a recours depuis 1892. L'infection est due à la pénétration des microbes pathogènes dans les organes génitaux, puis dans toute l'économie.

Il semble que si on pouvait de bonne heure débarrasser l'utérus de ces germes, on éviterait le développement de la maladie. Si on n'intervient que plus tard, on aura de plus à lutter contre l'infection générale.

M. Budin montre que, dans les conditions ordinaires, lorsque les suites de couches sont normales, l'utérus revient assez vite sur lui-même, et après quelques jours l'orifice interne du col est fermé; on ne le traverse qu'en faisant un certain effort. Si, au contraire, la muqueuse utérine est malade, il semble que les fibres musculaires sous-jacentes soient comme paralysées, et on pénètre facilement dans la cavité du corps utérin. La perméabilité normale de l'utérus a donc une grande importance pour le diagnostic.

Pour nettoyer l'utérus, il faut, après avoir plongé la femme dans l'anesthésie complète, procéder au curage digital et à l'écouvillonnage dont M. Budin décrit en détail le manuel opératoire. Il fait usage de gros écouvillons en côtes de plumes qui sont très résistants, les faits démontrent que le nettoyage de la cavité de la matrice peut être absolument complet.

M. Budin résume ainsi les faits :

Si la fièvre survenant chez une femme récemment accouchée, on constate dans l'utérus la présence de caillots fétides ou non, les enlever, et laver la cavité de l'organe peut suffire.

Si la muqueuse de la matrice est atteinte, surtout au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire, il faut sans hésitation procéder au curage digital et à l'écouvillonnage; lorsqu'on intervient vite, la guérison est habituellement plus rapide.

Si l'infection date depuis quelques jours, lorsqu'on pratique le nettoyage, la guérison est plus lente, car il y a pénétration de germes ou de toxines dans l'économie.

Enfin, si l'infection date depuis plus longtemps, on aura recours aux mêmes interventions et on aidera l'organisme à lutter. Dans un certain nombre de cas qui paraissent désespérés, on obtiendra la guérison, mais parfois la mort surviendra.

Il résulte encore de ces faits une autre conséquence : si une femme accouche, on fait un avortement alors que les membranes sont rompues depuis quelques jours ; si le liquide amniotique est fétide, il faut faire de suite le curage digital et l'écouvillonnage, c'est-à-dire le nettoyage prophylactique.

Pendant la dernière année scolaire, du 1er novembre 1900 au 30 juin 1901, M. Budin a obtenu les résultats suivants. Il y a, à la Clinique Tarnier, un service d'isolement dans lequel on reçoit les femmes infectées du dehors ou celles qui ont été infectées à l'hôpital.

De là, deux catégories de faits.

Trente-trois femmes ont été apportées du dehors.

Quatre fois des injections utérines après exploration digitale ont suffi.

Treize fois on a eu recours au nettoyage prophylactique.

Seize fois on a dû faire le curage digital et l'écouvillonnage.

Une seule femme n'a pu être sauvée : elle avait été apportée de Choisy-le-Roy dans un état extrêmement grave, 8 jours après son accouchement.

Les femmes qui ont contracté de l'infection dans le service, et qui ont été transportées au service d'isolement, sont au nombre de 59. Toutes ont guéri. Pendant cette même année, il y a eu 1 137 accouchements ou avortements à la Clinique Tarnier, avec une statistique, par conséquent, de 0 décès par infection. En admettant qu'il y ait eu une année scolaire particulièrement heureuse, M. Budin pense que la méthode à laquelle il a eu recours peut être recommandée.

MÉDECINE PRATIQUE

Dymal,

D'après M. le Dr C. Kopp (de Munich) (1).

Le dymal, un salicylate de diaymyle, se présente sous l'aspect d'une poudre insipide très fine, qui peut servir en thérapeutique sous forme de poudre impalpable ou être incorporée à de la lanotine ou autre excipient. Le dymal doit surtout servir comme poudre desséchante et antiseptique. M. Kopp a employé le remède dans certains cas de brûlure au 1er et 2e degré, sous forme d'onguent à la lanoline ; les plaies se cicatrisent, mais les douleurs semblaient moins calmées que lorsqu'on emploie une solution aqueuse d'ichthyol. M. Kopp a utilisé le dymal dans un grand nombre de cas relevant de la petite chirurgie ; le remède s'est toujours montré non irritant, non toxique et assez fortement antiseptique.

Dans l'eczéma aigu (de forme papulo-vésiculaire), le dymal ne semble pas réussir beaucoup mieux que les autres remèdes notamment employés, il en fut de même pour l'eczéma ordinaire. Dans la forme d'eczéma naissant sur une base chroniquement infectée, le remède semble pourtant mieux réussir. Il en fut de même pour le psoriasis, le dymal ne se montre ni inférieur ni supérieur aux autres médicaments. Dans le traitement de l'impetigo contagieux, par contre une pâte de dymal semble assez bien réussir, mais là encore les effets curatifs ne se montrèrent pas supérieurs à ceux qu'on obtient avec la pommade de Unna ou tout autre similaire. C'est dans le traitement de l'hyperhydrose que le dymal se montre vraiment supérieur et utile. Il en est de même dans les formes simples d'intertrigo. L'auteur a également employé le remède avec succès dans certains cas d'ichtyose sous forme d'onguent, et sous forme de poudre sèche dans différents cas de gangrène de la peau par décubitus, d'ulcères des jambes, de complications au 3e degré ; de gangrène sénile, etc. Dans tous les cas le remède n'agissait, bien entendu, qu'en qualité de désinfectant et de désodorisant; mais il était très utile.

Traitement des kératites suppuratives par les injections antiseptiques dans la chambre antérieure (méthode du Dr Fage),

D'après M. le Dr Perrin (2).

Le traitement des kératites suppuratives a captivé de tous temps l'attention des ophthalmologistes tant en France qu'à

1. *Therap. Monatshefte*, févr. 1901.
2. *Thèse*, Paris 1901.

l'étranger, et cependant, malgré tous les progrès réalisés, il y a encore bien des perfectionnements à apporter à la thérapeutique de ces affections.

Les injections sous-conjonctivales, destinées à combattre l'infection par l'introduction de substances antiseptiques dans l'œil, ont été vivement critiquées. Sans mériter l'excès de bien ou de mal qu'on en a dit, elles ne semblent pas remplir le but, que le défenseur de la méthode se proposait de leur faire jouer.

L'idée d'introduire des antiseptiques dans l'œil était cependant très bonne, et c'est elle qui a conduit M. le Dr Fage à faire les injections directement dans la chambre antérieure.

L'idée des injections intra-oculaires n'est pas absolument neuve, quoique très récente.

En 1891, M. Abadie préconise les injections intra-oculaires de sublimé dans les ophthalmies sympathiques. Dans la syphilis oculaire, il injecte une goutte d'une solution de sublimé à 1/1000. Dans un glaucome hémorrhagique, il injecte dans le vitré une goutte d'ergotine; même injection dans un œil hydrophthalmique qui était devenu le siège d'une hémorrhagie abondante.

Dans tous ces cas, il obtient de bons résultats.

En 1891, Ovio confirme les résultats de M. Abadie par d'autres succès.

En 1892, Berry enregistre des succès avec les injections d'eau chlorée dans le vitré. Hill Griffith, avec le trichlorure d'iode, et Power avec le sublimé à 1/1000, obtiennent aussi de bons résultats.

En 1893, de Schweinitz reprit les expériences des précédents, et n'en obtint rien. Mais en même temps, il injecte simultanément, dans la chambre antérieure du lapin, une culture de staphylocoque et une solution antiseptique. Jamais il n'a pu arrêter la marche de l'inflammation purulente.

L'idée d'introduire le liquide antiseptique dans la chambre antérieure était nouvelle, mais l'insuccès remporté par de Schweinitz n'était pas fait pour le pousser à tenter des expériences dans ce sens, et son travail paraissant l'année même où M. Darier faisait sa communication sur les injections sous-conjonctivales, n'attira l'attention d'aucun oculiste, et rien ne fut tenté dans ce sens.

En 1897, paraît un travail d'Oswalt sur les moyens de lutter contre l'infection consécutive à des opérations intra-oculaires (1).

Oswalt a expérimenté sur une centaine de lapins environ.

Il introduit dans l'œil infecté de petits agglomérés d'iodoforme : là ils se désagrègent; la poudre d'iodoforme devient libre et se répand sur l'iris ou tombe au fond de la chambre antérieure. Il faut au moins 4 à 5 semaines pour que l'iodoforme soit résorbé.

Pour ce qui est des yeux à système cristallinien laissé intact, l'introduction de l'iodoforme succédant immédiatement à l'infection amenait toujours la guérison de l'œil, avec transparence parfaite des milieux, lors même que l'infection de l'œil de contrôle (non traité) se perdait par panophthalmie ou autre processus destructif. Si l'introduction de l'iodoforme avait lieu seulement 6 à 9 heures après l'infection, l'auteur guérit encore 3 fois sur 4 l'œil infecté.

Dans le cas où il n'intervenait que 16 à 17 heures après l'infection, il ne pouvait plus enrayer, mais seulement retarder l'apparition de la panophthalmie.

Si le système cristallinien se trouvait ouvert, le traitement même, appliqué tout de suite, ne réussissait en général qu'à retarder ou à modérer le processus panophthalmique.

En 1899, Haab déclare que depuis des années il emploie l'iodoforme pour la désinfection dans les inflammations suppuratives. Il a introduit dans la chambre antérieure de petits cylindres d'iodoforme et de gélatine, bien stérilisée. Le médicament est très bien supporté et il reste assez longtemps sans provoquer d'irritation bien marquée dans la chambre antérieure.

Mayweg (de Hagen (2), dans 6 cas d'iridocyclite plastique ou suppurative, a introduit dans la chambre antérieure de petits bâtons d'iodoforme à l'aide d'une canule, après avoir fait une section de la cornée sous forme de lambeau. Dans 4 cas les résultats furent excellents, puisque tous les symptômes d'inflammation disparurent. Dans 2 cas, le résultat a été nul et il a fallu pratiquer l'énucléation. Dans tous les cas, l'iodoforme était très bien supporté dans la chambre antérieure.

1. *Arch. für Augenkeilkunde*, 1897.
2. *Soc. d'ophthalm. de Heidelberg*, séances du 13 au 15 décembre 1900.

M. le Dr Fage eut, sans avoir connu les expériences de Schweinitz, la même idée que celui-ci, et tenta d'appliquer les injections antiseptiques dans la chambre antérieure à la cure des ulcères et abcès à hypopyon de la cornée. Il fit en 1899 une communication sur ce sujet (1).

Dans une première série d'expériences, M. Fage s'est préoccupé de l'innocuité de l'opération et cela avec des antiseptiques divers : solution d'acide borique, d'alumnol, de cyanure de mercure et de biodure de mercure.

Dans une deuxième série, après avoir infecté les deux yeux de chaque lapin, il a traité l'un des yeux par les injections dans la chambre antérieure, l'autre restant sans traitement, ou étant soumis à des injections sous-conjonctivales.

Les résultats ont été assez variables; mais cela tient, semble-t-il, à la difficulté d'obtenir le même degré d'infection sur les deux yeux de l'animal en expérience. Dans les cas où la parité pour l'infection des deux yeux s'est réalisée, la supériorité est restée aux injections dans la chambre antérieure, surtout pour la rapidité de l'amélioration.

L'injection se fait avec la seringue de Pravaz; mais l'aiguille de la seringue est introduite à travers la zone marginale de la cornée, en rasant l'iris et en évitant de blesser le cristallin. Dans ce but, il est bon de resserrer préalablement la pupille par un myotique. L'injection faite, on retire brusquement la seringue pour éviter la sortie de l'humeur aqueuse.

Les accidents à redouter étaient l'iritis, les phénomènes glaucomateux, la blessure du cristallin, l'infiltration cornéenne. Dans un seul cas il s'est produit l'infiltration cornéenne, sans doute parce que l'aiguille avait glissé entre les lames de la cornée, mais il n'a jamais vu les autres accidents se produire.

L'iris peut être piqué, mais l'épanchement sanguin est peu important. La douleur est assez vive au moment où on pousse l'injection, mais n'a ni la violence ni la durée de celle qui accompagne les injections sous-conjonctivales.

La réparation de la lésion cornéenne a semblé à M. Fage moins influencée par l'injection. Aussi conseille-t-il de toucher l'abcès au galvano-cautère.

Il réserve les injections dans la chambre antérieure aux lésions qui s'accompagnent d'hypopyon pas trop abondant, et à l'irido-choroïde infectieuse.

Dans les ulcères ou petits abcès simples de la cornée, la galvano-cautérisation et les injections sous-conjonctivales suffisent.

Par contre, lorsqu'il y a hypopyon très abondant, suppuration post-opératoire avec panophthalmie commençante, M. Fage conseille d'avoir recours à la paracentèse et aux lavages de la chambre antérieure.

Avant d'appliquer ce traitement à l'homme, M. Fage l'expérimenta une vingtaine de fois sur le lapin. Il emploie le cyanure de mercure en solution au 1/5000, dont il injecte 3 à 4 gouttes dans la chambre antérieure.

Cliniquement, l'étude porte sur 11 faits, dont 5 qui concernent des abcès simples de la cornée, et 6 qui ont trait à des abcès plus graves accompagnés d'hypopyon et d'iritis. Sauf un abcès terminé par perforation, les autres ont subi une amélioration rapide.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

Paris, le 17 juin 1901.

Nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux* l'article anonyme qui suit :

On s'est enfin aperçu à la Faculté que les examens devenaient d'une grande faiblesse, par suite de l'extrême indulgence des

1. *Arch. d'ophthalmologie*, 1899.

jurys, et un peu plus de sévérité a paru se manifester dans le cours de l'année 1900. 8460 candidats ont subi des examens en 1899-1900, soit 658 de moins que l'année précédente.

En 1898-1899, sur 9118 épreuves il y avait eu 1591 ajournements. En 1899-1900, sur 8460 épreuves il y a eu 1724 ajournements, soit 658 épreuves en moins et 133 ajournements en plus.

La proportion moyenne est de 20 p. 100; dans le détail, elle se répartit ainsi :

Ancien régime.

1er examen			50
2e examen	1re partie	Epreuve pratique	18,44
		Epreuve orale	46,34
	2e partie		22,35
3e examen	1re partie	Epreuve pratique	16,19
		Epreuve orale	30,95
	2e partie		20,25
4e examen			20,86
5e examen	1re partie	Ep. chirurgicale	18,81
		Ep. obstétricale	23,71
	2e partie		13,54
Thèse			0,46

Nouveau régime.

1er examen		pratique	12,21
		oral	27,25
2e examen			24,95
3e examen	1re partie	pratique	21,73
		oral	31,80
	2e partie	pratique	27,81
		oral	33,33
4e examen			12,82
5e examen	1re partie	chirurgicale	6,45
		obstétricale	3,44
	2e partie		10,34

Les chiffres n'ont, chacun le sait, en matière de statistique, qu'une valeur relative; et il serait imprudent de conclure de la valeur d'un examen par le pourcentage des ajournements. Toutefois un fait nous frappe, c'est que plus les examens sont importants, comme les examens cliniques, plus ils sont subis avec facilité. C'est ainsi qu'on voit 87 candidats reçus sur 100 qui se présentent à la deuxième partie du 5e doctorat, alors qu'il y a une proportion de 46 p. 100 et même de 50 p. 100 d'ajournements au premier et au deuxième examen. Or la proportion devrait logiquement être renversée.

Les premiers examens sont présidés par des juges spécialisés, c'est-à-dire par des professeurs qui n'ont de docteur que le titre. Ce sont des anatomistes, des histologiques ou des physiologistes. Ils ont quelque dédain pour le côté pratique de leur science et leur application à la médecine usuelle.

Professeurs de science pure, et non médecins, on les voit s'indigner parce qu'un malheureux candidat ignore de combien « la fibre musculaire du hanneton l'emporte comme puissance contractile sur la fibre musculaire de l'homme ». Un autre s'étonne qu'un interne des hôpitaux ignore combien 1 gramme de graisse peut dégager de calories? Toutes ces questions sont sans aucun doute intéressantes; mais, comme valeur médicale, elles sont nulles. Or ces juges des sciences accessoires sont presque les seuls juges sévères.

Au moment des examens cliniques, toute sévérité a disparu, et cela tient autant à la bienveillance excessive du jury qu'à la façon dont est subi l'examen.

Comment, en effet, se passe un examen clinique de médecine et chirurgie? Dans un hôpital quelconque sont convoqués, pour une heure donnée, juges et candidats. Avant eux, sont arrivés les employés de la Faculté qui ont reçu, de l'on ne sait qui, une liste de malades susceptibles d'être examinés. Cette liste est communiquée aux juges, elle comprend en général le nombre strict de malades qui doivent être soumis aux candidats.

En général, ces malades sont des malades peu intéressants, peu difficiles et presque toujours porteurs des mêmes affections. Ainsi, en chirurgie par exemple, les fistules à l'anus, les hernies inguinales, les tumeurs blanches forment le fonds commun et habituel de l'examen. Presque jamais le candidat ne pourra être interrogé sur une affection aiguë ou urgente. Car le membre fracturé est dans un appareil, la luxation a été réduite, la hernie étranglée a été opérée; ces cas ne pouvant attendre le jour et l'heure d'un examen. De même dans les conditions matérielles d'installation, il est difficile, sinon impossible, de faire faire le diagnostic d'une affection gynécologique. Avec les conditions d'asepsie nécessaires pour l'exploration des plaies, il serait criminel de faire examiner une plaie quelconque par un candidat qui ne sait peut-être pas, mais à coup sûr ne peut pas se rendre aseptique et disposer de ce qui est nécessaire pour ces explorations.

Or cet examen, qui va conférer le diplôme, — car la Faculté reconnaît elle-même que la thèse est sans valeur, — ne peut porter sur aucune des choses essentielles à la profession. Le candidat peut ne pas savoir ce qu'est un speculum, ni la manière de s'en servir, ne pas connaître la façon de confectionner un appareil plâtré, de réduire une luxation de l'épaule, ou plus simplement de passer une sonde dans l'urèthre, et malgré ces ignorances sur des points essentiels être reçu et même avec mention. Il sera reçu parce que, prévenu depuis huit jours de l'hôpital où il doit subir son examen, il n'aura pas quitté les salles de cet hôpital où chaque matin il suivra la visite et le service de consultation. Il connaîtra les malades qui lui auront été présentés par un bienveillant ami; rentré chez lui, il se documentera sur les deux ou trois cas qui pourront lui être présentés, et dont il connaît le diagnostic; c'est donc à coup sûr qu'il subira cet examen, devenu ridicule tellement il est faussé.

Ceci, la Faculté ne peut l'ignorer; elle sait positivement que les derniers examens, ceux-là qui sont de beaucoup les plus importants, sont truqués de telle façon qu'ils n'existent plus. Et cependant c'est le seul crible sérieux à travers lequel devraient passer uniquement les bons élèves, reconnus aptes à exercer la profession.

Tant que les examens cliniques seront subis de la même façon, ils seront nuls, et sans valeur, comme la thèse. Il y a des années et des années que le fait existe, qu'il est connu, on se demande ce qu'attend la Faculté pour y porter remède, et modifier de fond en comble le mode d'après lequel sont subis les examens cliniques.

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie,

PAR MM.

P. Le Gendre et G. Lepage.

Devoirs de l'étudiant à l'hôpital. — Remplacements. — Cession de clientèle. — Enregistrement du diplôme.

Dans la précédente conférence (1) nous avons jeté un coup d'œil d'ensemble sur la profession médicale de notre temps, sur le rôle du médecin dans la société; nous avons vu les qualités physiques et morales qui sont utiles au médecin et nous avons insisté sur ses devoirs vis-à-vis des malades.

Quittant aujourd'hui le terrain des généralités, nous

1. *Gazette hebdomadaire*, 5 mai 1901, p. 424.

allons résumer les règles qui doivent vous guider dans la vie professionnelle et aborder les petits détails de la vie quotidienne du praticien : c'est une tâche délicate parce qu'il est toujours difficile de formuler des règles générales pouvant s'appliquer à toutes les situations si variées de la pratique; aussi vous nous permettrez, chemin faisant, de vous signaler des cas particuliers de déontologie qui sont venus à notre connaissance : ici, comme en clinique, l'exemple est souvent utile pour mieux faire comprendre le précepte. S'il nous arrive de vous citer des incorrections, voire même des indélicatesses commises par des confrères, vous n'y verrez pas de notre part le résultat d'un esprit de dénigrement. Si nous vous signalons les fautes de quelques-uns, c'est pour mieux faire ressortir la parfaite conduite de la majorité du corps médical français; c'est surtout pour vous indiquer ce qu'il ne faut pas faire sous peine de manquer gravement au devoir professionnel.

Devoirs de l'étudiant a l'hopital. — La déontologie commence pour l'étudiant, bien avant qu'il soit reçu docteur, dès qu'il a franchi le seuil de l'hôpital : vous n'avez pas seulement le devoir strict de vous y instruire, vous avez des devoirs impérieux vis-à-vis des malades. Laissons de côté vos devoirs envers vos chefs de service : vous les accomplissez généralement bien; usez envers eux, n'abusez pas, du droit de critique. Quant aux malades, vous leur devez les mêmes égards qu'aux malades de la ville; c'est un devoir social auquel vous ne pouvez vous soustraire. C'est pour vous la meilleure manière d'apprendre comment vous devez vous comporter vis-à-vis de ceux que vous aurez à soigner plus tard; de plus pensez, dès l'hôpital, que vous appartenez à une profession dans laquelle la moindre faute d'un de ses membres rejaillit sur tous les autres. Songez que si, malgré tout, le médecin reste aimé et considéré dans la plupart des classes de la société, en particulier dans la classe ouvrière, c'est que le malade d'hôpital se rend bien compte du dévouement et du tact avec lequel le soigne tout le personnel hospitalier. Comme l'a écrit (1) l'un de nous :

« Une première condition est requise pour que dans un service les malades prennent confiance dans le personnel médical, c'est que celui-ci ne s'écarte jamais de *la correction dans son maintien et dans ses paroles*. Nous devons tous montrer que notre unique désir est de soigner les malades au mieux de leur intérêt et non pas seulement de les étudier comme des *sujets* qui nous intéressent scientifiquement. Il ne faut pas que les élèves tiennent à trop haute voix des propos peu en harmonie avec un lieu où d'autres hommes souffrent et agonisent, ni qu'ils échangent entre eux sur les malades des remarques de nature à inquiéter ceux-ci ou à les affliger; à peine oserai-je rappeler qu'il serait inexcusable de faire allusion à des autopsies passées ou futures en termes intelligibles pour les malades ».

Du reste, cette correction vis-à-vis du malade qui se trouve à l'hôpital devient à l'heure actuelle une nécessité sociale : le malade indigent — on ne devrait guère y recevoir que celui-là — est conscient (quelquefois il l'est trop) de ses droits; il sait que nous lui devons nos soins et que nous devons les lui donner avec toute l'humanité nécessaire. Il n'en était pas toujours ainsi autrefois : dans sa leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale, le professeur Terrier (1) rappelait avec quelle absence de précautions on amenait par exemple les malades à l'amphithéâtre d'opérations sans chercher à leur éviter les angoisses morales; il ajoutait : «... Ces mœurs — et tout ce qui s'en rapproche, doivent être bannies d'une véritable démocratie comme la nôtre. — Nos opérés n'ont pas seulement le droit de recourir à notre science, à notre habileté; encore faut-il que cette science et cette habileté soient humaines — et sans invoquer le nom de la Pitié, qui date d'un autre âge, nos blessés et nos malades doivent être traités le plus humainement possible... — Ces malades, ces blessés, ont donc des *droits acquis* qu'il faut respecter et parmi ces droits, je le répète, celui d'être traités avec humanité ».

Ce n'est rien de soulager la souffrance physique si en même temps vous ne veillez à atténuer la souffrance morale de celui qui est souvent un vaincu de la vie, isolé de sa famille, si même il en a encore une.

Gardez-vous de parler médecine avec un camarade devant les malades; évitez par un signe, par un geste de traduire les craintes qu'inspire l'état désespéré d'un blessé, d'un opéré ou d'un cachectique. Il arrive parfois dans les Maternités que le chef de service fasse à un débutant en obstétrique une observation sur la manière dont il examine une femme en travail : celui-ci répond en disant qu'il n'a pas l'habitude, que c'est le premier accouchement qu'il pratique. La parturiente ne s'en apercevra que trop; pourquoi faire cet aveu devant elle? En userez-vous ainsi vis-à-vis de vos clients de la ville lorsque vous ferez une exploration ou une intervention pour la première fois? Ce serait une singulière façon d'obtenir leur confiance.

En outre ayez soin de ne jamais vous livrer à aucune appréciation malveillante sur le traitement qui a été suivi avant l'entrée à l'hôpital; les médecins se plaignent — non sans quelque raison — des critiques parfois sévères faites devant les malades sur le diagnostic porté et sur le traitement suivi en ville. Il y a dans ces plaintes beaucoup d'exagération; certains malades, sortis de l'hôpital, se font un malin plaisir d'adresser à leur médecin quelques bonnes critiques en les faisant passer par la bouche du médecin d'hôpital.

Il est bien exceptionnel que celui-ci se rende coupable *devant le malade* d'une critique malveillante. On raconte cependant volontiers l'anecdote d'un jeune médecin d'hôpital qui, à une consultation, devant un vésicatoire intempestivement appliqué, demande à un malade : « Quel est l'âne qui a fait mettre cela? ». Sans songer à mal, le malade répond : « C'est le Dr X. ». Or le Dr X. était un très proche parent de ce consultant à la parole imprudente.

De telles intempérances de langage sont tout à fait exceptionnelles; voilà plus de vingt ans que nous vivons dans les hôpitaux parisiens et nous ne nous souvenons pas avoir entendu d'appréciation malveillante pour un médecin faite *devant un malade*. Ce qui arrive assez souvent, c'est que ce sont les étudiants en médecine, les élèves du service qui, sans y mettre une mauvaise intention, parlent trop librement, s'entretiennent d'un propos tenu *à part, dans l'escalier*, par le chef de service, et le répètent devant les malades, devant les infirmières ou les infirmiers; par conséquent, il faut à ce point de vue beaucoup de prudence, il faut surveiller vos paroles, et, encore une fois, parler le moins possible devant les malades.

Dans un but d'enseignement, le médecin d'hôpital a

(1) P. Le Gendre. Etude de déontologie hospitalière. — *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 20 février 1898.

(1) *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 4 février 1900.

le droit de discuter, de critiquer de ce qui a été fait antérieurement; il doit s'en abstenir, *non seulement devant le malade, mais aussi devant les infirmiers qui pourraient répéter ce qui a été dit;* il ne doit le faire qu'autant qu'il a la *certitude* de compter sur la discrétion de ceux qui l'écoutent.

C'est surtout dans les *services d'accouchements* que ces précautions doivent être rigoureusement observées; telle femme arrive, avec une présentation de l'épaule négligée, chez laquelle l'enfant aurait pu être sauvé par une version faite en temps opportun; celle-ci n'a même pas été tentée, ou n'a pu être menée à bien. Quoiqu'il y ait là faute commise, abstenez-vous de toute réflexion pouvant être interprétée comme une critique. Réfléchissez aux conditions souvent difficiles dans lesquelles se trouve le praticien fatigué par le labeur et par la veille, dépourvu d'aide, de chloroforme, etc.; songez que demain vous serez vous-même ce praticien. Cette seule pensée vous rendra prudent et indulgent, si vous ne l'étiez déjà par tempérament.

DES REMPLACEMENTS. — Vers la fin de vos études médicales, il vous arrivera sans doute — ne fût-ce que pour raison d'équilibre budgétaire — de remplacer quelque confrère malade ou absent. Cette pratique des remplacements tend à se généraliser au profit de tous : elle permet au praticien de prendre un repos bien gagné; elle familiarise le remplaçant avec les difficultés de la pratique. Les honoraires que reçoit le remplaçant sont généralement fixes; ils varient de 10 à 20 francs par jour, suivant la clientèle à faire, suivant le degré d'instruction du remplaçant, suivant la durée du remplacement, etc. Vous devez, avec un soin jaloux, donner tout votre temps à la clientèle du confrère et justifier la confiance qu'il a placée en vous, vous devez faire preuve de zèle et vous arranger pour que la clientèle n'ait pas à regretter l'absence du titulaire. Vous n'imiterez pas ce remplaçant qui, pour échapper aux visites de nuit qu'il trouvait trop fréquentes, remplissait la sonnette de papier avant de se coucher et la débourrait à l'aube; il avait pour cela recours à la complicité du domestique!

En acceptant de remplacer un médecin, vous vous interdisez, même sans convention spéciale, de venir ultérieurement vous installer près de lui. Même s'il vient à abandonner la pratique, vous ne devez vous installer dans sa clientèle qu'à la condition de l'acheter ou tout au moins avec l'agrément du médecin; si celui-ci vient à succomber, il vous faut l'autorisation formelle de ses ayants droit.

N'écoutez pas les conseils perfides qui vous seront donnés par les meilleurs clients du médecin que vous remplacez : ils vous engageront à rester en vous disant que vous avez toutes chances de réussir dans le pays où vous plaisez à tout le monde. Les arguments seront pressants : vous êtes jeune, actif, vous avez toutes les qualités nécessaires pour le succès; le confrère que vous remplacez est un excellent homme, il a été très bien autrefois, mais il commence à se fatiguer, il est presque toujours parti (cela veut dire qu'il prend 8 jours de vacances à peu près tous les 3 ans).

Les mères de famille sont les plus acharnées à vous retenir, espérant trouver le gendre rêvé qui leur permettra de garder leur fille près d'elle.

Méfiez-vous de ces conseils, et sous aucun prétexte ne vous laissez aller à vous installer à côté du médecin que vous avez remplacé; si nous insistons sur ce point, c'est que certains jeunes confrères, depuis quelques années, n'ont pas suivi cette règle que la simple honnêteté commande. Il y a là une faute absolument grave contre la déontologie; elle ne peut que rejaillir tôt ou tard sur celui qui l'a commise. C'est contre de tels manquements à la probité la plus élémentaire que pourraient servir les chambres de discipline médicale. D'ailleurs les médecins qui se font remplacer prennent quelquefois maintenant la précaution — rendue nécessaire par ces incorrections — de faire signer au remplaçant l'engagement écrit de ne point s'installer dans un périmètre déterminé de la localité. Cette mesure préventive a permis à un confrère de la banlieue parisienne d'intenter avec succès une action en dommages et intérêts à son remplaçant : celui-ci — avec une indélicatesse rare — s'était tranquillement installé dans la localité même, après avoir fait la clientèle du confrère malade pendant 5 ou 6 mois et après avoir pris l'*engagement écrit* de ne pas s'installer dans un périmètre donné.

Notez que, dans certaines conditions, le remplaçant peut — *très à tort* — se croire autorisé à s'installer malgré le médecin qu'il a remplacé pendant quelque temps : c'est ce qui arrive lorsque ce dernier veut vendre sa clientèle à un prix que le remplaçant trouve trop élevé. Le fait a failli se produire dans le cas suivant. Un médecin tombe malade, se fait remplacer à deux ou trois reprises, pendant plusieurs semaines; puis, sa maladie s'aggravant, et sa clientèle commençant à diminuer, il fait appel à un étudiant en médecine sur le point de terminer ses études; celui-ci, jeune et plein d'ardeur, fait la clientèle avec beaucoup de soin, pendant 10 à 12 mois, l'améliore en soignant des malades qui avaient abandonné le confrère fatigué. Celui-ci, au bout de ce temps, sur le conseil des personnes qui le soignaient, déclare abandonner la clientèle et offre à son jeune remplaçant de la lui vendre, comme lui-même l'avait achetée plusieurs années auparavant. Il en demande un prix assez élevé, celui qu'il avait payé jadis. Le remplaçant refuse en trouvant ces conditions trop onéreuses : il objecte que la clientèle périclitait à son arrivée, qu'il l'a améliorée depuis plusieurs mois et que, si cette clientèle a encore quelque valeur, c'est grâce à lui; il n'offre pas même la moitié de la somme qui lui est demandée. Le titulaire rejette cette proposition qu'il juge dérisoire et s'en tient à sa demande première; les choses s'enveniment; les clients et — chose plus grave — les clientes se mêlent à la discussion et encouragent le remplaçant à s'installer sans bourse délier.

A un moment donné on vit ces deux confrères qui, jusqu'alors, avaient eu les meilleures relations, devenir très agressifs l'un vis-à-vis de l'autre; le jeune médecin, — son honnêteté l'eût certainement empêché de mettre son dessein à exécution — ne parlait rien moins que de garder la clientèle sans payer aucune indemnité.

Les deux confrères ainsi en désaccord ont l'heureuse idée de s'en remettre au jugement d'un tiers dont le rôle d'arbitre fut facile. Au titulaire de la clientèle il représente qu'en effet sa clientèle n'a plus la valeur d'autrefois, qu'elle sera, par un autre médecin que son remplaçant, difficilement payée la moitié du prix demandé. Au remplaçant il fait valoir qu'il aurait tort d'abandonner, faute d'un sacrifice pécuniaire, une situation qu'il connaît, de ne pas profiter de ce qu'il est déjà apprécié de la clientèle; il ajoute que la menace de s'installer sans bourse délier ne peut être prise au sérieux de la part d'un honnête homme comme lui. Bref, une transaction s'établit à la satisfaction des deux intéressés : depuis lors le jeune médecin a une clientèle très rému-

nératrice et vit en bons termes avec son confrère retraité.

C'est dire qu'en pareil cas il suffit souvent d'un tiers, d'un intermédiaire pour trancher des difficultés de cette nature : l'arbitrage ainsi pratiqué empêche les solutions violentes qui non seulement nuisent aux individus, mais ternissent le bon renom de la profession médicale. Il est donc indiscutable qu'un docteur en médecine ne peut venir exercer dans le pays qu'avec l'agrément formel du confrère qu'il a remplacé ou après avoir acheté sa clientèle.

Cession de clientèle. — Cette *cession d'une clientèle médicale* moyennant finances soulève de nombreuses questions. Au point de vue du droit, certains tribunaux n'ont pas admis la vénalité de la clientèle d'un médecin, en se basant sur ce motif que la confiance n'est pas dans le commerce, qu'elle ne peut se vendre ; aussi ont-ils dénié toute valeur aux contrats passés entre deux médecins.

D'autres tribunaux considèrent au contraire comme valable la convention par laquelle « se fait ordinairement une cession de clientèle et qui consiste essentiellement dans l'obligation que prend le cédant de recommander purement et simplement le cessionnaire à ses clients et de ne plus exercer lui-même soit dans la localité même, soit dans un rayon déterminé, et dans l'obligation que prend le cessionnaire de payer au cédant une somme convenue. Cette convention, dis-je, rentre dans la nature du *contrat*, tel qu'il est défini par l'article 1126 du Code civil... » (Dechambre).

Les tribunaux reconnaissent d'autant plus facilement comme valable ce contrat, qu'il y est inséré une clause portant par exemple la promesse de présenter le nouveau venu à la clientèle ou la cession d'objets matériels, tels qu'une voiture, un cheval, une bibliothèque, la continuation d'un loyer, etc.

Au point de vue professionnel, la cession d'une clientèle est parfaitement licite ; elle facilite les débuts du jeune médecin qui, ayant de suite une clientèle, n'a pas la tentation d'abaisser les honoraires pour s'en créer une ; c'est une faible, mais juste indemnité pour le praticien qui se retire de la lutte ; « aucun scrupule d'honnêteté ne doit retenir celui qui met un prix à un fonds constitué par sa peine et son travail et qui sera utile à l'acquéreur » (Dechambre).

Aussi ce n'est pas sans quelque surprise qu'on lit dans un projet de code déontologique bavarois (*Münch. med. Wochens.*, n° 50, 1898) : « Il est interdit aux médecins de faire le commerce des appareils et des médicaments, d'acheter ou de vendre une clientèle ou de servir d'intermédiaire à ces négociations. »

Dans les conditions habituelles de la profession médicale, il est donc parfaitement correct de la part d'un médecin ou de ses ayants droit de céder une clientèle ; il est non moins correct de la part du jeune médecin de donner à son prédécesseur une indemnité. C'est un usage qui serait d'autant plus utile qu'il serait plus répandu ; malheureusement, depuis quelques années — c'est un des moindres méfaits de l'encombrement médical, — le jeune médecin hésite à payer une clientèle, craignant de voir le lendemain plusieurs autres confrères venir lui disputer les clients de son prédécesseur.

D'ailleurs, si les tribunaux sont actuellement disposés à reconnaître la validité de ces conventions entre médecins, ils tiennent compte des conditions dans lesquelles se fait cette cession. C'est ainsi qu'on ne saurait critiquer les juges qui n'ont pas voulu récemment admettre comme valable un contrat par lequel la femme d'un confrère décédé voulait continuer à gérer elle-même, de compte à demi avec le successeur, un cabinet médical quelque peu suspect.

Enregistrement du diplome. — Que vous ayez acheté ou non une clientèle, vous vous installez : le choix de l'endroit où vous désirez pratiquer est toujours délicat, il doit être guidé surtout par vos goûts personnels, par vos aptitudes, par vos besoins et vos ressources et... un peu par le hasard.

Dès que votre décision est prise, vous avez immédiatement *des devoirs à remplir vis-à-vis de l'Etat et vis-à-vis de vos confrères.*

Vis-à-vis de l'Etat, la loi Chevandier, qui depuis le 30 novembre 1892 régit l'exercice de la médecine en France, prescrit l'enregistrement du diplôme dans le mois qui suit l'établissement.

L'article 9 de cette loi dit que : « Les docteurs en médecine, les chirurgiens dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

« Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement dans le même délai.

« Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis 2 ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

« Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18. »

Comme sanction de l'article 9, l'article 22 de la même loi porte que « quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements, sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs ».

De plus l'article 10 prescrit qu'il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

Pour être vraiment utile, cet affichage imposé par la loi devrait être fait non seulement dans les lieux prescrits par elle, mais encore dans des endroits où les listes pussent être consultées facilement par le public, par exemple dans les pharmacies. Il faudrait surtout que ces listes — au lieu d'aller dormir dans les cartons des ministères — fussent distribuées gratuitement à tout médecin, dentiste et sage-femme. C'est une revendication bien légitime — puisqu'elle a surtout en vue l'intérêt du public — qui devrait être soutenue énergiquement par les associations médicales.

Dans les grandes villes en particulier, une large publicité de ces listes serait un moyen de réfréner l'exercice illégal de la médecine.

(Voir la suite dans le numéro du 21 juillet.)

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur l'hypertrophie du cœur dans la néphrite aplasique,

Par L. Bouveret,
Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

La loi de Traube est une des plus constantes qu'il y ait en pathologie. Elle peut être ainsi formulée : toute néphrite interstitielle tend à produire l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Traube reconnut en effet que, parmi les néphrites et les lésions rénales, c'est la néphrite interstitielle qui le plus régulièrement retentit sur le cœur gauche et en provoque l'hypertrophie. Il fixait à 93 p. 100 la proportion des cas de sclérose rénale associée à l'hypertrophie du cœur.

La loi souffre donc quelques exceptions; en termes plus explicites, on peut dire que, dans 7 p. 100 des cas, des conditions interviennent qui font obstacle à cette influence constante de la sclérose rénale sur le ventricule gauche. Parmi ces conditions on connaît déjà la sénilité, la tuberculose, les cachexies.

Mais sûrement ces conditions n'expliquent pas toutes les exceptions. L'hypertrophie peut manquer chez des sujets jeunes, ni tuberculeux, ni cachectiques. En 1889, j'ai observé un fait de ce genre et qui m'a beaucoup frappé. Une jeune femme de 22 ans meurt d'éclampsie urémique; les deux reins, très atrophiés, pèsent 60 et 25 grammes, et le cœur, de volume normal, pèse 255 grammes. Voici cette observation résumée :

Observation I. — Madeleine H..., âgée de 22 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu dans mon service, en juillet 1889. Elle paraît avoir eu une assez bonne santé jusqu'à la puberté. A cette époque, elle devint anémique; elle était souvent pâle et souffrait de palpitations. Vers l'âge de 17 ans, elle eut des pertes abondantes. C'est depuis ces pertes qu'elle est malade. Elle eut d'abord de la bouffissure du visage, puis de l'enflure aux pieds. Un peu plus tard, elle souffrit de maux de tête, de palpitations et d'oppression. Elle eut aussi des troubles de la vue. La soif était plus vive et la quantité d'urine augmentait. Plusieurs fois la malade a eu des saignements de nez. La menstruation cessa d'être régulière.

Au moment de son admission, la malade présente un état général déjà mauvais ; elle est pâle, faible ; elle a un peu d'œdème au visage et aux pieds. Elle se plaint d'une lassitude extrême ; elle ne peut faire quelques pas sans être fatiguée et oppressée. De temps en temps surviennent des crampes dans les mollets et les bras. Il n'y a pas de toux ; l'auscultation de la poitrine est négative. Au cœur, il existe un bruit de galop ; mais la pointe n'est pas abaissée, elle bat un peu au-dessous et en dedans du mamelon. Le pouls ne paraît pas de tension exagérée. Souffle d'anémie à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. L'urine claire, peu colorée, de densité 1,009, contient une forte proportion d'albumine. L'examen ophthalmoscopique montre un œdème net des deux papilles.

Les jours suivants on remarque que la quantité d'urine diminue et que l'état de la malade s'aggrave. Le 5e jour de l'admission elle est prise de convulsions urémiques. Une saignée reste sans résultat, et la mort survient 12 heures environ après le début des accidents convulsifs.

Autopsie. — Appareil respiratoire indemne, sauf un peu d'œdème aux bases des deux poumons. Aorte petite, d'un diamètre réduit, comme chez les chlorotiques. Le cœur n'est pas hypertrophié, pas plus à gauche qu'à droite ; il pèse 255 grammes. Les reins sont très petits, pâles, grisâtres, très durs, profondément sclérosés ; ils pèsent, le droit 60 et le gauche 25 gr. — Congestion du foie et de la rate. — Œdème de l'encéphale.

Cette jeune fille est morte d'accidents urémiques causés par une néphrite interstitielle. Malgré l'extrême atrophie des deux reins il n'y avait pas d'hypertrophie du ventricule gauche. La malade n'était ni tuberculeuse ni cachectique. Mais elle était chlorotique, et, comme beaucoup de chlorotiques, atteinte d'aplasie vasculaire. J'inclinais à penser qu'il fallait attribuer à cette aplasie l'absence de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Depuis 1889, date de cette observation, j'ai vainement attendu un fait nouveau, également suivi d'autopsie. J'ai donc pris le parti de rechercher, dans diverses publications, les observations de néphrite interstitielle coïncidant avec l'aplasie vasculaire.

C'est à M. Lancereaux qu'est due la notion de la néphrite aplasique. Il a le premier mis en lumière cette association de l'aplasie vasculaire avec une néprite scléreuse aboutissant promptement à l'atrophie des deux reins. Plus récemment M. Dieulafoy a retracé l'histoire clinique de cette néphrite sous le nom très expressif de chloro-brightisme. Je laisse de côté la question de savoir s'il s'agit d'une néphrite causée par la seule aplasie vasculaire, ou bien d'une néphrite vulgaire, très probablement d'origine infectieuse, et dont l'aplasie vasculaire ne fait qu'aggraver le pronostic et précipiter l'évolution. Depuis le travail de M. Lancereaux, un certain nombre d'observations ont été publiées, la plupart par ses élèves. Malheureusement, l'état du cœur n'est pas toujours exposé avec des détails suffisants. Voici, très résumées, les observations que j'ai pu rassembler. Je n'utilise et ne rapporte que les cas avec autopsie et dans lesquels est

exclue l'influence de l'âge avancé, de la tuberculose, d'un état cachectique.

Obs. II. — Obs. I de M. Lancereaux, art. Reins du *Diction. encyclopédique*, 3e série, t. III, p. 217. — Femme de 37 ans. Reins petits, granuleux. Hypertrophie du cœur. Système artériel simplement rétréci.

Obs. III. — Obs. II de M. Lancereaux (*Ibid.*). — Homme de 35 ans. Reins petits, indurés. Hypertrophie du cœur. Aorte relativement étroite dans toute son étendue.

Obs. IV. — Obs. III de M. Lancereaux (*Ibid.*). — Femme de 32 ans. Atrophie scléreuse des deux reins. Hypertrophie avec allongement du cœur gauche. Intégrité de l'aorte dont les dimensions sont relativement petites.

Obs. V. — Obs. IV de M. Lancereaux (*Ibid.*).— Femme de 28 ans. Reins petits, petits, indurés. Hypertrophie du cœur gauche : 1 cent. 1/2 d'épaisseur. Aorte partout petite.

Obs. VI. — Obs. I de M. Besançon, thèse de Paris, 1889. — Jeune homme de 20 ans. Atrophie scléreuse des reins. Cœur pesant 390 grammes.

Obs. VII. — Obs. II de M. Besançon (*Ibid.*). — Fille de 17 ans 1/2. Reins atrophiés. Cœur pesant 200 grammes, paraissant plus petit qu'un cœur normal.

Obs. VIII. — Obs. III de M. Besançon (*Ibid.*).— Homme de 22 ans. Atrophie des reins. Hypertrophie moyenne du cœur.

Obs. IX. — Obs. IV de M. Besançon (*Ibid*). — Femme. Reins atrophiés. Cœur hypertrophié. (Pièces anatomiques sans observation clinique).

Obs. X. — Obs. IX de M. Besançon (*Ibid.*), empruntés à Bartels. — Fille de 22 ans. Atrophie des reins. Cœur un peu plus grand suivant son diamètre longitudinal. Ventricule gauche très dur. Epaisseur des parois du cœur : à droite, 0,4 centimètres; à gauche, 1,6. Le ventricule gauche est modérément dilaté.

Obs. XI. — Obs. de M. Luzet, in *Arch. gén. de méd.*, 1890, p. 257. — Garçon de 17 ans, d'aspect infantile, mort d'éclampsie urémique. Reins atrophiés; le gauche pèse 30 et le droit 43 gr. Le cœur pèse 200 grammes.

Obs. XII. — Obs. II. de M. Mosgofian, th. de Paris, 1893. — Femme de 33 ans. Reins petits : 55 et 70 grammes. Cœur un peu plus volumineux que normalement; cette hypertrophie porte uniquement sur le ventricule gauche.

Obs. XIII. — Obs. III de M. Mosgofian (*Ibid.*). — Femme de 19 ans. Atrophie des deux reins extrême. Etroitesse typique du système artériel avec hypertrophie du cœur.

Obs. XIV. — Obs. XV de M. Mosgofian (*Ibid*). — Homme de 24 ans. Reins atrophiés : le gauche, 36 grammes; le droit, 32 grammes. Ventricule gauche hypertrophié, gros comme le poing; la paroi de ce ventricule a 2 centimètres d'épaisseur.

Obs. XV. — Obs. XVI de M. Mosgofian (*Ibid.*). — Femme de 23 ans. Reins atrophiés, 70 et 85 grammes. Cœur hypertrophié.

Obs. XVI. — Obs. XVII de M. Mosgofian (*Ibid*). — Garçon de 19 ans. Reins atrophiés : le droit pèse 85 grammes. Le cœur pèse 320 grammes.

Obs. XVII. — Observation de MM. Moutard-Martin et Bacaloglu (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1898). — Jeune fille de 22 ans. Reins atrophiés; le gauche pèse 40 grammes; le droit, 50 grammes. Le ventricule gauche est hypertrophié. Diminution du calibre de l'aorte.

J'ai reproduit, en ce qui concerne l'état du cœur, les expressions mêmes que les auteurs ont employées. Elles sont souvent vagues, insuffisantes. Sur 17 cas, 5 fois seulement le poids du cœur est indiqué.

Or, dans les 5 cas où le cœur a été pesé, trois fois l'hypertrophie manque; le cœur pèse 255 grammes (obs. I), 200 (obs. VII), 300 grammes (obs. XI). Dans les deux autres observations, l'hypertrophie est modérée, si l'on considère qu'il s'agit d'hommes très jeunes; en effet, le cœur pèse 390 grammes (obs. VI) et 320 gr. (obs. XVI)

D'après Sappey, le poids moyen du cœur est de 266 gr. chez l'homme, et de 220 à 230 grammes chez la femme adulte. — L'hypertrophie ventriculaire d'origine rénale est un peu moindre que le *cor bovinum* de l'insuffisance aortique. Elle est cependant très marquée; la plupart des auteurs l'estiment en poids à une moyenne de 450 à 500 grammes. J'ai souvent constaté des poids bien plus élevés.

Dans 12 observations, le cœur n'a pas été pesé. Ces cas ont assurément, à notre point de vue, bien moins de valeur. — Dans 8 cas, l'auteur écrit simplement, sans autres détails, hypertrophie du cœur (obs, II, III, IV, V, IX, XIII, XV, XVII). Il est impossible de savoir si l'hypertrophie est très faible, faible, modérée, forte, et ce renseignement serait cependant très nécessaire. — Dans quatre cas, l'auteur est plus explicite, il donne quelques détails ou ajoute un qualificatif au terme d'hypertrophie. Une fois, l'hypertrophie peut être considérée comme faible; le cœur, dit l'auteur, est un peu plus volumineux que normalement (obs. XII). Dans l'observation VIII, l'hypertrophie est qualifiée de moyenne. D'après les détails donnés, elle paraît être moyenne aussi dans les observations X et XIV.

Quelque imparfaits que soient ces documents, ils autorisent cependant cette conclusion : l'aplasie vasculaire fait obstacle à l'influence hypertrophiante de la sclérose rénale sur le ventricule gauche. Sans doute cet obstacle n'est pas toujours absolu, et c'est seulement dans la minorité des cas que l'hypertrophie du cœur fait tout à fait défaut. Il y a des degrés de l'aplasie vasculaire, et par conséquent de l'action modératrice qu'elle possède sur l'hypertrophie ventriculaire. Il en est de même des autres exceptions à la loi de Traube; l'âge avancé, la tuberculose et la cachexie ne suppriment pas toujours d'une façon absolue le retentissement de la sclérose rénale sur le cœur gauche.

Il n'y a pas lieu d'être étonné de cette influence dystrophiante qu'exerce l'aplasie vasculaire sur un cœur qu'un état pathologique incite à l'hypertrophie. L'histoire des dégénérescences nous montre une certaine indépendance dans le développement des systèmes organiques. Divers systèmes sont frappés d'infériorité anatomique ou fonctionnelle à côté d'autres systèmes qui ne présentent point d'anomalies. Dans les cas d'aplasie vasculaire, la force évolutive inhérente au système vasculaire n'est pas suffisante pour en assurer le développement complet; elle s'est épuisée avant de l'avoir amené à l'état adulte. Survienne une stimulation pathologique, elle n'a plus de réserves pour y répondre, ou bien elle ne peut y répondre que d'une façon insuffisante; de là l'absence ou le caractère atténué de l'hypertrophie du ventricule gauche.

A la lecture de toutes ces observations de néphrite aplasique, on est frappé de la gravité de cette néphrite et de la rapidité avec laquelle elle aboutit à l'attaque d'urémie mortelle. Il est probable que le rein, si étroitement uni à l'appareil vasculaire, participe à l'aplasie de cet appareil, et qu'un rein aplasique perd plus vite sa fonction d'organe dépurateur du sang. Il y a lieu de mettre également en cause l'absence ou l'insuffisance de l'hypertrophie du ventricule gauche. Dans la longue

évolution des néphrites interstitielles, cette hypertrophie joue un rôle comparable à celui des hypertrophies d'origine valvulaire. C'est un rôle en partie salutaire. La contraction plus énergique du cœur élève la pression artérielle, entretient une diurèse plus abondante, et il est très ordinaire que la diminution de la polyurie annonce les accidents urémiques grave (1).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séances des 14 Juin et 5 Juillet 1901.

Epithéliome végétant double de l'ovaire.

M. Bisch montre des pièces d'une malade du service de M. Quénu, chez laquelle on avait porté le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire. On fit une laparotomie exploratrice : tout le cul-de-sac de Douglas était comblé par un énorme chou-fleur qui y était comme enclavé. Les deux ovaires, néoplasiques, étaient compris dans cette masse, et l'hystérectomie a été nécessaire pour arriver à leur ablation. La malade a guéri.

Au microscope, on voit, à la surface de la tumeur, des végétations tapissées d'épithélium cylindrique.

Cancer d'un testicule en ectopie abdominale.

MM. Souligoux et **Lecène** rapportent un cas d'épithéliome du testicule, du service de M. Peyrot. Ce testicule cancéreux était en ectopie abdominale, et devant l'éclosion d'accidents péritonéaux, on fut amené à pratiquer une laparotomie qui permit d'enlever la tumeur.

Pyopneumothorax sous-phrénique consécutif à un ulcère perforé du duodénum.

M. Marcel Labbé apporte des pièces recueillies à l'autopsie d'un sujet qui avait été pris brusquement de phénomènes de péritonite, avec localisation maxima des douleurs et de la défense musculaire dans le côté droit du ventre. Il n'y avait aucun antécédent hépatique ni intestinal, et le malade prétendait avoir été toujours d'une excellente santé.

L'affection était donc restée absolument latente. La laparotomie permit de constater une péritonite généralisée.

A l'autopsie, on trouva une poche contenant du pus et des matières fécales, située sous le diaphragme, sur la partie droite de la face supérieure du foie, descendant sur le foie et jusque dans la fosse iliaque droite. En un point de cette poche, on trouvait un orifice recouvert en partie par des fausses membranes de 1/2 centimètre de diamètre et correspondant à un ulcère perforé de la première portion du duodénum.

Sarcome du cœur, secondaire à un sarcome du rein.

MM. Rabé et **L. Morel** présentent un sarcome du cœur, secondaire à un sarcome primitif du rein. Ce foyer métastatique, développé en plein septum interventriculaire, forme à la face antérieure du cœur une saillie nodulaire du volume d'un œuf de pigeon, coiffée d'une plaque de symphyse péricardique. Ce noyau, traversant toute l'épaisseur de la cloison, végétait en pleine cavité du ventricule droit.

Dans les poumons, il y avait 4 à 5 foyers secondaires.

Il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire à petits éléments.

Ostéosarcome de l'humérus.

M. Garrigues montre un volumineux ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, provenant du service de M. Chaput. La malade, âgée de 31 ans, avait vu la tumeur se développer en 1 mois 1/2.

L'opération a consisté en une désarticulation de l'épaule, avec résection préalable de l'acromion et du tiers externe de la clavicule.

Incoagulabilité du liquide de l'hémothorax.

MM. Tuffier et **Milian** montrent du sang extrait par ponction exploratrice d'une plèvre, 22 heures après une plaie perforante de la poitrine par balle de revolver.

Il s'agit de sang, comme le montrent l'opacité du liquide, la numération des éléments GR = 5 122 000 par millimètre cube; GB = 6 727, et les préparations microscopiques étalées sur lame, et aussi ce fait que l'épanchement pleural qui a une hauteur d'un travers de main date de quelques heures. Un épanchement séreux hémorrhagique n'aurait pas pu se produire en si peu de temps.

Ce sang n'était pas coagulé dans la plèvre, puisqu'il a été retiré par ponction. Mais mieux, il est incoagulable. Recueilli depuis 24 heures aseptiquement, il n'a pas la moindre tendance à la coagulation.

Il en est ainsi pour les hémothorax et les hémarthroses chaque fois que la séreuse est à peine traumatisée. Quand, au contraire, les tissus environnants dilacérés déversent leurs humeurs dans la cavité séreuse, le sang coagule. C'est ce qui se passe dans les fractures comminutives de la rotule.

Ces constatations n'ont pas seulement un intérêt pratique, elles ont aussi un intérêt théorique, car si, sous l'influence d'un endothélium, un liquide spontanément coagulable comme le sang perd sa coagulabilité, c'est que cet endothélium jouit de propriétés anticoagulantes.

Cette notion peut contribuer à éclaircir la question de la non-coagulabilité du sang dans les vaisseaux quand leur endothélium est intact (expérience de la jugulaire), et, par contre, la formation intra-vasculaire des caillots quand cet endothélium est lésé (phlébite).

M. Griffon objecte qu'à l'autopsie des malades qui ont succombé à une rupture du cœur, le péricarde se trouve dans les mêmes conditions anatomiques de la plèvre blessée par une balle, et pourtant on trouve alors le cœur englobé dans un gros caillot. Le fait d'avoir retiré du sang non coagulé et incoagulable de la plèvre, dans le cas actuel, ne prouve nullement, à son sens, qu'il n'existe pas de caillot dans la cavité pleurale.

M. Cornil est d'avis que, pour trancher la question, il serait nécessaire de recourir à l'expérimentation sur les animaux.

Paralysie générale; hémorrhagie méningée.

MM. Vigouroux et **Laignel-Lavastine** présentent le cerveau d'un malade que l'on soupçonnait atteint de paralysie générale, et dont le liquide céphalo-rachidien avait, en effet, la formule cytologique qu'on rencontre dans cette affection.

Le malade eut un jour un ictus et mourut une semaine après. L'autopsie confirma le diagnostic de paralysie générale et montra que le malade avait succombé à une hémorrhagie méningée terminale.

Érosions hémorrhagiques de l'estomac au cours d'une infection expérimentale à méningocoques de Weichselbaum.

MM. Gandy et **Griffon** montrent l'estomac d'un lapin inoculé par la voie péritonéale avec une culture très virulente de méningocoques de Weichselbaum, et qui succomba au 3e jour.

Sur la face péritonéale de l'estomac se montrent des taches circulaires pâles; par transparence, elles laissent apercevoir à leur centre un point noirâtre qui sur la face muqueuse correspond à une petite eschare. Ces petites eschares (premier stade d'érosions hémorrhagiques), au nombre de 40 à 50, occupent surtout la région cardiaque.

Sur les coupes passant par ces eschares, la paroi gastrique est doublée ou triplée d'épaisseur. Cet épaississement est dû à un œdème considérable de la sous-muqueuse et de la musculeuse dont la moitié interne est ainsi dissociée fibre à fibre.

1. *Lyon médical*, 7 juillet 1901.

L'eschare, qui ne dépasse en aucun point la muscularis mucosæ, et dont la coloration brunâtre est remarquable, est due à la nécrose de la couche glandulaire. Cette nécrose débute nettement par la partie profonde des glandes qui sont frappées par groupes isolés sur plusieurs points voisins; les tubes, dans la zone d'envahissement de la nécrose, paraissent infiltrés d'un pigment jaunâtre qui donne sa coloration à l'eschare. Il n'y a pas à proprement parler d'infiltration hémorrhagique et pas trace encore de réaction inflammatoire.

Dans la couche sous-glandulaire, à la base même des points nécrosés, on remarque de petites artérioles et veinules, et de gros capillaires véritablement injectés de méningocoques; dans la couche glandulaire elle-même, entre les tubes non encore atteints, on retrouve aussi de gros capillaires remplis de méningocoques. Ceux-ci forment encore d'énormes amas dans l'épaisseur même des placards nécrosés.

Ces dernières constatations montrent que ces foyers de nécrose spéciale, avec pigmentation de la couche glandulaire, sont sous la dépendance de l'envahissement par la voie vasculaire sanguine de colonies considérables de méningocoques.

Pancréas surnuméraire.

MM. Gandy et **Griffon** apportent les coupes d'une paroi duodénale dans l'épaisseur de laquelle s'est développée une glande pancréatique accessoire. Celle-ci simulait une petite tumeur arrondie, aplatie, de la largeur d'une pièce de 1 franc, incluse dans la paroi de la première portion du duodénum.

Le microscope montre que la glande surnuméraire a pénétré et dissocié la sous-muqueuse, la musculeuse surtout, et même la tunique sous-séreuse. Elle est constituée par deux ordres de formations épithéliales : les unes forment des groupes de nombreux canaux très longs, contournés, rameux, etc., à épithélium cylindrique, appartenant au système excréteur; les autres consistent en groupes d'acini plus ou moins importants, avec enveloppe conjonctive du type des acini pancréatiques; mais on ne découvre pas dans ces lobules d'îlots de Langerhans.

Tuberculose du myocarde.

M. Gandy montre des coupes d'un cas de tuberculose du myocarde. L'aspect microscopique était celui de la sclérose du myocarde. Le microscope a révélé que les travées blanchâtres qui dissocient la portion sous-épicardique du muscle cardiaque sont constituées en réalité par des placards de tissu fibrillaire jeune, extrêmement riche en cellules embryonnaires et renfermant de nombreuses cellules géantes typiques; par places seulement, apparaissent déjà quelques îlots caséeux. C'est là un cas d'infiltration tuberculeuse diffuse, à point de départ sous-épicardiaque, forme très rare de tuberculose du cœur.

Examen des ganglions rachidiens dans un cas de tabes.

M. L. Marchand présente des préparations des ganglions rachidiens sacrés et lombaires d'un paralytique général ayant présenté le syndrome tabétique.

Dans les ganglions rachidiens, on trouve trois sortes de lésions : 1° des lésions vasculaires; 2° une infiltration des ganglions par une multitude de petites cellules rondes; 3° des cavités pseudo-kystiques. Dans la moelle, on ne trouve qu'une sclérose très légère des cordons postérieurs. Les cellules nerveuses des ganglions, les nerfs périphériques et les racines paraissent normaux. Ce cas semble montrer que le syndrome tabétique peut exister sans lésions appréciables des cordons postérieurs, et que jusqu'à un certain point les cellules nerveuses des ganglions peuvent être comprimées sans entraîner de lésions dans les gaines myéliniques du neurone sensitif périphérique.

Végétations névrogliques du cortex dans un cas de paralysie générale.

M. Marchand montre des végétations névrogliques dans un cas de paralysie générale; elles sont localisées dans le fond des sillons. Elles possèdent toutes à leur partie centrale un vaisseau. Les fibrilles névrogliques se sont accolées aux parois vasculaires pour déterminer les bosselures du cortex. Ce fait est en faveur de la théorie qui donne dans la paralysie générale la priorité aux lésions vasculaires.

Un clou dans l'appendice.

M. Weinberg présente, au nom de M. Marien (de Montréal), un appendice enlevé à un jeune homme opéré lors de sa troisième crise d'appendicite.

L'extrémité libre de cet appendice est très dilatée. Ce chirurgien y a trouvé au milieu du mucus un petit clou long de 1 centimètre. De l'examen histologique pratiqué par M. Weinberg, il résulte que l'appendice présente dans sa partie ectasiée des lésions chroniques atrophiques. Dans la partie supérieure, l'appendice est chroniquement enflammé sans présenter de lésions aiguës bien marquées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 Juillet 1901.

A propos du tétanos post-opératoire.

M. Reynier analyse une observation de **M. Platon** (de Marseille) relative à un cas de tétanos survenu 13 jours après la salpingectomie vaginale. Les sutures ont été faites à la soie et la source de l'infection n'a pu être découverte.

Dans son cas personnel, M. Reynier avait incriminé le catgut, parce qu'il avait cultivé, bien qu'on n'ait pas trouvé le microbe de Nicolaïer.

On peut encore supposer que les aides ou le chirurgien soient les vecteurs de ce microbe. Assurément, cette voie de contagion est admissible, mais pourquoi ne pas accuser plutôt le malade, qui était jardinier et remuait la terre, réceptable possible de ce microbe?

Quant à la valeur préventive du sérum, qui ne serait pas discutable pour M. Bazy, M. Reynier n'est pas aussi convaincu de son efficacité. M. Bazy le met en pratique et il n'a pas de tétanos; mais, pendant longtemps, M. Reynier n'en a eu aucun cas et, cependant, il ne faisait pas d'injections. Exceptionnellement, on en fait une et le malade est pris de tétanos. Le moyen n'est donc pas infaillible. Un autre exemple vient de s'en présenter dans le service de M. Peyrot.

Peut-être n'y a-t-il pas d'inconvénient à s'en servir; mais il ne faut pas négliger l'emploi du chloral à haute dose (15 à 25 grammes), comme l'ont préconisé Schlemmer et Verneuil.

M. Reclus rappelle que le microbe de Nicolaïer peut se rencontrer un peu partout. Sanchez Toledo a bien montré qu'il existait dans toutes les salles d'hôpital. A propos des injections préventives, M. Reclus cite un fait de sa pratique où, malgré son emploi, le tétanos s'est déclaré. Il est vrai que le malade suppurait, et que, dans ce cas, suivant Roux, il est nécessaire de répéter l'injection.

M. Schwartz croit qu'on aurait tort de ne pas faire d'injections préventives et de ne pas les répéter. Depuis qu'il agit ainsi, les faits de tétanos, à Cochin, sont bien moins nombreux qu'autrefois.

M. Delorme a constaté que la suppuration comme condition de développement du tétanos n'est nullement nécessaire. Il en a observé un cas, entre autres, dans son service, à la suite d'un cure radicale de hernie. La plaie s'était réunie par première intention, et cependant il y a eu tétanos et mort.

D'autre part, il a soigné de nombreuses plaies et, sans avoir fait d'injections préventives de sérum, il ne se rappelle pas avoir constaté de tétanos.

M. Michaux est de l'avis de MM. Bazy et Schwartz. Les injections préventives doivent être faites. Depuis qu'il les pratique, il n'a pas observé le tétanos ni aucun accident imputable à ces injections.

Des tumeurs inflammatoires chroniques.

M. Delbet a fait remarquer que la communication de

M. Ricard appelle l'attention sur les rapports des tumeurs inflammatoires et des néoplasmes. Dans son cas il s'agissait d'une tumeur de la région thyroïdienne. D'autres régions peuvent en être le siège.

Il y a quelque temps, M. Delbet avait fait l'hystérectomie à une femme atteinte d'un fibrome utérin. L'opération eut lieu sans incidents. Quelques mois plus tard, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements et température, et attribuées à de l'épiploïte. Ces accidents durèrent peu, mais un ou deux mois après ils se reproduirent accompagnés de l'existence, dans la partie supérieure du ventre, d'une tumeur dure, volumineuse et immobile.

Une incision conduisit sur une tumeur adhérente à l'aponévrose, d'aspect fibromateux ou sarcomateux, à limites diffuses et s'enfonçant profondément. Ne pouvant l'enlever en totalité, M. Delbet en a commencé la fragmentation, et c'est alors qu'il est arrivé dans une cavité centrale remplie de sang et au fond de laquelle se trouvait un calcul biliaire, puis, derrière celui-ci, un autre. C'était, en un mot, une cholécystite avec inflammation périphérique. Nettoyage et drainage de la cavité. La fistule biliaire et la masse inflammatoire ont disparu et la malade a bien guéri.

Ces tumeurs présentent certains caractères des tumeurs malignes, mais elles en diffèrent par ce fait qu'elles se résorbent lorsqu'on a détruit la cause qui les provoque et les entretient.

Elles en diffèrent encore par la discordance qui existe entre leur évolution et leur structure anatomique. Ce sont des tumeurs inflammatoires chroniques.

Quelle est la meilleure conduite à tenir en présence de ces tumeurs? Faut-il intervenir prématurément? On a d'abord soutenu qu'il fallait s'abstenir, puis certains faits rapportés par Taillefer, Ridel et celui de Ricard ont montré que l'opération était possible. Cependant, en dehors des cas où l'urgence commande l'ablation totale, il semble indiqué qu'il vaut mieux ne faire qu'une ablation partielle, à la condition d'agir sur le point de départ qui en est l'origine.

M. Michaux. — Les faits cités par M. Delbet sont assez bien connus, en ce qui concerne surtout les tumeurs inflammatoires abdominales d'origine biliaire; mais c'est aller trop loin que de rapprocher ces cas de celui de Ricard où il s'agissait d'une thyroïdite avec inflammation périphérique.

M. Walther a observé comme M. Ricard chez des adultes deux exemples de tumeur thyroïdienne ayant quelques-uns des caractères de tumeurs malignes. Mais, au bout de quelque temps, elles ont disparu spontanément.

Etiologie de la grossesse ectopique.

M. Larger. — L'étiologie de la grossesse ectopique est aujourd'hui encore en suspens. La contradiction des théories a été établie devant la Société de chirurgie.

Dans la thèse que M. Larger fils vient de soutenir devant la Faculté, sans prétendre aborder la question du mécanisme de la production de la grossesse ectopique, il démontre que la cause première n'est autre que la dégénérescence héréditaire ou acquise.

Aussi bien la nature dégénérative de la grossesse ectopique ne découle-t-elle pas de ce fait que les ectopies, en général, celles de l'ovaire, du testicule, du cerveau, etc., sont considérées, à juste titre, comme étant des monstruosités, des anomalies? Pourquoi l'ectopie de l'ovule fécondé ferait-elle seule exception à la loi générale?

Les observations de grossesses ectopiques publiées jusqu'à ce jour étant muettes sur les antécédents dégénératifs, il a dû faire des enquêtes à domicile dans les 24 cas qu'il doit à l'obligeance de plusieurs de ses collègues, lesquels, joints à ses 3 cas personnels, nous donnent 27 observations. Dans toutes ces 27 observations, sans en excepter une seule, il a constaté l'existence d'antécédents de dégénérescence.

Parmi elles, il en est deux où l'action de la dégénérescence est marquée avec la dernière évidence. Elles appartiennent toutes deux à M. Segond et proviennent de la clinique Baudelocque.

Dans l'une, il s'agit d'une femme un peu névropathe qui a, d'un premier père normal, à antécédents normaux, un fils né normalement à terme, vivant et bien portant.

Elle a ensuite, d'un deuxième père, mélancolique, fils d'une mère aliénée à Ville-Evrard et d'un père mort tuberculeux, successivement 3 avortements et, finalement, une grossesse ectopique tubaire.

Dans l'autre observation, la femme a d'abord deux grossesses normales et à terme. Les époux X... achètent un fonds de marchand de vins et s'alcoolisent rapidement tous les deux. La femme devient enceinte une 3e fois dans ces conditions : grossesse ectopique de 14 mois opérée par laparotomie.

De même que toutes les autres anomalies obstétricales, la grossesse ectopique est héréditaire.

De l'hérédité homologue de la grossesse ectopique nous n'avons qu'un unique exemple, même douteux, à produire. Par contre l'hérédité par transformation se constate dans la majorité de nos observations.

Suivant la loi générale que nous avons établie, l'hérédité par transformation de la grossesse ectopique s'opère avec la plupart des autres anomalies obstétricales; mais de préférence avec ses anomalies concomitantes dominantes : l'avortement et la gémellité.

La concomitance fréquente, dans la même gestation, de la gémellité et de la grossesse ectopique a, depuis longtemps, frappé différents chirurgiens. M. Segond a récemment attiré l'attention de la Société de chirurgie sur ce point. Or, non seulement la gémellité et la grossesse ectopique fusionnent ensemble dans la même grossesse, mais en parcourant les observations publiées par les auteurs, on rencontre parfois encore la gemellité, chez une multipare, dans les grossesses tant antérieures que postérieures à la grossesse ectopique, ou bien encore on la note dans son hérédité, comme nous l'avons observé 9 fois sur 27. Dans une de nos observations la femme, atteinte de grossesse ectopique, était elle-même jumelle.

Mais si la gémellité est une « anomalie dominante » de la grossesse ectopique, elle n'en est pas la seule ni même la plus fréquente. Nous démontrons que l'avortement est plus souvent encore en relation avec la grossesse ectopique. En effet, dans les 127 observations de grossesses ectopiques réunies dans les thèses de Schul et de Funck-Brentano, il n'est pour ainsi dire pas une seule observation de multipare où l'on ne puisse relever un ou plusieurs cas d'avortement ou d'accouchement prématuré, dans les gestations tant antérieures que postérieures à la grossesse ectopique.

Or l'avortement est, par excellence, une tare dégénérative, car elle conduit directement à la stérilité. Disons, à ce propos, que c'est dans la dégénérescence que l'on trouvera la solution du problème chirurgical, jusqu'à ce jour insoluble, de l'influence du traumatisme sur la grossesse. Pourquoi, en effet, certaines femmes avortent-elles au moindre traumatisme? Parce qu'elles sont des dégénérées. Et pourquoi d'autres femmes enceintes résistent-elles même à une laparotomie? Parce qu'elles sont indemnes de tares héréditaires.

D'un autre côté, rien n'est moins rare que la coexistence de la grossesse ectopique, soit simple, soit gémellaire, avec les diverses anomalies utérines : utérus double, bicorne ou unicorne. De nombreux auteurs, tels que Dionis, Küssmaul, Heyfelder, Rokitansky, Barnes, Courty, Elbing, Walther, en ont décrit et même représenté des exemples.

En résumé, la grossesse ectopique n'est autre chose qu'un stigmate de dégénérescence, au même titre que le bec-de-lièvre, le pied bot, l'exencéphale, etc.

Elle est, en conséquence, héréditaire.

Toutefois, son hérédité homologue n'a pu être encore nettement prouvée, la détermination exacte de la grossesse ectopique étant de date trop récente.

Par contre, son hérédité par transformation est bien établie. Elle s'opère indistinctement avec tous les autres stigmates physiques, moraux ou obstétricaux de la dégénérescence. La grossesse ectopique marque cependant une préférence à se transformer avec la gémellité et surtout l'avortement, avec lesquels elle se confond et se fusionne le plus habituellement, soit dans la même gestation, soit dans les gestations différentes de la même femme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 Juillet 1901.

Diagnostic des fractures du crâne par la ponction lombaire.

MM. Th. Tuffier et **G. Milian.** — A propos de la communication de MM. Rendu et Géraudel, MM. Tuffier et Milian font remarquer que la « coloration jaunâtre » du liquide céphalo-rachidien, obtenu par ponction lombaire, aurait dû faire penser à la fracture du crâne et non à la méningite.

Dans tous les cas qu'ils ont observés, MM. Tuffier et Milian ont relaté cette même teinte « couleur chair » et jamais une teinte franchement hémorrhagique.

La coloration jaunâtre indique formellement qu'il devait y avoir des globules rouges dans ce liquide; d'autre part, MM. Tuffier et Milian n'ont jamais observé de lymphocytose dans des cas semblables. Ils se demandent s'il n'y a pas eu quelque erreur de technique dans cette appréciation histologique.

Les auteurs profitent de cette occasion pour insister à nouveau sur la valeur séméiologique considérable de la ponction lombaire dans le diagnostic et le pronostic des fractures du crâne, et recommandent de toujours suivre exactement la technique des trois tubes pour éviter les erreurs d'interprétation.

Méningisme hystérique.

M. Simonin présente un jeune soldat, sujet à des crises d'hystérie, qui est entré à l'hôpital de Vincennes avec le diagnostic de méningite. Il a eu à cette époque, en effet, tous les signes d'une méningite, céphalalgie, vomissements répétés sans effort, raideurs musculaires, constipation. Ces symptômes ont disparu au bout de quarante-huit heures, Le malade a été envoyé au Val-de-Grâce à fin d'examen en vue d'une réforme possible. Actuellement il présente de l'hémispasme facial et lingual, de l'hémiopie, de l'ophtalmoplégie externe incomplète, des troubles de la mémoire et surtout de l'attention. Le liquide céphalo-rachidien était clair et limpide.

Tous ces phénomènes sont évidemment des phénomènes hystériques.

Étude cytologique des épanchements de diverses séreuses.

MM. Dopter et **Tanton.** — Les résultats de nos examens concordent avec ceux de MM. Widal et Ravaut: toutefois, pour l'hydarthrose, la cytologie donne parfois des renseignements contradictoires.

Dans une hydrocèle chronique traumatique, l'examen du dépôt fit voir des lymphocytes avec des cellules endothéliales; après injection iodée, la lymphocytose fut remplacée par la polynucléose. Aussi la lymphocytose semble-t-elle bien être la manifestation d'un processus lent et chronique; la polynucléose, au contraire, celle d'une inflammation aiguë.

Un cas d'ascite par cirrhose atrophique du foie a montré les polynucléaires en quantité prédominante avec des cellules endothéliales. Le fait est en faveur de l'opinion qui attribue l'épanchement abdominal des cas semblables à des lésions péritonéales concomitantes.

L'absence de cellules endothéliales est un signe caractéristique de la nature bacillaire des épanchements. Il faut toutefois tenir compte de ce fait, que des épanchements non bacillaires peuvent survenir chez les phthisiques.

Rétrécissement du pylore sans rétention alimentaire.

M. Soupault. — Les lésions organiques siégeant au niveau du pylore n'entraînent pas toujours, comme l'enseignent les classiques, la stase gastrique et la rétrodilatation de l'estomac.

Elles peuvent manifester leur présence par de simples troubles fonctionnels dont le caractère essentiel est d'être tardifs, de ne se manifester que plusieurs heures après l'ingestion alimentaire.

L'évolution de la maladie est la suivante : sans caractères précis au début, les symptômes, à la période d'état, se groupent en une série d'accès séparés par des rémissions plus ou moins longues et complètes ; puis, au bout d'un temps variable, ordinairement d'assez longue durée, les accès deviennent subintrants, et la maladie aboutit à un état de mal perpétuel.

La laparotomie permet de constater que ces troubles sont bien dus à des lésions pyloriques. Le plus grand nombre de celles-ci sont des ulcères, mais on rencontre aussi des cancers ou des lésions d'un autre ordre.

La gastro-entérostomie, en créant une voie de dérivation qui permet aux aliments d'éviter le passage du pylore rétréci et irritable, supprime la douleur et permet la cicatrisation des lésions dont elle prévient du même coup les complications graves (hémorrhagies, perforations, dégénérescence cancéreuse).

Le diagnostic précoce des sténoses du pylore peut avoir, pour le traitement des cancers de cette région, une importance de premier ordre. En opérant de bonne heure des individus atteints du syndrome pylorique, on pourra surprendre des cancers au début, en pratiquer l'ablation et faire, de ce chef, une opération curative et non plus palliative.

Paralysie du spinal en deçà de l'origine de la branche anastomotique vago-spinale.

M. Lermoyez présente une femme atteinte d'enrouement et de difficultés de déglutition. L'examen laryngoscopique montre une paralysie de la moitié droite du voile du palais et du pharynx, ainsi que de la corde vocale droite qui est en position cadavérique. En outre, l'épaule droite est plus basse que du côté gauche, le trapèze droit et le sterno-mastoïdien droit sont paralysés et un peu atrophiés.

Cette femme, il y a 10 semaines, a été prise de fièvre, de frissons et un abcès s'est formé dans la gorge et s'est ouvert. Quelques jours après, l'enrouement est apparu et, quand cette malade a commencé à travailler, elle s'est aperçue de la faiblesse de son épaule droite.

La radiographie a montré qu'il n'y a aucune lésion cervicale ou médiastinale visible. Il n'y a, d'autre part, aucun symptôme de lésion cérébrale ou bulbaire, ni d'hystérie. Tout prouve que, chez cette malade, il s'agit d'une névrite par propagation, l'abcès ayant lésé le tronc du spinal.

Cette observation est importante au point de vue de l'étude du trajet des fibres du spinal. On sait que Claude Bernard admettait que le spinal fournit au pneumogastrique une branche anastomotique, origine du récurrent.

Cette opinion a été battue en brèche; on admet, aujourd'hui, d'après les travaux allemands, que le nerf vago-spinal, d'origine bulbaire, est indépendant du spinal; cette théorie allemande ne cadre pas du tout avec le cas présent. Au contraire, la paralysie de cette femme s'explique parfaitement si l'on admet la théorie de Claude Bernard.

Le rétrécissement aortique acquis et l'aortite chronique dans l'enfance.

M. Barié a observé un jeune garçon de 15 ans chez lequel, à la suite d'une scarlatine grave, il s'établit peu à peu une aortite chronique avec sténose artérielle (souffle râpeux et frémissement cataire systolique siégeant dans le deuxième espace intercostal droit).

Dans quelques cas, beaucoup plus rares, le rétrécissement aortique peut se localiser, comme dans certains faits recueillis chez l'adulte, au-dessous de l'anneau fibreux et des valvules sigmoïdes qui restent saines; ainsi serait constitué le rétrécissement sous-aortique de l'enfance, beaucoup plus rare encore que le précédent.

Exostoses multiples infantiles.

M. Guinon présente un enfant entré à l'hôpital pour une chute, et qui porte sur tout son squelette un grand nombre de toutes petites excroissances osseuses, très évidentes et très nombreuses en particulier sur la calotte cranienne. Sur le tronc et les membres on les rencontre surtout au niveau des épiphyses et des apophyses, en particulier des apophyses épineuses.

Ces nodosités ont mis 2 mois à apparaître, et il semble maintenant qu'elles régressent peu à peu. Il ne s'agit pas d'exostoses ostéogéniques, qui sont plus volumineuses, autrement localisées, et n'ont pas cette marche aiguë.

M. Merklen fait remarquer qu'on a observé des nodosités de ce genre chez des rhumatisants. L'enfant a été récemment atteint de chorée. On sait les rapports de la chorée avec le rhumatisme. Peut-être ces excroissances osseuses sont-elles de même nature que chez les rhumatisants.

Scorbut infantile.

M. Comby a observé un garçon de 11 mois qu'il soigne depuis 2 mois, pour des accidents rhumatoïdes. L'enfant souffrait, criait quand on touchait à ses jambes et on notait un gonflement considérable et fusiforme sur les fémurs et les tibias. Cependant, le salicylate de soude, l'antipyrine étaient restés sans effet, et l'enfant s'affaiblissait, pâlissait, devenait cachectique. Au premier abord, M. Comby reconnut le scorbut.

Et, en effet, on notait, en outre, du purpura aux membres, des gencives tuméfiées, ecchymotiques et saignantes, des fémurs engaînés par des masses profondes, rénitentes, douloureuses (hématomes sous-périostés). L'étiologie était d'ailleurs très nette. Enfant vigoureux à la naissance, nourri par sa mère pendant 2 mois, puis au biberon. Il prenait du lait maternisé (1 litre, puis 1 litre 1/2 par jour). Pas d'autre nourriture. Pendant 7 mois, ce lait modifié a été parfaitement supporté. Puis les symptômes scorbutiques se sont déroulés progressivement. Quand M. Comby vit l'enfant, il était dans un état lamentable.

On prescrivit la suppression immédiate du lait maternisé, son remplacement par le lait frais simplement bouilli. On ajouta trois cuillerées à café de purée de pommes de terre et trois cuillerées à café de jus d'orange par jour. En somme, régime antiscorbutique. Il n'en fallut pas davantage pour guérir l'enfant. Le changement fut frappant dès les premiers jours. Plus d'hémorrhagies buccales, plus d'inertie musculaire; la vivacité revient, l'anémie se dissipe, les gonflements osseux se résorbent peu à peu. Au bout d'un mois, l'enfant était entièrement guéri.

Quand on rencontre un exemple aussi net, il est impossible de méconnaître le scorbut et alors on comprend bien la variété des discussions qui se sont élevées autour d'une question aussi simple.

La maladie de Barlow est bien le scorbut; tout le prouve, l'étiologie, la symptomatologie et enfin le traitement.

Sur 12 cas de cette maladie publiés en France, il est à noter que 8 sont imputables à l'alimentation artificielle; il faut donc, jusqu'à plus ample informé, s'en défier.

Laryngite suppurée.

M. Ménétrier présente une pièce de laryngite phlegmoneuse; dans le pus, il a trouvé un organisme qui a tous les caractères du diplocoque décrit par Thiercelin sous le nom d'entérocoque.

M. Barbier dit que cet organisme ressemble tout à fait à celui qu'il a décrit autrefois dans les amygdalites sous le nom de diplostreptocoque; l'entérocoque de Thiercelin semble identique à ce diplostreptocoque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 6 et 13 Juillet 1901.

Du liquide céphalo-rachidien hémorrhagique.

M. Bard (de Genève). — Ayant fait, sur une cinquantaine de sujets atteints d'affections diverses des centres nerveux, l'exament du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, j'ai trouvé deux fois un liquide nettement hémorrhagique : dans le premier de ces faits, il s'agissait d'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire et contractures précoces généralisées; dans le second, d'une méningite cérébro-spinale qui se termina par la guérison.

De plus, chez quatre autres malades, le liquide était teinté en jaune, et j'ai cru devoir rattacher cette coloration à la présence d'un pigment dérivé de l'hémoglobine, reliquat d'exsudats hémorrhagiques hématolysés par le liquide céphalo-rachidien. De ces quatre cas, deux concernaient des méningites aiguës terminées par la mort (l'une de nature tuberculeuse chez un enfant de dix-huit mois, l'autre suppurée chez un jeune homme de dix-sept ans) et deux étaient relatifs à des paraplégies flasques avec douleurs, chez des adultes.

Chez ces patients, le liquide ne présentait pas, au spectroscope, les raies d'absorption de l'hémoglobine; il ne donnait pas non plus, avec la teinture de gaïac, la réaction bleue révélatrice de cette matière colorante; enfin, il ne contenait pas de quantités appréciables de fer. Dans ces conditions, il aurait été difficile d'affirmer, en se basant sur des raisons chimiques, l'origine hématique de la coloration en question, mais l'évolution du cas de méningite cérébro-spinale que je signalais tantôt me permet d'en fournir la preuve clinique.

Chez ce sujet, en effet, on retira, le douzième jour de la maladie, un liquide très nettement hémorrhagique, donnant, après centrifugation, une réaction intense avec le gaïac et renfermant, en outre, de très nombreux leucocytes, polynucléaires. Une seconde ponction, pratiquée une semaine après la première, alors que l'état du malade s'était beaucoup amélioré, fournit un liquide jaune, ayant la teinte d'une solution saturée d'acide picrique, mais ne réagissant plus à la teinture de gaïac; ce liquide n'hématolysait le sang du doigt qu'à la dilution de 8 gouttes d'eau distillée pour 10 de liquide; il ne contenait que de rares leucocytes tous isolés, et pour la plupart lymphocytaires. Enfin, sept jours plus tard — le malade étant complètement guéri — le liquide avait repris sa coloration et ses caractères normaux; il ne renfermait plus de leucocytes et n'hématolysait plus le sang du doigt.

De cette observation, on peut conclure que l'hémoglobine du sang épanché et hématolysé dans le liquide céphalo-rachidien y subit une transformation pigmentaire spéciale qui précède sa résorption définitive, et qui permet de reconnaître, au bout d'un certain temps, l'existence d'un épanchement hémorrhagique antérieur.

Valeur comparée des injections sous-arachnoïdiennes et épidurales de cocaïne dans traitement de la sciatique.

MM. Du Pasquier et **Leri**. — Nous avons traité comparativement un certain nombre de sciatiques, les unes par des injections intra-arachnoïdiennes, les autres par des injections épidurales de cocaïne. Les accidents que nous avons observés à diverses reprises (céphalées, vomissements, vertiges, etc.) à la suite des injections intra-arachnoïdiennes, bien que la dose de cocaïne injectée en une seule fois ne dépassât pas 5 milligrammes, nous autorisent à considérer la méthode épidurale comme le procédé de choix pour le traitement des affections douloureuses des membres inférieurs, et en particulier des névralgies sciatiques.

Les injections épidurales dans l'incontinence d'urine.

MM. Albarran et **Cathelin**. — Etudiant les effets des infections épidurales de cocaïne dans les vessies douloureuses, nous avons constaté que l'injection de 2 à 3 centimètres cubes de cocaïne de 1/2 à 2 p. 100 détermine souvent, mais non toujours, une diminution de la sensibilité douloureuse spontanée ainsi que la diminution de la douleur au contact des instruments; par contre, la sensibilité à la distension par injection intra-vésicale n'est pas modifiée.

Dans 4 cas d'incontinence d'urine de causes variées (tuberculose vésicale, paraplégie avec cystite, incontinence des vieilles femmes par relâchement du sphincter), nous avons vu, après l'injection épidurale de 1 centimètre cube de cocaïne à 2 p. 100 le retour de la contractilité sphinctérienne dès le 1er jour (3 fois) ou le second jour (1 fois). Chez un malade, il a suffi

d'une seule injection pour que la miction volontaire persiste encore depuis 6 jours. Chez un autre, 2 injections à un jour d'intervalle; depuis 8 jours mictions spontanées. Chez une femme, 4 injections en 13 jours; depuis la dernière injection, qui date de 15 jours, mictions dans la journée, la nuit, l'incontinence persiste. Chez une 4e malade âgée de 78 ans, nous avons fait 5 injections en 18 jours, nous avons obtenu une série d'alternatives de continence et d'incontinence; pendant 4 jours, la miction volontaire est revenue.

Lésions des capsules surrénales dans les maladies infectieuses aiguës.

MM. R. Oppenheim et **Lœper**. — Nos recherches portent sur 53 cas qui se répartissent comme suit : 17 diphthéries toxiques ou compliquées, 1 tétanos, 16 pneumonies ou broncho-pneumonies, 10 varioles, pour la plupart hémorrhagiques, 3 fièvres typhoïdes, 4 streptococcies, 1 dysenterie avec infection colibacillaire généralisée, 1 péritonite aiguë putride d'origine appendiculaire.

Dans la diphthérie pure, les lésions dominantes sont la nécrose cellulaire et l'hémorrhagie. Dans les diphthéries associées on trouve, en outre, de la diapédèse diffuse et des nodules infectieux nettement constitués.

L'intoxication ténanique donne quelques îlots hémorrhagiques et une légère infiltration lymphocytique des parois veineuses.

Dans la pneumonie et la broncho-pneumonie, on trouve peu de lésions cellulaires, mais des îlots infectieux à lymphocytes, de l'infiltration des parois veineuses et, quelquefois, de petits abcès microscopiques. Dans un cas, on trouva une thrombophlébite infectieuse des veines capsulaires.

Les lésions de la capsule surrénale variolique sont constituées par de nombreux nodules infectieux à lymphocytes, par l'infiltration des parois veineuses et par la tendance à la sclérose de la zone glomérulaire et de la couche médullaire.

Dans la fièvre typhoïde, les lésions sont semblables aux précédentes.

Enfin, dans les 4 cas de streptococcie, dans l'infection colibacillaire, et dans la péritonite putride appendiculaire, les hémorrhagies véritables parurent fréquentes; une fois, la veine centrale présenta un volumineux caillot bourré de streptocoques.

Sécrétion urinaire avant et après la cautérisation au nitrate d'argent.

MM. E. Bardier et **H. Freukel**. — Le badigeonnage de la surface du rein au nitrate d'argent ne provoque, ni chez le lapin, ni chez le chien, une véritable néphrite, probablement parce que les solutions ne pénètrent pas profondément dans la substance corticale. Au point de vue physiologique, on observe souvent une exagération de la diurèse, non seulement au point de vue quantitatif, mais encore en ce qui concerne la teneur de l'urine en azote total, en azote uréique et en matières minérales.

Recherches sur les propriétés du placenta.

MM. Charrin et **Gabriel Delamare**. — Différentes recherches tendent à faire considérer le placenta comme un organe pourvu d'une certaine activité. Désireux d'étudier cette question, nous avons tenté d'abord d'apprécier la toxicité des extraits du tissu placentaire. Dans nos expériences, il a en général fallu injecter une quantité de liquide correspondant à 26 ou 30 grammes de ce tissu pour tuer rapidement, avec dyspnée, hypothermie, albuminurie, parfois exophthalmie, etc., un lapin d'environ 2 kilogrammes, soit 13 à 16 grammes p. 1 000; cette toxicité se rapproche de celle des glandes les plus actives.

Suivant la méthode de Schiff, nous avons recherché si le placenta agissait sur les alcaloïdes, surtout sur la nicotine; or il ne nous a paru exercer aucune influence de cet ordre.

Nous avons poursuivi ces recherches avec les poisons d'origine microbienne. Les résultats ont été quelque peu différents, attendu que ce sont les animaux qui avaient reçu la toxine diphthérique soumise à l'influence du placenta qui ont survécu à ceux chez lesquels on avait injecté cette même toxine triturée avec du muscle ou du foie. Nous devons cependant ajouter que cette survie a été trop courte pour affirmer d'une manière absolue l'existence d'une propriété d'atténuation ou d'arrêt, la différence ayant été d'environ d'un quart à un tiers (36 heures et 52 heures); il est vrai que les doses de toxine employée étaient massives.

Dans une quatrième série d'expériences, nous avons injecté du mucus dilué dans les vaisseaux de lapines pleines, sans parvenir à réaliser la coagulation du sang du fœtus, tandis que celui de la mère se prenait en masse. Or, *in vitro*, ce mucus agit nettement sur ce sang fœtal; d'autre part, nous pensons avoir procédé avec assez de lenteur pour permettre au mucus de traverser le placenta, et nous n'avons pas retrouvé dans cet organe des thromboses capables de s'opposer à ce passage.

Peut-être s'agit-il d'une véritable intervention active du délivre; néanmoins, en dépit des précautions prises, les objections auxquelles nous venons de faire allusion s'opposent à une conclusion absolue.

Altérations du sang produites par les morsures des serpents venimeux.

MM. B. Auché et **Louis Vaillant**. — Des expériences que nous avons faites sur le cobaye se dégagent les conclusions suivantes :

1° Les altérations provoquées par les morsures de serpents venimeux sont identiques à celles produites par l'injection sous-cutanée du venin desséché et redissous dans l'eau glycérinée;

2° Ces altérations intéressent les globules rouges et les globules blancs;

3° Les altérations des globules rouges consistent dans une hématolyse plus ou moins intense suivant la gravité de la morsure ou la dose de venin injectée. La destruction des hématies est rapide. Elle peut être très intense et se chiffrer par 1 million 1/2 ou 2 millions de globules. Si l'animal survit, la réparation du sang s'accompagne de la présence dans la circulation d'un nombre plus ou moins grand d'hématies nucléées;

4° Les ulcérations des globules blancs sont quantitatives et qualitatives;

5° Les altérations quantitatives se traduisent par une augmentation, quelquefois considérable, du nombre des globules blancs. Cette augmentation s'observe aussi bien dans les cas suivis de guérison que dans les cas mortels. Elle débute très rapidement après la morsure ou après l'injection de venin. Nous avons pu la constater, déjà très notable, au bout d'une demi-heure. Elle est toujours très accusée au bout d'une à deux heures. Dans les cas rapidement mortels, elle persiste jusqu'au moment de la mort. Dans les cas plus prolongés et suivis de guérison, le nombre des globules blancs exagéré pendant 2, 3, 4 jours ou plus longtemps suivant l'intensité de l'envenimation, diminue ensuite pour revenir à la normale. Parfois il y a une nouvelle mais faible élévation du chiffre des globules blancs au moment de la formation du sillon d'élimination de l'eschare, qui souvent suppure un peu;

6° Les altérations qualitatives sont tout aussi prononcées. Le nombre des leucocytes polynucléés est très exagéré. C'est cette hyperleucocytose qui est la cause de l'élévation du chiffre total des globules blancs. Le nombre des lymphocytes est, en effet, diminué. Les leucocytes éosinophiles diminuent de nombre pendant la période d'hyperleucocytose. Ils augmentent pour revenir à la normale et parfois la dépasser un peu, lorsque le chiffre des leucocytes polynucléés redevient normal.

Au moment de la formation du sillon d'élimination de l'eschare, l'élévation du chiffre des globules blancs est due à la présence en excès des leucocytes polynucléés.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 4 Juillet 1901.

Allaitement chez les cardiaques.

MM. Budin et **Macé** rapportent deux observations de

femmes entrées en état d'asystolie dans le service de la Clinique et chez lesquelles, malgré leur état, l'allaitement au sein était réclamé par ces accouchées. Chez l'une et l'autre cet allaitement ne produisit aucune fatigue, aucun trouble. L'allaitement au sein, d'abord partiel, ne tarda pas à être total. Ils insistent sur l'exagération des règles données jusqu'ici pour l'allaitement par des cardiaques, et croient qu'on doit tenter cet allaitement dans un certain nombre de cas avec avantages pour la mère et l'enfant.

Deux cas d'obstruction intestinale chez le nouveau-né.

M. Bonnaire communique deux cas d'obstruction intestinale chez le nouveau-né.

Dans le premier cas, le nouveau-né n'avait pas rendu son méconium, il vomissait vert, et il existait un ballonnement considérable; l'anus était perforé. La laparatomie permit de voir qu'il y avait une hernie de l'intestin grêle à travers le mésentère dilacéré, de plus, il y avait un rétrécissement très marqué portant sur plusieurs centimètres. L'enfant mourut quelques jours après.

Dans le second cas, il s'agissait d'une invagination intestinale ayant amené le sphacèle du tube digestif et une péritonite consécutive.

Dans des cas semblables, M. Bonnaire croit qu'il faut pratiquer la laparotomie pour essayer de lever l'obstacle, car l'anus contre nature est une opération détestable.

Grossesse gémellaire.

M. Budin. — Dans cette observation les deux œufs étaient situés l'un au-dessus de l'autre, si bien que le second fœtus, après avoir traversé ses propres membranes, vint passer par l'orifice de sortie du premier enfant. Dans ce cas particulier le placenta du premier œuf était prævia central.

Kystes hydatiques au point de vue dystocique.

MM. Bar et **Dambrin** lisent un travail basé sur l'observation de trois kystes hydatiques du bassin.

Au point de vue pratique on peut en tirer les conclusions suivantes : si le kyste est rompu, on devra pratiquer l'accouchement rapide par les voies naturelles, puis si le kyste est rompu par le vagin, on se contentera d'agrandir l'ouverture avec le bistouri, puis de drainer soigneusement; si, au contraire, la rupture s'est faite dans l'abdomen, il faut pratiquer la laparatomie qui permettra d'enlever les hydatides. Si le kyste n'est pas rompu, on cherchera à rendre possible l'engagement de la partie fœtale qui se présente, puis l'accouchement soit par la ponction, soit par l'incision du kyste. La ponction simple ou suivie d'infections modificatrices, est un procédé inefficace et dangereux.

L'incision large du kyste par le vagin est une excellente méthode surtout si l'on prend soin de suturer la poche aux lèvres de l'incision. Si l'engagement du fœtus est impossible on fera l'opération césarienne, puis on traitera le kyste comme si la femme n'était pas enceinte.

Forme rare d'hydrocéphalie.

. **M. P. Bar.** — L'enfant dont il s'agit présentait de l'hydrocéphalie peu prononcée, mais à l'autopsie on trouva une fusion de deux lobes cérébraux qui étaient projetés en avant pour la poche kystique. Cette fusion des lobes cérébraux est extrêmement rare.

Hystérectomie pour infection puerpérale.

M. Démelin a opéré par l'hystérectomie une femme, à Lariboisière, qui était très profondément infectée par le streptocoque et des anaérobies. La malade a guéri, et M. Démelin se demande si, dans ce cas, l'opération n'a pas été la cause de cette guérison.

M. Tissier fait observer qu'à la suite de l'opération de M. Démelin, il y a eu abaissement thermique à la suite d'injection utérine ou du curettage. Cette opération a été faite pour un cas de putréfaction utérine; mais, en général, quelle doit être la conduite à tenir en présence d'un cas d'infection puerpérale aiguë? M. Tissier élimine d'abord les ruptures utérines, les abcès pelviens et les rétentions placentaires incurables, pour s'arrêter simplement à l'infection aiguë classique. Par le traitement obstétrical ordinaire, on sauve 90 femmes sur 100; avec l'hystérectomie, on a une mortalité de 90 p. 100. Aussi considère-t-il que cette opération est désastreuse dans le traitement de l'infection puerpérale.

M. Porak est de l'avis de M. Tissier, et quand on a l'expérience des maternités on se rend bien compte que certaines jeunes mourantes guérissent quelquefois médicalement.

M. Budin a vu plusieurs cas de putréfaction intra-utérine qui ont guéri par le traitement ordinaire (curage, écouvillonnage, etc.). Si, d'autre part, l'infection est généralisée, on se demande comment l'hystérectomie pourrait guérir la malade. La précaution importante consiste à nettoyer de très bonne heure la cavité utérine, et pour cela explorer cette cavité à la moindre trace d'infection. M. Budin nettoie à l'aide du doigt et de l'écouvillon, et n'a que très rarement recours au curettage. L'hystérectomie serait peut-être indiquée dans les cas d'abcès limités de l'utérus, ou bien dans d'autres cas où il existe une véritable infiltration purulente de l'organe.

M. Démelin. — En général, l'hystérectomie n'est pas indiquée dans l'infection puerpérale, mais il existe cependant des variétés cliniques rares, il est vrai, où cette opération peut devenir efficace. Ce sont ces cas qui restent à établir nettement; espérons qu'on les connaîtra ultérieurement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séances des 14 Mai et 25 Juin 1901.

Difficulté de diagnostic dans certains cas de grossesse.

M. Chavannaz. — Femme de 30 ans, réglée à 15 ans régulièrement. Règles douloureuses, abondantes; a 2 accouchements à terme.

A 26 ans, fausse couche de 2 mois 1/2.

Un an après, autre fausse couche de 2 mois. Depuis, règles restent douloureuses. En août 1899, elle entre dans le service de M. le professeur Demons, et M. Chavannaz, pensant à un pyosalpinx droit, pratique la laparotomie et constate un ovaire scléro-kystique, qu'il extrait. La malade continue à souffrir du côté gauche. Au mois de juillet 1900, elle revient dans le service, se plaignant depuis plusieurs jours de douleurs dans la fosse iliaque gauche, de pertes de sang et de quelques vomissements.

Le toucher donne un col mou et, à gauche, une tumeur très douloureuse au toucher. On diagnostique grossesse tubaire gauche.

Le 27 juillet, laparotomie. L'utérus est volumineux, incliné à gauche et en arrière, mais il peut être ramené sur la ligne médiane.

L'ovaire est sain, sauf un petit point de sclérose.

La paroi abdominale est refermée.

Le 27 décembre, reparaissent quelques pertes de sang qui amènent la malade chez M. Lefour, où elle accouche à l'aide d'une application de forceps.

Symphyséotomie.

M. Fieux. — La malade, mesurant 1 m. 30 de hauteur, entre en travail le 1er avril, à 7 heures du matin. A ce moment, on constate que l'utérus remonte à 33 centimètres, l'occiput est à gauche, le dos en avant et à gauche. Les bruits du cœur s'entendent à l'ombilic. On diagnostique par le toucher une face au détroit supérieur en MID. La mensuration du bassin donne 9 centimètres du sous-pubis au vrai promontoire et

8 centimètres de la symphyse pubienne à un faux promontoire sacré, soit 7 centimètres comme diamètre utile du bassin.

Après symphyséotomie, on écarte au maximum les pubis, soit 7 centimètres, mais le fœtus est retenu par le faux promontoire. Application de forceps d'abord sur la face, puis sur l'occiput après quelques manœuvres. Le fœtus est en état de mort apparente : il a une hémorrhagie de la chambre antérieure. Il est de petite taille; mis en nourrice 15 jours, il dépérit, mais sa mère lui donne ensuite le sein et actuellement il est en bon état et à peu près sauvé.

Quant à la mère, on suture la symphyse pubienne au catgut, puis la peau aux crins de Florence; enfin une couche de stérésol protège le tout; mais on laisse la malade libre, sans ceinture de contention. Quelques jours après, elle montait les escaliers conduisant à la radiographie. La radiographie montre l'écartement de la symphyse pubienne.

M. Hirigoyen, lui aussi, a pratiqué des symphyséotomies dans des cas pareils, mais il a mis comme moyen de contention une ceinture de gymnastique.

M. Chavannaz fait remarquer que, dans les fractures du bassin, il y a également écartement considérable des fragments après guérison et cependant les malades marchent bien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON.

Séance du 13 juin 1901.

Malade opérée il y a 13 ans d'un sarcome de la région sous-maxillaire.

M. A. Sabatier présente une malade opérée, en 1888, pour une tumeur sarcomateuse de la région sous-maxillaire gauche et ayant, depuis cette époque, subi deux nouvelles interventions. La malade était, en 1888, âgée de 40 ans. La première opération consista en un large curage de la région sous-maxillaire. Glande salivaire et ganglions furent enlevés en masse. Guérison opératoire et, actuellement encore, c'est-à-dire après 13 ans, il n'y a pas de récidive locale. L'examen au microscope montra qu'il s'agissait d'un sarcome à type conjonctif, à cellules fusiformes, mais il fut impossible de préciser le point d'origine, glande salivaire ou ganglions.

En 1892, seconde opération pour une généralisation à distance, dans des ganglions situés au niveau de la partie moyenne du cou, le long de la carotide. Succès opératoire et pas de récidive locale.

En avril 1901, troisième intervention, cette fois, dans les ganglions parotidiens. Deux masses ganglionnaires furent enlevées, dont l'une, en plein tissu glandulaire, qu'il fallut inciser. Guérison opératoire sans paralysie faciale.

La nature microscopique de la lésion (type fusiforme) est bien en rapport avec la lenteur du processus. Néanmoins, le passé répond de l'avenir. L'absence de récidives locales ne donne qu'un gain temporaire; chaque fois il a fallu intervenir à nouveau pour des ganglions envahis à distance. On doit prévoir qu'il faudra, quelque jour, pratiquer un large curage de la loge parotidienne, avec sections nerveuses et ligatures des gros vaisseaux. Et l'acte opératoire sera, probablement, alors, poussé à son extrême limite.

Quoi qu'il en soit, présentement, l'intérêt du cas réside en la constatation d'une survie de 13 ans pour tumeur sarcomateuse. Cela est consolant et, en ce qui concerne ces affections, doit engager les chirurgiens à faire preuve de ténacité.

Tumeur de l'S iliaque.

M. Rochet communique l'observation d'un homme de 54 ans, qui présentait sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et du pubis, une tumeur de l'abdomen, tumeur du volume d'une orange, assez mobile, lisse, de consistance égale, bien limitable de tous côtés, sauf à gauche où elle semble plonger un peu vers la fosse iliaque.

Cette tumeur a évolué en un an, sans douleur, sans phénomènes réactionnels; comme troubles fonctionnels, rien du côté de l'appareil urinaire, mais quelques symptômes intestinaux : le malade dit avoir un peu de constipation et avoir vu ses matières un peu rubanées. Rien autre.

La situation superficielle de la tumeur, sa mobilité relative, sa surface lisse donnent une présomption en faveur de quelque chose de pariétal, fibrome sous-péritonéal peut-être.

Laparotomie. — Rien d'immédiatement apparent sous le péritoine; en plongeant un peu sur la gauche, la main ramène une tumeur arrondie de la grosseur d'une orange, qu'on reconnaît développée concentriquement autour du côlon pelvien, dans la partie antérieure de l'S iliaque. Sa parfaite limitation permet une résection intestinale franche et totale.

Suture des deux segments intestinaux au catgut, sutures séro-muqueuses, puis séro-séreuses.

Fermeture de la paroi par plans successifs, rendue un peu délicate par la friabilité du péritoine et l'état graisseux de la paroi.

La tumeur, incisée dans le sens de la longueur de l'intestin, montre le calibre de l'intestin un peu rétréci et la présence de masses bourgeonnantes dans sa lumière.

En somme, deux points intéressants dans cette observation.

Au point de vue symptomatologique, difficulté du diagnostic à cause des caractères et de la présentation si superficielle de la tumeur, d'une part; et le peu de troubles fonctionnels intestinaux, d'autre part. A souligner, cependant, l'importance du signe des matières rubanées;

Au point de vue opératoire, la grande difficulté de l'entéroanatomose, par suite de l'infiltration graisseuse du péritoine et de la présence des grosses franges graisseuses épiploïques ayant nécessité des excisions multiples et la résection d'un lambeau du méso-signalées plus haut.

Gelure de la paroi abdominale.

M. Durand a présenté à la Société, il y a quelques jours, un malade porteur d'une gelure de la paroi abdominale, consécutive à l'application prolongée d'une vessie de glace sur l'abdomen. Cette lésion faisait hésiter sur l'indication d'opérer à froid, car on craignait que la paroi n'ait été profondément altérée par la gelure et que l'intervention ne soit suivie d'éventration. On avait tort de redouter cette complication, car cette gelure, étendue en surface, était toute superficielle.

M. Durand a en effet enlevé l'appendice de ce malade. La laparotomie a montré que la peau seule avait été atteinte. La partie profonde du tissu cellulaire sous-cutanée ainsi que le ventrier étaient normaux et, au-dessous d'eux, apparaissait, avec toute sa belle apparence normale, l'aponévrose du grand oblique. M. Durand a donc pu faire une suture avec trois plans profonds en tissus sains — péritoine, petit oblique et transverse, aponévrose du grand oblique et un plan cutané. Il a tout lieu de croire que la paroi ne présentera aucune complication post-opératoire.

SOCIÉTE CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 14 Juin 1901.

Menstruation à 4 ans 1/2.

M. Ausset présente une fillette de 4 ans 1/2, qui eut, il y a quelques jours, une hémorrhagie vaginale assez abondante, sans aucun prodrome et sans aucune douleur abdominale. L'enfant est très développée : elle mesure 1 m., 08 de taille et elle pèse 21 kilos, alors que les sujets de son âge ont généralement une taille de 92 centimètres, pour un poids de 14 kilos. Les cuisses sont fortes; le bassin mesure 30 centimètres d'une épine iliaque à l'autre; le mont de Vénus est bien développé, quoique non recouvert de poils; les glandes mammaires sont semblables à celles d'une fillette pubère.

L'examen a permis d'éliminer l'hypothèse d'un traumatisme vulvaire, d'une ulcération, d'un polype de l'urèthre ou d'une lésion anale. M. Ausset en conclut qu'il se trouve en présence d'un cas de menstruation précoce ou de puberté précoce.

Il rappelle les différents cas de Nœgele, de Kussmaul, étudie le travail de Gauthier, qui a établi les deux variétés de mens-

truation précoce et de maturité ou puberté précoce, et considère le cas qu'il observe comme appartenant à la seconde catégorie, en s'appuyant sur le développement exagéré de l'enfant.

M. Oui a observé un cas de perte sanguine vaginale chez une enfant de quelques jours, et ajoute que Ribemont, dans sa thèse d'agrégation, le regarde comme une véritable menstruation.

M. Ingelrans a vu un écoulement sanguin chez un bébé de 3 ans qui, quelques jours jours après, a présenté de l'ictère, mais qui n'a jamais plus eu d'écoulement vaginal.

M. Ausset déclare que ces écoulements sont dus très probablement à une congestion accidentelle de la muqueuse vaginale.

M. Combemale fait remarquer que, chez les nouveau-nés, la fluxion des seins étant très fréquente, il est rationnel de croire à l'existence d'une fluxion analogue au niveau de l'appareil génital.

Cirrhose veineuse du foie chez un jeune homme non alcoolique.

MM. Ingelrans et **Druchert** présentent des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un jeune homme de 19 ans, mort dans le service de M. le professeur Combemale, le 17 mai 1901.

Ce garçon avait été transporté à l'hôpital, deux jours avant de mourir, dans un état typhoïde. La température à son entrée était de 40°,3. La prostation était complète avec un délire constant. Dès fuliginosités épaisses couvraient la langue et les lèvres. On crut à la dothiénentérie; la mort survint avant qu'on eût pu établir un diagnostic.

L'autopsie montra une vive congestion des poumons, sans tuberculose. Pas de liquide dans les plèvres, ni dans le péricarde. Cœur normal. On ne trouve pas d'ascite; l'estomac et l'intestin sont normaux.

Le foie est gros : il pèse 1 920 grammes. Il a un aspect clouté caractéristique. A la coupe, on constate qu'il est parcouru par de nombreuses bandes scléreuses épaisses de 2 à 3 millimètres, circonscrivant des îlots arrondis de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce d'un franc.

La rate est congestionnée et énorme : elle pèse 930 grammes. Les reins sont mous, très congestionnés, pesant chacun 230 grammes.

Les lésions trouvées à l'autopsie n'expliquent pas la mort en hyperthermie. D'autre part, s'il s'agit bien d'une cirrhose veineuse, on n'en a pas l'étiologie, car ce jeune homme n'était certainement pas alcoolique. — L'absence d'ascite et de circulation complémentaire ajoute une autre singularité au tableau clinique de l'affection.

M. Combemale déclare que la cirrhose peut s'expliquer par l'état de la rate qui était grosse, car dans la maladie de Banti, il y a, avec la cirrhose, une hypertrophie splénique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séances des 24 Juin et 1er Juillet 1901.

La bactériehémie, la diazoréaction et l'éosinophilie dans la tuberculose pulmonaire.

M. F. Meyer communique les recherches qu'il a faites avec M. Michaelis sur la bactériehémie chez les tuberculeux : il l'a constatée dans 8 cas sur 10; chez 4 de ces malades, la recherche fut faite de deux mois à neuf jours avant le décès. Les micro-organismes ainsi isolés avaient une faible virulence, ce qui explique qu'ils aient pu circuler dans le sang pendant un certain temps sans provoquer d'accidents septicémiques. En ce qui concerne la technique, l'orateur insiste sur la nécessité d'ensemencer au moins 10 centimètres cubes de sang, et non pas 1 centimètre cube seulement comme l'ont fait certains expérimentateurs.

La bactériehémie et la diazoréaction sont des manifestations parallèles; leur cause commune réside dans le haut degré de l'intoxication.

M. S. Cohn déclare que ses recherches ne sont pas favorables à l'hypothèse de Teichmüller qui attribue à la présence des éosinophiles dans l'expectoration une signification favorable au point de vue du pronostic; il a examiné environ 100 tuberculeux porteurs de lésions plus ou moins avancées, et il n'a pas constaté de relation entre l'éosinophilie et le degré des altérations pulmonaires.

M. Michaelis insiste sur l'importance pratique de la diazoréaction. A son avis, les malades chez lesquels cette réaction est très intense ne devraient pas être reçus dans les sanatoria, car d'ordinaire ils meurent en moins de six mois. C'est ainsi que, sur 111 tuberculeux soignés à la Charité et qui se trouvaient dans ce cas, 80 succombèrent; des 31 qui survécurent et purent quitter l'hôpital, 15 seulement étaient améliorés; les 16 autres furent transférés dans un autre établissement ou retournèrent chez eux, sans modification de leur état.

La diazoréaction disparaît parfois pour un certain temps, en même temps que les patients reprennent du poids; mais le plus souvent la rechute est rapide. Cette réaction peut encore survenir passagèrement au début de la maladie; elle témoigne alors de complications (pleurésie étendue, grippe).

M. A. Fränkel ne croit pas qu'il faille attribuer une grande importance à la bactériehémie dans la production de la fièvre hectique; deux éventualités peuvent se présenter : ou bien les micro-organismes circulant dans le sang sont nombreux, et ils déterminent une septicémie mortelle ou une pyohémie avec métastases; ou bien ils sont peu abondants et, en pareil cas, demeurent habituellement inoffensifs.

M. Kaminer déclare partager l'opinion de M. Michaelis, relativement à la nécessité d'exclure des sanatoria les individus présentant la diazoréaction; ces malades, d'après son expérience, présentent bientôt de la fièvre avec aggravation de l'état général.

Sur les méthodes d'examen fonctionnel du foie.

M. Strauss communique les résultats de ses recherches, concernant les divers moyens dont nous disposons pour apprécier l'état fonctionnel du foie.

Afin de se rendre compte du pouvoir antitoxique de cet organe, il a recours à l'administratrion d'un repas d'épreuve additionné de 20 grammes de butyrate de soude; on sait, en effet, que, par suite de l'abaissement du pouvoir antitoxique du foie, l'excrétion des acides gras est augmentée quand cet organe est malade; l'orateur a constaté 6 fois sur 8, chez des sujets atteints d'affections hépatiques, cette élévation du taux des acides gras dans les urines après l'ingestion de butyrate de soude; il en fut de même chez des fiévreux, des saturnins et surtout chez des diabétiques.

D'autre part, M. Kolisch a proposé naguère une méthode d'examen basée sur ce fait que, lorsque le foie est lésé, l'assimilation des albuminoïdes est troublée, si bien que la proportion d'ammoniaque contenue dans l'une varie avec la teneur des aliments en albumine; M. Strauss a institué sur ce point des expériences de contrôle, mais avec un résultat négatif. Aussi ne croit-il pas que l'épreuve préconisée par M. Kolisch puisse renseigner sur le fonctionnement du foie.

Enfin, l'orateur a étudié la valeur de la glycosurie alimentaire, en ayant recours à l'administration de lévulose, moyen d'exploration qu'il considère comme très utile : de 29 patients atteints d'affections hépatiques graves, 26, soit 90 p. 100 environ, présentèrent de la lévulosurie alimentaire, tandis que, sur 58 individus sans maladie du foie, 6 seulement manifestèrent ce phénomène, soit moins de 10 p. 100. Une particularité qu'il est intéressant de retenir, c'est que 2 diabétiques avec cirrhose

hypertrophique, ayant reçu de la lévulose, excrétaient, outre de la dextrose, des quantités notables de lévulose; au contraire, dans les mêmes conditions, des diabétiques sans complication hépatique éliminaient presque exclusivement de la dextrose; aussi, ayant eu l'occasion d'observer deux patients atteints de cancer du pancréas avec troubles hépatiques, dont les urines ne renfermaient que de la lévulose après ingestion de cette variété de sucre, M. Strauss put-il conclure qu'il n'existait, dans ces cas, aucun trouble des échanges de nature diabétique.

Quant à la dextrose, elle ne détermina qu'une fois sur 50 de la glycosurie alimentaire, résultat à opposer à celui des auteurs français, lesquels trouvent de la glycosurie alimentaire dans 50 p. 100 des cas. L'orateur explique cette divergence par cette circonstance qu'en France on fait prendre au patient, pour l'épreuve en question, 150 grammes de sucre de canne; la glycosurie peut dès lors provenir du dédoublement de la saccharose dans l'intestin, en glucose et en lévulose, et du passage de ce dernier sucre dans l'urine.

Des lésions du fond de l'œil dans la septicémie.

M. Litten fait une communication sur les altérations septicémiques du fond de l'œil, qu'il a décrites autrefois, et qui consistent en taches blanches, rondes ou allongées, situées au voisinage de la papille, et en hémorrhagies nombreuses, linéaires ou circulaires, siégeant dans la même région.

Bien que ces lésions n'aient pas la signification pronostique très grave que l'orateur avait cru pouvoir leur attribuer tout d'abord, et qu'elles soient moins constantes qu'il ne l'avait pensé jadis — on ne les rencontre que dans 30 à 40 p. 100 des cas, — elles n'en sont pas moins importantes à connaître au point de vue du diagnostic, car on ne trouve rien de semblable dans les diverses affections pouvant simuler la septicémie (typhus, granulie aiguë, méningite tuberculeuse, etc.).

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 18 Mai 1901.

Cure chirurgicale de l'otorrhée chronique.

M. Goris (de Bruxelles) signale une modification qu'il a apportée à la technique généralement employée pour la cure chirurgicale de l'otorrhée chronique.

1° Lorsque l'opération du nettoyage osseux est terminée, il fend le conduit auditif (face postérieure) dans toute sa longueur et jusque dans la conque, dont il enlève une partie du cartilage; deux incisions perpendiculaires à la première et faites à l'extrémité externe de cette fissure permettent d'ourler sur elles-mêmes les deux portions du conduit au moyen d'un plan de fines sutures au catgut.

Ce procédé, tout en évitant la sténose du conduit, ménage pour plus tard un large accès vers la cavité opératoire.

2° Pour favoriser l'écoulement des sécrétions, il établit un drainage en taillant à travers la mastoïde, depuis l'antre jusqu'à la pointe de l'os, un plan incliné large, se confondant en passant avec le plancher du conduit osseux.

3° Pour accélérer l'épidermisation, il découpe, sur la face postérieure du pavillon, un long trapèze dermo-épidermique à base dirigée en haut (1 centimètre de largeur), à sommet tourné en bas. Ce lambeau, strictement cutané à la base, n'est qu'incomplètement détaché au sommet dans le but de ménager l'artère nourricière, il est étalé sur le plan incliné osseux, de façon que sa portion large aboutisse près de l'antre.

4° Par-dessus le lambeau ainsi détaché, on réunit la peau du pavillon à la lèvre postérieure de l'incision cutanée, ne laissant à la partie inférieure qu'une ouverture suffisante pour introduire une lanière de gaze iodoformée.

Tout pansement est supprimé 8 jours après l'opération.

M. Goris présente deux malades opérés de cette façon; un inconvénient, fort léger du reste, qu'offre la méthode est la persistance, pendant plusieurs semaines, d'une fistulette à l'endroit où le lambeau enfoui se continue avec la peau. Une légère excision du pourtour de l'orifice et la réunion par un point de suture assureront toujours la fermeture de la fistule.

M. Depage, partisan de l'application d'un tissu vivant et surtout de la peau pour tapisser les cavités creusées dans les os, déclare que le procédé de M. Goris est fort ingénieux, mais présente l'inconvénient d'enfouir la peau. Il a lui-même employé une méthode un peu différente, basée sur le même principe : il a taillé, derrière l'incision première, un lambeau triangulaire à base supérieure, qu'il a amené, par glissement autour de la base laissée adhérente, au-devant de la cavité faite dans la mastoïde; il l'a suturé à la peau du pavillon de l'oreille, et, grâce à la grande mobilité du cuir chevelu, il a pu, ultérieurement, recouvrir de peau toute la surface cruentée. Résultat parfait, sauf une légère dépression derrière le pavillon de l'oreille.

La méthode de Bier.

M. A. Lambotte (d'Anvers) se déclare très satisfait des résultats que lui a fournis l'anesthésie médullaire par injection intra-rachidienne de cocaïne. Sur 26 cas, il a obtenu 24 résultats parfaits; un seul malade a souffert de vomissements et de céphalalgie; un second malade n'a été anesthésié que d'une façon incomplète. A son avis, 2 centigrammes de cocaïne sont insuffisants; c'est pourquoi il injecte 3 centigrammes. Ses observations, qu'il publiera en détail, comportent les cas les plus graves et dont plusieurs seraient certainement décédés si l'on avait employé la chloroformisation.

M. Depage s'étonne de l'optimisme de M. Lambotte; sur 26 opérations, dit-il, il aurait eu 2 ou 3 morts s'il avait employé le chloroforme. Cependant, avant l'inauguration de la nouvelle méthode, la narcose chloroformique était loin de donner un semblable déchet!

Quant aux symptômes consécutifs, lesquels sont si pénibles dans la majorité des cas, c'est à un pur hasard qu'il faut attribuer le fait qu'ils ont si peu apparu chez les malades de M. Lambotte. En ce qui le concerne, il a renoncé à cette méthode, sauf indications spéciales, en raison de l'intensité de la céphalalgie et des malaises qu'il a observés, même après l'injection de 1 centigramme de cocaïne seulement.

M. Lambotte considère que le chloroforme pourrait bien être cause de ce que certains malades meurent dans le collapsus quelques jours après l'opération. Il est un point bien établi : c'est que les opérations faites sur l'estomac donnent des statistiques plus favorables lorsqu'elles sont pratiquées sans narcose chloroformique.

M. Lebrun (de Namur) a toujours constaté de la céphalalgie après l'anesthésie cocaïnique.

Reprenant la statistique de Tuffier, il démontre qu'un seul cas de mort sur un ensemble de sept cents cocaïnisations peut être attribué à la cocaïne.

M. Depage. — La ponction de la moelle ne se fait pas toujours avec une égale facilité. Il peut arriver que l'aiguille soit bouchée au cours de l'introduction; il suffit souvent, pour obvier à cet inconvénient, de faire pénétrer dans l'aiguille le mandrin filiforme.

M. Lebesgue (de Bruxelles) recommande également de s'assurer de la perméabilité de la canule avant de l'employer, car si elle était obstruée on n'obtiendrait qu'une ponction « blanche ».

M. Lambotte n'a observé qu'une seule fois une ponction « blanche »; il a alors poussé l'aiguille dans le troisième espace lombaire, et un jet de liquide céphalo-rachidien semblable à celui qu'il obtient habituellement s'est produit.

M. Vince (de Bruxelles). — Certains auteurs ont remarqué qu'il existe un rapport entre la non-apparition de la céphalalgie et l'écoulement, avant l'injection de cocaïne, d'un jet de liquide céphalo-rachidien. Serait-ce là l'explication de l'heureuse série observée par M. Lambotte?

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

L'examen clinique du liquide céphalo-rachidien,

Par M. Ch. Achard,
Agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon.

(Leçon recueillie par M. Lœper, interne des hôpitaux.)

L'examen du liquide céphalo-rachidien est entré depuis peu dans le domaine de l'exploration clinique. C'est à Cotugno, qui le vit chez les animaux vivants et sur le cadavre humain, en 1769, que l'on attribue la découverte de ce liquide, bien qu'il ait été connu certainement de quelques autres observateurs avant lui, et notamment de Haller. Magendie (1825-1827) et d'autres auteurs à sa suite étudièrent ses principales propriétés et son rôle physiologique. On établit qu'il communiquait avec les gaines péri-artérielles, qu'il jouait un rôle important dans les modifications de volume de l'encéphale, sous l'influence de la respiration, de l'effort. Mais c'est seulement à la suite des travaux de Quincke que les cliniciens apprirent à le recueillir sur le vivant et à tirer de ses modifications pathologiques des notions utiles à la fois pour la pratique et la théorie.

Récolte du liquide. — Quincke a répandu l'emploi de la ponction lombaire. Or c'est presque toujours par la voie lombaire que l'on recueille le liquide céphalo-rachidien. Exceptionnellement on l'extrait par ponction cranienne chez les hydrocéphales.

La *ponction lombaire* peut se faire par divers procédés. On peut opérer sur la ligne médiane, en enfonçant une aiguille entre deux apophyses épineuses, dans une direction bien horizontale. Mais il est préférable d'opérer latéralement, en pénétrant entre deux lames vertébrales. Le malade peut être placé pour cela dans la position assise, le corps penché en avant, faisant « le gros dos » ; ou bien il est couché sur le côté, les jambes repliées, « en chien de fusil » ; il est bon alors de soulever un peu l'épaule, de façon à donner à la colonne lombaire une légère courbure qui fait bâiller davantage les interstices intervertébraux du côté sur lequel le malade est couché, et qui rend ainsi plus facile la pénétration de l'aiguille.

La ponction est faite à la hauteur d'une ligne transversale réunissant les deux crêtes iliaques. A ce niveau, on enfonce l'aiguille à 1 centimètre environ de la ligne médiane. Quand on a traversé la peau et l'aponévrose, on incline l'instrument de telle sorte qu'il se dirige en dedans et un peu en haut, et on l'enfonce doucement entre les lames vertébrales à travers le ligament jaune qui n'oppose guère de résistance. Si l'on est arrêté par une résistance osseuse, c'est en général parce que l'aiguille est dirigée trop en haut ; on la retire donc un peu et l'on cherche à pénétrer plus bas. Si l'on échouait après quelques tentatives, mieux vaudrait retirer tout à fait l'aiguille et recommencer la ponction en un point voisin, que de s'obstiner à chercher quand même l'interstice, aux risques d'épointer l'instrument et de déchirer les muscles ainsi que les plexus veineux rachidiens.

Lorsqu'on a pénétré dans le canal vertébral, on sent que l'aiguille est saisie entre les os, et dès que la dure-mère est perforée, le liquide s'écoule.

Il peut arriver toutefois, alors même que l'aiguille est certainement dans le canal rachidien, que la ponction reste « blanche », c'est-à-dire qu'aucune goutte de liquide ne sorte. Cela peut tenir à ce que la dure-mère n'est pas perforée et que l'aiguille a passé obliquement à côté de la poche durale sans l'ouvrir, ou bien à ce que l'instrument l'a, au contraire, transpercée de part en part et que son orifice se trouve au delà du liquide, sa pointe butant contre la paroi opposée du canal vertébral. Il suffit alors de retirer un peu l'aiguille pour que le liquide s'écoule. Enfin, il peut se faire que l'orifice de l'aiguille, tout en plongeant bien dans le liquide, soit obstrué par un filet nerveux, par un repli de membrane, formant soupape, ou encore par un petit caillot. En déplaçant légèrement, en tournant sur elle-même l'aiguille, en y introduisant un fil métallique flambé, ou enfin en aspirant doucement avec une seringue stérilisée, on obtient alors du liquide.

Quelquefois, au lieu d'un liquide clair, comme c'est la règle à l'état normal, on retire un liquide teinté de sang ou même du sang pur. Si le liquide est simplement teinté de sang, le plus souvent, après quelques gouttes écoulées, il arrive limpide. S'il sort du sang pur, c'est qu'on a déchiré les plexus rachidiens, et il y a lieu alors d'arrêter l'écoulement et de recommencer la ponction en un autre point.

L'écoulement du liquide se fait ordinairement goutte à goutte, parfois avec une extrême lenteur, parfois avec une assez grande rapidité. Quelquefois même, l'écoulement a lieu en jet, comme lorsqu'on ponctionne une pleurésie ou une ascite. La vitesse de l'écoulement augmente, en général, quand les malades se contractent, font des mouvements, respirent précipitamment.

La quantité de liquide que l'on retire est variable. Pour faire un examen complet, et notamment pour la cryoscopie, il est nécessaire de disposer d'une dizaine de centimètres cubes. L'extraction de cette quantité ne donne lieu le plus souvent à aucun trouble. Toutefois, on peut voir survenir, aussitôt après, une céphalalgie plus ou moins vive, surtout si le liquide est sorti très rapidement; aussi, est-il bon, en pareil cas, de modérer l'écoulement, ce qui est facile si l'on opère avec une aiguille garnie d'un petit tube de caoutchouc stérilisé, que l'on peut pincer de temps à autre pour suspendre l'issue du liquide. Ces troubles, imputables à la soustraction d'une quantité assez grande de liquide céphalo-rachidien, sont d'ailleurs, sans gravité et n'ont d'ordinaire qu'une durée très brève. J'ai pu, sans inconvénient sérieux, retirer, dans des cas de méningite, 50 centimètres cubes au moins de ce liquide. Mais il vaut mieux, dans la généra-

lité des cas et lorsqu'on n'a en vue que l'examen clinique, en extraire seulement quelques centimètres cubes.

Au fur et à mesure qu'il s'écoule, le liquide est recueilli dans un tube stérilisé. On peut encore l'aspirer doucement dans une seringue également stérilisée. Mais il est bon, d'une façon générale, de laisser écouler les premières gouttes qui pourraient contenir des traces de sang, ce qui gênerait l'examen cytologique.

Le clinicien peut se livrer sur le liquide céphalo-rachidien à toute une série de recherches, très variées, d'ordre physique, chimique, histologique, physiologique, microbiologique.

Aspect extérieur. — Le simple aspect extérieur peut déjà donner des renseignements précieux : le liquide céphalo-rachidien normal est parfaitement limpide, incolore, clair comme de l'eau de roche. Dans l'ictère, il offre une teinte citrine, comme l'avait signalé Magendie et comme l'ont vu récemment sur le vivant MM. Gilbert et Castaigne. Par exception, sans qu'il y ait d'ictère, il peut présenter une coloration jaune ambré qui lui donne l'apparence d'une urine claire, et dont les causes ne sont pas encore bien déterminées.

Dans les méningites aiguës, il devient louche, trouble, laiteux parfois et même purulent, avec une nuance verdâtre.

En dehors des cas où les premières gouttes sont mélangées de sang par suite d'une blessure vasculaire accidentelle, le liquide céphalo-rachidien peut être sanguinolent.

Magendie l'avait vu tel dans le scorbut. Récemment, MM. Tuffier et Milian ont constaté aussi cette teinte hémorrhagique dans les fractures récentes du crâne.

Il en est de même dans les hémorrhagies de l'encéphale avec issue du sang dans les méninges, ou dans les hémorrhagies méningées rachidiennes, ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Netter et Clerc (1), de M. Salomon (2) et deux faits inédits que j'ai observés avec M. Lœper (3).

Abandonné à lui-même, le liquide céphalo-rachidien ne fournit aucun dépôt à l'état normal. En cas d'inflammation aiguë ou chronique des méninges, il laisse précipiter quelques légers flocons, peu nombreux et flottant comme de petits grains de sable, ou plus abondants, si l'inflammation est plus vive. Dans les méningites suppurées, enfin, il se dépose une couche purulente assez épaisse. Parfois aussi se forme un petit caillot effilé.

Densité. — La densité du liquide céphalo-rachidien a été diversement appréciée par les auteurs. On a cité les chiffres suivants : 1,008 (Lassaigne), 1,006 (Marcet et Bostock), 1,002 (Lhéritier), 1,010 à 1,020 (Berzélius), 1,007 (Toison et Lenoble), 1,005 (Ch. Robin), 1,006 (Richet).

D'après les recherches que j'ai faites avec M. Lœper, sur le vivant, la densité du liquide normal est de 1,003 à 1,004, et elle oscille à l'état morbide entre 1,002 et 1,009. Elle est assez bien en rapport avec la teneur du liquide en chlorures, du moins quand il s'agit de liquides clairs.

Cryoscopie. — La concentration moléculaire du liquide céphalo-rachidien, mesurée par le point de congélation, serait hypertonique à l'état normal, d'après MM. Widal, Sicard et Ravaut, c'est-à-dire que ce liquide serait plus concentré que le sérum.

Son point de congélation serait, en effet, compris entre — 0,61 et 0,70, celui du sang étant de — 0°,56. Dans la méningite tuberculeuse, au contraire, le liquide deviendrait hypotonique (1).

Ces résultats paraissent d'accord avec ceux obtenus au moyen de la méthode de l'hématolyse par Zanier (2), qui avait vu le liquide normal ne pas provoquer la dissolution des globules rouges, et plus récemment par M. Bard (3), qui a proposé de tirer parti de cette particularité pour les recherches cliniques. En ajoutant 10 gouttes d'eau à 10 gouttes de liquide céphalo-rachidien et en introduisant dans le mélange 1 goutte de sang du sujet; puis en centrifugeant, on voit s'il y a ou non dissolution de l'hémoglobine, c'est-à-dire s'il y a hypotonie ou hypertonie. Or M. Bard a constaté l'hématolyse en cas de méningite tuberculeuse, contrairement à l'état normal. Toutefois ce procédé est passible des objections faites d'une manière générale à l'évaluation de la pression osmotique par les globules rouges ; la résistance globulaire ne dépend pas seulement de la concentration du liquide ambiant.

La cryoscopie du liquide céphalo-rachidien a été faite encore par quelques auteurs dans certains états morbides. M. Castaigne (4) a noté l'hypotonie dans l'urémie; MM. Sicard et Brécy (5) ont trouvé — 0,54 et — 0,60 dans une méningite cérébro-spinale ambulatoire à polynucléaires; MM. Brissaud et Sicard — 0,56 et — 0,57 dans le liquide céphalo-rachidien du zona.

D'après les recherches que j'ai faites avec mes internes, MM. Lœper et Laubry (6), et qui portent sur 80 liquides environ, le point de congélation est habituellement compris entre — 0°,50 et — 0°,56. Dans les affections chroniques du système nerveux, il en est de même. Chez les asystoliques, les urémiques, les diabétiques, la concentration moléculaire s'élève habituellement. Dans l'éclampsie, elle est à peu près normale. Dans les maladies aiguës, on n'observe rien de fixe, la concentration peut être faible ou forte.

Dans les méningites, nous avons aussi trouvé de grandes variations : les méningites aiguës nous ont, en effet, donné des points de congélation qui variaient de — 0°,46 à — 0°,64, et ceux des méningites tuberculeuses étaient compris entre — 0°,44 et 0°,57, de sorte qu'on ne peut guère espérer obtenir de la cryoscopie du liquide céphalo-rachidien un signe différentiel entre ces deux classes de méningites.

Le plus souvent, le liquide céphalo-rachidien paraît se maintenir moins concentré que le sérum du sujet. En effet dans 8 cas sur 10 où nous avons fait la comparaison, la concentration du liquide était moindre. Dans un des cas où le liquide était plus concentré, le sérum congelait à — 0°,50 et avait par conséquent une tension osmotique

1. Netter et Clerc, Hémorrhagie des méninges médullaires, renseignements fournis par la ponction lombaire (*Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 27 juill. 1900, p. 967).

2. Salomon, *Soc. de biologie*, 8 juin 1901.

3. Récemment, M. Bard a noté la présence de liquide hémorrhagique dans 2 cas d'hémorrhagie cérébrale et deux méningites aiguës.

1. Widal, Sicard et Ravaut, Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien. Application à l'étude des méningites (*Soc. de biologie*, 24 oct. 1900, et *Presse méd.*, oct. 1900).

2. Zanier, *Centralbl. f. Physiologie*, 1896, p. 353.

3. L. Bard, Procédé clinique de détermination de l'isotonicité du liquide céphalo-rachidien (*Bulletin médical*, 5 janv. 1901, p. 1).

4. J. Castaigne, *Soc. de biologie*, 3 nov. 1900, et *Presse médicale*, 7 nov. 1900.

5. Sicard et Brécy, Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable (*Soc. médicale des hopitaux*, 19 avril 1901, p. 369).

6. Voir pour les détails : Ch. Achard, M. Lœper et Ch. Laubry, Contribution à la cryoscopie du liquide céphalo-rachidien (*Arch. de méd. expérim.*, juillet 1901).

remarquablement faible. Dans l'autre cas, par contre, le liquide était très concentré (— 0°,64) mais purulent, et d'habitude le pus a une concentration élevée.

Le sang mélangé au liquide peut aussi, par la désagrégation de ses éléments, en élever la concentration : dans 2 cas d'hémorrhagie cérébrale, le liquide congelait entre — 0°,68 et — 0°,73.

Perméabilité méningée. — La séreuse arachnoïdienne résorbe facilement les substances introduites dans sa cavité : l'iodure de potassium, le bleu de méthylène injectés dans l'arachnoïde passent dans l'urine, comme l'a vu M. Sicard.

Par contre, à l'état normal et dans les inflammations chroniques, le passage de ces substances en sens inverse, de dehors en dedans, n'a pas lieu. Introduites dans la circulation, elles ne peuvent être retrouvées dans le liquide céphalo-rachidien. Magendie, pourtant, avait trouvé de l'iodure de potassium dans le liquide de sujets qui en avaient absorbé, et il pensait même que ce médicament devait, pour ce motif, agir efficacement dans la syphilis des centres nerveux. Mais il observait sur le cadavre ; or la perméabilité de l'arachnoïde est modifiée aussitôt après la mort.

Dans la méningite tuberculeuse, MM. Widal, Sicard et Monod (1) ont constaté que l'arachnoïde devient perméable de dehors en dedans à l'iodure de potassium. Il en serait de même, d'après M. Castaigne, dans l'urémie (2). Par contre, dans la méningite cérébro-spinale, MM. Griffon, Sicard et Brécy l'ont trouvée imperméable.

On a pensé que cette perméabilité anormale de l'arachnoïde était peut-être en rapport avec l'hypotonie pathologique du liquide. Il ne me paraît pas qu'il en soit ainsi, puisque l'hypotonie est habituelle lorsque cette perméabilité fait défaut.

On pourrait croire aussi que la grosseur des molécules est une des principales conditions qui déterminent le passage des substances apportées par le sang dans le liquide céphalo-rachidien. Ainsi, ce liquide renferme beaucoup de chlorure de sodium, corps à petites molécules, et point d'albumine, corps à grosses molécules. Mais ce n'est pas non plus la cause principale du passage, comme le montrent les recherches que j'ai faites avec les chlorures.

L'arachnoïde est très perméable aux chlorures normaux du sang. Non seulement le liquide céphalo-rachidien contient beaucoup de chlorure de sodium, mais encore on peut augmenter sa teneur en chlorure et faire passer un excès de ce corps à travers la séreuse lorsqu'on fait absorber un supplément de sel à des sujets qui l'éliminent imparfaitement par l'urine. Cette accumulation de chlorure se produit dans l'arachnoïde comme dans d'autres sérosités, en vertu du mécanisme régulateur de la composition du sang que j'ai étudié avec M. Lœper (3).

Mais si, au lieu d'un chlorure normal de l'organisme, on emploie un chlorure étranger à sa composition, il n'en est plus de même. Le chlorure de lithium se prête très bien à cette expérience : il n'existe pas dans l'organisme normal, il se laisse déceler très facilement à l'état de traces, grâce à la belle couleur rouge qu'il donne à la flamme. C'est un corps très voisin du chlorure de sodium, ses molécules sont petites (plus petites que celles du chlorure de sodium) et il est très diffusible, car on le trouve aisément dans l'urine et les épanchements pathologiques. Or, comme je l'ai vu avec MM. Lœper et Laubry, il ne passe pas dans le liquide céphalo-rachidien.

Il semble donc que l'arachnoïde saine possède une perméabilité vraiment élective pour certaines substances cristalloïdes normales du sang et s'oppose au contraire au passage de la plupart des substances accidentelles, étrangères à la composition normale du sérum.

Composition chimique. — Le liquide céphalo-rachidien n'est presque que de l'eau salée. Il contient, pour 1 000, 990 à 986 grammes d'eau et 6 grammes de *chlorures*. D'après nos recherches faites avec M. Lœper, la proportion des chlorures serait en moyenne de 5 gr. 25 à 6 gr. 75. Les auteurs ont signalé à l'état pathologique, dans des cas qualifiés d'hydrocéphalie et d'arachnoïdite, 3 gr. 50 (Lassaigne), 6,60 (Marcet), 10 grammes (Bostock), 6,60 (Barruel), 15 grammes (Haldat), 3,80 (Lhéritier).

On y trouve encore, en fait de sels, de petites quantités de *phosphate* (0,16 à 1,14) et de *carbonate de chaux* (1,26 à 1,29).

L'urée s'y trouve dans la proportion de 0,15 à 0,35. Elle augmenterait d'après Comba (1) dans l'urémie. Avec M. Lœper nous avons trouvé le taux de 0,40 chez un urémique.

Dans la plupart des cas, le liquide céphalo-rachidien renferme une substance qui réduit le liqueur de Fehling. Evaluée en glycose, elle s'y trouve dans une proportion qui peut aller jusqu'à 0,72 d'après Denigès et Sabrazès (2). Chez deux diabétiques, avec M. Lœper, nous avons trouvé 5 gr. 10 et 5 gr. 20 de *glycose*.

Il existe parfois dans le liquide céphalo-rachidien des traces *d'albumine* (0,06 à 0,15 de sérine) ; cette substance augmente dans les processus aigus ; Denigès et Sabrazès l'ont vue s'élever à 2 gr. 18 dans la méningite tuberculeuse.

La *fibrine* peut s'y trouver aussi dans les méningites.

Les *peptones* oscillent autour de 1 gramme p. 1 000 d'après Denigès et Sabrazès.

Enfin les *pigments biliaires* peuvent s'y rencontrer : pigments, normaux, avec réaction de Gmelin typique (Magendie, Longet, Gilbert et Castaigne), urobiline même comme je l'ai constaté avec M. Lœper chez un asystolique et un pneumonique gravement atteint.

Les *ferments* contenus dans le sang normal ne passent pas dans le liquide céphalo-rachidien, du moins en dehors des processus aigus, ainsi que je l'ai vu avec M. Clerc, pour la lipase, l'amylase et le ferment antiprésurant. M. Ch. Richet a toutefois signalé la présence d'amylase chez un squale.

Les *substances agglutinantes* ne traversent pas non plus l'arachnoïde (Sicard). Dans un seul cas, relatif au tétanos, la propriété agglutinante a été constatée dans le liquide céphalo-rachidien par MM. Sabrazès et Rivière.

Ce liquide renferme des *substances bactéricides*, d'après Concetti : mélangé à des cultures de staphylocoques, de pneumocoques, de bacille d'Eberth, de bactéridies du charbon, il les rend grumeleuses et y fait apparaître des formes d'involution. Le fait a été également noté par Sicard.

1. Widal, Sicard et Monod, Perméabilité méningée à l'iodure de potassium au cours de la méningite tuberculeuse (*Soc. de biol.*, 3 novembre 1900).

2. J. Castaigne, Toxicité du liquide céphalo-rachidien et perméabilité méningée dans l'urémie nerveuse (*Soc. de biol.*, 3 novembre 1900, et *Presse méd.*, 7 novembre 1900).

3. Ch. Achard et M. Lœper, Variations comparatives de la composition du sang et des sérosités (*Soc. de biol.*, 15 juin 1901).

1. Comba, *Archiv fur Kinderheilkund*, 1900.

2. Denigès et Sabrazès, *Revue de médecine*, 1895.

Toxicité. — La toxicité du liquide céphalo-rachidien est nulle à l'état normal aussi bien en injections sous-cutanées ou intra-veineuses qu'intra-cérébrales. M. Sicard a trouvé le liquide toxique dans deux cas de méningite tuberculeuse chez l'homme et plusieurs cas de méningite expérimentale. M. Castaigne (1) a vu l'injection de liquide d'urémique déterminer des crises convulsives et la mort du cobaye; Bellisari (2) l'a trouvé toxique dans la paralysie générale; MM. Dide et Sacquépée ont déterminé des accidents par injection intra-cérébrale avec le liquide d'épileptiques (3).

La toxicité faisait défaut dans un cas de rhumatisme cérébral étudié par MM. Souques et Castaigne (4). Enfin dans le tétanos le liquide céphalo-rachidien ne contient pas de toxine tétanique, comme cela ressort des faits cités par MM. Milian et Legros, Netter (5), et d'un cas que j'ai étudié avec M. Laubry.

Cytoscopie. — L'étude des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien a pris dans ces derniers temps une grande importance. Depuis les beaux travaux d'Ehrlich, qui ont appris aux histologistes à distinguer les diverses variétés de globules blancs, on a cherché de tous côtés à établir dans les diverses maladies la formule leucocytaire du sang et des sérosités, et cette recherche a donné, pour le liquide céphalo-rachidien en particulier, des résultats intéressants.

Lorsque les leucocytes sont abondants dans ce liquide, en cas de méningite purulente, par exemple, il suffit d'étaler sur une lame une goutte du liquide pour en observer un grand nombre. S'ils sont rares, il faut centrifuger le liquide et même le centrifuger dans une pipette effilée, comme le recommande M. Widal, afin que tous les éléments, rassemblés dans un espace très étroit, ne puissent échapper à l'examen.

La fixation et la coloration sont faites suivant la technique usuelle de l'examen des globules blancs.

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'éléments figurés, d'après MM. Widal, Sicard et Ravaut, ou ne renferme que quelques lymphocytes très peu nombreux. Il n'en est pas toujours de même à l'état pathologique.

Wentworth, en 1896, avait remarqué que dans la méningite tuberculeuse le liquide céphalo-rachidien contient des lymphocytes et quelques polynucléaires. Bernheim et Moser, en 1897, avaient constaté aussi qu'il renferme surtout des mononucléaires, quelquefois cependant des polynucléaires assez nombreux, comme dans les méningites cérébro-spinales (6). En 1900, MM. Widal, Sicard et Revaut ont repris ces recherches, les ont étendues à un grand nombre de cas et à d'autres liquides pathologiques, et ont donné à cette méthode d'examen, fondée sur la recherche des globules blancs, le nom de cytodiagnostic.

D'après ces auteurs (7), dans la méningite tuberculeuse, on constate que les globules blancs du liquide céphalo-rachidien sont composés principalement de lymphocytes. Expérimentalement on obtient le même résultat par l'inoculation méningée de la tuberculose : le liquide renferme 70 p. 100 de lymphocytes.

Dans les méningites cérébro-spinales provoquées par divers microbes septiques, ce sont au contraire les polynucléaires qui dominent de beaucoup, du moins dans la phase aiguë. Expérimentalement, dans les méningites provoquées par le pneumocoque, le staphylocoque, le bacille d'Eberth, on obtient un exsudat formé de polynucléaires (Widal, Sicard et Ravaut).

Voilà donc un moyen de distinguer sur le vivant la méningite tuberculeuse des méningites septiques. Toutefois il faut savoir que, en dehors des méningites proprement dites et des méningites aiguës en particulier, d'autres affections cérébro-spinales, capables de simuler la méningite tuberculeuse, peuvent donner lieu à une lymphocytose arachnoïdienne analogue. Ainsi j'ai vu, avec M. Laubry, un malade chez qui nous avions porté le diagnostic de méningite tuberculeuse, et dont le liquide céphalo-rachidien renfermait des lymphocytes peu nombreux, mais dépassant néanmoins la moyenne de ce qu'on peut observer chez les sujets normaux; le résultat paraissait confirmer notre diagnostic; or l'autopsie révéla l'absence de tubercules et de méningite et, par contre, la présence d'une tumeur du cervelet (1). La présence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien d'un sujet présentant des symptômes méningitiques ne suffit donc pas à faire admettre le diagnostic de méningite tuberculeuse (2).

D'autre part, la polynucléose arachnoïdienne des méningites septiques caractérise la phase aiguë de ces maladies. Or, il est des cas, bien connus aujourd'hui, où le processus s'atténue, où la guérison survient : on voit alors les polynucléaires diminuer, les lymphocytes augmenter jusqu'à devenir prédominants, puis disparaître à leur tour lorsque la résolution est complète. Des faits de ce genre ont été signalés par MM. Labbé et Castaigne, Sicard et Brécy (3). J'observe en ce moment un malade dont la méningite cérébro-spinale, provoquée par le méningocoque, a passé par diverses phases de rémission et de retours offensifs, avec des fluctuations correspondantes dans la formule leucocytaire. D'ailleurs, même dans les méningites aiguës septiques où les polynucléaires prédominent toujours, leur proportion est susceptible de varier suivant les formes anatomiques du processus : ainsi, j'ai vu avec M. Laubry une méningite à pneumocoque avec exsudat purement séreux, dans lequel les globules blancs comprenaient 30 p. 100 de lymphocytes et 70 p. 100 de polynucléaires : il est vraisemblable que cette proportion relativement élevée de lymphocytes était en rapport avec la forme séreuse de la lésion.

Enfin, dans les méningites aiguës, l'examen cytoscopique du liquide céphalo-rachidien peut être très précieux pour le diagnostic des formes légères. Il existe, en effet, des

1. Castaigne, *Loc. cit.*
2. Bellisari, Toxicité du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale (*Riforma medica*, 1899).
3. Dide et Sacquépée (*Soc. de biol.*, juin 1901).
4. A. Souques et J. Castaigne, Contribution à la pathogénie du rhumatisme cérébral (*Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 9 juin 1899, p. 565).
5. Milian et Legros. *Soc. de biol.*, 30 mars 1901. — Netter, *Ibid.*
6. Wentworh. Some experimental works on lumbar puncture of the subarachnoïd space (*Arch. of Pediatrics*, 1896, p. 567). — Bernheim et Moser. Ueber die diagnostische Bedeutung der Lumbar-punction (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 1897, p. 468).
7. Widal, Sicard et Ravaut. Cytodiagnostic de la méningite tuberculeuse (*Soc. de biologie*, 13 oct. 1900; *Presse méd.* 17 oct. 1900).

1. Ch. Achard et Ch. Laubry. Tumeur du cervelet prise pour une méningite tuberculeuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 28 juin 1901, p. 745).
2. Plus récemment, MM. Rendu et Géraudel ont publié un cas de fracture du crâne méconnue et prise pour une méningite tuberculeuse, cas dans lequel la cytoscopie du liquide céphalo-rachidien, en révélant la présence de lymphocytes, avait contribué à faire commettre l'erreur (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hopitaux*, 5 juillet 1901, p. 783).
3. M. Labbé et Castaigne. Examen du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de méningites cérébro-spinales terminées par guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hopitaux*, 29 mars 1901, p. 319). — A. Sicard et M. Brécy. Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable. Cytologie du liquide céphalo-rachidien (*Ibid.*, 19 avril 1901, p. 369).

cas bénins de cette maladie; ces cas étaient absolument méconnus naguère, et le seul fait de voir guérir une maladie, qualifiée de méningite, équivalait pour le médecin à confesser une erreur de diagnostic. Or la ponction lombaire a démontré l'existence de ces formes curables, si légères parfois qu'elles méritent le nom de formes ambulatoires que leur ont donné MM. Sicard et Brécy, et l'examen cytologique fournit presque la seule preuve démonstrative qui justifie un tel diagnostic, surtout si les ensemencements du liquide demeurent stériles.

La cytoscopie de la séreuse arachnoïdienne peut être utilisée pour distinguer les méningites aiguës de quelques états morbides qui les simulent. De ce nombre est le tétanos. Or l'examen cytoscopique du liquide céphalo-rachidien est négatif dans cette affection, comme l'ont signalé MM. Milian et Legros, et comme je l'ai vu avec M. Laubry chez un malade de M. Mauclaire. Les accidents délirants *sine materia*, si fréquents au cours des maladies aiguës comme la pneumonie, le rhumatisme, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, etc., et qualifiés de méningisme, ne s'accompagnent naturellement d'aucune exsudation leucocytaire dans la cavité arachnoïdienne. Aussi l'épreuve cytoscopique a-t-elle été proposée comme décisive pour fixer dans ces cas un diagnostic toujours délicat et un pronostic de majeure importance. Il est certain que la présence de leucocytes polynucléaires impose le diagnostic de méningite, et il n'est pas douteux qu'inversement, dans la très grande majorité des cas, l'absence d'éléments figurés caractérise l'absence de méningite. Toutefois, un cas, observé récemment avec M. Laubry, nous a montré qu'il y a lieu parfois de faire quelques réserves sur la signification des cas négatifs : chez un pneumonique délirant et présentant quelques signes méningés, la ponction lombaire ramena un liquide clair, également dépourvu de microbes et de leucocytes, et le malade mourut quelques heures après avec une méningite pneumococcique à exsudat séro-purulent dans sa cavité cranienne. Il est vraisemblable que le liquide arachnoïdien ne communiquait pas librement des méninges encéphaliques aux méninges rachidiennes et que la méningite avait pu ainsi se localiser au crâne.

Appliquée à l'étude des processus méningés à marche chronique, la recherche des globules blancs dans le liquide céphalo-rachidien peut rendre aussi de très grands services. Toute irritation méningée chronique fait apparaître dans le liquide des lymphocytes. Un très grand nombre de travaux récents, publiés à la suite des recherches de MM. Widal, Sicard et Revaut, par MM. Monod, Balinski et Nageotte, Joffroy, Séglas, Dupré et Devaux(1), ont mis ce fait hors de doute pour la paralysie générale, la tabes, la sclérose en plaques, la méningite syphilitique, la pachyméningite cervicale. La présence des lymphocytes dans le liquide est en rapport, dans ces cas, avec la nature des lésions dont la paroi des méninges est le siège, car ces lésions consistent précisément, comme l'a montré M. Nageotte, en une infiltration lymphocytique (1).

La présence de cette lymphocytose arachnoïdienne peut être précieuse pour le diagnostic, notamment en ce qui concerne la paralysie générale, le tabes, d'autant plus qu'elle paraît exister d'une façon précoce dans ces états morbides. Au contraire, dans les vésanies, dans les névroses, dans des cas de polynévrites et de tumeurs des centres nerveux, la réaction leucocytaire n'a pas été rencontrée.

Il est une maladie dans laquelle l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, sans être d'aucune utilité pour le diagnostic, est intéressant néanmoins pour la théorie. C'est le zona. Tandis qu'à une certaine époque le zona était considéré comme une lésion frappant exclusivement les nerfs périphériques, depuis quelques années un certain nombre d'auteurs admettent qu'il peut être dû à une lésion spinale. M. Brissaud a défendu cette opinion et j'ai personnellement publié un certain nombre de faits qui me paraissent en faveur de l'origine centrale de certains zonas. Or le liquide céphalo-rachidien, dans deux cas de zona observés par MM. Brissaud et Sicard (2), contenait des lymphocytes, indice d'une réaction méningée et d'un processus médullaire. D'après les faits que j'ai eu l'occasion d'étudier avec MM. Lœper et Laubry, cette lymphocytose n'est pas constante et fait défaut parfois dans le zona, alors même qu'il s'agit de cas récents.

Enfin, en dehors de tout processus infectieux, la réaction irritative provoquée par certaines substances toxiques peut donner lieu à la migration de leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien. C'est ce qui résulte des intéressantes recherches faites tout récemment par MM. Ravaut et Aubourg (3) chez les sujets soumis à l'injection intra-vertébrale de cocaïne en vue de l'analgésie chirurgicale. A la suite de l'injection apparaissent des polynucléaires, qui diminuent ensuite et font place aux lymphocytes, lesquels disparaissent à leur tour. Cette réaction, qui dure quelques jours, offre donc tout le tableau réduit du processus aigu inflammatoire suivi de guérison. Toutefois cette réaction, dont il ne faudrait d'ailleurs pas exagérer les conséquences au point de vue pratique, paraît fort légère lorsque la dose de cocaïne injectée est faible : dans un cas où j'avais injecté 1 centigramme de cette substance, une seconde ponction faite 24 heures après a donné issue à un liquide dépourvu de leucocytes.

En sommel, la cytoscopie du liquide céphalo-rachidien constitue un procédé d'investigation fort intéressant et qui peut rendre de réels services, à la condition, bien entendu, que le clinicien ne perde jamais de vue les notions essentielles d'anatomie pathologique générale qui concernent les réactions leucocytaires. Ces réactions n'ont rien de spécifique; des processus de causes multiples peuvent engendrer une réaction identique, et une même cause pathogénique peut engendrer des réactions différentes, suivant son mode d'action et suivant le stade d'évolution du processus morbide. Par suite, la lymphocytose et la polynucléose arachnoïdienne peuvent résulter

1. R. Monod. Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale progressive (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hopitaux*, 18 janv. 1901, p. 29). — Widal, Sicard et Ravaut. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques processus méningés chroniques (paralysie générale et tabes) (*Ibid.*, p. 31); — A. Sicard et R. Monod. Examen histologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningo-myélites (*Ibid.*, p. 33); — Babinski et Nageotte. Contrib. à l'étude du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses (*Ibid.*, 24 mai 1901, p. 537); — Joffrey (*Ibid.*, p. 545); — Séglas et Nageotte. Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales (*Ibid.*, 7 juin 1901, p. 569); L. Dupré et A. Devaux. Cytodiagnostic céphalo-rachidien dans les maladies mentales (*Ibid.*, p. 572); — Widal et L. Le Sourd. Cytodiagnostic de la pachyméningite cervicale hypertrophique (*Gaz. des hopitaux*, 16 avril 1901, p. 425).

1. J. Nageotte. Remarques sur les lésions méningées de la paralysie générale, du tabes et de la myélite syphilitique, à propos de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans ces affections (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hopitaux*, 25 janvier 1901, p. 39).

2. Brissaud et Sicard, Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours du zona thoracique (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mars 1901, p. 260).

3. P. Ravaut et P. Aubourg, *Soc. de Biologie*, 15 juin 1901.

chacune d'affections distinctes, et le même irritant méningé est capable, suivant les circonstances, de provoquer l'une ou l'autre. Le polynucléaire, élément phagocytaire microphage par excellence, n'a qu'un rôle transitoire et traduit un processus aigu; le mononucléaire a un rôle durable, il caractérise surtout les processus évoluant avec une certaine lenteur, ayant tendance à l'organisation. Aussi les renseignements que le clinicien doit demander à la cytoscopie sont-ils d'ordre anatomique et non d'ordre étiologique. C'est à l'examen bactériologique, qu'il nous reste à étudier, qu'il lui faut principalement recourir pour obtenir les indications étiologiques.

Bactériologie. — L'étude bactériologique du liquide céphalo-rachidien peut se faire par examen direct sur lames, par ensemencement, par inoculation à l'animal.

L'examen sur lamelles donne rarement des résultats affirmatifs, si ce n'est dans les méningites cérébro-spinales à liquide louche et très riche en microbes. Il faut procéder préalablement à la centrifugation, et la coloration du culot peut mettre en évidence quelques rares microbes.

L'ensemencement du liquide céphalo-rachidien se fait sur les milieux usuels, gélatine, gélose, bouillon. Certains milieux sont plus particulièrement indiqués dans certains cas : c'est ainsi que l'on ne peut obtenir de culture du méningocoque par un premier ensemencement sur bouillon et rarement sur gélose, que le bacille de Koch ne pousse bien que sur le sang gélosé de MM. Bezançon et Griffon. J'aurai l'occasion de revenir plus loin sur ce point particulier.

L'inoculation n'a rien de spécial et, suivant le microbe supposé, elle doit être faite à la souris, au lapin ou au cobaye.

C'est par ces trois méthodes que l'on a pu déceler de nombreux parasites dans le liquide céphalorachidien d'individus atteints ou suspects de méningite spinale.

Dans la méningite cérébro-spinale aiguë, on rencontre trois espèces de microbes. L'un d'eux est le *pneumocoque* de Talamon-Fraenkel sur lequel M. Netter (1) a attiré l'attention. Les cas de Cohn, de Caubet et Druault concernent également des méningites à pneumocoques. Presque toujours il s'agit là de méningites secondaires à des foyers pneumococciques pulmonaires ou autres.

Bonome a signalé une sorte de *diplostreptocoque* qui n'est pas pathogène pour la souris et se présenterait sous la forme de chaînettes encapsulées. Pour Bordoni-Uffreduzzi, il s'agirait d'une simple variété de pneumocoque.

Enfin Weichselbaum a attiré l'attention sur un microbe particulier appelé *méningocoque*, étudié aussi par Jœger, Kamen, Canuet, et plus récemment par M. Griffon.

Ce parasite a la forme d'un gonocoque, prenant bien les couleurs d'aniline, mais se décolorant presque complètement par la méthode de Gram. Dans le liquide il se rencontre à l'intérieur des leucocytes et en dehors d'eux. Il pousse mal sur bouillon dès le premier ensemencement, peu sur agar, bien sur liquide d'ascite ou bouillon-ascite. Le sang gélosé convient bien à sa culture. Il se présente alors sous forme de petites colonies, opaques, rondes, grosses comme des têtes d'épingle, au bout de 24 heures.

Il n'est pas pathogène pour le lapin en injections sous-cutanées, il est peu actif par inoculation intra-péritonéale. Par contre il tue rapidement le lapin en injections intra-cérébrales.

1. Netter, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1897-1898-1899.

On a discuté longtemps sur l'individualité de ces différents parasites. Il semble acquis pourtant aujourd'hui que le méningocoque de Weichselbaum est l'agent de la plupart des méningites cérébro-spinales épidémiques, et qu'il est différent du pneumocoque avec qui se confondrait au contraire le diplostreptocoque de Bonome.

Avec une moindre fréquence, on a trouvé un certain nombre d'autres microbes dans des méningites aiguës, pour la plupart secondaires.

Le *streptocoque* a été plusieurs fois rencontré. M. Guibal (1) a vu son association avec le staphylocoque dans un cas de mal de Pott.

Le *coli-bacille* a été observé par d'Allocco, Lyonnet; le *bacille lactique aérogène d'Escherich*, par Scheib (2).

Le *bacille d'Eberth* a été trouvé dans la méningite typhoïdique par Fernet, Tictine, Boden, Hugot, Fernet et Lacapère, de Grandmaison, Vanzetti, Laignel-Lavastine (3).

On a signalé aussi le *bacille de Pfeiffer* (Hacke, Pfuhl et Walther (4).

Dans la *méningite tuberculeuse* l'inoculation du liquide au cobaye peut produire la tuberculose chez cet animal; les résultats, cependant, ne sont pas toujours positifs. Par l'ensemencement sur le sang gélosé, M. Griffon (5) a obtenu en 18 jours de belles cultures, abondantes et caractéristiques, dans un certain nombre de cas.

Dans certaines méningites aiguës, l'exsudat ne va pas jusqu'à la purulence : ce sont les *méningites séreuses* de Ziegler. Dans ces formes, divers microbes ont été rencontrés. MM. Hutinel et Lévi-Sirugue ont trouvé le pneumocoque (6); j'ai également observé ce microbe avec M. Laubry chez un pneumonique. Le streptocoque a été signalé par MM. Nobécourt et Delestre (7), le bacille de Pfeiffer par Pfuhl et Walther, le bacille d'Eberth par Tictine et Boden.

Dans le *zona*, l'étude microbiologique du liquide céphalo-rachidien présente un intérêt particulier, car cette affection, ou du moins le zona dit idiopathique ou fièvre zoster, est considéré comme ayant une origine infectieuse, et nous avons vu que, dans ces cas précisément, la cytoscopie démontre qu'il y a parfois une légère irritation méningée.

Or MM. Josias et Netter (8), au cours d'une méningite cérébro-spinale à staphylocoque, ont signalé l'apparition d'un zona de la face.

1. Guibal, *Presse médicale*, 1899.
2. A. Scheib, *Prager medic. Wochenschr.*, 1900, p. 169.
3. Fernet, Méningite typhoïdique à bacille d'Eberth (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 3 juillet 1891); — J. Tictine, Contrib. à l'étude des méningites et des abcès produits par le bacille de la fièvre typhoïde (*Arch. de méd. expériment.*, janv. 1894, p. 1); — Boden, *Soc. médic. de Cologne*, 3 janv. 1899 (anal. *in Gaz. hebdomad.*, 9 mars 1899, p. 238); Hugot, Un cas de méningite à bacille d'Eberth (*Gaz. hebdomadaire*, 9 mars 1899, p. 229); — Ch. Fernet et G. Lacapère, Méningite thyphoïdique à bacille d'Eberth (*Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 27 avril 1900, p. 512); — Vanzetti, Abcès cérébral et méningite à bacille d'Eberth (*R. Accad. di Torino*, 6 juillet 1900); — Laignel-Lavastine, Méningite purulente à bacille d'Eberth au cours d'une fièvre typhoïde (*Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 28 décembre 1900, p. 1239).
4. Pfuhl et Walther, *Deutsche medic. Wochenschr.*, 6-13 fév. 1896.
5. Griffon, *Soc. de biologie*, 1899.
6. Ch. Lévi, De la méningite séreuse due au pneumocoque (*Arch. de médecine expériment.*, 1897, p. 49).
7. Nobécourt et Delestre, *Soc. de pédiatrie*, 1900.
8. Josias et Netter, Méningite cérébro-spinale suppurée due au staphylococcus pyogenes aureus. Hémiplégie droite. Herpès labial en rapport avec une altération du ganglion de Gasser correspondant (*Bull. et mém. de la Soc. médic. des hopitaux*, 5 mai 1899, p. 437).

En dehors de la méningite, j'ai recherché avec M. Loeper(1) les microbes dans le liquide céphalo-rachidien du zona et nous y avons rencontré un bacille assez voisin du coli-bacille.

Toutefois, d'après les recherches que je poursuis avec MM. Lœper et Laubry sur ce sujet, il est des cas du zona où l'on ne trouve aucun microbe dans le liquide, de même que les globules blancs y sont inconstants; et, d'autre part, des microbes différents peuvent se rencontrer suivant les cas dans l'arachnoïde des sujets atteints de cette affection.

Enfin, pour terminer l'étude des agents infectieux qui peuvent se trouver dans le liquide céphalo-rachidien, je vous signalerai la présence du parasite encore inconnu de la *rage*, démontrée par l'inoculation dans un cas de M. Sabrazès.

De tout ce que je viens de vous dire ressort, je crois, avec évidence, l'utilité que peut avoir pour le clinicien l'examen du liquide céphalo-rachidien recueilli sur le vivant par la ponction lombaire.

Le simple aspect du liquide, examiné à l'œil nu, peut déjà aider au diagnostic des méningites, et le microscope fournit sur ce point des renseignements d'une plus grande délicatesse.

Seulement, il s'agit là d'indications purement anatomiques, concernant la nature de la réaction de la séreuse. Quant aux indications étiologiques, c'est à l'examen microbiologique qu'elles devront être demandées, et cette recherche n'est guère applicable jusqu'à présent que dans les accidents aigus.

Avant la ponction lombaire, le diagnostic des méningites et surtout des méningites cérébro-spinales était certainement beaucoup plus difficile. Nul doute qu'on les ait souvent confondues avec d'autres maladies, par exemple, la fièvre typhoïde. Les formes insidieuses, larvées, les formes ambulatoires, tantôt très graves, tantôt très légères, étaient à peu près sûrement méconnues, et quant aux formes curables, dont les exemples se multiplient, elles étaient à peine soupçonnées. Vous voyez donc que la ponction lombaire a singulièrement éclairé ce domaine de la pathologie.

Le pronostic a bénéficié aussi de la ponction lombaire, puisque l'examen du liquide par les divers procédés (aspect extérieur, cytoscopie, microbiologie) permet de suivre les phases d'une méningite, de reconnaître si le processus s'atténue et s'il est enfin complètement éteint.

Là ne se borne pas, d'ailleurs, l'utilité de la ponction lombaire. Je n'avais pour but dans cette leçon que de vous faire connaître les indications qu'elle fournit au clinicien. Il n'entre donc pas dans mon sujet de développer les avantages que la thérapeutique en peut retirer. Je ne puis cependant terminer cette étude sans vous dire que l'évacuation répétée du liquide céphalo-rachidien septique a donné des résultats vraiment encourageants, bien mis en relief par M. Netter, dans le traitement des méningites cérébro-spinales, maladies qui excluaient naguère toute espérance.

On a conseillé aussi la ponction lombaire contre certains troubles attribués à une tension trop forte du liquide, et qu'on a vu parfois disparaître à sa suite : par exemple, les crises douloureuses du tabes, les phénomènes nerveux de l'urémie, des tumeurs cérébrales, etc. Enfin, la ponction lombaire peut être faite à titre d'opération préliminaire, permettant d'injecter dans la séreuse soit des liquides modificateurs destinés à agir sur les lésions ou sur les agents infectieux, soit des substances analgésiques et notamment la cocaïne.

Vous voyez comme en peu d'années la ponction lombaire s'est fait une place importante en clinique. Elle n'est pas, comme certains le croient encore, un simple procédé d'investigation propre à satisfaire la curiosité des chercheurs : elle peut, en permettant de faire un diagnostic plus précoce et plus précis, guider le praticien pour formuler le pronostic et le traitement; elle constitue enfin une ressource thérapeutique.

1. Ch. Achard et M. Lœper, Deux cas de fièvre zoster avec examen microbiologique du liquide céphalo-rachidien, (*Ibid.*, 15 mars 1901, p. 264).

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Un cas de polymastie, par Lambinon (*J. d'accouchements de Bruxelles*, 24 mars 1901). — L'auteur a observé un cas de polymastie chez une secondipare à terme âgée de 31 ans. Les seins en situation normale sont volumineux. Au-dessous et en dedans des 2 mamelles se voient 2 petits mamelons supplémentaires de coloration brunâtre; ils se rapprochent de la ligne médiane et se trouvent symétriquement placés à 9 centimètres des premiers sur une ligne oblique partant de l'extrémité inférieure de la ligne blanche. En les pressant, on pouvait faire jaillir du colostrum.

Considérations sur le traitement du pied plat, par Moeller (*Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, n° 3, 15 mars 1901). — Dans le 1er degré, le repos et les enveloppements humides et chauds suffisent.

A la 2e période, le traitement mécanothérapique peut amener des guérisons et, à cet égard, le procédé de Lange, de Munich, doit être recommandé. Au 3e degré, l'auteur préconise le redressement forcé jusqu'à hypercorrection sous chloroforme, suivi de l'application d'un appareil plâtré.

MÉDECINE

Sur les affections bénignes de l'œsophage évoluant avec le type d'une sténose (Weiterer Beitrag zur Kenntniss der gutartigen unter dem Bilde der Stenose verlaufenden Erkrankungen der Œsophagus), par R. Schütz (*Münchener med. Woch.*, 9 avril 1901). — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 62 ans qui, à la suite d'une attaque d'influenza, fut pris de douleurs en avalant avec la sensation d'une obstruction gastrique complète. Le malade ne put plus prendre que des aliments liquides et maigrit. Le sondage montra que l'on pouvait sans difficulté introduire un tube, par lequel on pratiqua méthodiquement le gavage. Le malade guérit. Il s'agissait vraisemblablement d'une sorte d'inflammation avec spasme de l'œsophage.

Toux réflexe due à un corps étranger dans l'oreille (Ein Fall von Reflex-husten durch Fremdkorper im Ohre), par M. Breitung (*Wiener klin Woch.*, 1901, n° 24). — Un écolier présentait une toux persistante dont l'examen attentif et répété de la poitrine ne donnait nullement l'explication. L'examen otoscopique montra la présence sur le tympan d'une petite concrétion solide qui fut enlevée. A la suite, disparition de la toux qui ne pouvait en conséquence être que réflexe.

NEUROPATHOLOGIE

Sur la maladie de Flajani-Basedow et ses formes incomplètes, par C. Mannini (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 9 juin 1901, p. 1034). — Deux observations : la

première d'hystérie associée à la maladie de Basedow, la seconde de lypémanie associée à la même maladie de Basedow. Il s'agit toutefois de formes incomplètes, car l'exophthalmie manque dans le premier cas, la tachycardie dans le second, où la malade était primitivement goîtreuse (goître basedowifié).

Maladie de Flajani-Basedow, par A. Bruno (Clinique de Queirolo, Pise). *La clinica moderna*, an VII, n°s 16-17-18-19-20, avril et mai 1901). — D'après l'auteur, la cause de la maladie de Basedow serait l'altération de la fonction de la thyroïde. Cette glande fournit à la circulation une substance à qui l'on doit attribuer des phénomènes d'intoxication (troubles gastro-intestinaux) des phénomènes vaso-moteurs (parésie des vaso-constricteurs), thermiques, etc.

Sous l'action du courant électrique, la glande diminue de volume, jetant dans la circulation une plus grande quantité de la substance emmagasinée; à cela fait suite tout d'abord une aggravation des symptômes, puis, la substance étant éliminée, il se produit une amélioration notable.

Cette amélioration n'est que transitoire et la thyroïde grossit de nouveau si elle est laissée en repos; mais une cure électrique prolongée peut rendre définitive la diminution de volume de la glande, définitive aussi l'amélioration qui en est la conséquence.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 Juillet 1901.

De la contagiosité de la pelade.

M. Hallopeau lit, à l'occasion d'un travail de M. Dezautière (du Creusot), un rapport dans lequel il montre qu'aucun des arguments que l'on a invoqués contre la contagiosité de la pelade n'a de valeur réelle et que, par contre, les preuves abondent en faveur de la transmissibilité de cette maladie. Il existe, en effet, de nombreux exemples, absolument incontestables, de petites épidémies peladiques de maison, de village, de caserne, etc.

L'existence d'épidémies d'école n'est pas moins bien établie; celle qui a été observée par M. Dezautière dans une école du Creusot, où deux enfants peladiques venus de Paris ont contagionné successivement plusieurs de leurs camarades, l'instituteur, les enfants d'une autre école, etc., en est un nouvel exemple. Il n'est pas douteux, en outre, que la pelade ne se comporte cliniquement comme une maladie parasitaire progressant par auto-inoculations successives.

Toutefois, comme le parasite de cette affection reste encore indéterminé, qu'il est établi, d'autre part, que son adhérence l'empêche d'être facilement transmis à distance et qu'il ne se propage guère que par contact direct, c'est tout à fait à tort, d'après le rapporteur, que l'on exclut les peladiques des écoles et des bureaux; il faut seulement qu'ils aient soin de s'y tenir la tête couverte; il y aurait donc lieu de provoquer à ce point de vue une revision des règlements hygiéniques.

M. Du Castel. — Il est certain aujourd'hui que la pelade est beaucoup moins contagieuse qu'on ne le croyait autrefois : il semble même qu'il existe des espèces de pelade dépourvues de tout caractère de contagiosité. On continue cependant à renvoyer des administrations, des ateliers, des magasins, des écoles, etc., tous les sujets indistinctement qui sont atteints de cette affection. Il serait à désirer que des mesures moins sévères fussent prises à l'égard de ces patients et que l'on ne continuât pas à les traiter comme des parias.

M. Chauvel. — Dans l'armée, la contagiosité de la pelade ne peut être mise en doute, étant données les multiples épidémies que nous avons vues se développer dans un corps de troupe après l'arrivée d'un peladique. Sans doute, il y a des formes de cette affection qui ne sont pas contagieuses, mais comme rien jusqu'ici ne permet de les diagnostiquer, il est légitime de prendre, dans tous les cas, des précautions contre la possibilité d'une transmission.

M. Fournier. — Actuellement, on peut affirmer que, dans le plus grand nombre des cas, la pelade n'est pas contagieuse. Ce qu'il faut également reconnaître, c'est qu'à côté de la pelade vraie, qui est peut-être contagieuse, il existe une foule de pseudo-pelades ou d'états peladoïdes dont la contagiosité est nulle.

Dans ces conditions, je crois, comme M. Du Castel, qu'on ne devrait pas continuer à briser, comme cela arrive encore trop souvent, la carrière des jeunes peladiques en les excluant des écoles, des collèges, etc.

Prophylaxie des ophthalmies ou conjonctivites des nouveau-nés.

M. Pinard, à l'occasion d'une lettre du ministre de l'Intérieur demandant à l'Académie de lui fournir les éléments des instructions qui pourraient être adressées aux sages-femmes pour combattre l'ophthalmie des nouveau-nés, donne lecture d'un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

Dans le but de diminuer le nombre des aveugles, l'Académie de médecine propose au gouvernement :

1° De faire distribuer dans toutes les mairies, avec l'acte de naissance, une courte notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers des ophthalmies des nouveau-nés;

2° De prendre des mesures pour que la déclaration immédiate des ophthalmies purulentes soit faite partout et dans tous les cas;

3° D'attacher à toutes les maisons d'accouchement (cliniques et maternités) des médecins ophthalmologistes, chargés de diriger le traitement curatif des ophthalmies purulentes et de l'enseigner aux élèves, médecins et sages-femmes. (Adopté.)

Angine éroso-membraneuse.

M. C.-J. Kœnig (Paris) communique un cas curieux d'angine non encore décrite et qu'il nomme angine éroso-membraneuse. L'affection est torpide et envahissante, l'envahissement se faisant vers la bouche sous la forme d'une ulcération très superficielle avec production de fausses membranes. Chose curieuse, le malade ne souffre presque pas et son état général reste bon.

L'étude microbiologique démontre, parmi plusieurs variétés de microbes, la présence d'un bacille non encore décrit et d'une levure.

Le bacille est remarquable par son polymorphisme, il est immobile, se colore par le gram, se cultive sur agar, sur bouillon et sur gélatine qu'il ne liquéfie pas, mais ne se cultive pas sur sérum. Ces caractères le différencient du coli-bacille qui est mobile et ne se colore pas par le gram, des bacilles diphthérique et pseudo-diphthérique qui poussent sur sérum, du bacillus subtilis, du bacterium termo et du bacillus mesentericus vulgatus qui sont mobiles et qui liquéfient la gélatine.

Traitement des anévrysmes par la gélatine.

M. Lancereaux présente deux malades atteints d'anévrysme de la crosse de l'aorte et traités par les injections de gélatine. Chez tous, la poche a diminué, les battements sont devenus moins intenses, l'état général s'est amélioré. Une vingtaine d'injections ont, en général, suffi à amener ce résultat.

Épidémie de grippe à forme abdominale.

M. Roustan (Cannes) relate une épidémie qu'il a observée à Cannes et qui a été qualifiée de fièvre typhoïde. En réalité, s'il y a eu des cas de fièvres typhoïdes anormales, la plupart ont été des grippes à forme abdominale.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques travaux récents sur la curabilité des tics,

Par M. Feindel.

Tous les médicaments usités d'une façon générale contre les affections nerveuses ou mentales ont été employés à la guérison des tics.

Tous sont insuffisants; quelques-uns sont simplement inutiles; d'autres peuvent même, par leur abus, devenir dangereux.

Les sédatifs et les hypnotiques, bromure, chloral, opiacés, produisent parfois une dépression passagère, mais ne sauraient modifier de façon durable un état mental qui est la clef même des accidents.

Les stimulants (kola, coca, caféine, etc.), sont peu indiqués.

L'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage peuvent rendre des services à titre d'adjuvants.

Le repos au lit et l'isolement sont des mesures rigoureuses auxquelles il faudra cependant recourir dans les cas particulièrement rebelles et quand l'état mental du sujet rendra impossible l'application d'une discipline méthodique prolongée.

Est-il besoin de faire ressortir l'inutilité, sans parler des dangers, de l'intervention chirurgicale? Elle n'est d'ailleurs applicable et n'a été appliquée qu'à un petit nombre de tics. M. Brissaud (1) a bien fait ressortir son inopportunité dans le torticolis mental.

La suggestion hypnotique a donné dans certains cas des résultats appréciables; mais elle n'est réellement possible que chez les hystériques, et l'hystérie ne se rencontre que chez un très petit nombre de tiqueurs.

La suggestion à l'état de veille a été appliquée avec succès par Raymond et Janet, notamment dans un cas de torticolis mental; la menace d'une opération chirurgicale a guéri un tic simulant la chorée (2). Mais on peut faire à la suggestion à l'état de veille le même reproche qu'à la suggestion hypnotique. Elle n'est pas applicable dans tous les cas.

Toutefois, en tant qu'adjuvant, et sous forme de suggestion indirecte, les encouragements, la constatation complaisante des progrès, les reproches, les réprimandes, les punitions même appliquées à propos, constituent un complément presque indispensable du traitement rééducateur qui convient à tous les tics. Ces interventions suggestives viennent alors à leur place, et si naturellement qu'il est presque superflu d'en faire une prescription spéciale.

Nous voici arrivés aux traitements qui ont pour but de corriger directement les phénomènes moteurs.

C'est Trousseau qui, le premier, a prescrit la gymnastique ordonnée.

« Elle consiste, disait-il, à exécuter avec les muscles affectés de la convulsion des mouvements commandés, et à les exécuter d'une façon régulière, en suivant une mesure que donne, par exemple, le mouvement d'un métronome ou le balancement d'une horloge. »

Cette prescription de Trousseau fait entrevoir le principe même de toutes les méthodes de correction et de rééducation employées depuis quelques années, et souvent avec succès, contre les tics.

Des mouvements commandés aux muscles atteints par le tic, exécutés de façon régulière, en suivant une mesure, voilà ce qui est capital dans le conseil donné par Trousseau. Dans les gymnastiques appliquées aux tiqueurs se retrouve la répétition méthodique et au commandement de mouvements qui doivent être régulièrement et lentement exécutés. Ce n'est, d'ailleurs, que l'application à un cas particulier de la méthode générale de rééducation motrice qui a pris en thérapeutique nerveuse une place si importante. Contre les tics son emploi s'imposait, car elle s'adresse directement à la manifestation motrice intempestive qu'elle s'efforce de corriger.

Agit-elle aussi de façon favorable sur l'état mental du tiqueur? Assurément, et tous ceux qui ont fait exécuter des exercices de ce genre poursuivaient ce but en même temps que la correction d'un geste malencontreux.

« C'est affaire au médecin, dit Letulle (art. Tic du *Dictionnaire Jaccoud*), d'indiquer la gymnastique spéciale nécessaire, de maintenir le moral et de soutenir le courage et les efforts du patient. »

Les uns ont surtout cherché à éduquer l'attention du malade de façon à lui donner l'habitude de surveiller et de corriger lui-même son tic. Dans deux tics du pied, Raymond et Janet ont surtout insisté sur l'attention que leurs malades devaient porter aux mouvements commandés (1). Cette discipline de l'attention ne doit jamais être négligée.

Dans d'autres cas, on a songé à juguler le tic en accoutumant le sujet à faire agir les muscles antagonistes dont la contraction devait avoir pour effet d'arrêter le geste imminent. Pour un tic de grattage, Hartenberg a fait répéter des exercices de flexion et d'extension du bras, dans le but de rendre plus vive l'image du mouvement antagoniste du tic (2).

Mais ce qu'il nous faut retenir de ces exemples, ce sont les efforts tentés pour agir simultanément sur le phénomène moteur et sur l'état mental du sujet.

Ce double objectif fut précisément celui de M. Brissaud, lorsqu'il préconisa, à propos du torticolis mental, une méthode de traitement (3) qui, depuis lors, a été exposée en détail (4) et généralisée à toutes les variétés de tics (5).

Les « mouvements commandés, réguliers, exécutés en mesure » s'y retrouvent suivant la prescription de Trousseau. Mais, en outre, le malade est soumis à des séances d'immobilité dont le but est de le réhabituer à se tenir en repos pendant un temps progressivement croissant.

L'immobilisation a pour effet visible de supprimer le geste intempestif. Mais comme elle ne peut s'obtenir sans le concours d'un acte cérébral du tiqueur, elle agit en même temps sur son attention et sur sa volonté. Le malade ne peut s'astreindre à rester en repos qu'en faisant un effort volontaire; la répétition méthodique de ces efforts constitue une véritable discipline mentale. Ne voit-on pas qu'en somme il s'agit là d'une éducation spéciale de la volonté, de la volonté de rester immobile?

Les faits ont démontré depuis déjà longtemps qu'il n'était pas impossible, surtout chez les jeunes sujets, de consolider une volonté débile, d'équilibrer une volonté instable, de discipliner une volonté versatile et impulsive.

L'éducation — ce mot étant compris dans son sens le plus général — ne poursuit pas d'autre but; mais tandis qu'elle l'atteint aisément chez l'enfant normal, chez les tiqueurs, petits ou grands, elle est insuffisante pour corriger les imperfections de leur volonté, si elle se borne à employer les procédés les plus usuels. De la même façon qu'aux anomalies corporelles, il faut opposer aux anomalies mentales que l'on retrouve chez tous les tiqueurs, une sorte d'orthopédie variable selon les cas.

La méthode de Brissaud répond à cette indication.

La rééducation de l'immobilité joue un rôle de premier ordre dans cette méthode.

M. Dubois (de Saujon) emploie uniquement à cette rééducation les exercices d'immobilité (6). Son mode de traitement consiste à habituer, par des exercices méthodiques, le malade à rester immobile comme une statue dans une position favorable au repos et pendant un laps de temps déterminé; « en faisant

1. Brissaud, Contre le traitement chirurgical du torticolis mental (*Revue neurol.*, 30 janv. 1897); — Popoff, Torticolis psychique (*Moniteur neurol. russe*, 1899, analyse *in Revue neurol.*, 1900, p. 292).
2. Raymond et Janet, *Névroses et idées fixes*, vol. II.

1. Raymond et Janet, Notes sur deux tics du pied (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1899, n° 5).
2. Hartenberg, Traitement et guérison d'un cas de tic sans angoisse (*Revue de psychol. clin. et thérap.*, janv. 1899, p. 17).
3. Voir *Thèse* de Bompaire, 1894.
4. Feindel, Le torticolis mental et son traitement (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 6).
5. Meige et Feindel, Le traitement des tics par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation (*Presse médicale*, 16 mars 1901; — *Gaz. hebd.*, 31 mars 1901, p. 309).
6. Dubois, Traitement des tics convulsifs par la rééducation des centres moteurs (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1901).

cela avec autorité, par suggestion verbale (sans hypnose), on arrive à imposer suffisamment l'image du calme possible pour que ce calme puisse se réaliser dans l'inconscient et impressionner ainsi les centres producteurs des divers tics ».

La méthode de M. Pitres (1) semble à première vue différer des méthodes d'exercices de mouvements et d'immobilité. Elle n'est cependant encore qu'une gymnastique spéciale.

Depuis longtemps, le professeur Pitres s'applique à rechercher ce que peut la gymnastique respiratoire dans les tics en général. Dans beaucoup de cas, il est facile de constater que le tic disparaît tout le temps que le rhythme respiratoire est maintenu plus profond et plus régulier qu'à l'état ordinaire (2).

Un premier cas de guérison par cette méthode a été donné par M. Tissié (3). Il est à remarquer que, dans ce cas comme dans celui publié récemment par M. Pitres, les tics étaient compliqués de bruits expiratoires (toux, cris, grognements).

Les deux procédés donnés ci-dessus sont excellents; il n'y a qu'à considérer leurs résultats. M. Tissié relate une guérison; M. Pitres, une; M. Dubois, quatre. Ce sont des guérisons vraies, du tic et de l'état mental du tiqueur, des guérisons qui se maintiennent. Pour qui a l'expérience de l'habileté avec laquelle le tiqueur sait se dérober à toute contrainte, notamment à la discipline qu'on veut lui imposer pour le guérir, les résultats sont fort beaux.

Nous ferons cependant aux deux procédés un seul reproche, peut-être un peu théorique, c'est d'être exclusifs. M. Dubois n'emploie que les exercices d'immobilité; M. Pitres, seulement la gymnastique respiratoire. Aussi nous préférons la méthode de M. Brissaud, plus ancienne d'ailleurs en date de publication, et qui comprend les deux autres. Elle se sert à la fois de la gymnastique (exercices de mouvements et exercices respiratoires) et de l'immobilisation (exercices d'immobilité); suivant les cas, tantôt on pourra donner à la gymnastique et à telle forme de gymnastique une part prépondérante; tantôt, c'est l'immobilité qui sera davantage cultivée; les deux sortes d'exercices seront diversement entremêlés.

La combinaison des deux procédés est utile à tous égards; ils s'entr'aident mutuellement et leurs heureux effets répondent à la double indication thérapeutique : ils agissent à la fois sur les manifestations motrices et sur l'état mental des tiqueurs (4).

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie (5),

PAR MM.

P. Le Gendre et G. Lepage.

Enregistrement du diplôme. — Devoirs vis-à-vis des confrères. — Changement de médecin par le client. — Dangers des querelles professionnelles.

Devoirs vis-a-vis des confrères. — Quels sont vos devoirs vis-à-vis de vos confrères? — Vous leur devez tout d'abord une visite d'arrivée, bien qu'il se trouve, dit-on, des confrères assez... peu polis pour ne pas rendre cette visite au débutant. Par contre, on a plaisir à signaler des mœurs plus aimables. Telle la pratique usitée dans un pays proche de Paris : à Meulan et dans la région avoisinante, il est maintenant d'usage, lorsqu'un jeune confrère arrive, qu'un des médecins déjà établis lui fasse le premier une visite; il indique au nouveau venu les résultats que donne la bonne confraternité, les règles usitées dans les relations professionnelles, etc.

Nul doute qu'après cette démarche le nouveau venu ne se sente obligé de rendre visite à tous les confrères avec lesquels il peut avoir des relations de clientèle.

Écoutez ce que dit dans un article (1) intitulé : « L'encombrement médical officiellement constaté, l'attitude qu'il impose », le Dr Jeanne (de Meulan) qui, depuis plusieurs années, s'occupe avec autant de chaleur que de succès de la défense des intérêts professionnels. Voici quels excellents conseils formule le Dr Jeanne au sujet des rapports entre le médecin nouveau venu dans une localité, et les anciens qui y ont déjà droit de cité.

« Si, nous tenant à l'écart, nous laissons le débutant se guider pendant quelques semaines sur les indications par lui recueillies dans le public, c'est la guerre qui va s'organiser à bref délai, meurtrière et ruineuse pour les deux parties. Car les premières visites qu'a reçues l'arrivant, les premiers conseils à lui donnés, émanent exclusivement des gens qui ne nous aiment pas ou de ceux qui veulent nous exploiter.....

« Combien plus sage est celui qui accueillera le nouveau venu comme un frère cadet, que l'aîné établit près de lui afin d'occuper la place que le concurrent mal intentionné pourrait prendre.

« Confrère, lui dira-t-il, la terre est à tout le monde, et puisque vous êtes venu ici avec l'intention d'y rester, préoccupons-nous bien vite du moyen d'y vivre tous les deux. A cet effet relevons d'abord les honoraires au taux légitime, chose que j'aurais peut-être dû déjà pratiquer moi-même, et que votre arrivée fera admettre sans difficulté réelle. De la sorte, soyez certain que cette région, qui fournissait 10 000 francs d'honoraires, en donnera bien 15 000, attendu qu'il est vrai, dans une certaine mesure, que plus il y a de médecins, plus il y a de malades, et que, d'autre part, le public se soigne plus qu'autrefois.

« Nous ne chercherons pas à nous nuire, ou à nous être désagréables; nous nous expliquerons loyalement sur tout malentendu, et fermerons l'oreille, de parti pris, aux racontars du public, car *le public, c'est l'ennemi*. Répondez à tout appel, mais ne me prenez jamais un malade sans venir en causer avec moi; toute la pratique déontologique est dans ce principe, en ce qui concerne le client ordinaire. Quant aux collectivités, quelles qu'elles soient, nous ne leur parlerons qu'après nous être toujours mis d'accord sur le langage à tenir.

« De plus, si vous le voulez bien, nous ferons ensemble ces opérations d'urgence pour lesquelles j'avais coutume de déranger des chirurgiens éloignés; c'est autant d'argent qui restera chez nous. En consultation, toutes les fois qu'on nous le demandera, nous mettrons en commun vos idées ou vos méthodes nouvelles et ma vieille expérience : le public profitera de cet avantage et le rémunérera. Grâce à ces diverses ressources, mieux utilisées que jadis, vous verrez que chacun de nous approchera encore des 10 000 francs dont j'ai toujours vécu. Et, dans l'avenir, tout naturellement, à mesure que mon activité diminuera, votre situation s'augmentera loyalement sans que je puisse y trouver à redire.

« Nous avons plusieurs fois tenu ce langage à des confrères qui arrivaient dans notre rayon, en réclamant, avec tout l'entrain de la jeunesse, leur part d'un festin

1. Pitres, Tics convulsifs généralisés traités et guéris par la gymnastique respiratoire (*Journal de médecine de Bordeaux*, 17 févr, 1901).
2. Pitres (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 16 juin 1899).
3. Tissié, Tic oculaire et facial accompagné de toux spasmodique (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 et 16 juill. 1899).
4. Meige et Feindel, Sur la curabilité des tics (*Gazette des hôpitaux*, 20 juin 1901).
5. *Gazette hebdomadaire*, 1901, 5 mai, p. 424; 14 juillet, p. 680.

1. *Concours médical*, 9 sept. 1899, n° 36, p. 422.

qui devient de plus en plus maigre... Nous sommes cinq sur le domaine que deux confrères se partageaient il y a 15 ans, et nous vivons en amis, parce que nous avons opéré le tassement d'un commun accord. »

Quelques-uns d'entre vous pensent peut-être qu'il y a du rêve, de l'utopie dans ces idées et que la réalité n'y correspond pas. Ils ont tort : car une réelle harmonie règne dans cette région entre les médecins.

Dans les grandes villes — et surtout à Paris — devant l'impossibilité où vous êtes de rendre visite à tous vos confrères, quelle règle suivre ? — Si vous vous installez dans un quartier presque géographiquement limité, voyez le plus grand nombre de médecins qui y exerçent; si vous êtes dans un quartier plus central, rendez visite aux confrères les plus proches, ceux de votre rue par exemple, et vous aurez déjà fort à faire. En aucun cas n'imitez ce jeune médecin qui, venant s'installer dans la maison où exerçait déjà un autre confrère, ne lui rendit pas visite; ce qui ne l'empêcha pas quelques mois plus tard de recourir à ses bons offices pour assister sa femme en mal d'enfantement. Le moyen le plus pratique pour entrer d'une manière suffisante en relation avec les confrères voisins, c'est de vous faire admettre à la Société médicale de votre arrondissement : vous y rencontrerez presque tous les confrères du même quartier.

A la campagne, vous serez obligé de faire visite non seulement aux confrères, mais aussi aux notables du pays; ces visites doivent être et rester des *visites de politesse*, faites sentir que ce ne sont pas des *visites de solliciteur*. Si la personne qui vous reçoit se livre à quelque appréciation malveillante sur l'un de vos confrères, montrez par votre attitude que ces insinuations vous déplaisent, déclarez hautement que vous tenez avant tout à vivre en bonne intelligence avec vos confrères. Soyez intransigeants sur ce point.

C'est là l'idéal : il n'est, hélas ! dans la pratique, que rarement réalisé ! Cependant, malgré les difficultés croissantes de l'exercice de la médecine, il semble bien qu'en maints endroits les rapports des confrères entre eux soient moins tendus que jadis. La nécessité d'une bonne entente confraternelle est de plus en plus urgente pour les médecins, s'ils ne veulent être dépouillés du droit de vivre *honorablement* de leur profession ou tout au moins de ne pas mourir de faim par les efforts combinés de l'Assistance publique, de l'Etat, des communes, des particuliers, des sociétés de secours mutuels et aussi par la concurrence aveugle et le défaut d'entente.

Changement de médecin par le client. — D'où naissent habituellement les querelles entre confrères, surtout à la campagne ? — De ce qu'une famille quitte un médecin pour recourir aux soins d'un autre, et cela sans que le premier ait aucunement démérité. Et cependant la *liberté qu'a le malade de choisir son médecin, de le changer pour en prendre un autre, est absolue*, sous la réserve toutefois que cet autre médecin puisse accepter de donner ses soins sans manquer à *certaines règles professionnelles;* ces règles, variables d'ailleurs suivant les régions, sont basées en partie sur les usages, en partie sur le bon sens et doivent toujours respecter les intérêts du malade.

Pour les établir distinguons plusieurs cas :

a) Un habitant du pays, depuis plusieurs semaines bien portant, se trouve pris de malaises; soigné antérieurement par le Dr A..., il a décidé de recourir au Dr B..., c'est-à-dire à vous, et il vous informe franchement de cette résolution. Qu'allez-vous faire ? — Vous rendre à l'appel du malade, l'examiner, lui indiquer les soins nécessaires. Il faut en même temps vous enquérir discrètement des raisons pour lesquelles on n'a pas appelé le Dr A... : on est décidé à le changer, tâchez de savoir si cette décision est irrévocable.

Certains médecins prétendent qu'en pareil cas le Dr B... doit s'assurer auprès de son nouveau client qu'il a réglé les honoraires de son prédécesseur, le Dr A... Cette question est controversée : les uns la résolvent par la négative en disant que le nouveau venu n'a point à s'occuper de ce détail, qu'il serait souvent délicat d'aborder cette question dans une famille que l'on connaît à peine, et qu'enfin cet apparent souci des intérêts du confrère évincé ne cache en réalité qu'un moyen de rendre la rupture définitive entre le client et lui. Malgré ces raisons, il nous semble que le nouveau médecin fera bien d'aborder cette question des honoraires du médecin précédent; sinon à la première, du moins à la deuxième ou à la troisième visite il rappellera au client qu'il est d'usage de se mettre en règle avec le médecin que l'on quitte en lui soldant ses honoraires.

Nous sommes en communauté d'idées, ici comme sur beaucoup d'autres points, avec le professeur Grasset, lorsqu'il dit (1) : « Si le premier médecin est réglé, tout est facile; on prend sa place en toute sécurité de conscience.

« S'il n'est pas réglé, on doit exiger que le client lui demande sa note et lui manifeste l'intention de la régler; il faut même s'efforcer de la faire régler, mais si elle n'est pas réglée immédiatement, nous ne pouvons pas faire attendre nos soins au malade et on n'est pas obligé de s'assurer du règlement de cette note pour commencer à lui donner des soins.

« Seulement, plus tard, vous devrez veiller à ce que le premier médecin soit réglé avant vous, ou tout au moins en même temps. »

Devez-vous prévenir votre confrère de cette substitution ? — D'une manière générale il est préférable de l'en informer par lettre, mais ce n'est point une obligation absolue. Cela dépend de vos relations antérieures avec lui; cela dépend du milieu, des malades et surtout des règles confraternelles adoptées entre médecins de la même région. Il importe que ces règles ne soient pas trop rigoureuses et qu'elles ne soient pas trop restrictives de la liberté des malades : à cet égard nous avons enregistré les plaintes quelque peu légitimes de plusieurs jeunes médecins qui, arrivant dans un pays avec les meilleurs desseins d'entente confraternelle, ont été découragés par les exigences de leurs aînés : ceux-ci avaient admis entre eux des règles tellement strictes, qu'il était pour ainsi dire impossible à un client de changer de médecin. Il n'y avait plus pour le nouveau-venu qu'à renoncer à la pratique en attendant la disparition de leurs aînés... ou bien à ne pas entrer dans des associations professionnelles si sévères. C'est à cette abstention qu'ils se résolurent. Il ne faut donc pas édicter de règles trop sévères en ce qui concerne les conditions dans lesquelles un médecin peut, sans cesser d'être très correct, prendre auprès d'un malade la place d'un confrère; comme l'a fort judicieusement dit Juhel-Rénoy, « l'esprit de corps ne peut aller jusqu'à l'oppression du client et il ne faut pas que, pour être plus confrères, nous soyons moins médecins ».

b) Vous êtes mandé auprès d'un malade en cours de traitement, par exemple auprès d'un malade atteint de fièvre typhoïde; ici la situation change absolument :

1. *Principes de déontologie*, p. 30.

1° Tantôt c'est à cause d'un incident survenu brusquement — et en l'absence d'un confrère — que vous êtes appelé; alors même que vous savez le malade en traitement, vous devez vous rendre immédiatement auprès de lui, conseiller ce qui vous semble utile et *prévenir par lettre* le confrère que vous avez *suppléé*. Généralement — surtout si le cas est grave — les deux médecins doivent s'arranger pour revoir au moins une fois le malade ensemble. — 2° Tantôt c'est la famille, inquiète de la marche de la maladie, qui commence à douter du médecin traitant ou qui tout au moins serait désireuse d'avoir votre avis; elle n'a pas osé exprimer ce désir au médecin dont elle redoute la susceptibilité et elle vous fait demander à son insu. Si vous êtes au courant de cette situation, refusez nettement de vous rendre à cet appel direct; si, mal informé, vous allez chez le malade, refusez de le voir; si la famille insiste, examinez-le discrètement, à moins de nécessité ne faites pas de prescription, dites que vous ne pouvez formuler d'avis qu'après en avoir conféré avec le médecin traitant; en un mot exigez une consultation avec lui.

c) Enfin la famille a perdu confiance dans le médecin traitant; elle trouve que la maladie, loin de s'améliorer, prend un certain degré de gravité : tout naturellement elle en rend le médecin responsable, elle désire, se conformant au vœu du malade, que ce soit un autre médecin qui prenne la direction du traitement. Appelé dans ces conditions, qu'allez-vous faire? Vous devez accepter de continuer les soins, mais à la condition de vous assurer que le confrère a été prévenu de ce changement. Le mieux en pareil cas est, avec l'autorisation de la famille, de voir le confrère sous le prétexte de savoir quelle a été la marche antérieure de la maladie.

C'est une marque de bonne confraternité que le premier ne devra prendre qu'en bonne part; de plus vous pourrez ainsi recueillir sur le malade et sur son entourage des renseignements utiles au point de vue de la conduite à tenir.

Nombreuses sont les nuances qui doivent vous guider en pareille matière; vous éviterez tout conflit en agissant avec franchise et loyauté, en vous abstenant de toute pratique que vous trouveriez incorrecte à votre égard de la part d'un autre, de toute pratique que vous ne vous sentiriez pas en mesure de légitimer devant une réunion composée de plusieurs praticiens.

DANGER DES QUERELLES PROFESSIONNELLES. — Quels que soient les torts apparents que puissent avoir vos confrères vis-à-vis de vous, n'usez jamais de représailles; recherchez autant que possible une explication franche et loyale qui très souvent suffira à éviter un malentendu regrettable et définitif. Vous entendrez souvent des confrères, plus ou moins aigris, vous dire que la déontologie est un vain mot, qu'il faut d'abord vivre *per fas et nefas*, que la réussite est à celui qui lutte pour l'existence sans se soucier du voisin. N'en croyez rien; et cependant n'est-il pas triste de constater que dans nombre d'affaires médico-légales, où le médecin est cité en justice à la requête du parquet ou sur la plainte d'un client, c'est souvent par suite d'une parole imprudente, d'une appréciation malveillante d'un confrère que la justice s'est mise en branle?

Deux exemples vous montreront jusqu'à quel point peut aller cette méconnaissance des règles les plus élémentaires de la déontologie médicale. Dans le premier cas, un médecin, le Dr X..., est demandé en plein été pour un enfant atteint de diarrhée depuis quelques jours. C'est jour de marché dans la localité; le médecin répond qu'il ne peut se rendre auprès du petit malade et conseille une potion anti-diarrhéique en recommandant qu'on lui donne des nouvelles dès le lendemain matin. Les parents ne reviennent que le lendemain soir : le confrère a un nouvel empêchement absolument sérieux et conseille une autre potion. Dans la nuit, l'état de santé du bébé s'aggrave : on va chercher un autre médecin plus rapproché, le Dr Z..., qui prescrit un traitement pour le moins singulier. L'enfant succombe dans la nuit. En venant pour voir l'enfant dès le matin, le Dr X... apprend cette triste nouvelle. Vers dix heures revient le Dr Z... : il dit aux parents que l'enfant n'est pas mort d'une mort naturelle, qu'il faut avoir soin de garder le reste de la première potion parce que dans quelques jours on pourrait en avoir besoin pour l'analyser; il demande au père s'il veut donner suite à cette affaire et *s'en va trouver le secrétaire de la mairie* pour faire une déclaration en ce sens. Le secrétaire de la mairie le renvoie au maire; ce n'est que devant ce magistrat que le Dr Z... se refuse à préciser ses insinuations par écrit! L'affaire n'eut pas de suite : le Dr X... demanda à ce que la potion saisie par le maire fût soumise à une analyse par un expert commis par le parquet; cette analyse démontra que la potion ne contenait aucun toxique et qu'il n'y avait eu faute ni dans la prescription ni dans l'exécution de l'ordonnance par le pharmacien.

Voici un autre exemple plus grave encore : le Dr A., médecin d'une compagnie qui se charge des soins à donner à ses ouvriers, est appelé auprès d'un employé malade. Il se rend dans les délais d'usage aux différentes demandes de visite qui lui sont faites par le malade. Celui-ci succombe le lendemain de la dernière visite de ce médecin. Pendant la maladie, — à l'insu du Dr A. — l'employé avait été également vu et soigné par le Dr B.; celui-ci accuse — devant témoins — son confrère de la mort du malade, fait porter par la veuve une plainte à la compagnie avec une demande importante de dommages et intérêts; enfin il écrit à cette veuve une lettre diffamatoire à l'égard de son confrère. Le Dr A. poursuivit le Dr B. pour diffamation : en appel il n'y eut pas condamnation pour diffamation parce que la publicité de la diffamation n'était pas suffisante; mais le Dr B. fut condamné à une amende, à des dommages et intérêts et aux dépens du procès à cause des « imputations injurieuses avec intention certaine de nuire ». Ce n'était pas d'ailleurs sa première condamnation pour d'autres faits non moins édifiants.

C'est avec regrets que nous citons de pareilles vilenies; mais n'est-il pas utile de les connaître à notre époque où se pose à nouveau d'une façon assez pressante la question des chambres de discipline médicale?

Il est vrai que ces mauvaises actions de quelques-uns sont tout à fait exceptionnelles et qu'elles ont existé de tout temps. Elles font simplement tache sur la conduite du corps médical français qui, dans la presque totalité, est d'une correction très grande. Continuons à étudier cette correction dans les détails de la pratique et voyons tout d'abord ce qui se rapporte à la consultation entre médecins auprès d'un malade.

(Voir la suite dans le numéro du 28 juillet.)

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire.

Communication à l'*Académie de médecine*, le 23 juillet 1901.

Par M. Antonin Poncet.

La tuberculose peut donner lieu à des manifestations articulaires très différentes les unes des autres et très variables, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique. Elle peut revêtir, ainsi que nous l'avons montré déjà, une allure telle, que la confusion persiste, avec les lésions dites rhumatismales, si l'on ne songe pas à la relation de cause à effet entre elles et l'infection bacillaire. Cette relation s'est imposée à notre observation et nous avons cherché à établir qu'il existe un rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire (1) au même titre que d'autres pseudo-rhumatismes infectieux devenus depuis longtemps déjà classiques : rhumatisme de la blennorhagie, de l'état puerpéral, de la scarlatine, etc., etc.

Il nous a été donné, en effet, maintes fois, de rencontrer chez des tuberculeux des accidents articulaires allant depuis la simple arthralgie, fugace, intermittente, lésion décrite par Weill (1), jusqu'à l'arthrite noueuse déformante, en passant par toutes les étapes intermédiaires : arthrite aiguë, subaiguë, arthrite sèche, séreuse, riziforme, etc., et dans une intéressante étude sur le rhumatisme tuberculeux MM. Bérard et Mailland (2) ont apporté à l'appui de cette manière de voir des observations concluantes.

Nous sommes loin de l'époque, cependant encore rapprochée, où, avec Bonnet, Nélaton, etc., la granulation miliaire, mais surtout la fongosité, l'abcès froid avec son pus, parfois d'aspect assez particulier, étaient considérés comme les éléments indispensables, caractéristiques de lésions spéciales : carie osseuse, tumeur blanche, qui devaient plus tard être reconnues comme appartenant à une seule cause et à une seule maladie : la tuberculose.

On sait l'évolution profonde des idées depuis les grandes découvertes de ces trente dernières années sur la nature des altérations tuberculeuses, sur leur bacille pathogène et sur les caractères des lésions qu'il engendre. Il n'en est pas moins vrai que, tout en reconnaissant la nature éminemment infectieuse de cette maladie, on a continué généralement, malgré les belles recherches de König, d'Ollier, de Lannelongue, de Socin, de M. Pollosson, etc., à ne l'envisager dans les articulations que dans ses formes graves.

Par un défaut d'assimilation avec d'autres maladies infectieuses, on l'a tenue en dehors de cette loi de pathologie générale, formulée par le professeur Bouchard, dès 1883, dans la thèse de Bourcy : *Rhumatisme infectieux* (*Thèse* de Paris 1883), à savoir « que toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires distinctes du vrai rhumatisme avec lequel elles se confondent cliniquement et relevant de l'infection générale de l'économie, que cette infection soit la maladie première ou une infection surajoutée ».

Nulle part l'idée d'un rhumatisme tuberculeux n'avait été nettement formulée, et peut-être faut-il chercher la cause de cet ostracisme vis-à-vis des tuberculoses articulaires atténuées, présentant encore une fois, la symptomatologie des manifestations rhumatismales, dans cette opinion régnante encore, et fondée par certains côtés, qu'il existe un antagonisme entre la tuberculose et le rhumatisme.

Cette question de mots : « incompatibilité de la diathèse rhumatismale et de la diathèse tuberculeuse », pour me servir d'un langage déjà lointain, a dû nuire à la conception du rhumatisme tuberculeux.

J'ai dans ces derniers mois, observé à ma clinique divers malades chez lesquels le diagnostic de rhumatisme tuberculeux ne laissait pas de doute. L'histoire de trois d'entre eux est topique, et je suis persuadé que l'attention étant appelée sur le pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, il sera facile de rencontrer des faits de même ordre.

Voici une première observation, dans laquelle un homme de 44 ans, exerçant la profession pénible de manœuvre, sans antécédents héréditaires ni personnels,

1. *Congrès français de chirurgie*, 1897. A. Poncet, Bérard et Destot : De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux ; — *Soc. de méd. de Lyon*, 1900. A Poncet : Du rhumatisme tuberculeux.

1. E Weill. Des troubles nerveux chez les tuberculeux (*Revue de médecine*, juin 1883).
2. Mailland. Rhumatisme tuberculeux (*Gaz. hebd. de Méd. et de chirurg.*, 4 nov. 1900).

présente, à l'âge de 40 ans, une épididymite chronique suppurée dont témoigne une cicatrice en cul de poule adhérente au testicule.

Un an après, il y a 3 ans, bronchite et pleurésie gauche. L'année dernière, au mois d'août, apparition du jour au lendemain, de douleurs articulaires avec gonflement, diagnostiquées : rhumatisme articulaire aigu. Ces accidents inflammatoires disparaissent 8 à 10 jours après, pour se localiser à la région lombaire et à la hanche droite. Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er avril dernier, on constate une coxo-tuberculose à forme plastique et un mal de Pott lombaire avec un gros abcès ossifluent dans la fosse iliaque du même côté.

Cette observation I, que nous avons résumée dans ses grandes lignes, établit la filiation de ces accidents pathologiques et leur pathogénie univoque.

OBSERVATION I (recueillie par M. HAU, interne du service).

Bronchite. — Pleurésie gauche et tuberculose testiculaire suppurée du même côté, datant de 3 ans. — Lésions guéries. — Rhumatisme articulaire aigu il y a un an. — Disparition des douleurs qui se localisent à la hanche droite et à la colonne vertébrale. — Actuellement coxalgie plastique (coxo-tuberculose sans abcès, sans fongosités apparentes), mal de Pott, avec abcès du volume des deux poings, occupant la fosse iliaque correspondante.

I. J..., 44 ans, manœuvre, est entré à l'Hôtel-Dieu le 1er avril 1901.

Pas d'antécédents héréditaires. Marié, le malade a eu 6 enfants. Deux seuls sont vivants; deux sont morts dans l'enfance de convulsions, un autre de méningite, un quatrième est né avant terme.

Pas de maladie avant l'âge de 40 ans. A cette époque, épididymite suppurée, survenue sans cause appréciable, dont témoigne une cicatrice en cul de poule, adhérente au testicule.

Un an après, il y a 3 ans, bronchite et pleurésie gauches, ayant nécessité un séjour de 3 mois au lit.

L'année dernière, au mois d'août, apparition brusque, du jour au lendemain, de douleurs articulaires avec gonflement qui l'obligèrent à garder le lit (genou gauche, pied droit, etc.). Un médecin appelé fit le diagnostic de : rhumatisme articulaire aigu.

Disparition, après 8 à 10 jours, de ces phénomènes douloureux, qui se localisèrent à la région lombaire et à la hanche droite.

L'examen révèle un mal de Pott avec un point très douloureux à la pression, au niveau de la 5e vertèbre lombaire, et on constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'un abcès du volume des deux poings, allongé, peu douloureux, ne se prolongeant pas du côté de la cuisse. Signes de coxalgie plastique à droite. Coxo-tuberculose, sans abcès, sans fongosités apparentes.

Au poumon gauche, du côté de l'ancienne pleurésie, abolition des vibrations, diminution du murmure vésiculaire.

Etat général relativement bon.

Le second malade est une femme de 45 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire ancienne. Subitement, sans cause connue, elle présente des arthrites aiguës multiples, qui disparaissent bientôt pour donner lieu et place à une ostéo-arthrite fongueuse suppurante de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du médius droit. La désarticulation du doigt est pratiquée et les inoculations faites aux cobayes avec les produits pathologiques de cette articulation sont positives. Il existe, en outre, chez cette malade, des craquements dans les articulations autrefois frappées, une arthrite subaiguë de l'articulation tibio-tarsienne droite, et comme si elle devait présenter, en quelque sorte à plaisir, toute la gamme de lésions que l'on peut volontiers qualifier de rhumatismales, on constate une ankylose complète, en flexion presque totale, de la 1re et de la 2e phalange du petit doigt correspondant.

Ici encore, il ne nous paraît point hypothétique de croire à un seul et même agent pathogène, donnant naissance, comme on le voit fréquemment dans d'autres maladies infectieuses, à des réactions différentes des tissus, qu'il est du reste facile d'expliquer.

On verra dans l'observation II résumée, un exposé complet de ces différents états pathologiques.

OBS. II (recueillie par M. PATEL, interne des hôpitaux).

Tuberculose pulmonaire ancienne. — Premières manifestations articulaires, d'apparence rhumatismale, remontant à 2 ans. — Il y a 2 mois, rhumatisme articulaire aigu avec localisation ultérieure au niveau de l'articulation de la 1re et de 2e phalange du médius droit (ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée de cette articulation). — Désarticulation du doigt. — Inoculations positives au cobaye.

Femme de 45 ans, tisseuse, mariée, est entrée à l'Hôtel-Dieu au mois de février dernier.

Dans l'enfance, polyadénite cervicale, qui disparut au moment de la puberté. La malade a une fille de 13 ans qui a eu des adénites cervicales et une otite moyenne. Elle dit tousser depuis longtemps, avoir souvent craché du sang.

Depuis 3 ans, chaque hiver, les phénomènes pulmonaires ont augmenté, la toux est devenue plus fréquente, avec des crachats purulents parfois striés de sang.

Les premiers phénomènes articulaires : douleur dans la hanche gauche, malaise général, etc., datent de 2 ans. Disparition des accidents au bout de 15 jours.

Il y a 2 mois, subitement, sans cause connue, arthrite aiguë du cou-de-pied. L'arthrite avait à peu près disparu, vers le 15e jour, lorsque les deux épaules, le coude et les diverses articulations de la main droite furent atteintes.

Ces diverses manifestations articulaires s'amendèrent rapidement; mais du côté de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du médius il n'en fut pas de même. Cette articulation devient rouge, tendue, un abcès se forme, et la malade entre à l'Hôtel-Dieu pour cettee otéo-arthrite suppurée, qui a tous les caractères cliniques d'une tuberculose articulaire ouverte.

L'examen des diverses articulations frappées révèle, pour la plupart, leur intégrité, en dehors de quelques craquements; on constate toutefois de la gêne, de la raideur des mouvements des doigts, avec une ankylose complète, en flexion presque totale, de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du petit doigt correspondant.

L'articulation tibio-tarsienne est en outre le siège d'une arthrite subaiguë : gonflement marqué, points douloureux diffus.

Il existe des signes très nets de tuberculose pulmonaire ancienne : matité aux deux sommets, à droite craquements passagers après la toux, etc.

Cette malade a quitté l'Hôtel-Dieu quelques semaines après son entrée. La désarticulation du médius atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée a été pratiquée. Des inoculations faites au cobaye par mon chef de laboratoire, le Dr L. Dor, avec des fongosités articulaires ont été positives.

L'observation III mérite de nous arrêter plus longtemps. Elle offre cette particularité importante, que le sujet atteint de rhumatisme tuberculeux est mort à l'hôpital, que son autopsie a permis d'en étudier les diverses lésions, et qu'elle a fourni également matière à des inoculations aux cobayes, inoculations qui ont été positives.

Cette dernière malade est une femme de 63 ans, qui, entrée dans mon service, le 9 mars dernier, y mourait 9 jours après. Elle présentait aux deux sommets des signes de tuberculose pulmonaire avancée. Elle était atteinte d'une ostéo-arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied droit, et dans la plupart des autres articulations des membres, on constatait un reliquat d'accidents in-

flammatoires anciens. C'est en octobre 1899 que, dans un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, pour une toux constante, s'étant accompagnée d'hémoptysies, elle fut prise de douleurs articulaires multiples sans gonflement, puis au mois de juin 1900, elle eut des douleurs, de la tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui devait devenir fongueuse et suppurée. En même temps signes d'arthrite dans les articulations des doigts, celles du pouce restant depuis lors déformées, avec subluxation métacarpo-phalangienne.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, on note des craquements, de l'empâtement, de la douleur du côté des diverses articulations primitivement atteintes. L'état général est des plus mauvais et la malade meurt emportée par sa bacillose viscérale.

L'autopsie révèle toute une série de lésions articulaires plus ou moins atténuées, et d'autres plus graves, en particulier du côté de l'articulation tibio-tarsienne qui est suppurée. Des inoculations faites au cobaye avec des produits recueillis dans l'intérieur de ces articulations furent positives.

Avec l'observation III nous donnons l'histoire si démonstrative de ce dernier rhumatisme tuberculeux.

Obs. III (recueillie par M. Patel, interne des hôpitaux).

Tuberculose pulmonaire au 3e degré. — Ostéo-arthrite tibio-tarsienne droite, fongueuse, suppurée. — Craquements diffus dans le coude droit, l'épaule droite et presque toutes les autres articulations, qui ont été, à plusieurs reprises, le siège d'accidents inflammatoires plus ou moins aigus, d'apparence rhumatismale. — Mort. — Autopsie. — Poumons : broncho-pneumonie tuberculeuse. Cœur : insuffisance aortique, végétations valvulaires. Articulation tibio-tarsienne : pyarthrose, synovite fongueuse, ulcérations des cartilages. — Dans les autres articulations : infiltration œdémateuse de la synoviale, usure par places des cartilages. — Lésions d'ostéo-arthrite non suppurée. — Inoculations positives au cobaye. — Reproduction expérimentale des lésions valvulaires.

G. F..., 63 ans, lingère, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 9 mars dernier.

Pas d'antécédents héréditaires. Parents morts de vieillesse. Pas d'enfants. Santé excellente jusqu'à ces deux dernières années. Rhumes fréquents, soit en été, soit en hiver.

Premier séjour à l'Hôtel-Dieu, du mois d'août 1899 au mois d'août 1900. La malade était entrée à l'hôpital pour des phénomènes gastriques, et pour une toux constante assez pénible, s'accompagnant parfois de petites hémoptysies. Un mois 1/2 après son entrée (octobre 1899) elle ressentit des douleurs au niveau de l'articulation du coude, de la gêne dans les mouvements de cette articulation. Pas de gonflement. Peu après les deux genoux devinrent douloureux, sans changement extérieur. Presque toutes les articulations furent ainsi successivement envahies. Cet état dura pendant plusieurs mois : repos, applications de salicylate de méthyle sur les régions douloureuses.

Au mois de juin 1900, douleurs, puis tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne droite. Sur ces entrefaites, G. F... quitte l'hôpital et reprend son travail. Les articulations des doigts deviennent à leur tour douloureuses, surtout celle du pouce droit, qui reste, depuis lors, déformée. Subluxation spontanée de son articulation métacarpo-phalangienne.

En même temps, durant l'hiver qui suivit : toux continue, hémoptysies fréquentes, amaigrissement considérable.

Lors de l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu le 9 mars 1901, l'examen clinique révèle les particularités suivantes :

1° Ostéo-arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied droit;

2° Arthrite déformante métacarpo-phalangienne droite. Subluxation en arrière de la tête métacarpienne.

Arthrite chronique du coude droit, caractérisée par des douleurs en arrière, et dans l'extension maximum. La synoviale est distendue et forme deux bourrelets de chaque côté du tendon tricipital.

Dans presque toutes les autres articulations, craquements pendant le mouvement. Douleurs dans l'extension et la flexion de la colonne vertébrale.

Examen des poumons. — Submatité aux deux sommets, au sommet droit, râles sous-crépitants, souffle cavitaire après la toux, gargouillement, etc. Au sommet gauche, expiration rude, craquements étendus, etc.

Crachats purulents, hémoptoïques, très abondants, survenant dans des efforts de vomissements.

Etat général mauvais. Température 39°,8 le matin, 39° le soir.

La malade est morte le 18 mai avec des signes de tuberculose pulmonaire avancée. Cinq jours auparavant, elle avait eu des douleurs très vives dans toutes les articulations antérieurement malades. Le pouce droit s'était tuméfié, sa face dorsale était devenue un peu rouge, puis le lendemain tout avait disparu.

Autopsie pratiquée le 18 mars :

1° *Poumons.* — Lésions bilatérales de broncho-pneumonie tuberculeuse, si confluente, que les lobes supérieurs ont presque l'apparence d'une pneumonie caséeuse. Dans le lobe inférieur, noyaux disséminés de broncho-pneumonie;

2° *Cœur.* — Insuffisance aortique et mitrale produite par des végétations papillomateuses, siégeant sur le bord libre des valvules. La base des valvules est épaissie, indurée;

3° *Articulations.* — *A.* L'articulation tibio-tarsienne présente les signes classiques d'une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée.

Les autres articulations du pied (astragalo-calcanéenne, astragalo-scaphoïdienne, calcanéo-cuboïdienne, etc., sont le siège d'altérations du même ordre, mais moins avancées.

B. Les articulations du coude, du pouce, de l'épaule droite sont atteintes d'arthrite chronique : amincissement, ulcération des cartilages, épaississement, vascularisation de la synoviale, etc.

Des inoculations faites au cobaye (L. Dor) avec les produits recueillis dans l'intérieur de ces diverses articulations, ont été positives.

Il me paraît inutile de commenter plus longuement de telles observations. Elles établissent les différentes modalités des accidents articulaires d'origine tuberculeuse, que j'ai proposé de grouper sous le nom de *rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire* (1).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 8 et 15 Juillet 1901.

Sur les sucres du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud** communiquent leurs recherches faites exclusivement avec de fortes quantités (au moins 300 grammes) de sang de chiens nourris de viande. Dans l'extrait alcoolique de ce sang préalablement bouilli avec du sulfate de soude, ils ont confirmé la réalité de l'écart — signalé par M. Hédon pour le sang du cheval — entre le chiffre du sucre (évalué comme glucose) donné par le polarimètre, et le chiffre que fournit la réduction de la liqueur cuivrique. Ils ont vu que cet écart est, en général, plus grand dans le sang des veines sus-hépatiques que dans le sang artériel. Souvent même, ils ont trouvé que le sang de ces veines a un pouvoir rotatoire à gauche, fait assez rare en ce qui concerne le sang artériel.

Sans contester la possibilité de la présence, admise par M. Hanriot, d'une impureté à pouvoir réducteur plus élevé que

1. Je rappellerai à ce propos, les intéressantes expériences, par M. L. Dor et J. Courmont, qui avaient vu des injections intra-veineuses de tuberculose atténuée, pratiquées chez des lapins, donner naissance à des arthrites fongeuses, séreuses et autres, d'inégale gravité (*Soc. de biol.*, novembre 1890, février 1891 ; *Annales de l'Œuvre de la tuberculose*, 1891) et L. Dor (*Soc. de méd. de Lyon*, 5 mars 1900).

celui du glucose, MM. Lépine et Boulud peuvent affirmer que l'écart susdit est, en très grande partie, attribuable à l'existence dans le sang, à côté du glucose, non seulement d'acide glycuronique conjugué lévogyre (nous avons pu caractériser cette substance par les cristaux de paraphénylhydrazone déviant à gauche en solution pyridique), mais surtout d'un ou plusieurs sucres également lévogyres.

En effet, ils ont vérifié la présence, dans un grand nombre d'extraits de sang, d'un sucre analogue au lévulose par son pouvoir rotatoire à gauche, par la réaction de Sélivanoff, par sa destruction complète après chauffage pendant 3 heures à 110°, en présence de 7 p. 100 d'acide chlorhydrique, enfin, par les cristaux en aiguille de lévulosate de chaux.

En outre, ils ont pu, souvent, caractériser des pentoses :

1° Par la réaction de l'orcine et de la phloroglucine donnant des bandes d'absorption ;

2° Par la production de furfurol, constaté dans le distillat après ébullition prolongée en présence d'un excès d'acide chlorhydrique ;

3° Par l'absence de fermentation ;

4° Par les cristaux de parabromphényl-hydrazone n'ayant qu'un faible pouvoir rotatoire à droite.

Dans quelques cas, d'ailleurs très rares, la maltose (non l'isomaltose), signalée autrefois par Couvreur dans le sang du lapin, a été décelée, non seulement grâce aux modifications des pouvoirs rotatoire et réducteur mais aussi au moyen des cristaux de maltosazone solubles dans l'éther.

Enfin, MM. Lépine et Boulud appellent l'attention sur l'existence, dans les extraits du sang de chiens soumis au régime de la viande, d'un sucre qui serait analogue au saccharose n'ayant pas de pouvoir réducteur, déviant à droite et fermentescible.

Il semble que la plupart des matières sucrées sus-indiquées se transforment très facilement, dans le sang, les unes dans les autres.

Anémies et modifications humorales de la grossesse.

MM. Charrin et Guillemonat. — Le mécanisme des anémies et des diverses altérations hématiques observées au cours de la gestation est encore mal connu.

Il convient de rappeler, en premier lieu, que, d'après nos recherches, le fer de la rate diminue aux approches du terme (0,72 au lieu de 0,96), phénomène qui concourt heureusement à enrichir les tissus fœtaux en principes ferrugineux, lesquels sont rares dans le lait. En second lieu, l'examen du sang montre que le taux du fer tend à fléchir sous la seule influence de la grossesse. Si, chez la femme normale, la proportion de ce métal est de 0,45, chez des gestantes elle s'abaisse à 0,38 ou 0,34, et, chez des anémiques gravidiques, à 0,32, voire même à 0,25 et 0,17.

Du reste, on constate d'autres altérations sanguines. L'alcalinité passe de la normale (de 1,20 à 2) à 1,05, à 0,70, pour descendre jusqu'à 0,93 ou 0,53 chez des femmes anémiées par la gestation ou chez des convalescentes de *phlegmatia*. Le taux de la chaux est souvent supérieur à la normale, celui de la magnésie, au contraire, devient plus faible; la coagulation *in vitro* s'opère en moyenne plus rapidement (en 7 minutes, au lieu de 8 1/2 ou 9). Parallèlement, l'acidité urinaire s'élève de 1,20 ou 1,45 à 1,57 ou 1,95, tandis que la salive devient moins alcaline.

En somme, si les globules n'offrent aucun changement important ni constant, les éléments solubles présentent de nombreuses modifications qui ont entre elles un lien commun, la tare cellulaire génératrice. D'un côté, en effet, céder trop de fer constitue un vice de désassimilation ; d'autre part, à diverses reprises nous avons indiqué qu'il survient, comme conséquence de la grossesse, un ralentissement dans les échanges, aboutissant forcément à l'accroissement des acides des plasmas, par suite à la dissolution de certains sels du squelette susceptibles de se précipiter ailleurs (dépôts calcaires du placenta, du crâne) ; ces changements dérivent donc tous d'une tare cellulaire variable suivant les cas, cette désassimilation et ces échanges étant ce que les font les cellules.

Est-il besoin de rappeler que ces modifications du sang et de la salive favorisent, surtout par excès de chaux, les thromboses veineuses et les lésions buccales si communes vers la fin de la grossesse, de même que la diminution de l'alcalinité entraîne la disparition de l'état bactéricide ? Ainsi fléchissent et les défenses locales et les défenses générales de l'organisme, à l'heure de la gestation, sous l'influence de changements de la composition des humeurs, œuvres de la pathologie cellulaire.

Sur le rôle des leucocytes dans l'élimination.

M. H. Stassano a voulu voir si les leucocytes se chargent des substances solubles en circulation, inutiles ou nuisibles à l'économie, pour les déverser dans l'intestin. A cet effet il a injecté du bichlorure de mercure à des chiens, soit profondément narcotisés (ce qui a pour effet de réduire l'activité chimiotactique des globules blancs), soit soumis à une injection de peptone, laquelle produit une désagrégation très étendue des leucocytes. Il a toujours observé que, pour un temps donné, l'apport de mercure à l'intestin est notablement plus faible chez les animaux ainsi traités que chez les témoins. Ce fait démontre que la participation des leucocytes à l'élimination est réelle, et qu'elle est importante.

Les constatations suivantes plaident dans le même sens : de deux lapins, l'un normal, l'autre accoutumé au mercure, le second se débarrasse du poison beaucoup plus rapidement que le premier, après une injection sous-cutanée de 0 gr. 049 de sublimé ; d'autre part, les jeunes chiens éliminent le mercure sensiblement plus vite que des animaux âgés, de même poids ; or, il est facile de s'assurer que, précisément, les animaux qui supportent le mercure — soit qu'ils y aient été accoutumés, soit qu'ils possèdent, du fait de leur âge, une moindre sensibilité à l'égard de ce toxique — présentent, quelques heures après l'injection de sublimé, une augmentation appréciable du nombre des leucocytes, augmentation qui persiste plusieurs jours. Des observations identiques peuvent être faites après l'injection d'arsenic ou de toxine diphthérique.

Les glucoprotéines comme milieux de culture chimiquement définis.

M. Ch. Lepierre adresse une note relative à l'emploi, pour la culture des divers micro-organismes pathogènes ou non, ainsi que pour l'étude des produits qu'ils élaborent (et notamment des toxines), de milieux dont tout l'azote est fourni par des glucoprotéines. Il propose dans ce but un liquide contenant, pour 100 grammes d'eau, 1 gr. 50 à 2 grammes de glucoprotéine pure, 0 gr. 50 de chlorure de sodium, 0 gr. 50 de sulfate de magnésium, 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de glycérophosphate de calcium et 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de bicarbonate de potassium ; on peut y ajouter de 2 à 3 grammes de glycérine, de glucose ou de saccharose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 Juillet 1901.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la leucémie.

M. Ferrier. — Chez un sujet atteint de leucémie à un degré très élevé et dont le sang contenait 480 000 globules blanc pour 1 674 000 globules rouges, le liquide céphalo-rachidien ne renfermait aucun élément figuré.

Cette constatation montre que la présence d'éléments leucocytaires dans le liquide céphalo-rachidien est indépendante de causes générales et se rapporte bien selon la formule de Widal à une lésion ou irritation locales.

Injections épidurales de cocaïne dans les crises vésicales du tabès.

M. Bergouignan. — Nous avons employé, dans un cas de crises vésicales du tabès, les injections épidurales de cocaïne par la méthode de Cathelin.

Ces crises vésicales duraient sans interruption depuis 3 ans, s'accompagnant de dysurie et d'oligurie. Nous fîmes, à 3 jours de distance, 2 injections de cocaïne (2, puis 3 centigrammes; solution à 2 p. 100). La douleur cessa 10 minutes après la première injection, réapparut quelques instants le lendemain, et ne s'est plus manifestée depuis 10 jours. L'émission des urines est devenue facile et la diurèse abondante. Les injections ont été immédiatement suivies d'un vomissement.

De la vitesse des temps de réaction auditive simples ou de choix en rapport avec le coefficient mental.

MM. Vaschide et **Vurpas** ont étudié sur une malade qui avait une tendance à s'examiner et à s'analyser tant physiquement que psychologiquement, la vitesse des temps de réaction auditive simples ou de choix en rapport avec le coefficient mental du sujet.

Pour mesurer les temps de réaction, le chronomètre de d'Arsonval fut l'appareil employé selon la technique courante.

Vingt temps de réaction auditive simples ou de choix furent pris. Voici les moyennes obtenues :

	Moyenne générale.	Moyenne de la variation.
Réactions simples . .	33,55	7
Réactions de choix .	25	2,3

La part plus active, l'attention plus soutenue, l'intérêt plus vif que le sujet apportait aux réactions de choix expliquent cette constatation paradoxale. Il semble qu'ainsi la vitesse des réactions ne soit pas toujours proportionnelle au sens et à la nature de ces réactions. Concurremment à l'examen somatique, l'expérimentateur doit donc pénétrer la vie mentale de son sujet.

Anémie post-hémorrhagique.

MM. F. Ramond et **J. Hulot**. — L'anémie post-hémorrhagique varie avec la nature de l'hémorrhagie. Elle est plus marquée si le sang extravasé reste dans l'organisme au lieu de s'écouler librement au dehors, ainsi que le prouve l'expérimentation. Il est probable que le sang épanché dans les tissus donne lieu à la production d'une petite quantité d'hémolysine, bien qu'il s'agisse d'expériences sur les animaux de la même espèce, et non d'espèce différente, comme dans les observations classiques de Bordet. Cette hémolysine est d'activité peu considérable, à la vérité, mais elle peut néanmoins être mise en évidence, de diverses façons, et les animaux mis en expérience.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 Juillet 1901.

De la ponction lombaire comme élément de diagnostic dans les fractures du crâne.

M. Tuffier estime que la ponction lombaire peut être utile dans certains cas de fracture du crâne, comme il a pu le constater chez plusieurs malades.

Le premier était un jeune homme qui, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, avait subi un traumatisme de la tête. Il fut pris d'accidents épileptiformes. La ponction a donné un liquide rachidien mêlé de sang. 26 heures après le malade succombait.

Dans un second cas il s'agissait d'une vieille femme ayant présenté des accidents de contusion cérébrale avec état comateux. Une ponction fut faite et le liquide rachidien fut trouvé clair. La malade a guéri, mais des accidents urémiques se sont montrés plus tard.

Il y a deux jours on apportait un homme qui avait fait une chute sur la région occipitale; à ce niveau existait une toute petite plaie et aucun symptôme grave n'était relevé. Le lendemain le délire apparaissait et le troisième jour il y avait du coma, Par la ponction on a retiré un liquide très rouge et il est probable que ce blessé, qui est sorti de l'hôpital, va succomber.

De ces faits il résulte que, dans certains cas de diagnostic douteux, la ponction peut aider à faire le diagnostic et que le pronostic est grave, lorsqu'il y a une notable quantité de sang dans le liquide rachidien.

Du pincement latéral de l'intestin.

M. Schwartz a observé deux cas de pincement latéral de l'intestin.

L'un concerne une femme de 48 ans, bronchitique, chez laquelle apparut une tumeur douloureuse dans l'aine droite. La malade rendait des gaz et des selles; il n'y avait pas d'anorexie et il n'existait aucun trouble fonctionnel. M. Schwartz pensait à une épiplocèle crurale irréductible, tout en notant cependant un peu plus de résistance à la palpation. Dans le doute il a incisé et trouvé un petit sac rempli de liquide sanguinolent et une portion d'anse d'intestin grêle noire-rougeâtre très serrée. Le débridement fait, on a constaté qu'il s'agissait d'un pincement latéral, au niveau duquel la couche musculaire était fortement intéressée. Cependant le malade a guéri.

Différents mémoires ont été écrits sur ce pincement latéral. On y rapporte des faits très variés. Ordinairement le pincement crural se manifeste par l'absence de selles ou par des selles cholériformes. C'était le cas d'une malade observée par M. Schwartz en 1886.

Il a trait à une femme qui, depuis six jours, présentait des symptômes d'étranglement compliqués en dernier lieu de péritonite. L'opération a fait découvrir un pincement latéral de l'intestin qui était ulcéré et perforé. La malade a succombé 36 heures après.

M. Schwartz conclut que l'on doit insister sur l'absence ou le peu d'intensité des troubles fonctionnels, qui doivent être mis au deuxième plan, alors que les signes physiques doivent être les signes principaux.

M. Quénu a été appelé il y a sept ans, auprès d'une femme de 34 ans atteinte d'une petite tumeur crurale légèrement douloureuse. Comme chez la première malade de M. Schwartz, il y avait évacuation de gaz et de matières fécales. M. Quénu n'en fit pas moins, quelques heures plus tard, une incision, et trouva un pincement latéral. La malade a guéri.

Dans la généralité des ouvrages classiques, il est écrit qu'avec le pincement latéral il y a ordinairement absence de gaz et de selles. C'est une exagération, car la circulation intestinale peut être conservée. Aussi, en présence d'une tumeur herniaire, le mieux est d'aller voir quelle est cette tumeur.

M. Rochard est intervenu chez un homme dont le ventre était légèrement ballonné, et qui avait quelques nausées et un aspect souffreteux. Pas de hernies et le matin une selle copieuse. On a fait la laparotomie qui a conduit sur le pincement latéral d'une anse grêle.

M. Lejars a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, les uns sans troubles fonctionnels, les autres avec des accidents aigus très intenses. C'est ainsi que, chez un homme, le tableau complet de la hernie étranglée existait. On opère et on trouve une épiplocèle avec pincement latéral.

D'autres fois, il y a peu de phénomènes, mais des accidents de stercorémie. Tel ce malade qui, depuis deux mois, portait une tumeur irréductible, peu douloureuse, avec émission de gaz et de gardes-robes. Mais l'état général était mauvais. L'opération montra l'existence d'un pincement latéral.

M. Lejars a encore eu un autre fait comparable à celui de M. Schwartz; il concerne une femme soignée, depuis 8 jours, dans un service de médecine pour des accidents de bronchite. Le neuvième jour on découvre une petite tumeur rouge dans l'aine droite. On incise le lendemain; c'était un abcès stercoral avec sphacèle de l'intestin qui était pincé latéralement. La malade a guéri.

M. A. Broca a laparotomisé une malade offrant des accidents d'occlusion et trouvé un pincement latéral dans la region crurale. Il pense que dans le cas de M. Quénu il s'agit d'un pincement diverticulaire.

M. Delbet a vu un certain nombre de ces faits dont les manifestations sont bien variables. Entre autres malades, il se

souvient de l'un d'eux où l'interne diagnostiqua une adénite. Le lendemain on trouva un pincement latéral, qui fut suivi de mort. L'affection se présente sous deux formes anatomiques; tantôt c'est une portion d'intestin qui est pincée; tantôt c'est un diverticule qui est intéressé. On le reconnaîtra en ce que, dans le premier cas, on obtient, le débridement fait, l'extension de la partie étranglée.

M. Guinard cite le cas d'un homme apporté à l'hôpital et qui, à la suite d'un coup de timon sur le ventre, présentait une grosse hernie inguinale étranglée. La réduction en fut très facile, mais le lendemain se montrèrent des accidents aigus, et très rapidement la mort. A l'autopsie, on a constaté une hernie congénitale dans un sac herniaire, et à l'origine de la vaginale un petit pincement latéral de l'intestin, qui était perforé. On avait réduit le gros de la hernie, mais non ce qui tenait à la vaginale.

Inflammations chroniques à forme néoplasique.

M. Berger en revenant sur la communication de M. Ricard, cite le cas d'un homme atteint d'une tumeur profonde et étalée de la région latérale du cou. Cette tumeur n'était pas douloureuse, suivait les mouvements ascensionnels de la thyroïde et avait déjeté un peu de côté le larynx. Cependant il n'existait ni gêne respiratoire, ni gêne de la déglutition, ce qui ne manque guère dans les tumeurs malignes thyroïdiennes. On constatait, en même temps, l'existence de quelques ganglions. M. Berger a prescrit l'iodure de potassium, qui a fait disparaître les ganglions et amené une diminution de la tumeur. Mais le malade demande à être suivi plus longtemps.

Comme M. Ricard, M. Berger croit que l'on doit souvent intervenir et, dans deux cas d'épithélioma, il a été assez heureux de ne pas avoir de récidive, mais pour les tumeurs inflammatoires, il paraît mieux de ne pas faire des opérations trop étendues, qui ne sont pas sans danger.

M. Potherat rapporte une observation de tumeur inflammatoire de la paroi abdominale provoquée par une injection de Brown-Séquard. Une incision jusqu'au centre transformé en petite cavité liquide a amené sa disparition. Il la considère comme identique à l'observation d'inflammation péri-calculeuse citée par M. Delbet.

M. Bazy communique un fait d'inflammation péricholécystique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 Juillet 1901.

Quelques observations d'albuminurie intermittente.

M. Lenoir rapporte un certain nombre d'observations d'albuminurie intermittente. La plupart méritent le nom d'albuminurie orthostatique, car le caractère commun à ces observations est que l'albuminurie disparaissait par la station couchée. Dans certains cas, une influence digestive se manifestait, en outre, car l'albumine revenait après le repas. Dans tous ces faits, la maladie a été bénigne, l'albuminurie a fini par disparaître, aucun accident n'est survenu, même au cours de maladies ultérieures ou de grossesses.

De toutes ces observations se dégage un type clinique toujours le même. Il s'agit de sujets jeunes, le plus souvent maigres, chez lesquels il n'existe aucun symptôme d'altération organique et fonctionnelle du rein, autre que l'albuminurie. L'intermittence de l'albuminurie ne suffit pas pour affirmer qu'il s'agit de cette affection bénigne. C'est tout l'ensemble du malade qui permet d'affirmer que l'évolution de la maladie sera bénigne.

M. Siredey signale un cas d'albuminurie intermittente qui s'est manifestée, pour la première fois au 33e jour d'une scarlatine, les urines ayant été examinées tous les jours depuis le début de la maladie, puis elle n'a reparu que 15 jours après.

M. Merklen. — Dans le cas d'albuminurie intermittente essentielle, on note presque constamment de l'hypotension artérielle et de l'atonie vasculaire se manifestant par de la cyanose facile des extrémités.

M. Méry a vu une albuminurie intermittente se manifester à la suite d'oreillons. Il y avait, dans ce cas, des troubles d'excrétion du bleu qui s'éliminait d'une façon cyclique. La cryoscopie montrait également une diminution de perméabilité. Il s'agissait donc vraisemblablement d'albuminurie intermittente néphrétique et non d'albuminurie intermittente essentielle.

M. Merklen fait remarquer que dans un certain nombre de ses observations, l'examen cryoscopique, fait par M. Claude, a montré, au contraire, une élimination normale. Il faut bien distinguer, à ce point de vue, les albuminuries intermittentes symptomatiques des véritables albuminuries intermittentes essentielles.

Un cas d'ostéite déformante de Paget.

M. L. Gaillard présente un homme âgé de 56 ans, dont la physionomie est tout à fait caractéristique. Il a un crâne énorme (64 centimètres de tour de tête) sans hyperostose de la face, une hyperostose des clavicules, des fémurs et du squelette des jambes. L'hyperostose intéresse surtout les diaphyses et respecte les épiphyses, de telle sorte que les jointures paraissent indemnes. Pas d'acromégalie.

Le squelette des membres inférieurs a subi une incurvation à convexité antéro-externe. Ces membres représentent symétriquement deux grands arcs de cercle; quand les pieds se joignent, il y a entre les genoux un écartement de 14 centimètres,

Les os des avant-bras, surtout à gauche, sont plutôt courbés qu'hypertrophiés; les mains sont en pronation; les mouvements de supination demeurent fort restreints.

Un peu de cyphose avec raideur de la colonne vertébrale. Thorax aplati latéralement et bombé en avant; mouvements nes côtes très limités.

Notons, en outre, le dévoloppement exagéré de tout le réseau veineux superficiel, l'œdème et les ulcères au niveau des tempes, le rétrécissement mitral, l'hypertrophie du foie.

La cause de la maladie échappe. Rien de précis dans les antécédents héréditaires et personnels. Les déformations osseuses ont débuté aux avant-bras, il y a six ans seulement.

M. Béclère a radiographié ce malade; on peut ainsi se rendre compte des lésions du squelette; elles sont caractéristiques; on note, outre les lésions des os longs des membres, l'épaississement de quelques os courts, métacarpiens ou phalanges; certaines artères, très calcifiées, apparaissent sur les radiographies.

Maladie d'Addison fruste. Extériorisation de la mélanodermie latente.

MM. L. Jacquet et **Trémolières** ont pu provoquer à volonté la mélanodermie chez un tuberculeux par des applications peu prolongées de cataplasmes de farine de graine de lin légèrement sinapisés ou même simples.

C'est là un moyen de provoquer la pigmentation à la période amélanique de la maladie d'Addison ou même de la déterminer en ses cas frustes. Et, en effet. le malade avait depuis longtemps des crises douloureuses gastro-intestinales et une asthénie disproportionnée à ses lésions.

On a obtenu aux deux mollets une mélanodermie égale après anémie préalable de l'une des jambes par la bande d'Esmarch.

C'est là un argument en faveur de la production malpighienne autochtone du pigment cutané.

Pouls lent permanent; crises apoplectiformes, épileptiformes et syncopales; malformation cardiaque.

M. Marcel Labbé présente une malade atteinte de pouls lent permanent (20 à 30 pulsations par minute). Cette malade est sujette à des crises nerveuses répétées, provoquées souvent par une émotion ou une fatigue et présentant des caractères variables : apoplectiformes, épileptiformes, syncopales, lipothymiques, gastralgiques. En outre, le cœur est atteint d'une

lésion caractérisée par un souffle systolique de la pointe et par un dédoublement du second bruit avec léger souffle diastolique.

La malade est le produit d'une grossesse gémellaire, l'autre fœtus étant mort *in utero* elle aurait eu, dès les premiers mois de la vie, de légères crises de cyanose; dans l'enfance il lui était impossible de courir et de jouer avec les autres fillettes de son âge.

On peut, en raison de ces antécédents, penser qu'il s'agit d'une malformation cardiaque congénitale, probablement d'un rétrécissement mitral auquel s'est ajoutée secondairement une insuffisance mitrale; cette lésion, par les troubles de circulation bulbaire qu'elle amène, conditionne un véritable syndrome bulbaire caractérisé par le pouls lent permanent et les crises nerveuses multiformes.

Étude comparée des bacilles diphthériques et pseudo-diphthériques du nez et de la gorge.

M. Ch. Lesieur (Lyon). — Les bacilles pseudo-diphthériques sont beaucoup plus fréquents dans le nez que dans la gorge. Dans de nombreuses recherches faites sur des individus sains, sur des convalescents de diphthérie, etc., l'auteur a rencontré ces bacilles avec une fréquence de 2,85 p. 100 dans la gorge et de 42,85 p. 100 dans le nez. Dans 7 observations, où il y avait coexistence de bacilles dans la gorge et dans le nez, la virulence ou la toxicité a été déterminée séparément pour les uns et pour les autres; toutes les fois que la muqueuse nasale était saine (5 cas), même si la gorge contenait des bacilles actifs, les bacilles du nez ont paru dépourvus de pouvoir pathogène.

Sur un cas de zona thoracique à disposition métamérique.

M. Dopter. — Dans un zona thoracique, où la ponction lombaire a été pratiquée au 5e jour de l'éruption, le liquide céphalo-rachidien contenait une abondance moyenne de lymphocites et quelques cellules endothéliales.

L'ensemencement a décelé la présence d'un diplo-bacille très mobile ne prenant pas le Gram, souvent en forme de chaînettes, cultivant sur tous les milieux usités. Si l'aspect morphologique de ce microbe le rapproche de la variété coli-bacillaire, certains caractères de ces cultures l'en éloignent totalement; entre autres caractères, il faut noter la liquéfaction de la gélatine. Cet agent bactérien diffère donc de ceux qui ont été isolés par MM. Achard et Lœper dans deux cas sembables.

Ce fait, joint aux précédents, tend à prouver : 1° la participation méningée ou médullaire du zona idiopathique; 2° la nature microbienne de cette affection; 3° la non spécificité probable de la fièvre zostérienne; et en ce sens il semble confirmer les hypothèses formulées à ce sujet en des travaux récents.

Rupture spontanée d'ascite à l'ombilic.

MM. Pierre Merklen et Gougelet relatent une observation de rupture spontanée d'ascite à l'ombilic. Il s'agissait d'une femme atteinte d'ascite. On avait fait, en 21 mois, 25 ponctions de 14 à 16 litres. Le sac d'une ancienne hernie ombilicale s'était progressivement distendu, et une plaque d'eschare s'était produite à ce niveau, et étant tombée, il en résulta une petite fistule, par laquelle le liquide s'évacua en 2 heures, par un jet comme un jet d'urine. Le lendemain, la malade présentait des symptômes péritonéaux et succomba quelques jours après.

Méningite cérébro-spinale avec présence dans le pus d'un diplo-bacille mobile.

M. Simonin rapporte un cas de méningite cérébro-spinale terminé par la mort au 9e jour. Le pus cérébro-méningé épais, grumeleux, verdâtre contenait, à côté de rares méningocoques décapsulés, une véritable culture d'un diplo-bacille mobile, liquéfiant la gélatine, ne prenant pas le Gram. Il s'agit, vraisemblablement, d'un agent peu fréquent d'infection secondaire, parti du pharynx; le malade avait, en effet, présenté, dès le début, une amygdalite érythémateuse, due à une association de staphylocoque blanc et de ce même diplo-bacille.

Le staphylocoque fut retrouvé dans la synovie louche qui distendait les deux articulations du genou, et le diplo-bacille dans le pus des méninges cérébrales et rachidiennes.

Ce diplo-bacille paraît analogue à un germe rencontré par MM. Antony et Ferré dans le sang et le pus, au cours de l'épidémie de méningite cérébro-spinale de Bayonne en 1897. Il se rapproche également du micro-organisme trouvé par MM. Achard et Lœper dans le liquide céphalo-rachidien de deux malades atteints de fièvre zostérienne.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 Juillet 1901.

L'encéphalite aiguë sénile.

MM. F. Raymond et **Cl. Philippe** ont pu observer chez des vieilles femmes, à la Salpêtrière, 4 cas avec autopsies d'encéphalite aiguë, caractérisée incontestablement par une véritable inflammation de la substance cérébrale (écorce, faisceaux blancs, même noyaux optostriés); encéphalite ordinairement limitée à un seul hémisphère.

Cliniquement, il existe une période prodomique qui peut se dérouler brusquement en pleine santé, mais souvent aussi dans le courant d'une affection pulmonaire (douleurs de tête, asthénie physique et psychique, parfois incohérence légère dans les idées et la conversation). Puis survient le symptôme capital, l'hémiplégie motrice, du type cérébral, précédée ou non d'un ictus apoplectique et accompagnée parfois de phénomènes spasmodiques rappelant les contractures précoces de certains hémiplégiques. La mort survient rapidement avec une fièvre progressivement croissante et le coma terminal.

Certes, cette symptomatologie rappelle la symptomatologie classique du ramollissement cérébral ischémique à évolution progressive. Et cependant les auteurs ont trouvé des lésions polymorphes, variant d'un point à l'autre, et sûrement non ischémiques, puisque les oblitérations vasculaires font défaut.

Ils décrivent deux types histologiques principaux. Dans l'encéphalite aiguë, type dégénératif, dénomination que MM. F. Raymond et Cl. Philippe préfèrent à celle d'encéphalite hémorrhagique, surtout employée en Allemagne, à la suite du travail fondamental de Wernicke, les altérations ne se limitent pas aux hémorrhagies bien connues, à la fois péri-vasculaires et interstitielles; toujours, grâce aux nouvelles techniques (méthodes de Nissl, de Marchi), il est possible de trouver de grosses lésions au niveau des cellules et des tubes nerveux (cellules d'abord petites avec chromatolyse et même achromatose, homogénéisation du noyau et perte des prolongements; plus tard, destruction totale; cylindres-axes démyélinisés, mus et moniliformes, finalement détruits; corps granuleux et granulations myéliniques répandus partout, quoique moins abondants que dans un foyer de ramollissement vrai); dans cette forme, la névroglie subit, elle aussi, une dégénération progressive, ce qui amène l'élargissement des mailles de son réticulum; bref, ce type rappelle, trait pour trait, les altérations de la myélite aiguë de Leyden, encore appelée myélite à corps granuleux. L'autre type, encéphalite aiguë hyperplastique, décrite il y a déjà près de 35 ans par le professeur Hayem et trop oubliée depuis, présente, outre les altérations dégénératives précédentes, des amas de cellules volumineuses, polygonales et surtout épithélioïdes, bien tassées les unes contre les autres et fréquemment chargées de granulations graisseuses : toutes cellules en voie de prolifération très marquée, comme le démontrent les nombreuses figures de division, directe et indirecte, constatée en pleine substance nucléaire.

Les relations entre ces deux types d'encéphalite aiguë ne sont pas faciles à déterminer pour l'instant, mais dès maintenant la clinique et l'anatomie pathologique permettent d'admettre en pathologie humaine l'inflammation aiguë, non suppurée, de la substance cérébrale, inflammation si longtemps niée; cette encéphalite est au moins aussi fréquente que la myélite aiguë, et elle tient sous sa dépendance beaucoup des hémi-

plégies et autres phénomènes cérébraux observés chez le vieillard.

Tic non douloureux du facial.

M. Gilbert Ballet rapporte l'observation d'un malade, âgé de 70 ans, atteint, depuis plus de 30 ans, d'un tic non douloureux du facial. Au cours de ce tic, cet homme contracte une paralysie faciale gauche, sans réaction de dégénérescence; au bout de quelques semaines la paralysie disparaît, mais, en même temps, le malade guérit de son tic. La guérison se maintient depuis plus d'un an.

Paralysie totale et isolée de la troisième paire par ramollissement pédonculaire.

MM. Ch. Achard et **L. Lévi.** — Lorsqu'une lésion pédonculaire produit une paralysie de la troisième paire, elle détermine le plus souvent en même temps une hémiplégie croisée : c'est le syndrome de Weber. Pour qu'elle produise seulement une paralysie isolée de la troisième paire, il faut qu'elle soit limitée, ce qui est exceptionnel.

Nous en avons observé un cas chez une vieille femme, à la suite d'une attaque apoplectique. La paralysie de la troisième paire était totale; la face et les membres étaient indemnes. La mort survint au bout de trois semaines par gangrène sénile et l'autopsie montra l'existence d'un petit foyer de ramollissement à la partie interne du pédoncule cérébral du même côté. Ce foyer pénétrait dans la profondeur de la calotte pédonculaire et se terminait entre l'aqueduc de Sylvius et le noyau rouge, sectionnant dans l'intérieur du pédoncule les filets d'origine du moteur oculaire commun.

Température des tabétiques.

MM. Marie et **Guillain** ont constaté, chez de nombreux tabétiques de Bicêtre, une température normalement inférieure à 37°, notamment 36°,7 le plus souvent. Si donc, au cours d'une infection d'origine vésicale ou autre, ces malades présentent une légère hypothermie, il ne faudra pas se fonder exclusivement sur ce dernier symptôme pour formuler un pronostic défavorable.

Foyers lacunaires de désintégration cérébrale.

MM. Dupré et **Devaux** ont constaté, sur un cerveau d'artério-scléreux, la coexistence de plusieurs états cavitaires, les uns d'origine thrombosique, à grandes dimensions, reconnaissant le mécanisme pathogénique classique de foyers de ramollissement; les autres, bien plus nombreux, qui sont des foyers lacunaires de désintégration disséminés dans les putamens, et qui s'opposent aux premiers, au point de vue histologique, par l'existence d'un vaisseau perméable au centre de la cavité, la dilatation régulière due au refoulement et à la raréfaction du parenchyme ambiant autour de la gaine artérielle; enfin, les troisièmes qui sont les minuscules cavités de l'état criblé disséminé dans les régions antérieures et externes des centres ovales. Les cavités aussi contiennent presque toujours à leur centre un vaisseau perméable avec sa gaine dilatée.

La pathogénie des lacunes de désintégration et de l'état criblé reconnaît un facteur principal : l'artério-sclérose cérébrale, et deux facteurs secondaires : la fragilité et la mollesse du parenchyme cérébral et l'existence de la gaine lymphatique autour des artérioles encéphaliques, qui permettent la mobilisation du vaisseau dans les tissus et mettent en contact les leucocytes cytophages avec le parenchyme périvasculaire.

Tic de la tête avec exagération des réflexes tendineux du bras gauche.

M. Babinski présente un malade atteint d'un tic de la tête avec rotation de la tête vers la gauche et exagération des réflexes tendineux du bras gauche. L'auteur pense que ce tic peut être dû à l'irritation de la voie pyramidale.

Contribution à l'étude histologique du mal de Pott cancéreux.

M. Oberthür apporte des documents tendant à démontrer que dans beaucoup de cas les accidents de compression carcinomateuse de la moelle et des racines relèvent d'une invasion méningée au niveau de l'émergence des racines dans les trous de conjugaison par l'entremise des lymphatiques venus des organes thoraciques et abdominaux.

L'ordre d'apparition des symptômes cliniques plaide déjà en faveur de cette manière de voir.

Les cas d'évolution peu avancée, comme celui présenté par l'auteur, sont favorables à la théorie méningée. Ce cas présente, en outre, des lésions des racines qui permettent d'étudier l'invasion des tubes nerveux par les tumeurs épithéliales.

Syndrome pseudo-bulbaire avec rire et pleurer spasmodiques.

MM. Dupré et **Devaux** ont trouvé, chez un pseudobulbaire de 63 ans, atteint de rire et pleurer spasmodiques à la suite d'ictus apoplectique, trois petits foyers de ramollissement dans la partie antéro-externe du noyau caudé et intéressant le bras antérieur de la capsule interne. Ils ont, en outre, constaté l'existence de foyers de désintégration lacunaire dans le putamen et le centre ovale. Cette observation confirme donc, après celles de Brissaud, la localisation centrale de la lésion du rire et du pleurer spasmodiques.

Deux autopsies de maladie de Friedreich.

MM. Cl. Philippe et **J. Oberthür** apportent l'examen histologique de deux autopsies de maladie de Friedreich, dont l'une présente cette particularité intéressante de s'être développée dans les premières années de l'infection, tardivement après l'âge de 20 ans, chez un syphilitique.

Rapprochant leurs observations des autres cas authentiques déjà publiés, au nombre de 19 ou 20, ils signalent la constance de la sclérose des cordons et racines postérieurs et surtout l'intensité des altérations de la substance grise (corne postérieure, cellules cordonales, colonnes de Clarke); la variabilité de la sclérose, des cordons antéro-latéraux, depuis l'atteinte légère du faisceau pyramidal croisé, jusqu'à la prise considérable de tous les faisceaux (faisceau moteur, faisceau de Gowers, faisceau cérébelleux direct, fibres commissurales courtes); très vraisemblablement, cette variabilité de la sclérose antéro-latérale, rend compte du développement plus ou moins considérable des phénomènes spasmodiques constatés en clinique. La maladie de Friedreich est bien une affection médullaire différente du tabès et indépendante d'une sclérose ou d'une dysgénésie du cervelet, lésion toujours absente dans les cas authentiques, comme les auteurs ont pu encore le constater en étudiant surtout l'état des pédoncules cérébelleux. Elle est également remarquable par le grand développement de la sclérose névroglique, sclérose toujours très végétante, non seulement dans les zones dégénérées, mais encore sur l'épendyme du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius et sous la piemère médullaire.

Sarcome du lobe frontal gauche avec troubles mentaux.

MM. Cestan et **Lejouvre** rapportent l'observation d'une femme ayant présenté une névrite optique œdémateuse, des céphalées et des vomissements, signes révélateurs d'une tumeur cérébrale. Le diagnostic de siège dans le lobe frontal gauche fut fait par l'existence, d'une part, d'attaques d'épilepsie partielle atteignant le côté droit, d'autre part, par la présence de troubles psychiques particuliers différents des désordres mentaux que produisent, en général, les tumeurs cérébrales quel qu'en soit le siège. Ils insistent, en outre, sur l'engagement du cervelet dans le trou occipital, sous l'influence combinée de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et du développement énorme de la tumeur (sarcome avec formation pseudokystique).

Topographie de la lymphocytose dans la méningite tuberculeuse et la paralysie générale.

MM. Anglade et **Chocraux** (d'Alençon) ont recherché le point de départ de la lymphocytose dans la méningite tuberculeuse et la paralysie générale. Elle se ferait, d'après eux, d'une part au niveau des vaisseaux pie-mériens situés au fond des scissures et atteints d'artérite, d'autre part au niveau des ventricules, grâce à un véritable effondrement du revêtement épendymaire, permettant ainsi aux globules blancs de passer de l'intérieur du cerveau vers le liquide céphalo-rachidien. Dans plusieurs cas de paralysie générale, cette migration des lymphocytoses a pu être saisie sur le fait.

Un cas de syndrome de Benedikt.

MM. Vigoureux et **Laignel-Lavastine** présentent un jeune homme de 17 ans atteint d'une paralysie complète et totale de la troisième paire gauche avec une hémiparésie et un hémi-tremblement droit. Cet hémi-tremblement, qui apparaît spontanément au repos et qui s'exagère dans les mouvements intentionnels, a en même temps certains caractères de l'ataxie spasmodique. Il n'y a pas d'asynergie cérébelleuse, les sensations kinesthésiques sont normales. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Les présentateurs rapprochent ce syndrome des cas déjà décrits sous le nom de syndrome de Bénédikt et pensent que la lésion siégeant au niveau du pédoncule cérébral gauche est un tubercule intra-pédonculaire ou une plaque de méningite tuberculeuse.

Un cas de paraplégie diabétique.

M. Marinesco. — L'altération qui a déterminé la paraplégie avec steppage dans ce cas, c'est la dégénérescence primitive des nerfs périphériques; tandis que les lésions des cellules radiculaires sont secondaires à cette dégénérescence.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 8 Juillet 1901.

Un cas de vomissements incoercibles terminé par la mort.

MM. Champetier de Ribes et **Bouffe de Saint-Blaise.** — Il s'agit d'une femme de 31 ans, quatrième pare, qui, au moment de son entrée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, n'avait pu conserver aucun aliment depuis 15 jours. Elle était alors enceinte d'environ 6 mois, son pouls était à 100. Elle ne resta que quelques jours dans le service, repartit et ne revint que pour accoucher prématurément. Son état était des plus graves. Aspect typhique, urines très albumineuses. Elle finit par tomber dans le coma et mourut 17 jours après l'accouchement.

A l'autopsie l'on trouva, du côté des reins, les lésions caractérisant la néphrite parenchymateuse, mais les lésions de beaucoup les plus intéressantes existaient au niveau du foie, qui était le siège d'hémorrhagies absolument semblables à celles que l'on rencontre dans les cas graves d'éclampsie. Cette observation est une preuve très nette de l'origine hépato-toxémique des vomissements incoercibles.

M. P. Delbet exprime l'opinion que tous les vomissements sont liés à une toxi-infection. Infection qui agit sur les cellules du bulbe et du cervelet. M. Delbet ne fait d'exception que pour les vomissements dus à une tumeur bulbaire ou cérébelleuse. Les recherches qu'il a faites sur les péritonites expérimentales sont très intéressantes à ce sujet. Si l'on injecte dans le péritoine d'un chien bien portant une certaine quantité du liquide sécrété par le péritoine d'un autre chien chez lequel on a produit une péritonite suraiguë, le premier de ces chiens est pris de vomissements au bout de 2 à 5 minutes. M. Delbet, en injectant d'autres substances, n'a jamais pu produire ces vomissements.

M. Pinard trouve que les recherches de M. Delbet apportent la preuve expérimentale d'un fait démontré par la clinique : l'origine infectieuse des vomissements qui, durant la grossesse, sont dus à une hépato-toxémie. M. Pinard insiste sur l'importance qu'a l'accélération du pouls en cas de vomissements incoercibles. Quand l'intoxication du système nerveux est telle que le pouls est à 100 d'une façon constante malgré le traitement, il faut intervenir et interrompre le cours de la grossesse. L'albuminurie rend le pronostic encore plus sombre et doit faire hâter l'intervention.

Grossesse et fibrome.

M. Richelot, à propos de la conduite à tenir en cas de grossesse compliquée de fibrome, après avoir rapporté une série de statistiques dues à des accoucheurs étrangers, déclare que des accidents peuvent se produire au cours de la grossesse et qu'il faut, au cas échéant, être prêt à intervenir. Pour M. Pinard ces accidents seraient tout à fait exceptionnels, la grossesse arriverait à terme dans le plus grand nombre de cas et l'on ne devrait intervenir qu'au moment du travail. M. Richelot croit, au contraire, que les cas où il faut intervenir pendant la grossesse ne sont pas tellement rares et qu'il faut le faire alors en quelque sorte préventivement. Devant un fibrome compliqué de grossesse il faut agir comme on le ferait devant un simple fibrome. Il faut opérer avant l'apparition des accidents immédiatement graves. Comment reconnaîtra-t-on ce moment opportun, cela est difficile à dire et est affaire de clinicien.

M. Pinard a fait le relevé des cas de grossesse compliquée de fibrome qui ont été observés à la clinique Baudelocque durant les 5 dernières années, de 1895 à 1900. Ces cas sont au nombre de 85. On n'a noté l'avortement que 4 fois. Si l'on élimine les cas où le placenta était inséré sur le segment inférieur, il n'y a pas eu un seul cas de métrorrhagie. Enfin, le nombre des morts a été de 3, parmi lesquelles il y en a au moins une où le fibrome ne peut être incriminé, la femme étant morte d'éclampsie.

Ces documents viennent à l'appui de la manière de voir de M. Pinard qui adopte la formule de M. Varnier, déclarant que les accidents nécessitant une intervention au cours d'une grossesse compliquée de fibrome sont une exception dans les cas exceptionnels. M. Pinard ne dit cependant pas qu'il faille ne jamais intervenir, mais seulement quand il y a des accidents menaçant les jours de la femme. Il croit qu'il y aurait un gros danger à parler de la nécessité d'un traitement préventif.

M. Routier n'est intervenu que deux fois pour des accidents survenus au cours de grossesses compliquées de fibromes.

La première fois, c'était à Laënnec, à l'époque où M. Routier remplaçait Nicaise. La malade présentait des accidents d'étouffement très graves. Il s'agissait d'un volumineux fibrome sous-péritonéal pédiculé dont M. Routier fit l'ablation. La grossesse continua à évoluer normalement et la femme accoucha à terme.

Dans le deuxième cas, M. Routier intervint pour de graves hémorrhagies. Il pratiqua l'hystérectomie totale. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un placenta prœvia.

Tous les autres cas que M. Routier a vus il les a envoyés à Baudelocque où on n'a jamais été obligé de l'appeler pour intervenir. Presque toutes ces femmes ont accouché à terme; aussi sur cette question M. Routier se rallie-t-il à l'opinion des accoucheurs.

M. Lepage trouve exagérée la formule de M. Richelot qui veut que « devant un fibrome compliqué de grossesse il faut agir comme on le ferait devant un simple fibrome. » En effet, les conditions sont loin d'être les mêmes. La grossesse est un élément temporaire. Elle peut à elle seule déterminer des phénomènes de compression qui, s'il s'agissait d'un fibrome, armeraient immédiatement la main du chirurgien. M. Lepage rappelle le cas de Delagenière où, chez une femme enceinte présentant des fibromes et ayant d'abondantes métrorrhagies, on se contenta de vider l'utérus. Cette femme redevint enceinte et accoucha d'un enfant vivant.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 24 Juin 1901.

Examen cytologique des épanchements pleuraux.

MM. Barjon et **Cade** communiquent à la Société le résultat de leurs recherches sur 30 pleurésies du service de M. le professeur Bondet. Ces pleurésies peuvent se répartir de la façon suivante :

10 pleurésies tuberculeuses;
2 pleurésies cancéreuses;
3 pleurésies par infarctus chez les cardiaques;
8 hydrothorax chez les cardiaques et les brightiques;
3 pleurésies pneumoniques;
4 pleurésies purulentes diverses.

Chacune de ces catégories de pleurésies se distingue par une formule cytologique spéciale répondant aux descriptions de Widal et Ravaut.

Chez les tuberculeux on trouve principalement des lymphocytes.

Chez les cancéreux on rencontre de grandes cellules granuleuses spéciales souvent disposées en amas.

Les hydrothorax sont des épanchements très pauvres en éléments figurés parmi lesquels dominent les cellules endothéliales.

Dans les pleurésies pneumoniques, les polynucléaires surpassent par leur nombre toutes les autres espèces de leucocytes.

Les pleurésies purulentes sont constituées à peu près exclusivement par des polynucléaires.

Les auteurs insistent sur une nouvelle formule qui n'a pas encore été décrite et qui est celle de la pleurésie par infarctus chez les cardiaques.

Ces épanchements sont ordinairement riches en éléments cellulaires; les polynucléaires représentent environ 1/3 des éléments nucléés.

Cela seul permet de différencier ces pleurésies de l'hydrothorax simple qui est toujours très pauvre en éléments figurés, ne contient jamais un seul polynucléaire, mais seulement une notable proportion de cellules endothéliales.

Cet examen peut permettre de diagnostiquer un infarctus latent ne s'étant traduit par aucun symptôme clinique, ainsi que cela se voit dans certains cas.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 3 Juillet 1901.

Salpingo-ovarite tuberculeuse bilatérale et péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

M. de Teyssier présente les annexes d'une femme opérée, par M. Durand.

Cette femme se plaignait d'une augmentation de volume de son abdomen ayant débuté il y a une quinzaine jours, de nausées avec vomissements, d'un peu de diarrhée, enfin, de douleurs hypogastriques irradiées aux lombes.

Dans ses antécédents, hérédité tuberculeuse, ses parents sont morts de phthisie pulmonaire. Son mari, d'après les renseignements donnés par la malade, ne paraît pas porteur de lésions tuberculeuses. Deux accouchements normaux. Pas de fausses couches. Pas de blennorrhagie. Aucun trouble menstruel. Amaigrissement notable.

A l'examen, on note de l'ascite avec sensibilité assez grande de l'abdomen à la palpation. Le toucher vaginal montre de l'endolorissement des deux culs-de-sac latéraux en arrière; à ce niveau, on sentait, des deux côtés, une tumeur assez dure, de forme allongée, celle de gauche, plus volumineuse.

Pas de lésions pulmonaires. Pas de lésion des autres organes.

D'après l'examen, on se croit autorisé à porter le diagnostic de tuberculose péritonéale à forme ascitique avec salpingo-ovarite de même nature.

La laparotomie donna issue à 4 ou 5 litres d'un liquide citrin légèrement trouble. Le péritoine portait des granulations tuberculeuses abondantes, surtout sur sa portion pelvienne, plus discrètes ailleurs. Les annexes étaient le siège de lésions accentuées; à gauche l'ovaire, du volume d'un gros œuf, présentait une surface irrégulière bosselée; son tissu, friable, renfermait des produits ramollis contenus dans une poche à paroi tomenteuse. La trompe, de ce côté, est augmentée de volume dans ses deux tiers externes, présentant le volume d'un petit doigt. L'ovaire droit, un peu moins volumineux que le gauche, présente aussi une surface irrégulière, bosselée; sa consistance est dure; à la coupe le tissu est résistant, d'apparence fibreuse. La trompe droite paraît saine.

En présence de ces lésions M. Durand pratiqua l'ablation double des annexes, puis établit un drainage.

L'opération semble donc confirmer le diagnostic clinique.

Carcinome thyroïdien.

M. Mailland présente une malade opérée, par M. Delore, il y a 15 jours, d'un goitre cancéreux à évolution rapide.

Le début de l'affection remonte à un mois 1/2. Avant, la malade ne présentait pas, à son dire, de tumeurs thyroïdiennes. Depuis un mois, elle éprouvait une gêne progressive due à la compression du larynx et de la trachée. Dans ces derniers temps, elle avait eu des crises de dyspnée, surtout après les efforts de la marche ou de la toux. Elle ne présentait pas de dysphagie.

M. Delore est intervenu en raison des troubles respiratoires. Il a fait une thyroïdectomie presque totale. Aujourd'hui la plaie est presque entièrement cicatrisée et les troubles respiratoires ont complètement disparu.

M. Delore ajoute que cette tumeur s'était développée très rapidement, depuis un mois, dans un corps thyroïde parfaitement sain auparavant. La glande, hypertrophiée dans sa totalité, surtout en avant et à droite, formait un plastron étendu depuis la symphyse mentonnière jusqu'au sternum. Elle ne paraissait pas adhérente aux vaisseaux carotidiens, les nerfs n'étaient pas comprimés. Quant à la trachée et au larynx, ils étaient inaccessibles à toute exploration, refoulés, en effet, et englobés dans la masse néoplasique. Pas de ganglions appréciables.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séances des 20 et 27 juin 1901.

Invagination aiguë et tuberculose intestinale latente.

M. Batut communique l'observation d'un soldat, malade depuis deux jours, et qui, la veille, à 9 heures du matin, après une course de 60 kilomètres, faite sans entrain et malgré un petit malaise au départ, avait été pris, en rentrant au quartier d'une vive douleur abdominale sans localisations bien précises, suivie bientôt de vomissements bilieux et non alimentaires. Le malaise avait persisté avec une légère atténuation dans la journée pour s'aggraver durant la nuit, et le malade est admis à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite. On soupçonne peut-être une obstruction intestinale, une appendicite anormale, une perforation, un typhus ambulatoire.

L'intervention en tout état de cause s'impose.

Une incision de 12 centimètres, médiane, partant de l'appendice xyphoïde, s'étend en bas un peu au-dessous de l'ombilic qu'elle contourne. Le péritoine, mis à nu, est incisé; l'épiploon apparaît aussitôt non adhérent. Pas d'exsudat sensible, pas d'adhérences ni de fausses membranes au-dessous du tablier épiploïque relevé. On explore aussitôt la face inférieure du foie, la vésicule est distendue, pas de calculs, pas de périhépatite ou de périvésiculite; l'estomac ne présente pas de déchirure apparente, le côlon transverse est modérément distendu. L'exploration de la région appendiculaire permet de sentir un appendice du volume apparemment normal, à cheval sur le rebord ou détroit supérieur du bassin. Le duodénum ne présente aucune tumeur sensible; on fait une éviscération rapide à partir de l'angle duodéno-jejunal et on trouve vers la fin de l'iléon de

légers semis tuberculeux vaguement linéaires et paraissant marquer des ulcérations de la paroi intestinale ; il semble, en ce moment, que l'on vient de dérouler une légère torsion du mésentère, car les anses intestinales apparaissent en ce point légèrement congestionnées vers le rebord mésentérique. Quoi qu'il en soit, on porte aussitôt le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Au début, et comme et comme le malade est fortement cyanosé et faiblit visiblement, craignant une issue funeste immédiate. on ne poursuivit pas plus loin le déroulement qui paraît à peu près complet et l'on met deux longs drains pelviens vers la fin de l'incision, en raison d'un liquide vaguement séro-sanguinolent. Suture de la paroi au plus vide, pendant qu'un aide fait une injection de caféïne, pour compléter l'action désinfectante de sérum physiologique injecté avant l'intervention à la dose de 500 grammes.

Mort 4 heures après.

L'autopsie faite ce matin nous a permis de constater sur l'intestin grêle déroulé la présence de deux grosses ulcérations sans perforation, de 4 centimètres environ, correspondant aux deux semis de granulations éloignées de 10 centimètres, aperçus durant l'intervention et situés à 2 mètres du cœcum, par conséquent vers la terminaison du jejunum ; il existe plus haut deux ulcérations semblables, mais plus petites, de nature nettement tuberculeuse. Pas de plaques de Peyer, malgré la présence de ganglions mésentériques manifestement hypertrophiés.

Un peu plus bas, à 80 centimètres du cœcum, sur l'iléon, on trouve une tumeur résistante, dure, formée par un boudin intestinal invaginé, intra-pelvien comme siège. La partie invaginée est dure, ecchymotique, noirâtre, en état de sphacèle assez avancé vers sa terminaison ; il existe, sur le milieu de la portion intestinale invaginée, une ulcération de la grosseur d'une pièce de 2 francs assez profonde, à bords indurés.

Les poumons présentent aux deux sommets des semis tuberculeux récents et même à gauche une petite caverne; le cœur est hypertrophié, les plèvres nettes, la prostate indemne, la vessie et les testicules intacts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 9 Juillet 1901.

Epithélioma de l'œil.

M. Fromaget présente une malade qui a déjà été opérée 4 fois pour un épithélioma de la région orbitaire. Il y a eu 4 récidives. La malade, actuellement âgée de 53 ans, porte au-devant de l'œil gauche un épithélioma du volume d'une grosse orange. Elle est traitée par la pâte arsenicale et sera représentée à la Société plus tard.

M. Moure demande à M. Fromaget s'il n'est pas étonné de voir une tumeur aussi volumineuse sans retentissement ganglionnaire. Il doit exister des épithéliomas qui diffèrent au point de vue anatomo-pathologique, d'où leur différence en malignité.

M. Fromaget. — L'adénopathie est rare dans l'épithélioma de la face.

M. Frèche. — L'adénopathie est très rare, en effet, mais non exceptionnelle et quelquefois peu en rapport avec le petit volume de l'épithélioma. Quant à la malignité de certains épithéliomas, elle peut être plus ou moins grande pour des tumeurs de même structure anatomo-pathologique. Ainsi la forme *ulcus rodens*, qui est un épithélioma à petites cellules sans globes épidermiques et dont la marche est ordinairement très lente, peut, dans certains cas, devenir envahissante et la lésion détruit tout au-dessous d'elle avec la plus extrême rapidité.

M. Bégouin. — Les épithéliomas de la face rentrent dans la variété appelée autrefois cancroïde. Ils sont généralement bénins et ne s'accompagnent pas de ganglions, malgré leur volume et la profondeur des ulcérations.

M. Courtin dit qu'il faut faire une distinction entre les divers épithéliomas de la face. Ceux qui débutent au niveau des muqueuses buccale ou nasale retentissent très vite sur les ganglions. On ne peut pas dire qu'il s'agisse d'une infection simple, puisqu'on retrouve au niveau des ganglions les mêmes lésions anatomo-pathologiques.

M. Hassler, frappé du nombre des épithéliomas qu'il a observés depuis son arrivée à Bordeaux, demande s'il n'existe pas une influence régionale.

M. Fromaget. — L'épithélioma est très fréquent, en effet, dans le Sud-Ouest. La plupart du temps il vient de la Charente.

M. Frèche. — La Charente fournit, en effet, l'épithélioma ; la Dordogne, les tuberculoses cutanées ou osseuses.

Epithélioma et pâte arsenicale.

M. Venot rapporte l'histoire d'un malade qui, à la suite d'une brûlure de la jambe, a vu apparaître sur la cicatrice un épithélioma. Cet épithélioma a été traité par la pâte arsenicale, mais alors que cette pâte avait donné à M. Venot des résultats rapides dans plusieurs autres cas d'épithélioma; elle a bien moins agi dans le cas actuel. D'abord son action a été plus lente, puisque la tumeur ne s'est éliminée qu'au bout de 3 mois; puis il a persisté une ulcération rebelle à tout traitement. Enfin, pendant les applications de pâte il est survenu une paralysie du sciatique poplité externe. L'examen électrique ayant dénoté la perte totale de la contractilité musculaire et le malade complètement impotent ayant réclamé l'amputation de sa jambe, on a procédé à cette amputation.

Tout autour de l'ulcération il existait de l'œdème et de plus un tissu scléreux qui avait englobé le sciatique poplité externe.

La pâte n'a donc pas produit un résultat comparable à celui des épithéliomas de la face. Est-ce qu'elle ne serait favorable que dans les épithéliomas de cette dernière région ?

M. Mongour dit que la communication de M. Venot laisse un doute sur la nature épithéliomateuse de la lésion. Mais, en admettant qu'il se soit agi d'une tumeur de cette nature, on ne peut pas dire que la pâte n'ait pas agi puisque la tumeur a été éliminée, et l'on peut admettre, d'un autre côté, que l'ulcération actuelle est une ulcération simple non épithéliomateuse, un simple vice de réparation.

M. Courtin met également en doute la nature épithéliomateuse. La pièce présentée par M. Venot rappelle le tissu chéloïdien. Il critique aussi la conduite chirurgicale qui, à son avis, a été un peu trop radicale. Les douleurs et la paralysie partielles constituaient-elles des symptômes suffisants pour pratiquer l'amputation ? En admettant qu'on eût dû sectionner le sciatique poplité externe, on aurait pu corriger plus tard la déformation du membre inférieur consécutive à cette section et le malade eût conservé son membre.

M. Bégouin s'associe aux observations de M. Courtin. Les examens électriques qui déclarent tel nerf perdu donnent quelquefois des renseignements erronés et M. Bégouin signale deux cas d'erreurs semblables à propos d'une paralysie faciale et d'une paralysie cubitale. L'examen électrique concluait à une section, alors qu'il s'agissait simplement d'une compression par un hématome dans un cas, et d'une contusion dans l'autre.

Chez le malade de M. Venot il eût été sage d'inciser la plaque fibreuse et de libérer le sciatique poplité.

M. Venot croit que les causes d'erreur de l'examen électrique sont dues à l'inexpérience de ceux qui pratiquent cet examen. Pour ce qui est des indications de l'amputation, elles ont été fournies par les données de l'examen électrique, par les troubles trophiques intenses, par l'impotence presque complète du membre qui constituait une telle gêne pour le malade, que celui-ci réclamait l'amputation.

M. Bégouin déclare que dans ces deux cas l'examen électrique avait été pratiqué par M. Bergonié lui-même.

M. Moure dit que l'examen électrique a été pris très souvent en flagrant délit d'erreur dans les paralysies faciales qui succèdent aux interventions chirurgicales sur l'oreille.

Adénoïdite calculeuse.

M. Brindel présente deux calculs découverts au cours de deux ablations de végétations adénoïdes. Ces calculs contiennent des phosphates et carbonates de chaux avec des traces de fer.

Ces calculs sont analogues à ceux qu'on peut rencontrer au

niveau des amygdales, car on trouve, en effet, à la surface des végétations adénoïdes, des lacunes analogues à celles de l'amygdale. De plus, dans les V. A., on trouve aussi du caséum qui est le point de départ des formations calculeuses amygdaliennes. La salive cependant, qui intervient dans la formation des calculs amygdaliens, ne peut ici être mise en cause.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 12 Juillet 1901.

Duplicité du vagin.

M. Villar. — Femme de 22 ans qui, lors des premières tentatives de coït, il y a 2 ans, ne put réussir.

En examinant les organes génitaux externes, on remarque qu'il n'existe pas de grandes lèvres, et en écartant les petites lèvres, on voit une cloison antéro-postérieure divisant le vagin en deux canaux : un droit et un gauche, et au fond de chaque canal on aperçoit un col utérin. Les règles sont plus abondantes à droite qu'à gauche. Le col droit est plus volumineux que le gauche.

Après destruction de la cloison, on trouve que le col utérin est unique, mais percé de deux orifices séparés par un sillon. L'introduction d'un cathéter dans chaque orifice n'a pas permis de constater si l'utérus est simple ou double.

Agglutination des bacilles tuberculeux par le sérum sanguin d'enfant dont la mère est tuberculeuse.

M. Hirigoyen. — La mère était tuberculeuse et son sang avait donné un séro-diagnostic franchement positif en 3 heures.

Chez le fœtus, le sang ne fournit pas d'agglutination après 3 heures de contact avec le bouillon. Mais par une préparation extamporanée on observa un léger degré d'agglutination. Donc, résultat faiblement positif pour le fœtus.

Surélévation congénitale de l'omoplate droite.

M. Gourdon présente un enfant qui lui a été adressé par M. le Dr Daurios (du Lot-et-Garonne).

Le petit malade est porteur d'une malformation décrite, en 1891, par Sprengel; les signes caractéristiques sont les suivants : attitude du bras en pronation exagérée; raccourcissement du membre supérieur; surélévation de l'épaule avec atrophie marquée de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus et des muscles de la région. L'examen électrique a montré que l'excitabilité de ces muscles était conservée.

Cette affection est rare, puisque dans la littérature médicale on n'en retrouve que 27 cas mentionnés. C'est le 5e cas que M. Gourdon présente à la Société; tous ses malades étaient des garçons et leur malformation siégeait du côté droit.

Tétanos.

M. Davezac présente un jeune garçon qui, à la suite d'une brûlure étendue du pied, fut atteint de tétanos. Le malade, qui a reçu 20 injections de sérum antitétanique, est actuellement guéri.

Kyste hydatique de la glande lacrymale orbitaire.

M. Fromaget présente une malade de 65 ans, qu'il a opérée il y a 4 mois d'un kyste hydatique de la glande lacrymale. Les tumeurs de cette nature sont tellement rares qu'on a mis en doute les quelques observations qui pouvaient s'y rapporter. Dans le cas actuel, l'examen microscopique a été pratiqué. C'est donc le premier fait indiscutable publié. La malade est aujourd'hui complètement guérie et le résultat esthétique est parfait.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 8 Juillet 1901.

Cancer de l'estomac à évolution lente.

M. Albu présente une femme de 42 ans qui souffrait depuis des années de douleurs gastriques; elle était très amaigrie, mais non cachectique; son estomac était dilaté; l'examen du chimisme stomacal révélait une insuffisance motrice grave; le suc gastrique renfermait en abondance de l'acide chlorhydrique et des sarcines; enfin, la palpation permettait de reconnaître l'existence d'une tumeur pylorique, que l'on crut de nature bénigne en raison de l'affection et de la présence des sarcines dans l'estomac.

Une opération ayant été décidée, on pratiqua une gastro-entérostomie — laquelle date actuellement d'un mois — avec un plein succès. L'étude histologique de la pièce fit voir qu'il s'agissait, en réalité, non d'une tumeur bénigne, mais d'un adéno-carcinome.

M. Strauss rappelle qu'il a communiqué naguère des observations de cancer gastrique ayant trois et quatre ans; toutefois, cette évolution lente est plus exceptionnelle pour le carcinome mou — comme chez la malade de M. Albu — qu'en cas de squirrhe.

Quant aux sarcines, l'orateur déclare qu'elles se rencontrent assez fréquemment dans l'estomac des cancéreux, et n'ont, par suite, pas la valeur diagnostique que l'on a voulu leur attribuer.

M. Albu cite l'opinion de Riegel qui, dans 95 p. 100 des cas où existaient des sarcines, a vu qu'il s'agissait de tumeurs bénignes.

Sur la présence dans l'urine, de formations analogues à des caillots.

M. A. Rothschild relate l'observation d'un homme de 59 ans, de bonne santé habituelle, mais ayant eu deux hématuries au cours des trois dernières années, qui trouva dans ses urines, après une légère hématurie, un corps vermiforme, d'aspect vitreux, long comme le petit doigt, donnant l'impression d'un moulage de l'uretère; cette substance se rétractait dans l'alcool; au microscope, elle se présentait comme une masse ankyste, sans donner toutefois les réactions de la fibrine; c'était la seconde fois que le patient expulsait par les urines une semblable matière.

Quelques mois plus tard apparurent les signes d'une tumeur du rein droit; une néphrectomie ayant été pratiquée, on vit que les deux tiers de l'organe étaient envahis par un sarcome à cellules géantes, dont une partie était constituée par une substance analogue aux formations antérieurement trouvées dans les urines.

Un cas de scarlatine traumatique.

M. Th. Lippmann communique l'observation d'un garçon de 8 ans, affecté pour la troisième fois en 6 ans de scarlatine; la dernière atteinte s'est déclarée peu après que cet enfant eût reçu un soufflet; les précédentes avaient laissé de l'engorgement ganglionnaire du cou et une prédisposition aux angines.

L'orateur voit dans ce cas une confirmation de la théorie qu'il a soutenue jadis, à savoir que les récidives des maladies infectieuses ne sont pas, en règle générale, le fait de contaminations nouvelles, mais témoignent plutôt d'un réveil des germes morbides laissés dans l'organisme par les attaques antérieures d'une réinfection endogène.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les pleurésies parapneumoniques.

D'après M. Ch. Siems (1).

Le pneumocoque peut toucher la plèvre dans deux circonstances bien différentes : ou bien la pleurésie est l'unique manifestatlon de l'infection, sans qu'il y ait participation du poumon sous-jacent: elle est dite alors primitive; ou bien le poumon a été le siège d'une lésion d'hépatisation pneumococcique concomitamment avec la pleurésie ou antérieurement à l'apparition de la manifestation pleurale. En pareil cas, par opposition à la pleurésie primitive, la pleurésie est dite métapneumonique.

Le chapitre de la pleurésie métapneumonique, doit comporter lui-même l'étude de deux variétés distinctes de complications pleurales, différentes par leur époque d'apparition, leur évolution, leur pronostic et leur traitement.

En effet, à côté des pleurésies, aujourd'hui bien étudiées, survenant après la pneumonie, à une époque plus ou moins éloignée de la défervescence (pleurésies post-pneumoniques), il y a place pour une variété spéciale de pleurésie. Nous voulons parler de ces lésions pleurales qui accompagnent la pneumonie, qui lui son *contemporaines*, prenant parfois une telle importance qu'elles peuvent masquer le foyer pulmonaire sous-jacent et conduire à une erreur de diagnostic.

Ce sont ces états pathologiques pour lesquels récemment M. Lemoine a proposé le nom de pleurésie parapneumonique et que M. Siems étudie dans une thèse très complète dont nous résumons ici les principaux éléments.

Historique. — La période scientifique de l'histoire des pleurésies pneumococciques ne commence vraiment qu'avec l'ère bactériologique, qu'avec la découverte du pneumocoque de Talamon Fränkel. C'est seulement, en effet, lorsqu'on eut démontré (et les travaux de M. Netter, en France, y ont contribué pour la plus large part) que le même agent microbien se rencontrait d'une part dans le foyer hépatisé et, d'autre part, dans l'exsudat pleural, qu'on saisit les rapports si étroits qui unissent en ce cas la pneumonie et la pleurésie.

Pour ce qui est des acquisitions des premiers observateurs, ceux-ci n'ignoraient pas, même avant Laënnec, qu'un épanchement pleurétique peut accompagner la « péripneumonie », comme ils l'appelaient. Mais c'est pour ainsi dire à Laënnec que nous devons les premières notions précises sur cette question. Laënnec s'est demandé quelle pouvait être l'influence de cet épanchement sur l'évolution de la phlegmasie sous-jacente. Le liquide pouvait être en quantité assez considérable pour comprimer le parenchyme pulmonaire enflammé, modérer ainsi la marche de la phlegmasie et arrêter son extension. Mais il pouvait aussi empêcher la résorption du liquide alvéolaire, s'il persistait jusqu'à la défervescence.

Andral, à l'expression courante de péripneumonie, substitua celle de pleuro-pneumonie, en se basant sur la fréquence avec laquelle la séreuse pleurale participe à la phlegmasie.

Grisolle, n'entend comprendre, sous le nom de pleuro-pneumonie, qu'une pneumonie avec épanchement pleural *assez abondant* pour modifier les signes physiques de la pneumonie. Pour lui l'épanchement ne paraît ni modérer ni circonscrire l'inflammation pulmonaire. La pneumonie et la pleurésie sont tantôt localisées au même point et à la base, tantôt dans des points diamétralement opposés. La quantité de liquide épanché est en raison inverse de l'étendue de la pneumonie.

Woillez a remarqué que certaines pleurésies qui apparaissent après la défervescence de la pneumonie sont d'un augure grave : latentes dès le début, longues à se résorber, tendant à la purulence, elles entraînent souvent la mort.

A l'étranger, on était moins sombre que Woillez, et Reisz, de Copenhague, dans un mémoire sur l'empyème consécutif à la pneumonie, qu'il a fait paraître en 1879, enseigne que le trait caractéristique de ces pleurésies est justement leur *tendance à la guérison spontanée*, ce qui les distingue d'autres variétés d'empyème.

Trois ans plus tard, Gerhardt étudie ces pleurésies purulentes, auxquelles il donne le nom de *métapneumoniques* et signale leur terminaison spontanée par fistule pleuro-pulmonaire et vomique, d'où indication de les abandonner à elles-mêmes. Les mêmes idées sont confirmées par Guillon, dans une thèse inspirée par M. Netter. Cette opinion est contestée par Leyden.

Malgré tout, on a apporté peu d'attention à la pleurésie qui accompagne ou suit immédiatement l'hépatisation pulmonaire. M. Troisier, à propos d'une observation de pleurésie séro-fibrineuse métapneumonique, met en question la pathogénie de ces variétés de pleurésie. Sont-elles dues à l'extension par voie lymphatique du processus inflammatoire, ou bien sont-ce des manifestations infectieuses analogues aux autres complications possibles de la pneumonie, telles que la péricardite et la méningite?

M. Lemoine (1) se demande si le cas observé par M. Troisier n'était pas, à proprement parler, une pleurésie parapneumonique et non métapneumonique; l'épanchement, peu abondant à la période d'état de la pneumonie, aurait augmenté après la défervescence et ne se serait manifesté cliniquement qu'à partir de ce

1. Siems, Thèse de Paris, 1901, n° 344.

1. Lemoine, Des pleurésies parapneumoniques (*Semaine médicale*, 1893, p. 12).

moment. Il propose pour la première fois à propos de faits personnels la dénomination de pleurésie parapneumonique, esquisse la symptomatologie de cette complication de la pneumonie et met en relief la nature séreuse du liquide épanché.

Les observations de M. Lemoine, ajoutées à quelques autres, font l'objet de la thèse inaugurale d'un de ses élèves, M. le Dr Delezenne, de Lille (1).

Entre temps, M. Meunier recueille dans le service de Hanot un cas qu'il publie dans les *Archives générales de médecine* (2).

Plus tard, la thèse de M. Mauvais apporte quelques observations nouvelles, avec ponction évacuatrice et analyse bactériologique (3).

M. Le Damany, étudie ces pleurésies dans sa thèse sur la *nature des pleurésies séro-fibrineuses en général* (4).

D'une façon générale, ce qui fait l'intérêt des travaux récents, c'est qu'ils ont permis de mieux connaître et de commencer à comprendre la pleurésie parapneumonique, non pas par les autopsies, qui sont rares, puisque l'affection est le plus souvent curable, mais par les ponctions évacuatrices ou simplement exploratrices, par les analyses bactériologiques et enfin, tout dernièrement par le cytodiagnostic de Widal.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des malades qui ont succombé à la pneumonie il est, pour ainsi dire, de règle de rencontrer, en même temps que l'hépatisation pulmonaire, des lésions plus ou moins marquées de la plèvre qui tapisse le lobe malade. Ces lésions ne manquent que dans le cas où la pneumonie est demeurée centrale; mais il est rare que le foyer pulmonaire n'atteigne pas à un moment donné la périphérie du lobe, et la lésion pleurale fait alors partie intégrante du processus.

Ces lésions pleurales parapneumoniques peuvent, d'ailleurs, se présenter sous des aspects variés.

A un premier stade, la séreuse a perdu sa transparence et son aspect poli : sa surface est irrégulière, comme tomenteuse, du fait de l'exsudation par places d'une pellicule fibrineuse, mince, fragile, peu adhérente.

A un degré plus avancé, ce sont de véritables fausses membranes qui recouvrent la plèvre. Toujours très friables, se laissant aisément détacher, montrant alors à découvert les vaisseaux de la plèvre, saillants, congestionnés, elles ont une structure fibrineuse et sont plus opaques et plus jaunes que dans la pleurésie franche. Elles recouvrent toute la plèvre ou seulement des espaces limités de sa surface; elles peuvent se stratifier sous forme de lamelles qu'on peut toujours aisément séparer. Laënnec comparait l'aspect mamelonné qu'elles peuvent offrir, en ce cas, à un épiploon peu chargé de graisse.

Le processus peut être encore plus accusé; accumulées les unes sur les autres, les fausses membranes peuvent alors offrir une épaisseur générale de 6 à 8 millimètres et deviennent moins friables et beaucoup plus adhérentes.

Ces diverses lésions se trouvent, d'ailleurs, réunies généralement à la surface du même lobe hépatisé.

Quant au foyer pariétal de la plèvre, il peut être indemne; mais presque toujours il offre les mêmes lésions que nous venons de décrire, bien qu'il jouisse d'un circulation indépendante de celle de la plèvre pulmonaire.

Au microscope, les lésions perçues peuvent être résumées de la façon suivante : la couche profonde de la plèvre se congestionne, se vascularise et prend l'aspect d'un véritable tissu caverneux. A sa surface, la fibrine exsudée se présente sous l'aspect d'un ruban recouvrant un endothélium dont les éléments, au lieu de rester aplatis, se tuméfient, se relèvent et pénètrent entre les couches stratifiées de l'exsudat (Cornil). Cet exsudat contient d'ailleurs, dans la pneumonie, beaucoup plus de globules blancs (leucocytes polynucléaires) que de cellules conjonctives et endothéliales. Dans les points où l'inflammation a son maximum d'intensité, l'exsudat s'organise dans sa partie profonde et se vascularise par bourgeonnement des vaisseaux préexistants dans la trame.

Telles sont, en résumé, les lésions que le microscope décèle à la surface du bloc hépatisé, quand la pleurésie est demeurée sèche. La même description s'applique au cas où il se produit un épanchement séro-fibrineux.

Le plus souvent, l'épanchement séreux parapneumonique occupe la grande cavité pleurale et les parties les plus déclives de la poitrine. C'est ainsi qu'avec une pneumonie du sommet, on peut observer un épanchement pleural de la base.

A l'instar des empyèmes, si souvent enkystés, les épanchements séreux parapneumoniques peuvent n'occuper qu'une partie de la plèvre, le reste de la séreuse se trouvant symphysé par des adhérences anciennes ou récentes.

Au point de vue de son aspect, le liquide séreux offre une coloration citrine plus ou moins foncée; il abandonne par le repos un coagulum fibrineux plus ou moins volumineux, le plus souvent considérable.

La quantité de liquide épanché est toujours trouvée plus faible, à l'autopsie, que les signes physiques ne l'avaient fait supposer.

Contrairement à l'opinion de MM. Lemoine, Delezenne, Mauvais, l'épanchement de la pleurésie qui accompagne la pneumonie n'est pas toujours forcément de nature séreuse; il peut être purulent, tout comme dans les pleurésies postpneumoniques. On peut trouver, dans cet ordre de faits, tous les intermédiaires entre le liquide simplement louche et l'épanchement franchement purulent. Mais presque tous les cas d'épanchement parapneumonique purulent concernaient des pneumonies arrivées au stade de l'hépatisation grise. Il y avait du pus dans le poumon en même temps que dans la plèvre.

Au point de vue de sa quantité, l'épanchement purulent parapneumonique paraît être encore moins abondant que ne l'est l'épanchement séreux.

Quant aux lésions des autres organes que l'on peut trouver sur le cadavre des individus qui ont succombé avec une pleurésie parapneumonique, ce sont celles de toute infection pneumococcique, localisée aux organes respiratoires, ou généralisée à tout l'organisme; elles ne présentent rien de particulier.

Bactériologie. — Les observateurs qui ont soumis à l'analyse bactériologique le liquide épanché dans la pleurésie parapneumonique ont tous été frappés de ce fait, au premier abord paradoxal, que ce liquide se montre le plus souvent stérile, et qu'il n'est pas possible d'y déceler la présence du pneumocoque.

En se bornant aux cas où l'épanchement était franchement séro-fibrineux, sans trouble, sans aspect louche, M. Siems conclut que l'absence du pneumocoque au

1. Delezenne, Les pleurésies parapneumoniques (*Thèse* de Lille, 1892).
2. Meunier, Pleurésie parapneumonique (*Arch. gén. de méd.*, 1894).
3. Mauvais, *Thèse* de Paris, 1896.
4. Le Damany, *Thèse* de Paris, 1897.

moment de l'analyse est la règle, sa présence l'exception.

Friedlander, M. Talamon, Senger, Weichselbaum, MM. Cornil et Babès ont vu le pneumocoque dans l'exsudat pleural fibrino-membraneux concomitant de la pneumonie. Dans un cas de pleuro-pneumonie avec épanchement séro-fibrineux persistant, M. Netter n'a pas réussi à le cultiver et l'inoculation aux souris est demeurée négative, de même que dans 3 autres cas du même genre étudiés par le même auteur.

Par contre, Serafini, M. Talamon, M. Ménétrier, M. Boulay ont eu des résultats positifs. Lévy a étudié au point de vue bactériologique 8 cas d'épanchement séreux parapneumonique. Dans 3 de ces cas, l'ensemencement du liquide pleural retiré par la ponction exploratrice est resté stérile, mais la ponction avait été faite après la défervescence. Dans les 5 autres cas, l'ensemencement donna une culture pure de pneumocoques, alors même que dans un de ces cas il s'agissait d'une ponction pratiquée 8 jours après la crise.

M. Delezenne pratique l'étude bactériologique de 7 cas d'épanchement parapneumonique. Dans 5 de ces cas, le liquide ensemencé est demeuré stérile; par contre, dans les 2 autres cas, le résultat est positif et le pneumocoque est mis en évidence à l'état de pureté dans l'épanchement.

Les 3 cas étudiés par M. Griffon et rapportés dans la thèse de M. Mauvais, les 3 cas de M. Le Damany, sont également caractérisés par des résultats négatifs.

Dans le liquide de sept pleurésies parapneumoniques, MM. Widal et Ravaut n'ont pu déceler le pneumocoque.

Sur les 6 observations de M. Siems, observations concernant des cas dans lesquels l'analyse bactériologique de l'épanchement a été pratiquée, chaque fois, complètement par M. Griffon, il relève la statistique suivante : trois fois le liquide était franchement séro-fibrineux; sur ces 3 cas, 2 demeurèrent stériles après les ensemencements, même lorsque la culture était faite en milieu très favorable pour le pneumocoque, comme le sérum de lapin; une fois, par contre, l'examen montra la présence du pneumocoque. Dans les 3 autres cas, l'épanchement était purulent, deux fois avec microbe, une fois sans pneumocoque.

Étiologie. — Pour apprécier les conditions d'apparition des épanchements parapneumoniques, nous avons d'une part les observations des anciens cliniciens, et d'autre part les statistiques récentes.

Grisolle estimait que 12 fois sur 100 la pneumonie s'accompagnait d'un épanchement pleurétique; sa statistique portait exactement sur 247 cas, parmi lesquels 31 fois il avait fait la constatation en question. D'autres auteurs donnent un chiffre qui diffère peu de celui de Grisolle : Dinstl obtient la moyenne de 16 p. 100; Fismer, celle de 15 p. 100. La statistique de Magnus Hus et Jurgensen est un peu différente et fournit le chiffre de 4 p. 100 à 5 p. 100 seulement.

Les observations plus récentes de M. Lemoine portent sur 26 cas de pneumonie entrés dans son service depuis le mois de décembre 1891 jusqu'au mois de juillet 1892. Or, sur ce nombre de pneumonies, M. Lemoine a observé 7 cas avec épanchement pleural contemporain. Si l'on fait le pourcentage, on arrive à une moyenne de 26,8 p. 100, chiffre à peu près double de celui des auteurs précédents. Il n'a pas été publié de nouvelles statistiques depuis cette époque; mais la complication qui nous occupe est certainement plus fréquente que l'on ne serait tenté de le croire.

Pour ce qui est de l'âge des malades, il s'agit le plus souvent d'adultes. En compulsant les 26 observations que M. Siems rapporte à la fin de ce travail, on trouve que l'âge des malades oscille entre 17 et 58 ans. Ces résultats concordent avec ceux de Grisolle, ainsi d'ailleurs qu'avec ceux de M. Lemoine.

Pour ce qui est du sexe, le dénombrement des malades porte une plus grande fréquence chez les hommes que chez les femmes.

Il ne semble pas y avoir de prédilection pour l'un ou l'autre des côtés de la poitrine : dans les cas de Grisolle, l'épanchement a été observé aussi souvent dans la pneumonie droite que dans la pneumonie gauche.

Enfin, on ne relève pas dans l'état antérieur du malade, dans les circonstances au milieu desquelles est apparue la pneumonie, dans les causes occasionnelles qui peuvent l'avoir provoquée, de particularité qui puisse entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la complication pleurétique.

Pathogénie. — La physiologie pathologique des pleurésies parapneumoniques soulève plus d'un point intéressant, non pas seulement au point de vue du mode de production du processus pleural, mais aussi au point de vue de la biologie du pneumocoque en général et de ses rapports avec les épanchements séreux.

Il n'y a pas de difficulté d'interprétation anatomique lorsqu'on se trouve en présence d'une pneumonie qui, par l'extension de son foyer jusqu'à la membrane pleurale, provoque une pleurésie, en quelque sorte par contiguïté.

Mais lorsque la pleurésie accompagne une pneumonie à foyer profond, central, on ne peut se contenter de cette interprétation. Le mécanisme doit être alors celui d'une infection par continuité, à la faveur des réseaux lymphatiques de la plèvre et du poumon. Il suffit de se rappeler que, sur des pièces de pneumonie la constatation du pneumocoque dans les lymphatiques, à distance du bloc hépatisé et jusque dans les ganglions du pédicule pulmonaire, est chose fréquente.

L'infection, soit par contiguïté, soit par continuité, n'explique pas la possibilité d'apparition d'un épanchement thoracique du côté opposé à la pneumonie. Il est difficile, en pareil cas, de ne pas invoquer l'infection sanguine générale, au moins momentanée, et la greffe sur la plèvre de pneumocoques transportés par le courant sanguin.

Beaucoup plus délicate est la question de savoir pourquoi ces pleurésies sont le plus souvent séro-fibrineuses, au lieu d'être purulentes, et, d'autre part, pourquoi on trouve si rarement le pneumocoque dans le liquide épanché.

Pour ce qui est du caractère généralement séro-fibrineux du liquide, les hypothèses n'ont pas manqué. On a invoqué des conditions spéciales de biologie et de virulence du pneumocoque : agent essentiellement fibrinogène dans la pneumonie, ce microbe, touchant dans le même temps la plèvre, provoquera la formation d'un exsudat fibrineux et non d'un épanchement purulent. Par contre, dans les pleurésies pneumococciques primitives ou dans les pleurésies postpneumoniques, le pneumocoque possède d'autres propriétés : il est alors pyogène, la production du pus pouvant d'ailleurs tenir au malade plus qu'au microbe.

M. Rendu, puis M. Delezenne accordent beaucoup d'importance à la question du terrain dans la production de la variété séreuse ou purulente de l'épanchement.

Quoi qu'il en soit, on peut observer, des pleurésies parapneumoniques à épanchement purulent. L'étude

des observations amène à conclure que, dans quelques-uns de ces cas, l'épanchement n'était purulent que parce que la pneumonie concomitante était elle-même suppurée.

D'après M. Le Damany cependant, les pleurésies parapneumoniques seraient souvent séro-purulentes, ce qui viendrait de la prédominance des globules blancs dans l'épanchement, comme dans le foyer hépatisé. On pourrait alors se trouver en présence d'un épanchement séro-purulent stérile.

Peut-on donner de l'absence habituelle du pneumocoque dans l'épanchement pleural parapneumonique une explication satisfaisante? Si la stérilité du liquide épanché est la règle, surtout dans les liquides séro-fibrineux, on compte cependant un certain nombre d'exceptions. On a dit que le pneumocoque devait exister dans l'épanchement au stade d'état, pendant la période fébrile de la maladie; si la recherche en est si souvent négative, c'est qu'on la pratique après la défervescence, à une époque où le microbe est mort dans l'épanchement, comme il est mort dans le foyer d'hépatisation (Netter). Mais de grosses objections, remarque M. Le Damany peuvent être opposées à cette théorie et il n'est pas exact qu'on trouve toujours le pneumocoque dans l'épanchement pendant la période fébrile. Le point essentiel, pour éviter des causes d'erreur, est, pour M. Le Damany, de prendre soin de ne pas piquer le poumon pendant la prise de liquide. Dans ces conditions, que l'examen bactériologique soit fait avant ou après la défervescence, que l'épanchement parapneumonique soit, d'autre part, séro-fibrineux ou séro-purulent, le liquide est ordinairement stérile. Se basant sur ces données, M. Le Damany conclut que la pleurésie parapneumonique n'est pas le résultat de l'envahissement de la plèvre par le pneumocoque. Elle résulte d'une fluxion ou d'une congestion péri-inflammatoire développée autour du foyer d'hépatisation pulmonaire.

Il s'agirait donc plutôt, ici, d'hydrothorax que de pleurésie à proprement parler. C'est également l'explication proposée par M. Landouzy, qui compare ce qui se passe en pareil cas à l'œdème de voisinage qui se produit autour d'une vésicule de kérato-conjonctivite phlycténulaire ou encore autour d'une pustule charbonneuse. L'épanchement pleural ne serait qu'un liquide d'œdème péripneumonique, abondant, parce que la plèvre présente une cavité incomparablement plus vaste que les mailles du tissu cellulaire, dont elle peut être rapprochée.

Cette explication s'applique au plus grand nombre de cas; mais elle n'est plus aussi aisément acceptable quand il s'agit d'épanchements pleuraux, dans lesquels la présence du pneumocoque a pu être mise en évidence. Il est vrai qu'avec M. Le Damany on peut, en pareil cas, considérer comme nul le rôle du pneumocoque dans ces épanchements. Cet auteur s'appuie sur ce fait qu'il a trouvé le pneumocoque, même très virulent, en suspension dans des épanchements séro-fibrineux manifestement tuberculeux.

Lorsque, de saprophyte indifférent, le pneumocoque se transforme en agent pathogène, des changements anatomiques importants surviennent dans la cavité pleurale: l'épanchement subirait alors, d'après M. Le Damany, la transformation purulente.

Une autre modification anatomique serait le développement, à la surface de la plèvre, d'une néo-membrane spéciale, épaisse, molle, villeuse, de structure histologique fibrino-purulente, véritable coque pyogène.

M. Siems conclut que, lorsque l'analyse bactériologique révèle un épanchement pleural pneumonique stérile, on peut dire qu'il s'agit plutôt d'un hydrothorax que d'une pleurésie au sens anatomique du mot; lorsque, par contre, cette analyse met en évidence la présence du pneumocoque, on ne peut pas conclure dans tous les cas à l'existence de lésions réactionnelles de la plèvre, le microbe pouvant se trouver en suspension dans le liquide sans jouer d'autre rôle que celui d'un saprophyte accidentel. Dans ce dernier cas, ou bien le pneumocoque ne tarde pas à disparaître (et sa constatation est alors sans importance), ou bien il se multiplie, et sa pullulation entraîne alors fatalement, d'une part la purulence histologique, sinon macroscopique de l'épanchement et, d'autre part, la production d'une néo-membrane fibrino-purulente, d'une coque pyogène pleurale.

Symptomatologie. — Réserve faite des pneumonies de l'enfance, la pleuro-pneumonie s'observe fréquemment en clinique, surtout dans certaines circonstances étiologiques spéciales, en particulier lorsque l'affection pulmonaire n'est pas franche (*a frigore*), mais apparaît au cours d'une maladie infectieuse, comme la grippe, par exemple. En pareil cas, aux signes plus ou moins complets d'hépatisation pulmonaire, viennent se joindre ceux d'une participation, généralement restreinte, de la plèvre. En plus du souffle tubaire, des bouffées de râles crépitants, l'oreille perçoit alors, sur une étendue plus ou moins large de la paroi thoracique, des signes stéthoscopiques qui ont tous les caractères des frottements pleuraux; si l'on fait tousser le malade, ils ne subissent aucune modification; ils ont parfois le timbre râpeux, de cuir neuf, qui fait qu'aucune confusion ne peut s'élever sur leur nature. L'apparition de cette pleurésie sèche, au voisinage du lobe hépatisé, ne modifie guère en pareil cas la symptomatologie générale de la pneumonie. Tout au plus le point de côté est-il alors plus violent, plus persistant; la dyspnée plus angoissante.

Il y a pleuro-pneumonie, quand à côté du bloc d'épatisation pulmonaire s'épanche dans la cavité pleurale une mince couche de liquide séro-fibrineux, dont la quantité est si faible que les signes de pneumonie lobaire sont à peine modifiés. La submatité fait presque place à la matité, ou plutôt à de la résistance au doigt; le souffle tubaire est moins superficiel; mais ces signes sont insuffisants pour imposer le diagnostic de minime épanchement pleural, et, sans la ponction exploratrice qui ramène à grand'peine quelques gouttes de liquide on ne pourrait affirmer la participation de la plèvre au processus infectieux.

Tout autre est la physionomie clinique de la pleurésie parapneumonique qui, comme son nom l'indique, est avant tout une pleurésie avec épanchement, les signes de pneumonie étant en pareil cas masqués ou disparus. On peut artificiellement séparer la pleurésie parapneumonique de la pleuro-pneumonie, en convenant qu'il y a pleurésie parapneumonique dès que l'exsudat d'abord fibrineux, puis séro-fibrineux, devient assez abondant dans la plèvre pour acquérir une autonomie spéciale et donner des signes assez prédominants pour reléguer ceux de la pneumonie au second plan.

Ainsi déterminée, la pleurésie parapneumonique peut elle-même se présenter en clinique sous deux modalités distinctes: 1° avant la défervescence, où elle peut arriver à masquer plus ou moins complètement le foyer pulmonaire sous-jacent; 2° après la défervescence, où elle peut évoluer pour son propre compte presque à la manière d'une pleurésie primitive, retardant ainsi la convalescence.

Pleurésie parapneumonique évoluant avant la défervescence. — Dans cette forme, dans laquelle l'épanchement pleural a pris plus d'importance que l'hépatisation pulmonaire, le début de la maladie peut se présenter sous un double aspect.

I. — La pneumonie a éclaté avec ses allures classiques; ses signes se sont déroulés dans leur ordre de succession habituelle, lorsqu'à un certain moment de l'évolution de la maladie on les voit faire place progressivement à des signes de pleurésie avec épanchement croissant.

II. — La maladie a débuté avec les réactions bruyantes d'une grande infection; on s'attend, à considérer les symptômes généraux et fonctionnels, à dépister par l'examen thoracique une pneumonie commençante, et l'on se trouve en présence d'une pleurésie qui, si elle n'est pas franche dans ses allures comme la pleurésie primitive dite *a frigore*, n'en est pas moins manifeste. C'est par un examen répété du malade, par les phénomènes généraux, par l'apparition d'un herpès naso-labial, par l'expectoration d'un crachat rouillé, etc., que l'on sera amené à soupçonner une pneumonie sous-jacente, masquée par la pleurésie prédominante.

Ces cas, dans lesquels les signes d'épanchement sont précoces et devancent ceux d'hépatisation, sont d'ailleurs beaucoup plus rares que ceux dans lesquels la pleurésie apparaît plus tardivement, quelques jours avant la défervescence. On comprend aisément pourquoi : le foyer d'hépatisation pneumonique est le plus souvent profond au début; c'est par extension excentrique qu'il devient peu à peu superficiel; il est exceptionnel qu'il soit sous-pleural d'emblée.

Symptômes généraux. — Par le fait, déjà mentionné, que la pleurésie parapneumonique est plus fréquente dans les déterminations thoraciques des maladies infectieuses comme la grippe, que dans la pneumonie franche *a frigore*, les phénomènes généraux sont d'habitude plus accusés lorsqu'il y a concomitance de pleurésie et de pneumonie. Ce n'est pas alors à la localisation pleurale surajoutée, mais à la maladie elle-même qu'il faut imputer cette aggravation. Chez deux malades de M. Delezenne, à phénomènes généraux très marqués, la pneumonie siégeait au sommet et, par conséquent, il serait rationnel de rattacher à cette localisation de la pneumopathie l'exagération des réactions morbides observée.

Symptômes fonctionnels. — Peu différents de ceux de la pneumonie franche, les signes fonctionnels de la pleurésie parapneumonique comprennent peut-être une dyspnée plus vive, plus précoce (Messaut), une toux plus fréquente et plus sèche, un point de côté plus marqué au début et qui cesserait après l'épanchement (Jurgensen); mais il n'y a là rien de pathognomonique, ni même de bien précis. L'expectoration elle-même n'est, en général, pas modifiée; rouillés, visqueux, adhérents, les crachats sont parfois muco-purulents, en particulier dans les pleurésies qui accompagnent les pneumonies catarrhales de la grippe.

Signes physiques. — En se limitant aux cas où l'épanchement siège du même côté que la pneumonie, à considérer, au point de vue des signes physiques, deux éventualités : 1° la pneumonie occupe le sommet ou la partie moyenne, et la pleurésie, la base; 2° les deux localisations, pleurale et pulmonaire, siègent à la même hauteur.

1° Chacune des deux lésions se présente en deux points différents de la poitrine avec ses signes respectifs : en haut (fosses sus ou sous-épineuses, fosse sous-claviculaire) ou à la partie moyenne (en arrière, ou dans l'aisselle), on trouve les signes classiques de la pneumonie sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister; en bas, on diagnostique l'existence d'un épanchement petit ou moyen par la constatation d'une matité hydrique, de l'abolition des vibrations vocales, de la disparition du murmure vésiculaire, d'un souffle plus lointain et plus doux que le souffle pneumonique perçu à un niveau plus élevé, et enfin parfois de l'égophonie. A ces signes peuvent venir se joindre, lorsqu'il s'agit d'une pleurésie gauche, la disparition de la sonorité au niveau de l'espace de Traube et, d'autre part, quel que soit le côté atteint, la constatation du déplacement des organes voisins. M. Lemoine accorde plus d'importance au déplacement des organes qu'à la recherche de l'égophonie, dont la valeur séméiologique n'est pour lui que très relative. Lorsque l'épanchement occupe la plèvre gauche, c'est le cœur qui est refoulé vers la droite, comme dans toute pleurésie primitive; lorsqu'il siège à droite et qu'il est abondant, c'est le foie qui est abaissé, mais cette constatation aurait pour MM. Lemoine et Delezenne beaucoup moins de valeur que celle d'une déviation du cœur.

2° Lorsque les localisations pleurale et pulmonaire siègent à la même hauteur, on trouve mêlés à ce niveau, et plus ou moins confondus, les signes d'une pneumonie et d'une pleurésie. Il est des cas où l'épanchement est assez abondant pour masquer complètement la pneumonie sous-jacente. En pareil cas, les signes sont ceux d'une pleurésie ordinaire, et il n'y a pas lieu d'insister.

Si l'épanchement diminue avant la résolution de la pneumonie, il est alors possible de percevoir au-dessous de la lame liquide les râles de retour, et le diagnostic, que les phénomènes généraux seuls avaient permis de hasarder, se trouve ainsi confirmé.

Dans d'autres cas, les signes de la pleurésie dominent encore; mais, outre la matité, l'abolition des vibrations vocales, l'absence du murmure respiratoire, on entend des bouffées de râles crépitants, surtout dans les grands efforts inspiratoires ou après une quinte de toux. Le souffle peut avoir le caractère tubaire, mais il demeure voilé, lointain, comme un souffle de pleurésie. D'autres fois, on ne perçoit le souffle que dans les efforts de toux ou de grande inspiration.

Il est rare que le signe *égophonie* se présente dans toute sa netteté; c'est plutôt un mélange d'égophonie et de bronchophonie, ce que Grisolle appelle la broncho-égophonie, et Laënnec le bredouillement de polichinelle.

Ces particularités cliniques suffisent en général pour porter le diagnostic d'épanchement pleural compliquant la pneumonie, et il n'est pas besoin de recourir à la ponction exploratrice dans la plupart des cas.

Pleurésie parapneumonique évoluant après la défervescence. — Il est un autre groupe d'observations qui concernent des malades chez lesquels le diagnostic d'épanchement pleural parapneumonique ne s'impose que les jours qui suivent la défervescence.

Dans les cas que nous avons en vue, la lésion pleurale est bien anatomiquement contemporaine de l'hépatisation lobaire; mais le début de la complication pleurétique demeure latent, perdu dans la symptomatologie de la pneumonie, et c'est seulement lorsque celle-ci est devenue silencieuse, et qu'elle entre en résolution, que l'épanchement pleural prend à son tour cliniquement le premier plan, d'autant plus qu'il s'accroît très fréquemment les jours suivants et qu'il simule, à s'y méprendre si l'on n'a pas assisté à la phase pneumonique de la maladie, une pleurésie primitive.

La convalescence, en pareil cas, ne s'affirme pas franchement: le jour même ou le lendemain de la défervescence, la température, qui était tombée à la normale, remonte et va se maintenir les jours qui suivent entre 38° et 39°; puis, au fur et à mesure que la pleurésie évolue, elle s'achemine, ce qui est la règle, vers la résorption spontanée; la fièvre tombe progressivement.

Les symptômes généraux demeurent atténués : le malade est en partie vacciné par la pneumonie qu'il vient de supporter et, n'étaient l'élévation de la température, la légère dyspnée qui persiste, et parfois la sensation de gêne dans un côté de la poitrine, il pourrait se considérer comme convalescent. Mais l'examen du thorax révèle un épanchement à la place où, les jours précédents, il montrait une hépatisation lobaire.

Le liquide, ayant plus ou moins augmenté, demeure stationnaire, puis entre spontanément en résolution, souvent lente.

En somme, ce qui caractérise les pleurésies parapneumoniques évoluant après la défervescence, c'est qu'elles prolongent la maladie en se comportant jusqu'à un certain point comme les pleurésies postpneumoniques; mais leur début incontestablement contemporain de la pneumonie les rattache au groupe des pleurésies parapneumoniques.

Formes. — Nous n'avons eu en vue jusqu'à présent que les pleurésies de la grande cavité pleurale. Or, le processus peut être localisé, du moins au point de vue de la production de l'épanchement, à une portion de la plèvre. C'est ainsi qu'il existe des collections parapneumoniques limitées à l'espace interlobaire à la plèvre diaphragmatique ou à la plèvre médiastine. La localisation interlobaire a pu être établie par l'appréciation des caractères particuliers à cette variété de pleurésie (matité suspendue, etc.), et par les résultats fournis par la ponction exploratrice.

La nature du liquide épanché est le plus souvent séreuse; les cas où il s'agit d'épanchement purulent sont de beaucoup l'exception. Le pus est d'ailleurs toujours en faible quantité, du moins chez l'adulte; la ponction exploratrice seule permet de dire, pendant la vie, que la pleurésie est purulente. De sorte qu'en présence d'un épanchement parapneumonique *abondant* on peut affirmer presque à coup sûr que le liquide est séro-fibrineux.

Diagnostic. — 1° *Diagnostic clinique.* — Les éléments du diagnostic positif sont les différents signes physiques. Ils n'ont pas tous la même valeur, mais ils deviennent précieux lorsqu'ils sont tous associés. L'égophonie, en particulier, n'aurait, pour MM. Lemoine et Delezenne, qu'une valeur restreinte.

Le déplacement des organes est, au contraire, un signe de la plus haute importance (Lemoine), surtout si la pleurésie siège à gauche. On conçoit que dans la pleurésie parapneumonique ce déplacement doive pouvoir se faire avec un épanchement relativement faible, pour cette raison que la portion du poumon hépatisé occupe déjà dans la cavité thoracique une place plus considérable que normalement.

Quand les localisations pleurale et pulmonaire occupent dans le même côté de la poitrine des niveaux différents, il est facile de diagnostiquer, par exemple, une pleurésie de la base et une pneumonie du sommet. Mais quand l'épanchement recouvre la zone de poumon hépatisée, le diagnostic devient beaucoup plus difficile. On appréciera attentivement les caractères fournis par la percussion, la palpation et l'auscultation; on recherchera la résistance au doigt, la diminution des vibrations vocales, pouvant aller jusqu'à l'abolition, la broncho-égophonie, les râles crépitants lointains, perceptibles parfois seulement lorsqu'on modifie la position du malade et, enfin, on se basera surtout sur le déplacement des organes voisins.

Le diagnostic différentiel comporte la distinction avec quelques rares affections aiguës des voies respiratoires. Au premier plan, il faut signaler la pneumonie massive, dans laquelle on retrouve la même matité, la même absence de vibrations thoraciques et de murmure vésiculaire; mais il manque, par contre, le souffle pleurétique, l'égophonie et surtout le déplacement des viscères voisins.

Une autre affection qui simule également un épanchement pleural est la splénopneumonie de Grancher; mais, en pareil cas, on constate une expectoration congestive, analogue à une solution de gomme; de fines crépitations à la base du poumon; parfois des frottements pleuraux, et enfin les organes avoisinant la plèvre occupent leur position normale et ne sont pas refoulés.

Dans la fluxion de poitrine de l'Ecole de Montpellier et du professeur Dieulafoy, tous les plans sont touchés : la peau. les muscles, toute la paroi thoracique avec la plèvre pariétale, la plèvre viscérale, le poumon et les bronches; l'affection est très douloureuse, souvent bilatérale, et son tableau ne peut prêter à l'erreur avec l'affection qui nous occupe ici.

2° *Diagnostic bactériologique et sérodiagnostic.* — Bien que les analyses bactériologiques des épanchements pleuraux parapneumoniques aient donné, dans le plus grand nombre des cas, des résultats négatifs en ce qui concerne la présence du pneumocoque dans le liquide exsudé, un diagnostic scientifique de pleurésie serait forcément incomplet s'il ne s'appuyait, pour une part, sur les éléments fournis par la culture et l'inoculation du liquide. Si la recherche est négative (l'hypothèse de tuberculose étant exceptée), le résultat sera en faveur de la nature pneumococcique de la pleurésie.

D'autre part. la nouvelle méthode de diagnostic scientifique dont vient d'être dotée la technique bactériologique, le *sérodiagnostic*, est applicable aux infections à pneumocoques (Bezançon et Griffon) et il était intéressant de ne pas se borner à rechercher la réaction agglutinante dans le sérum du sang des malades, mais de l'étudier aussi dans la sérosité épanchée à côté du bloc hépatisé dans la pleurésie parapneumonique : c'est ce qui a été fait dans deux des observations que rapporte M. Siems et dans les deux cas le résultat a été positif.

La nature pneumococcique de l'exsudat pleurétique était ainsi une fois de plus démontrée : une pleurésie tuberculeuse ne donne pas d'épanchement agglutinant le pneumocoque.

3° *Diagnostic histologique et cytodiagnostic.* — Les recherches toutes récentes de M. Widal et de ses élèves sur le parti clinique qu'on peut tirer de l'examen histologique des épanchements, au point de vue de la morphologie des éléments cellulaires qu'ils contiennent, ont déjà été appliquées à l'étude des liquides sérofibrineux parapneumoniques, et sont appelés à rendre les plus précieux services pour le diagnostic immédiat. Les cas observés par M. Widal ont tous montré une abondance de leucocytes polynucléaires en suspension dans le liquide examiné; celui de M. Griffon a présenté la même particularité, de sorte que, malgré le nombre encore restreint de documents que nous possédons sur cette intéressante question, on peut déjà conclure que la constatation de

leucocytes polynucléaires est la règle dans le liquide des pleurésies parapneumoniques.

Le cytodiagnostic, en décelant une leucocytose polynucléaire, permet d'éliminer l'hypothèse d'un épanchement de nature tuberculeuse, lequel aurait fourni des préparations caractérisées par une lymphocytose exclusive ou très prédominante.

Pronostic. — L'avenir du pneumonique ne semble pas être assombri par l'apparition d'un épanchement pleural parallèle. Sans aller jusqu'à admettre avec Laënnec que la compression exercée par le liquide sur le poumon hépatisé modère « l'orgasme inflammatoire » et arrête ainsi son expansion, on peut dire, avec Grisolle, que l'épanchement pleurétique n'exerce guère d'influence sur l'évolution de la pneumonie et, par suite, n'aggrave pas sensiblement le pronostic général de la maladie.

Dans les cas terminés par la mort, il s'agissait toujours ou bien d'une pneumonie suppurée avec pleurésie, ou bien d'une infection pneumococcique à manifestations multiples, généralisées.

Traitement. — La thérapeutique de la pneumonie, en général, n'est guère, elle-même, modifiée par la constatation d'une pleurésie concomitante. Tout au plus, la plus grande violence du point de côté pourrait-elle, si elle était manifeste, commander l'application de ventouses scarifiées.

La thoracentèse est-elle parfois indiquée, l'épanchement arrive-t-il jamais à être assez abondant pour nécessiter ce mode d'intervention ? Les observations réunies dans le travail de M. Siems ne semblent pas aboutir à une conclusion favorable à l'évacuation opératoire, puisque les malades ont presque toujours guéri spontanément et que, dans les cas où l'on a fait l'aspiration, c'est à 145 grammes, à 150 grammes seulement que s'est bornée la quantité de liquide recueillie.

Jamais le liquide épanché n'est assez abondant pour qu'on soit contraint de recourir à la thoracentèse d'urgence, mais l'aspiration peut être utile pour les cas où l'épanchement, bien qu'en faible quantité, tarderait à se résorber spontanément.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Neveu-Lemaire (Maurice). *Les hématozoaires du paludisme.* N° 103. (Baillière.)

M. Jousseaume. *Sur quelques parasites producteurs de maladies introduits dans l'organisme par l'eau.* N° 375. (Boyer.)

M. Polaillon (Henri). *Contribution à l'histoire naturelle et médicale des moustiques.* N° 347. (Imp. de la Faculté de médecine.)

M. Mieulet (Étienne). *L'hygiène à la maison de Nanterre (Morbidité, mortalité, statistique de 1890 à 1900).* N° 377. (Boyer.)

M. Bosquet (Albert). *La tuberculose à Reims.* N° 373. (Imp. Matot-Braine, Reims).

L'étude très importante de M. Neveu-Lemaire est consacrée aux hématozoaires et aux manifestations morbides qu'ils provoquent, auxquelles on peut donner le nom d'*hémosporidiose*.

Après avoir décrit les trois espèces d'hématozoaires pathogènes pour l'homme et spécifiques du paludisme, l'auteur montre que dans l'état actuel de nos connaissances, ce sont toujours et seulement les *Anopheles* femelles qui servent d'hôtes intermédiaires aux trois espèces d'hématozoaires du paludisme. Les œufs, les larves, les nymphes et les mâles ne renferment jamais de parasites.

C'est en piquant un individu atteint de paludisme que l'*Anopheles* s'infecte; c'est en piquant un individu sain que l'*Anopheles* infecté transmet la maladie.

Les hématozoaires du paludisme passant toute leur vie soit dans le sang de l'homme, soit dans le corps de l'*Anopheles*, il en résulte qu'on ne les trouvera jamais libres dans la nature, ni dans le sol, ni dans l'eau, ni dans l'air. Les théories tellurique, hydrique, miasmatique disparaissent; seuls, les *Anopheles* inoculent le paludisme à l'homme.

La prophylaxie du paludisme doit donc consister à détruire les *Anopheles* à l'état adulte ou larvaire et à se garantir de leur piqûre.

La cure des paludiques au moyen de la quinine est également très importante au point de vue de la prophylaxie générale, car elle prévient l'infection de nouveaux *Anopheles*.

M. Jousseaume rappelle que l'eau peut servir de véhicule à des organismes animaux divers susceptibles de déterminer chez l'homme des troubles pathologiques multiples, depuis le simple malaise jusqu'à la mort.

Les parasites qui nous infestent appartiennent au groupe des rhizopodes et des vers surtout.

Les protozoaires sont représentés par des amibes, des flagellés et des infusoires. Leur action pathologique semble bénigne, exception faite de la plasmodie paludéenne.

Les helminthes sont représentés par les trois classes : cestodes, trématodes et nématodes.

Les premiers que l'on observe couramment en Europe sont surtout dangereux par les accidents que déterminent leurs larves (*T. echinococcus*). Ce sont ceux surtout que l'auteur étudie avec détails se bornant à de courtes réflexions sur les hématodes et les nématodes, parasites surtout exotiques.

Le rôle des moustiques a pris, depuis peu, en pathologie, une importance considérable, et l'étude approfondie de ces nouveaux agents de contagion institue, dès maintenant, une des principales branches de la parasitologie.

Il est donc utile aux praticiens de connaître, dans ses grandes lignes, l'anatomie, la biologie et l'évolution de ces insectes, et l'étude approfondie que leur consacre M. Polaillon, est à cet égard fort importante. Il insiste justement sur les moyens de se préserver de la piqûre des moustiques, ce qui dans tous les pays tropicaux est une des premières règles de l'hygiène, sinon la première.

Ces mêmes précautions doivent être prises en France et en Europe, dans les contrées où le paludisme existe encore. M. Polaillon, sans trouver l'*Anopheles* à Paris même, a constaté sa présence dans un grand nombre de points de la France, aussi est-il toujours prudent d'isoler les malades affectés de paludisme importé, afin d'éviter la dissémination de la maladie.

L'hygiène à la Maison de Nanterre est, d'après M. Mieulet, à peu près satisfaisante; cependant bien des progrès sont encore à réaliser. Il serait à souhaiter qu'il n'y ait aucun lit supplémentaire ni dans les dortoirs des qâtiments, ni à l'infirmerie.

Les ateliers auraient besoin d'être mieux ventilés et mieux aérés, surtout ceux des chiffons et des sacs, qui dégagent beaucoup de poussière.

L'industrie du découpage des chiffons demanderait à être plus surveillée.

La nourriture dans les différentes sections (sauf la 4e, celle des vieillards) est à peine suffisante pour des individus dont on réclame un travail manuel et des corvées.

L'auteur insiste sur la nécessité de donner plus facilement le régime lacté aux vieillards dont l'état le réclame et de créer un service d'urinaires.

Il faudrait supprimer le balayage à sec et faire la désinfection des crachats des tuberculeux.

Enfin, on devrait lutter efficacement contre la phthisie en isolant les tuberculeux, aussi bien les valides que les malades. On devrait leur construire une sorte de sanatorium dans l'enceinte de la Maison, où on leur ferait suivre un traitement, dont la base serait l'air et la suralimentation.

L'auteur signale les améliorations à apporter au service des enfants, où il est indispensable d'isoler les enfants atteints de maladies contagieuses. Les différentes épidémies qui ont régné jusqu'ici démontrent par leur grande mortalité l'utilité de cette réforme.

De toutes les affections observées à l'infirmerie de Nanterre, les maladies du tube digestif priment toutes les autres par leur fréquence et donnent lieu à des crises de tétanie, phénomène assez rare pour qu'il soit intéressant de le signaler particulièrement; les cardiaques, les brightiques, les tuberculeux sont aussi en très grand nombre parmi cette triste population.

Si on surveillait tout particulièrement l'alimentation et la qualité de l'eau, on verrait peut-être diminuer le grand nombre d'entérites qui sévissent pendant l'été.

Le nombre des malades étant considérable, on se trouve dans les conditions d'un véritable hôpital, aussi la nécessité se fait-elle sentir d'avoir un personnel infirmier plus instruit et par conséquent mieux payé.

La mortalité phthisique à Reims, après avoir subi des oscillations variées, reste, d'après M. BOCQUET, aussi élevée aujourd'hui qu'il y a 20 ans, alors que la mortalité générale a sensiblement décru pendant la même période.

En ce qui concerne le lieu d'origine des décédés de tuberculose, les indigènes sont dans la proportion de 34 p. 100, les immigrés de 66 p. 100. Cette différence énorme tient surtout au grand nombre d'immigrants qui ont contribué à l'accroissement de la population urbaine; mais, même en tenant compte de ce fait, la mortalité tuberculeuse des immigrants reste supérieure à celle des indigènes.

Au point de vue de l'âge, les résultats statistiques relevés à Reims confirment ce qui a été observé ailleurs, que la mortalité, généralement faible jusqu'à 10 ans, commence à s'élever sérieusement de 10 à 20 ans pour atteindre son maximum de 20 à 30; de 30 à 40, les chiffres sont encore très élevés puis décroissent successivement.

L'influence des professions ne se manifeste pas d'une façon précise. Néanmoins, les employés, les ouvriers appartenant à l'industrie textile, ceux qui travaillent le fer et les métaux, pour le sexe masculin, les ouvrières de l'industrie de l'habillement et les religieuses, pour les femmes, présentent les chiffres les plus élevés de la mortalité tuberculeuse comparée à la mortalité générale des mêmes catégories.

Parmi les groupes les plus atteints se trouve celui des marchands de vins et des ouvriers de caves, assez nombreux à Reims : ces derniers, en particulier, ont donné jusqu'à 32 décès phthisiques sur 100 décès généraux. L'alcoolisme semble bien ne pas y être étranger, en diminuant la résistance à la maladie.

La répartition géographique de la tuberculose dans les divers quartiers de la ville montre que ce sont ceux où habite de préférence la population pauvre qui lui paient le plus lourd tribut.

Le surpeuplement des habitations, si fréquent dans cette catégorie de la population particulièrement atteinte, joue le plus grand rôle dans le développement de la tuberculose.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Fracture transversale de l'apophyse odontoïde. Hémorrhagie interne avec compression de la moelle et du bulbe, par F. RUOCCO (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, n° 75, p. 793, 23 juin 1901). — Homme de 40 ans tombé d'une voiture qui se mettait en mouvement (chute à plat sur le dos). — Pouls rare, 45 à la minute. Paralysie des quatre membres; en imprimant des mouvements passifs aux membres inférieurs et supérieurs, on se rend compte que cette paralysie est complète; il en est de même pour les muscles du dos et le blessé ne peut pas se tourner de côté. Sensibilité à la douleur abolie aux membres inférieurs. On peut transfixer la peau sans que le blessé émette une plainte. Même anesthésie pour l'abdomen, la partie inférieure du thorax, et les membres supérieurs à l'exclusion des épaules et du cinquième supérieur du bras. Au-dessus de l'anesthésie existe une zone d'hyperesthésie qui commence à trois doigts au-dessus des mamelons et monte jusqu'à 'a base du cou, sur les bras, elle va de la racine du membre à l'insertion du deltoïde. Sensibilité de la tête et de la nuque normale. Ce qui a été dit de la sensibilité à la douleur peut se répéter des sensibilités tactile, thermique à la pression. Le malade ne sait pas s'il a encore des jambes, un ventre, des poumons. Pas de déformation de la nuque, mais grande douleur à la pression de cette région. Mort subite au troisième jour, après qu'on eut tourné le malade sur le côté comme il l'avait demandé et dès qu'il eut murmuré : « Ah! je suis mieux ainsi!

Diagnostic confirmé par l'autopsie : fracture transverse de l'odontoïde, compression de la moelle par une hémorrhagie.

Deux cas d'athétose bilatérale. par C. RINOLDI, *Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*, n° 75, p. 797, 23 juin 1901). — L'auteur, à propos de deux cas d'athétose double, rappelle les traitements aussi nombreux qu'inefficaces qui ont été opposés à cette affection. Cependant il est une méthode thérapeutique donnant des résultats considérables au bout de quelques mois : c'est la gymnastique médicale que conseille de Giovani et qu'on fait exécuter en se servant des appareils imaginés par le professeur de Padoue. Il s'agit d'une gymnastique médicale spéciale dont tous les exercices sont combinés pour venir à bout de l'athétose. Il n'est pas inutile de faire observer ici que toute gymnastique médicale n'a qu'un but; ce but ne peut être atteint que par une forme de gymnastique et non par une autre. La gymnastique médicale ne doit pas être appliquée au hasard; sa prescription doit être basée sur des données rigoureusement scientifiques. La gymnastique médicale n'est pas un sport, c'est un médicament qui doit être dosé.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 Juillet 1901.

De l'hémichorée préparalytique.

M. Raymond lit un rapport sur un travail de M. Boinet (de Marseille).

L'hémiplégie cérébrale organique traduit une interruption de la voie motrice dans son trajet encéphalique cortico-pédonculaire. Elle peut se compliquer de phénomènes morbides qui indiquent une irritation de cette même voie. Au nombre de ceux-ci figure l'hémichorée, qui peut être pré ou post-paralytique. Dans son travail, M. Boinet a relaté deux observations qu'il donne comme des exemples de la première de ces variétés.

L'un de ces faits est relatif à une hémichorée gauche à développement brusque, survenue sans attaque, et qui fut suivie à bref délai d'une atrophie musculaire considérable limitée aux membres du côté gauche, sans hémiplégie proprement dite, mais avec asymétrie faciale correspondante. Malgré ce manque de paralysie motrice, M. Boinet n'a pas hésité à porter le diagnostic d'hémichorée préparalytique et à rattacher l'atrophie musculaire à une dégénération du faisceau pyramidal.

Cette observation, d'après le rapporteur, représente un fait atypique qui sort du cadre ordinaire de l'hémichorée préparalytique : l'absence de paralysie motrice subséquente, ainsi que le défaut de contracture permanente dans le côté envahi par l'atrophie musculaire, rendent peu vraisemblable l'hypothèse

d'une dégénération du faisceau pyramidal. L'atrophie musculaire, à la fois précoce et très prononcée, survenue aux membres du côté gauche, ne saurait être invoquée comme une preuve de cette dégénération.

La lésion dont dépendent ces atrophies musculaires précoces des hémiplégiques siège certainement dans la zone motrice, dans la substance sous-jacente ou encore dans la couche optique.

Des faits de ce genre, en tant qu'ils excluent l'hypothèse d'une compression et d'une irritation directe du faisceau pyramidal, plaident en faveur de la théorie soutenue par Kahler et Pick, par Nothnagel, von Monakow, etc., d'après laquelle la pathogénie de l'hémichorée et de l'hémiathétose pourrait être formulée de la façon suivante :

Un foyer, hémorrhagique ou autre, situé dans la partie postérieure de la couche optique, ou dans toute autre région avoisinant la portion cortico-pédonculaire de la voie motrice, exerce sur les centres moteurs corticaux une irritation centripète qui, réfléchie sur le faisceau pyramidal, provoque par voie réflexe les désordres moteurs choréiformes ou athétosiques. Mais, pour qu'il en soit ainsi, encore faut-il que cette irritation puisse se propager le long des fibres pyramidales, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas interruption complète de ces fibres. On conçoit donc très bien le développement de l'hémichorée dans un cas de lésion à foyer intracérébral, sans hémiplégie consécutive.

La seconde observation relatée par M. Boinet est une nouvelle preuve de la fréquence de l'association de l'hémiathétose avec l'hémichorée. Le malade qu'elle concerne présentait, comme le précédent, une asymétrie faciale avec affaissement de la joue gauche, une déviation de la langue à droite et une atrophie musculaire assez prononcée des membres du côté droit lesquels étaient le siège de secousses choréiques et athétosiques.

Le caractère atypique de ces deux observations fait regretter l'absence des autopsies qui, seules, auraient pu établir d'une façon indiscutable la topographie des lésions en cause.

Les vibrations abdominales et leur valeur sémiologique.

M. de Brun (de Beyrouth). — Les vibrations abdominales perçues par la main appliquée sur l'abdomen d'un sujet qui parle, constituent un phénomène pathologique qui s'observe quand il y a une faible quantité de liquide dans le péritoine. Elles disparaissent quand l'épanchement devient plus abondant, et que la sensation de flot apparaît. Les vibrations abdominales ont permis dans quelques cas de reconnaître un épanchement ascitique à son début, ou un kyste hydatique du foie.

Rhumatisme d'origine bacillaire.

M. Poncet. — Voir *Gazette*, p. 695.

Lésions du foie causées par la présence de la douve dans les canaux biliaires.

M. Blanchard. — L'invasion des canaux biliaires par les douves, produisent des lésions de cirrhose aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Ce fait est déjà connu et presque classique, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Récemment MM. Cornil et Petit ont fait à l'Académie des Sciences une communication dans laquelle ils décrivent le foie rempli de douves et d'œufs, et considèrent que les douves sont le résultat du développement des œufs qui ont pénétré dans les voies biliaires. Or c'est l'inverse qui se produit : une partie de l'évolution de la douve se produit dans le corps d'un animal aquatique, et c'est la douve adulte qui, passant dans l'eau, est avalée par les animaux ou par l'homme, se localise dans les canaux biliaires, et pond des œufs.

Les cercaires qui représentent l'état jeune de la douve se trouvent en grande quantité dans l'eau ou à la surface des plantes aquatiques ; si les sujets ne font pas usage d'eau filtrée, il se produit une infection intense.

L'accumulation des parasites dans les canaux biliaires produit une rétention biliaire, une dilatation du canal et une irritation qui aboutit à la formation d'un véritable adénome biliaire.

Le tissu conjonctif des espaces portes prolifère, et la lobulation du foie s'accentue. Il se fait une cirrhose intense à point de départ portobiliaire.

Hérédité des stigmates dystrophiques maxillo-dentaires.

M. Galippe. — Les stigmates dystrophiques maxillo-dentaires (anomalies de forme, de siège, de structure), de degré variable, allant de la striation de l'émail jusqu'à l'érosion grave de la dent. sont héréditaires.

Ils ne sont pas en rapport avec la nature de la cause dystrophiante : qu'il s'agisse de tuberculose, d'alcoolisme, de syphills, de saturnisme, le résultat est le même.

MÉDECINE PRATIQUE

Des huiles iodées.

D'après M. le Dr Pillement (1).

Depuis quelques années, on tend à remplacer en thérapeutique les préparations ordinaires par des composés organiques, jouissant des mêmes propriétés, mais étant mieux supportés par l'organisme. C'est ainsi que l'arsenic a fait place au cacodylate de soude. L'iodure de potassium, en raison des accidents fâcheux qu'il provoque parfois a été remplacé par d'autres préparations iodées, organiques, parmi lesquelles on peut citer l'iodipine. C'est cette préparation qui a été l'objet de recherches physiologiques et cliniques intéressantes consignées dans la thèse inaugurale de M. Pillement et que nous résumons ici.

L'*iodipine*, comme on le sait, est une combinaison de l'iode avec l'huile de sésame, combinaison dans laquelle le métalloïde est complètement dissimulé. On sait, en effet, que les halogènes (chlore, brome, iode) ont la propriété de se combiner aux acides gras non saturés. La combinaison organique formée ne présente plus les réactions ordinaires de l'iode. On ne peut déceler le métalloïde qu'en détruisant la matière organique (calcination avec la potasse caustique).

Depuis longtemps déjà on avait tenté d'introduire en thérapeutique les huiles iodées. C'est ainsi que Berthé, Personne, Marchal (de Calvi) en avaient imaginé des procédés de préparation, dans le but de remplacer l'huile de foie de morue. Mais ces essais ne furent par couronnés de succès, en raison de l'odeur désagréable et de l'altérabilité du produit. Dans ces dernières années, Winternitz se basant sur le principe de la méthode de Kübl pour l'analyse des huiles, réussit à préparer une huile iodée stable et sur ses indications, Merck de Darmstadt fabriqua l'iodipine.

L'iodipine est une huile iodée très stable, existant sous forme de deux concentrations différentes : l'une à 10 p. 100, l'autre à 25 p. 100.

M. Pagel, docteur en pharmacie, préparateur de toxicologie à l'Ecole de pharmacie de Nancy, a réussi à préparer une huile iodée absolument identique à l'iodipine et jouissant des mêmes propriétés physiologiques.

Toutes ces huiles iodées ne diffèrent ni par l'odeur, ni par la saveur des huiles qui ont servi à leur préparation.

Leur coloration est sensiblement identique à celle de l'huile employée.

Coronedi et Marghetti en Italie, Winternitz et Heichelheim en Allemagne sont les seuls auteurs qui jusqu'ici ont entrepris l'étude de l'action physiologique des huiles iodées. Mais leurs travaux sont incomplets et laissent dans l'ombre certains points intéressants. Sur les conseils de M. le professeur Spillmann, M. le Dr Pillement a repris cette question. Voici les résultats obtenus :

La première question qui se posait était la suivante : Quelle est l'influence des sucs digestifs sur les huiles iodées ? sont-ils capables de mettre l'iode en liberté ? De nombreuses expériences, faites avec ces sucs, naturels ou artificiels, lui ont démontré qu'ils étaient sans action. Le suc pancréatique ne fait subir à

1. Pillement, Des huiles iodées (*thèse* de Nancy, 1901).

l'huile iodée qu'une émulsion et une saponification; mais dans le dédoublement opéré, l'iode reste fortement combiné aux acides gras mis en liberté. Des expériences intéressantes ont montré que seul le sang peut détruire la combinaison organique et libérer l'iode. Cette action est plus rapide lorsque l'huile iodée a subi l'action du suc pancréatique (*ingestion stomacale*) que lorsqu'elle est directement injectée dans le sang (*injection intra-veineuse*).

L'absorption des huiles iodées est très rapide par la voie stomacale. On trouve, en effet, de l'iode dans les urines 20 minutes après l'ingestion.

Elle se fait plus lentement à la suite d'injections hypodermiques (de 2 à 4 jours). Quant à la peau saine, elle est incapable d'absorber la préparation.

Une question plus importante est celle de la localisation. Les recherches de Coronedi, de Winternitz et celles de l'auteur montrent que l'huile iodée se comporte dans l'organisme comme un corps gras ordinaire, c'est-à-dire qu'elle se localise de préférence dans le tissu graisseux.

Le tissu adipeux péritonéal est celui qui en retient le plus, ensuite viennent par ordre décroissant, le tissu adipeux sous-cutané, le corps thyroïde, la moelle osseuse, les muscles, le foie, le cerveau.

M. Pillement a étudié comparativement la localisation de l'huile iodée et celle de l'iodure de potassium.

Les expériences lui ont montré que ce dernier se localisait surtout dans le foie, les muscles, et qu'on ne retrouvait que des traces d'iode dans le tissu adipeux. La localisation de l'iodure de potassium et en général des iodures est donc très différente de celle des huiles iodées.

L'huile iodée injectée à la mère passe-t-elle chez le fœtus? L'auteur a fait à ce sujet des expériences fort concluantes. Le placenta ne s'oppose nullement au passage de l'iodipine et l'on retrouve chez le fœtus et dans le liquide amniotique de fortes proportions d'iode. De même chez un fœtus macéré, dont la mère atteinte de syphilis avait été traitée par l'iodipine peu de temps avant son accouchement, M. Pagel a retrouvé de fortes quantités d'iode.

L'huile iodée se dépose dans l'organisme en nature, sous forme de combinaison organique; c'est-à-dire qu'elle subit la destinée de tous les corps gras, qu'elle s'identifie avec la graisse de l'animal auquel elle a été administrée, subissant presque une sorte d'organisation. L'auteur a pu se convaincre, d'après ses analyses, qu'elle ne se déposait que sous forme organique et non sous forme inorganique (iodures, par exemple).

Quant à l'élimination de l'huile iodée, elle se fait très lentement. L'iode s'élimine par tous les émonctoires, mais surtout par les urines et la salive. L'élimination commence 20 minutes environ après ingestion stomacale, 56 heures en moyenne après injection sous-cutanée. La durée est fort longue, comparativement à celle des iodures. Tandis qu'avec ceux-ci, même administrés à forte dose, on ne retrouve plus d'iode dans les urines au bout de 4 à 5 jours, avec l'huile iodée au contraire, à dose égale, l'élimination dure de 3 à 6 semaines. Cette élimination se fait très régulièrement. Elle se fait au fur et à mesure de l'oxydation des graisses de l'organisme, c'est-à-dire qu'elle peut être augmentée par toute cause activant la désassimilation : fatigue, alimentation insuffisante, etc... L'élimination, ainsi que M. Pillement l'a remarqué, se fait surtout sous forme inorganique, d'iodures alcalins. On ne trouve dans les urines que des traces de combinaisons iodées organiques.

La toxicité des huiles iodées est nulle, On peut en injecter des doses considérables sans produire d'accidents fâcheux. Les expériences comparatives chez les animaux avec l'iodure de potassium, ont nettement montré ce fait. Tandis que les cobayes recevant de l'iodure de potassium succombaient rapidement, M. Pillement a vu les autres cobayes recevant de l'iodipine, supporter des doses d'iode de 20 à 30 fois plus grandes. L'huile iodée ne provoque pas de phénomène d'iodisme. Tous les auteurs ayant employé l'iodipine n'ont jamais observé le moindre accident fâcheux.

Dans la seconde partie de son travail, M. le Dr Pillement a étudié les huiles iodées et en particulier l'iodipine au point de vue clinique et thérapeutique. Les avantages qu'elles présentent sur les iodures sont importants. Ils découlent :

1° Des propriétés physiologiques des huiles iodées (absence de phénomènes d'iodisme et longue durée d'action);

2° De leur mode d'administration (possibilité d'administrer la préparation en injections sous-cutanées);

3° De leur supériorité d'action dans certains cas. Quant aux inconvénients il n'en est aucun de vraiment sérieux (légère diarrhée parfois; répugnance inspirée à certains malades par la saveur huileuse du médicament; appréhension de certains autres pour les injections sous-cutanées).

Quant aux indications thérapeutiques, elles sont les mêmes que celles des iodures; mais les meilleurs résultats s'observent dans l'asthme, l'emphysème et dans la syphilis tertiaire. Dans les autres affections nécessitant un traitement ioduré, l'auteur n'a pas remarqué de supériorité d'action des huiles iodées sur sur les iodures.

Dans l'asthme bronchique, les accès disparaissent pendant un laps de temps variant entre 3 semaines et 1 mois après la cessation du traitement, ce qui est dû à la lenteur de l'élimination de l'huile iodée.

Parmi les affections syphilitiques, c'est surtout sur les lésions cutanées, les syphilides serpigineuses, les gommes qu'on observe les meilleurs résultats, ce qui s'explique par la localisation élective de la préparation dans le tissu adipeux, où l'iode agit pour ainsi dire à l'état naissant au fur et à mesure de sa mise en liberté.

En résumé, les huiles iodées constituent en thérapeutique un progrès sensible et présentent sur la médication iodurée employée jusqu'ici de sérieux avantages (absence d'iodisme, longue durée d'action; administration sous-cutanée, etc.). L'auteur ne pense pas que l'iodipine détrônera l'iodure de potassium, mais elle pourra, dans certains cas, rendre de précieux services.

En terminant, M. Pillement signale une application de l'iodipine au diagnostic des affections stomacales. Winkler, Stein et Heichelheim, se basant sur ce fait que l'huile iodée traverse l'estomac sans y subir la moindre modification, ont essayé de reconnaître l'état de la motricité de cet organe suivant la durée qu'y séjourne l'iodipine et par conséquent, suivant la rapidité plus ou moins grande de l'apparition de l'iode dans les urines. L'auteur a fait quelques expériences à ce sujet; il a constaté que dans les cas de dilatation stomacale, l'élimination était retardée. Mais il existe dans cette méthode quelques causes d'erreur (affections pancréatiques modifiant la qualité du suc nécessaire à l'émulsion, néphrites, dans lesquelles l'élimination est très retardée). M. Pillement croit que les procédés cliniques d'exploration de l'estomac et l'analyse du suc gastrique fournissent des indications plus précises.

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie (1),

PAR MM.

P. LE GENDRE et G. LEPAGE.

Consultation entre médecins.

CONSULTATION ENTRE MÉDECINS. — Il arrive souvent qu'au cours d'une maladie chronique ou en présence d'accidents graves d'une maladie aiguë, la famille du malade désire avoir un autre avis médical que celui du médecin traitant. Quelquefois c'est celui-ci qui, embarrassé sur une question de diagnostic ou de traitement, désire connaître l'opinion d'un confrère plus expérimenté ou ayant fait de cette maladie une étude particulièrement approfondie. Très souvent, c'est parce qu'il se sent en présence d'un cas grave, dont l'issue sera vraisemblablement mauvaise, que le médecin juge utile de

1. *Gazette hebdomadaire*, 1901, 5 mai, p. 424; 14 juillet, p. 680; 21 juillet, p. 694.

confirmer ce qu'il en pense en prenant l'avis d'un confrère ou d'un maître.

Il y a pour le médecin traitant une question de tact à observer : il doit prévenir, pressentir le désir de la famille inquiète et ne pas attendre qu'on lui propose une consultation; toutefois il doit savoir prendre des responsabilités, des décisions et ne pas faire appel, à tout propos, même dans les familles aisées, aux lumières d'un autre : il perdrait ainsi peu à peu la confiance de ses clients en doutant trop de lui. D'ailleurs, la conduite à tenir diffère beaucoup suivant le milieu dans lequel on exerce. A la campagne les consultations sont moins fréquentes parce que le consultant n'est pas à la portée kilométrique du malade ni surtout à la portée de sa bourse, parce que le médecin traitant a plus d'autorité, parce qu'il possède plus complètement la confiance du client. Dans les villes les consultations sont plus nombreuses pour les raisons inverses, auxquelles il faut ajouter un souci plus grand de la guérison, une certaine gloriole qui pousse les familles à entourer leurs malades de tous les soins possibles. Il est de bon ton, pour peu qu'on soit atteint d'une maladie à l'ordre du jour, de voir les maîtres qui se sont occupés de la question; il ne serait pas décent aux yeux de certaines familles de laisser conduire au cimetière un de leurs proches — même voué à une mort certaine — sans avoir fait appel à l'une des sommités médicales en renom. Cela fait partie des dépenses obligatoires, comme les funérailles de première classe; on voit telle famille, qui lésine habituellement sur les maigres honoraires de son médecin, dépenser alors sans presque compter, ou si elle compte, c'est pour en dire dans la suite le montant aux amis en l'exagérant au besoin.

Choix du consultant. — La consultation est décidée, il s'agit de choisir un consultant. *La plus grande liberté doit être laissée ici à la famille :* le médecin ne peut refuser le consultant que si celui-ci est d'une indignité notoire. Hors ce cas exceptionnel, tout consultant désiré par la famille doit être accepté. Dans la pratique, c'est le médecin traitant qui juge, d'après le cas pathologique, quel est le consultant le mieux qualifié.

Il y a quelque temps, dans une Société savante, à propos d'un cas d'appendicite, un très spirituel chirurgien disait avoir appelé un médecin qu'il savait devoir être de son avis, c'est-à-dire partisan de l'intervention. Il n'y a aucun inconvénient, surtout lorsqu'il y a une décision opératoire à prendre, à choisir un consultant qui opinera dans le même sens que vous, à la condition toutefois que vous ne refuseriez pas à la famille d'appeler un autre consultant dont — *a priori* — l'avis sera probablement différent.

A la campagne, les médecins du même pays devraient prendre l'habitude, beaucoup plus qu'ils ne le font, de s'appeler réciproquement en consultation : leur situation ne peut que s'en améliorer à tous les points de vue, en particulier au point de vue pécuniaire et moral.

Quelle doit être votre conduite lorqu'on vous fait demander pour avoir votre avis sur un malade en cours de traitement? — Si vous êtes demandé par le médecin traitant, répondez-lui en lui précisant le jour et l'heure auxquels vous vous rencontrerez avec lui. Si la demande est faite directement par la famille, n'acceptez qu'après avoir exigé que le médecin traitant soit prévenu, qu'il soit présent et après avoir convenu avec lui du jour et de l'heure de la consultation. Si pour une raison quelconque le médecin traitant refuse de se rencontrer avec vous auprès du malade, vous recouvrez toute votre liberté d'action; il est toutefois souvent sage en pareil cas de ne point user du droit de voir le malade malgré son médecin.

Lorsque le consultant est choisi ou agréé par la famille, c'est le médecin traitant qui doit lui écrire pour le mettre rapidement au courant de la maladie et pour lui demander un rendez-vous, en lui laissant le choix du jour et de l'heure, mais en lui indiquant le degré d'urgence de la consultation; afin de ne pas perdre de temps, vous pouvez lui proposer le jour et l'heure ou mieux lui donner à choisir plusieurs heures dans la journée.

A l'heure dite (il est de bonne confraternité, de la part du médecin traitant et du consultant, de devancer cette heure de quelques minutes) — trouvez-vous chez le malade.

Il est utile, avant d'examiner celui-ci, d'exposer au consultant, dans un entretien particulier, la maladie dans ses grandes lignes, ainsi que les points spéciaux sur lesquels on désire avoir son avis. N'imitez pas ce confrère qui désirait un avis sur une femme accouchée depuis trois jours; quand le consultant arriva, le médecin était avec la sage-femme dans la chambre de la malade. Le consultant leur fit dire par le mari qu'il désirait d'abord causer avec eux. « Inutile, répondit le médecin traitant, vous pouvez entrer de suite dans la chambre de Madame. Le cas est simple : Madame est en *pleine péritonite puerpérale* ». Le diagnostic était d'ailleurs faux : le médecin avait fait ainsi preuve tout à la fois de manque de tact et d'inexpérience; mais ce fait, exceptionnel sans doute, qui vint à notre connaissance, fut une des multiples raisons qui nous décidèrent dès l'année dernière à traiter devant vous les questions de déontologie.

Ainsi, avant la consultation, médecin consultant et médecin traitant auront un entretien de quelques instants pendant lesquels le consultant sera mis au courant de la situation du malade; quelquefois il est préférable — c'est souvent le médecin traitant qui le demande — que cette conversation préliminaire n'ait pas lieu. D'une part la famille ne pourra pas craindre que le médecin traitant influence l'opinion du consultant sur le diagnostic à porter ou sur le traitement à instituer. D'autre part, pour certains diagnostics difficiles, par exemple lorsqu'il y a eu déjà des avis divergents exprimés par plusieurs médecins, le nouveau consultant conservera mieux sa liberté d'appréciation et son avis aura d'autant plus de poids auprès de la famille.

Lorsque le médecin consultant est mis au courant de la situation, les confrères se rendent auprès du malade : c'est au consultant qu'il appartient maintenant de questionner et d'interroger le malade, en demandant, s'il est besoin, quelques renseignements complémentaires au médecin traitant, qui doit observer une attitude correcte et s'intéresser à ce que fait et dit le consultant. Celui-ci, de son côté, doit veiller d'une manière particulière à ne pas faire un geste, à ne pas laisser échapper une réflexion qui puisse être interprétée d'une manière défavorable pour son confrère par la famille ou par le malade. La famille est aux aguets; par conséquent, le consultant doit s'observer, parler le moins possible, interroger le malade, l'examiner avec soin; il ne doit sous aucun prétexte appeler l'attention du médecin traitant sur tel ou tel point qui aurait pu lui échapper, ou, s'il le fait dans l'intérêt du malade, il faut que ce soit avec beaucoup de tact et sans froisser le moins du monde le médecin traitant.

La difficulté est parfois grande et, malgré le plus vif

désir de rester d'une correction absolue, le consultant est exposé à commettre une faute involontaire. Témoin l'aventure récente survenue à un accoucheur de notre connaissance. Il fut appelé au milieu de la nuit auprès d'une femme assistée par un médecin, pour terminer un accouchement : l'enfant se présentait par le siège. Il y avait urgence, les deux médecins n'eurent pas de consultation préalable. Le consultant examina la femme et, sans penser à mal, en pratiquant le toucher, il fit simplement cette réflexion pour calmer la malade très inquiète, pour lui donner du courage : « Madame, c'est un garçon, et un beau. » Il y eut, parmi les personnes présentes, un mouvement de stupéfaction, suivi d'un silence gênant. Le médecin, qui avait suivi la femme toute la nuit, dit alors qu'il avait annoncé, en se basant sur le toucher, la naissance d'une fille.

Le consultant était fort ennuyé; il pratiqua le toucher plus longuement et, bien qu'ayant les testicules de l'enfant sous le doigt, il déclara qu'en effet il était difficile de se prononcer sur le sexe de l'enfant et qu'on ne pouvait rien dire avant que le siège fût dehors. D'ailleurs, tout le monde fut content, lorsque, peu après, fut extrait vivant un bébé, qui n'était pas hermaphrodite, mais un gros garçon. Nous vous citons cet exemple pour vous montrer combien il faut être prudent et combien il importe de s'abstenir de toute appréciation.

Ce n'est qu'après avoir examiné le malade que consultant et médecin traitant échangent leurs impressions; ils discutent le diagnostic, le pronostic et le traitement et après s'être mis d'accord sur le diagnostic et sur le traitement ils rédigent et signent tous deux une ordonnance que doit écrire et signer le premier le médecin traitant ou le plus jeune des deux confrères.

L'accord est généralement facile; s'il y a divergence légère d'opinion, il est préférable de ne pas la signaler à la famille. Cependant, lorsque cette divergence est grande et porte sur une question fondamentale de diagnostic ou de traitement, il faut que la famille en soit instruite pour qu'elle puisse faire appel, si elle le désire, à un second consultant. En aucun cas le malade ne devra être mis au courant de ces divergences d'opinion. « S'il y a une divergence d'opinion entre les deux confrères, dit M. Grasset, le consultant fera la prescription que lui dicte sa conscience, sans faire de concession à la camaraderie ou à tout autre sentiment, de même qu'il aura le facile courage de se retirer sans rien ordonner de nouveau s'il partage absolument l'avis du traitant. En tout cas, une fois revenu en présence de la famille, il ne proclamera pas la divergence d'opinion, si elle existe, et la nouveauté du traitement prescrit. Il présentera les prescriptions faites comme le corollaire et la suite des prescriptions précédentes ou comme la réponse à des indications nouvelles qui n'existaient pas les jours précédents. »

La consultation terminée, on rédige une consultation dans laquelle on ne s'attarde pas à des considérations inutiles, et quelquefois périlleuses pour la réputation des médecins, sur le diagnostic et le pronostic : inutile de préciser par écrit ces deux points toujours si délicats à moins d'y être invité d'une manière formelle par la famille. On se contente d'indiquer avec précision le traitement à suivre; à moins de raison particulière, on conserve les principales prescriptions du médecin traitant, on n'y ajoute que ce qu'on juge absolument utile au malade.

Les deux consultants s'entendent sur plusieurs choses, non seulement sur le traitement, mais sur ce qui va être dit par le consultant à la famille d'une part et d'autre part au malade lui-même. Souvent en effet on ne peut tenir le même langage à la famille et au malade; il n'est pas inutile d'ajouter que toute cette conversation doit être absolument secrète et qu'il est sage de cacher le plus possible — à moins qu'il n'y ait pour le malade un intérêt quelconque à le faire — les divergences d'opinions qui peuvent se produire entre les deux médecins. De plus, pour faciliter cet entretien, il faut qu'il soit tenu dans une pièce un peu à l'écart. Méfiez-vous en pareille occurence de l'indiscrétion des familles, même les plus convenables : l'anxiété de savoir ce que pensent exactement les médecins de l'état du malade les poussera à toutes les ruses possibles pour entendre ce qu'ils disent entre eux. C'est le cas de se rappeler que parfois les murs ont des oreilles : mettez-vous au centre de la pièce, regardez s'il n'y a personne de caché sous le guéridon, derrière les rideaux. Il n'est guère de consultant qui n'ait entendu — pendant l'entretien qui suit la consultation — une porte remuer révélant d'une manière certaine que quelqu'un est aux écoutes. Il ne faut pas trop en vouloir à ces indiscrets. Méfiez-vous donc; prenez quelque peu l'allure de conspirateurs, ne conspirez-vous pas en effet contre la maladie? Parlez à voix basse, ne parlez que du malade, ne parlez pas de vos petites affaires, ni d'autres malades : les familles ne pardonnent pas ces écarts de tenue et elles ont raison.

Ces règles qui président à la consultation ne datent pas d'hier : elles étaient contenues dans les statuts de la Faculté de médecine dès 1751. Vous les trouverez reproduites (p. 150) dans un livre (1) intéressant sur les mœurs médicales d'autrefois.

« Tous les médecins vivront en bonne intelligence.

« Nul n'ira visiter un malade sans y avoir été invité.

« Nul ne fréquentera les charlatans, les empiriques (2).

« Le secret professionnel sera rigoureusement gardé. Nul ne divulguera ce qu'il aura vu, entendu ou deviné chez les malades (3).

« Les plus jeunes se lèveront devant les anciens, les anciens seront polis et bienveillants vis-à-vis des jeunes.

« Dans les consultations, le plus jeune donnera son avis le premier, puis chacun suivant son ancienneté.

« Les docteurs appelés en consultation prendront l'heure du plus ancien et auront soin d'être exacts, de peur que le retard d'un seul ne gêne ses collègues ou ne mécontente le malade (4).

« Toutes les ordonnances seront écrites en latin, signées et datées. Elles porteront le nom du malade (5) ».

L'auteur à qui nous empruntons cette citation ajoute malicieusement : « A tort peut-être, les docteurs d'aujourd'hui souriront en lisant ces injonctions extraites des statuts ». Non, les médecins d'aujourd'hui ne sourient pas des règles qui font l'honneur de la profession médicale : plus que jamais peut-être, tout en les violant quelquefois, ils en comprennent la haute portée et la nécessité réelle.

1. *Ne unius mora ægro molestiam, vel cæteris collegis incommodum afferat,* art. 78.
2. Art. 79.
3. Alf. Franklin, La vie privée d'autrefois. Les médecins, E. Plon, Nourrit et Cie, Paris, 1892.
4. *Nisi legitimè vocatus,* art. 77.
5. *Egrorum arcana, visa, audita, intellecta eliminet nemo,* art. 77.

(Voir la suite dans le numéro du 4 août.)

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Epithélioma cylindrique de la vésicule biliaire. Cholécystostomie au cours d'un érysipèle de la face. Disparition immédiate des douleurs. Mort au dixième jour.

Par M. Chavannaz,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, Jeanne G... dont les antécédents héréditaires sont excellents. Très vigoureuse, bien réglée, elle a eu une grossesse terminée sans accidents.

La maladie pour laquelle Jeanne G... est entrée à l'hôpital, a débuté dit-elle en 1896. Les troubles morbides consistaient en douleurs très vives naissant au niveau des fosses iliaques et remontant au creux épigastrique; dès cette époque la malade a pu constater l'existence d'une tumeur abdominale.

En mai 1899 les accidents douloureux ont augmenté d'intensité et il s'est produit un ictère très foncé. La malade est alors entrée à l'hôpital Saint-André dans le service de M. Rondot; ses selles à ce moment ont été décolorées tandis que les urines avaient l'apparence du vin de Malaga. Le séjour à l'hôpital n'a été que de douze jours. Depuis cette époque la malade a considérablement maigri et à deux reprises elle a été atteinte d'accidents fébriles avec grand frisson et stade de chaleur. L'ictère a toujours persisté ainsi que la décoloration des matières et la teinte noirâtre des urines.

En septembre 1899 Jeanne G... rentre à l'hôpital; elle est admise dans le service de M. le professeur Pitres; nous sommes appelé auprès d'elle le 26 septembre par notre ami le Dr Guérin, chef de clinique.

Au moment de notre examen nous trouvons la malade dans un état lamentable. Considérablement amaigrie, elle éprouve des douleurs qui ont résisté à tous les calmants employés et qui lui arrachent des plaintes continues; elle ne peut rester au lit et demeure nuit et jour pliée en deux sur un fauteuil, la tête appuyée sur une petite table.

Voici les détails que nous notons : il existe une coloration ictérique très marquée. Le ventre très volumineux présente une saillie tenant l'hypocondre gauche, le creux épigastrique, la région ombilicale, l'hypocondre et le flanc droits. Cette saillie est en rapport avec la présence d'une tumeur solide, mate, à bord tranchant, descendant jusqu'au niveau de la fosse iliaque droite et qui n'est autre que le foie. Sur le bord inférieur du foie, au niveau du muscle droit du côté droit, se détache une petite tumeur du volume d'une mandarine. Cette petite tumeur par sa situation et par sa forme rappelle la vésicule biliaire; elle est extrêmement douloureuse à la palpation; le foie, lui aussi est sensible au toucher mais beaucoup moins que la la vésicule.

La rate ne paraît pas volumineuse. Il n'y a pas d'épanchement ascitique. L'examen ne décèle aucune altération pulmonaire ou cardiaque. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Le pouls est petit et bat 92 fois par minute. Il n'y a pas de fièvre. Les urines sont rares, couleur Malaga et ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni urobiline. Les selles sont toujours décolorées, la malade n'a pas de vomissements. Nous ne trouvons pas de ganglions sus-claviculaires.

Les douleurs sont constantes, elles siègent au niveau de l'épigastre et des reins; leur acuité est telle qu'elles empêchent le décubitus dorsal et que notre examen a du être fait, la malade moitié assise sur son lit.

On fait à la malade une injection sous-cutanée de 400 gr. de sérum. Le lendemain elle a de l'œdème des membres inférieurs. Le 27 au matin Jeanne G... est prise de frisson et de fièvre, son état est tellement grave qu'on s'attend à la voir mourir d'un instant à l'autre.

Nous sommes rappelé auprès de la malade le 28 septembre au matin. Ce qui nous frappe c'est la présence d'une tuméfaction des téguments au niveau de la racine du nez et des portions voisines des joues. Le gonflement est symétrique, dur, assez bien limité et en dépit de la présence de l'ictère on peut noter à ce niveau une rougeur anormale de la peau. Le pouls est à 96 et très petit. La température qui la veille au soir était de 39 est descendue à 37,6. L'état général est extrêmement grave, la situation semble désespérée; c'est du moins l'avis de plusieurs de nos confrères qui nous accompagnent dans notre visite.

Nous pensons qu'il s'agit d'un érysipèle de la face chez une femme ayant depuis quatre mois une obstruction du cholédoque. Quant à la cause de l'obstruction en raison de la durée des accidents et aussi en raison de l'âge de la malade nous sommes portés à l'attribuer à la présence d'un calcul. La possibilité de sentir la vésicule distendue nous fait faire cependant des réserves pour le diagnostic de néoplasme des voies biliaires.

La présence de l'érysipèle ne nous paraît pas constituer une contre indication à l'intervention opératoire, nous pensons que les voies biliaires en rétention risquent de devenir une proie facile pour le streptocoque. L'opération nous semble justifiée par les douleurs atroces qu'endure la malade, et elle nous paraît constituer pour elle le meilleur traitement.

En raison de l'état très grave de la malade voici quel est notre plan opératoire. Nous nous proposons de faire une laparotomie latérale et le plus rapidement possible de faire une cholécystostomie, sans pratiquer aucune recherche du côté du cholédoque.

Après précautions antiseptiques d'usage, anesthésie à l'éther. Nous pratiquons une incision parallèle au bord du muscle droit, en plein sur la vésicule que nous sentons très nettement. Le péritoine incisé, le foie se montre de couleur verdâtre, avec son bord antérieur tranchant non déformé. La vésicule qui n'a pas contracté d'adhérences anormales est dure, très tendue, de coloration normale. Nous faisons un essai de fixation première, mais le contenu de la vésicule filtre à notre premier coup d'aiguille, Alors nous isolons la vésicule avec des compresses stérilisées, nous ponctionnons avec une pipette de Pasteur le fond de la vésicule et nous aspirons quelques gouttes de son contenu pour les recherches bactériologiques. La vésicule est ensuite ouverte au bistouri. Il s'écoule un liquide purulent peu abondant. Le doigt introduit dans la vésicule rencontre des

masses villeuses qui encombrent la cavité du réservoir biliaire et qui saignent un peu au contact. Le doigt peut être poussé très loin, sans que nous cherchions à préciser s'il pénètre jusque dans le canal cystique; il ne rencontre aucune trace de calcul, et le diagnostic de cancer de la vésicule semble devoir s'imposer.

La vésicule étant bien attirée entre les lèvres de la plaie pariétale nous suturons à la soie fine la vésicule à la paroi abdominale. Les soies sont passées dans l'épaisseur de la vésicule biliaire et respectent la muqueuse; du côté de l'abdomen, elles passent à travers le péritoine et la paroi musculo-aponévrotique. L'ouverture de la paroi abdominale est refermée par des sutures par plans au catgut; une suture de renfort est faite à chacune des extrémités du diamètre vertical passant par le milieu du fond de la vésicule pour assurer la coalescence rapide du péritoine et de la vésicule : suture cutanée au crin de Florence.

Deux points de suture fixent à la peau le fond de la vésicule extériorisée.

Un drain est introduit profondément dans la vésicule et assure l'écoulement au dehors. Pansement stérilisé.

L'opération a duré en tout 23 minutes.

Au début de l'opération, au moment de l'ouverture du péritoine, notre malade a présenté un pouls extrêmement faible, à peine perceptible; nous lui avons fait faire à ce moment une injection intra-veineuse de sérum et on a dû lui donner de l'oxygène.

La malade se réveille vite et bien et dès ce moment elle déclare ne plus souffrir.

Le 28 au soir le pouls est à 92. La température, qui était de 39° le matin, est tombée à 37°,6. La malade souffre un peu de l'abdomen, mais elle déclare que ses douleurs ne sont nullement comparables à celles qu'elle endurait avant l'opération. Il n'y a pas de vomissements.

Le 29 l'érysipèle de la face a augmenté. La température est de 38°, le pouls est à 96. Le soir la température s'élève à 38°,3. L'état reste le même le lendemain; il n'y a pas de douleurs abdominales, pas de vomissements.

Le 1er octobre le pansement est refait; il est à peine taché de quelques gouttes de sang; le drain vésiculaire est remplacé par un autre. Le pouls est à 92, la température s'élève à 40°. Il y a une dyspnée assez vive sans signes stéthoscopiques. Le soir la température est encore de 40°.

Le 3 octobre le pansement est refait; il n'est pas souillé. Une sonde en gomme n° 15 introduite par la fistule est arrêtée à 15 centimètres de profondeur. Une sonde n° 12 qui lui succède ne peut être poussée plus loin. Un drain est toujours maintenu dans la vésicule. La température est de 38°.

Le 4 octobre dans l'après-midi se produit un écoulement abondant de bile par la plaie. Température, 38°,4.

Le 5 octobre au matin la température est de 37°,8. Le pouls est à 120. Il y a 32 inspirations, sans signes stéthoscopiques.

L'érysipèle de la face a à peu près disparu. La soif est vive, il y a un peu d'excitation. Le soir la température est de 38°,1; le pansement est souillé par la bile. La malade a rendu dans la journée 750 grammes d'urine.

Le 6 octobre la dyspnée persiste, la température est de 39°,5; la langue est sèche, les urines sont toujours ictériques. L'auscultation du cœur et du poumon est négative. Il y a un peu d'excitation nocturne. La malade prend 3 grammes de salicylate de soude. Le pansement souillé par la bile est remplacé.

Le 7 octobre, l'excitation s'est encore produite la nuit précédente. La température est de 39°,2 le matin. Le soir le pouls est à 106, petit, irrégulier; la température tombe à 36°,8, il y a 42 inspirations par minute. La malade ne souffre pas, elle présente une diarrhée très intense qui l'oblige à demander à chaque instant le bassin. La nuit suivante est très agitée. La mort arrive le 8 à 5 heures du matin.

L'autopsie est pratiquée le lendemain 9 octobre.

La fistule biliaire est circonscrite par une incision de manière à laisser une zone elliptique de la paroi abdominale adhérente à l'ouverture cutanée de la vésicule.

Il n'y a pas trace de péritonite; il existe une légère quantité de liquide sanglant dans le péritoine. Les sutures de la vésicule ont très bien tenu, l'adhérence entre la vésicule et la paroi est solide.

La vésicule biliaire non ouverte se montre de la forme et du volume d'une très grosse banane; elle a 14 centimètres de longueur. Le canal cystique très dilaté se continue avec le canal hépatique très dilaté aussi. Au niveau du hile du foie existe une masse du volume du poing constitué par un amas de ganglions dégénérés; elle enserre le duodénum sans cependant l'avoir envahi.

Le canal cholédoque est compris dans cette masse et ne peut être suivi.

Le foie, de couleur olivâtre, pèse 3 kilogrammes; il dépasse de 12 centimètres dans le sens vertical le bord inférieur de la 12e côte; transversalement il s'étend, du côté gauche, jusqu'à 14 centimètres de la ligne médiane. A la coupe il montre des canaux biliaires très dilatés, atteignant 1 centimètre de diamètre. Le lobe gauche donne à la coupe une boue biliaire très abondante.

La rate est volumineuse, elle mesure 12 centimètres dans le sens vertical.

Les reins pèsent 180 et 220 grammes.

La vésicule biliaire, une fois détachée et fendue, montre un cancer annulaire ayant 3 centimètres de large et s'étant développée au niveau du fond de l'organe.

Il existe des masses ganglionnaires le long de l'aorte et de la veine cave dans leurs portions dorso-lombaires.

Le cœur est petit et non altéré.

Les cultures obtenues avec le liquide retiré de la vésicule biliaire au moment de l'opération montrent des colonies de streptocoques.

L'examen histologique de la tumeur de la vésicule décèle l'existence d'un épithélioma cylindrique.

Les cas de cholécystostomie pour tumeurs malignes de la vésicule biliaire sont rares puisque Terrier et Auvray dans leur étude récente n'ont pu en réunir que 15 exemples, pour la plupart empruntés à la pratique des chirurgiens allemands. En raison même de cette rareté, nous avons cru intéressant de rapporter notre observation à la Société de chirurgie.

Les douleurs atroces éprouvées par la malade justifiaient à notre sens l'intervention opératoire et celle-ci une fois décidée il ne pouvait y avoir place pour une autre opération que la cholécystostomie; la diffusion des lésions et l'état extrêmement précaire de la malade interdisaient tout essai de cure radicale.

La cholécystostomie a pu être faite rapidement et elle a eu au moins le gros avantage de faire cesser les douleurs; elle ne saurait en aucune manière être rendue responsable de la mort survenue 10 jours après l'intervention.

Les conditions dans lesquelles la cholécystostomie a été pratiquée ajoutent encore, pensons-nous, à l'intérêt de l'observation. Nous sommes intervenu au cours d'un érysipèle de la face pensant bien que les voies biliaires risquaient fort d'être envahies par le streptocoque; l'examen bactériologique du pus est venu confirmer nos prévisions.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 15 Juillet 1901.

La cirrhose atrophique du foie dans la distomatose des bovidés.

MM. Cornil et G. Petit adressent une note relative aux lésions hépatiques que détermine, chez les bovidés, la présence de distomes dans le foie.

A un premier degré, les canaux biliaires interlobulaires, gorgés de trématodes aux divers stades de leur développement, s'enflamment, se dilatent, et deviennent le point de départ, dans le tissu cellulaire des espaces portes, d'un œdème inflammatoire et d'une néoformation de tissu conjonctif; en même temps, se constituent de très nombreux néocanalicules biliaires. La prolifération conjonctive finit par envahir le lobule lui-même, qui est dissocié en petits amas de cellules hépatiques disposées sans ordre, limités par de larges bandes de tissu fibreux. Ces lésions sont analogues à celles que l'on observe dans les stades les plus accentuées de la cirrhose humaine.

Mais, chez le bœuf, le processus ne s'arrête pas là, et, dans les parties du foie les plus atteintes, on ne trouve plus trace de cellules hépatiques; les vaisseaux sanguins présentent des altérations très intenses d'endo et de péri-vascularite chroniques; les canaux biliaires préexistants, contenant de nombreux œufs ou des débris de distomes adultes, montrent une surface interne végétante, qui forme des plis villeux recouverts de cellules cylindriques muqueuses; leur chorion est infiltré de leucocytes. Ces altérations aboutissent à une atrophie très considérable de la glande hépatique, dont le bord, aminci, arrive à former une lame fibreuse ne mesurant que 10 à 15 millimètres d'épaisseur.

Sur la non-absorption de l'hydrogène sulfuré par la peau et les muqueuses externes.

M. A. Chauveau rend compte d'expériences qu'il a faites avec M. Tissot, concernant l'emploi, dans une atmosphère contaminée par de l'acide sulfhydrique, de l'appareil qu'il a récemment présenté à l'Académie.

Deux chiens de même taille et de même poids furent placés dans une caisse respiratoire de 350 litres, renfermant environ 8 p. 100 d'hydrogène sulfuré; l'un de ces animaux respirait l'atmosphère ambiante, tandis que l'autre, par l'intermédiaire de l'appareil inhalateur, était mis en communication avec l'air extérieur; le premier ne survécut que quelques secondes; le second, au bout d'une heure, ne paraissait nullement incommodé.

Il résulte de ces faits que l'acide sulfhydrique n'est pas absorbé par le tégument, ni par les muqueuses extérieures.

Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la toxicité urinaire.

MM. Denoyès, Martre et **Rouvière**, complétant leurs recherches récentes, relativement à l'action des courants de d'Arsonval sur la sécrétion urinaire, ont étudié l'influence des mêmes courants sur la toxicité des urines. Ils ont observé qu'il se produit, dans les périodes de traitement, une augmentation de la quantité de substance toxique éliminée dans les 24 heures par kilogramme de poids; en outre, le nombre de molécules élaborées nécessaires pour tuer un kilogramme d'animal diminue. Ces modifications, plus ou moins accentuées suivant les individus, persistent, mais atténuées, un certain temps encore après la fin de l'expérience.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 Juillet 1901.

Production de paralysies chez le cobaye par des bacilles dits « pseudo-diphthériques. »

M. Ch. Lesieur (de Lyon). — L'auteur a isolé 70 bacilles provenant de diphthéries, d'angines banales, de gorges saines, etc., soit 40 bacilles de Löffler vrais, 30 bacilles non virulents aux doses habituelles, présentant tous les caractères du bacille pseudo-diphthérique. Parmi ces 30 derniers, 2 ont été capables, à la dose de 10 centim. cubes de culture dans un cas et de toxine dans l'autre, de paralyser le cobaye à la façon du bacille de Löffler. Cette propriété a pu être conférée à deux autres bacilles d'abord inactifs, sur six que l'on a tenté de renforcer, par passage en sacs de collodion dans le péritoine du lapin.

C'est une nouvelle présomption en faveur de l'identité des deux espèces.

De l'agglutination des bacilles dits « pseudo-diphthériques » par le sérum antidiphthérique.

M. Ch. Lesieur. — Sur 70 bacilles (40 virulents, 30 non virulents), l'auteur a recherché l'action *in vitro* du sérum de cheval immunisé contre la diphthérie par injections de cultures filtrées et de sérum de chèvre immunisée par inoculation de cultures complètes. 20 échantillons (11 virulents, 9 non virulents) ont été trouvés agglutinables.

L'auteur confirme les idées de Nicolas sur l'agglutination du bacille de Löffler et montre que les bacilles dits « pseudo-diphthériques » ne se comportent pas autrement que les bacilles diphthériques vrais, en présence du sérum spécifique expérimenté *in vitro*.

Tuberculose et lécithine.

MM. Claude et **Aly Zaky.** — Nous présentons les premiers résultats des recherches expérimentales et cliniques que nous poursuivons sur l'influence des lécithines sur les organismes tuberculisés.

Chez l'homme comme chez l'animal, la lécithine n'entrave pas directement la tuberculose, mais modifie, de la façon la plus heureuse, la nutrition du sujet tuberculisé.

Sous son influence, on voit le poids augmenter, les échanges nutritifs devenir plus actifs, enfin surtout, l'élimination du phosphore diminuer considérablement. La lécithine peut donc être considérée comme un adjuvant précieux dans le traitement de la tuberculose.

Le bacille de Koch dans les selles des tuberculeux.

M. Anglade. — Il y a, chez les tuberculeux, une voie très importante d'élimination du bacille spécifique, c'est la voie rectale.

La tuberculose pulmonaire s'accompagne fréquemment, sinon toujours de tuberculose intestinale et cette tuberculose intestinale peut être primitive, demeurer même isolée. Dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, le bacille de Koch travaille avec une activité extraordinaire et souille continuellement les selles. Dans un cas d'entérite tuberculeuse que nous observons, la présence du bacille dans les selles a précisé un diagnostic incertain et cette recherche, renouvelée plusieurs fois dans des conditions différentes, n'a jamais donné un résultat négatif.

Il est donc certain que le bacille de Koch abonde dans les selles des tuberculeux dont l'intestin est ulcéré.

Bien mieux, un tuberculeux dont l'intestin paraît sain, qui ne présente en tout cas aucun des symptômes de loclaisations intestinales tuberculeuses, qui tousse et crache, a lui aussi des bacilles de Koch dans ses selles. En effet, la recherche du bacille dans les selles de tuberculeux choisis parmi ceux dont l'intestin semblait respecté a donné des résultats positifs.

La technique de la recherche du bacille de Koch dans les selles est simple. Etaler sur lame, fixer au chloroforme, colorer au Ziehl, décolorer à l'alcool chlorhydrique, etc.

Il serait superflu d'insister sur l'intérêt qui s'attache à la constatation de ce mode d'élimination du bacille de Koch. Elle entraîne des conséquences prophylactiques que nous préciserons quand nous aurons complété nos expériences. Celles-ci se proposent de mesurer sur le cobaye la virulence des selles, de suivre cette virulence dans l'égout, l'épandage et les cours d'eau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 Juillet 1901.

De la dégénérescence fibro-cancéreuse de la thyroïde.

M. Poncet (de Lyon). — L'intéressante observation de M. Ricard m'a engagé à venir vous entretenir du cancer de la thyroïde. De même que les goîtres sont fréquents dans la région

lyonnaise, de même on y observe souvent la dégénéresce cancéreuse, dont j'ai recueilli, pour ma part, 150 à 160 observations.

Cette dégénérescence de la glande est rarement primitive. Dans la grande majorité des cas, elle succède à un goître, méconnu ou non, atteint de préférence les sujets de 40 à 60 ans et qui se montre plus souvent chez la femme que chez l'homme. Les conditions dans lesquelles elle se développe ordinairement sont les suivantes. Depuis un temps plus ou moins long le malade est porteur d'un goître qui est resté stationnaire; tout à coup, la tumeur se met à grossir, elle devient douloureuse; quelques ganglions apparaissent perceptibles dans le voisinage et l'état général décline. Pas de doute à conserver; il s'agit d'une dégénérescence cancéreuse et d'une dégénérescence qui peut se former sous l'une ou l'autre des formes anatomo-pathologiques connues (forme molle, encéphaloïde, dure, ligneuse, bosselée, pierreuse, ossiforme).

La forme ligneuse n'est connue que depuis quelques années. Ce sont les Allemands qui l'ont d'abord décrite en la dénommant inflammation chronique ressemblant à du cancer; puis, comme l'a rappelé Ricard, Tailhefer en a fait le sujet d'un mémoire, et plus récemment, l'un de mes internes, Carrel, l'a repris dans sa thèse.

Je me séparerai de M. Ricard en n'adoptantpas avec lui son diagnostic anatomique de simple dégérescence fibreuse. Bien que l'histologie se soit prononcée en ce sens, je ne puis l'admettre, car la clinique et l'évolution de l'affection démontrent incontestablement que c'est du cancer.

Depuis l'époque où on a commencé à étudier cette variété de néoplasme malin, j'en ai vu quatre cas, abstraction faite de ceux que j'avais désignés avant sous le nom de cancer ligneux. Trois fois je suis intervenu.

Le premier s'est présenté chez un homme de 60 ans. Le cancer était médian, dur, osseux, s'était rapidement accru dans les derniers temps en provoquant quelques troubles fonctionnels.

Dans le second cas, observé chez une jeune fille de 31 ans, il avait succédé à un goître datant de 17 ans. La tumeur occupait le côté droit. Je l'ai enlevée, et au microscope la nature cancéreuse avec prédominance de l'élément fibreux a été démontrée.

Le troisième fait a rapport à un homme de 63 ans, dont la tumeur n'avait commencé à paraître que 3 ans auparavant; puis tout à coup elle avait augmenté de volume et des accès de suffocation s'étaient montrés. J'ai constaté, à droite, une tumeur dure, aplatie, remontant haut et plongeant sous le sternum. Un peu de déviation de la trachée avec accès de suffocation et une circulation veineuse de la paroi thoracique étaient observés.

J'en ai fait l'ablation; les muscles étaient envahis par la dégénérescence qui formait un plastron dur ayant englobé tous les tissus, sauf le parquet vasculo-nerveux, et adhérant fortement à la trachée. J'ai pu cependant enlever toute la masse, mais le malade a rapidement succombé après des accidents d'œdème et de thrombose. L'examen histologique a prouvé que les éléments épithéliaux avaient été le point de départ de ce néoplasme d'apparence fibreuse.

Lorsqu'on a affaire à cette forme squirrheuse, qui peut être confondue avec la thyroïdite chronique, j'estime, le diagnostic bien établi, qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention, car le pronostic est mauvais.

Rupture traumatique extra-péritonéale de la vessie.

M. Chauvel analyse une observation de M. Dubujadoux relative à un jeune soldat qui, à la suite d'un traumatisme abdominal, fut pris de douleurs, de vomissements et de rétention d'urine pendant 11 heures. Le cathétérisme permit de retirer de l'urine sanguinolente. La laparatomie ayant été refusée, une sonde fut placée à demeure. Les accidents disparurent complètement en quelques jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 Juillet 1901.

Zona métamérique du membre inférieur. Présence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien. Analgésie par la méthode de Sicard.

MM. Widal et **Le Sourd** viennent d'observer, chez une femme de 49 ans, un zona métamérique du membre inférieur droit. Les groupes de vésicules s'étendaient sur la face antérieure de la cuisse, en bandes transversales pour la plupart, depuis la région inguinale jusqu'à celle du genou et sur la région postérieure depuis le creux poplité jusqu'à la région lombaire, recouvrant la plus grande partie de la région fessière. Quelques vésicules aberrantes, très discrètes, s'étaient développées au début de l'affection, au niveau de la région dorsale et de la région sous-maxillaire droite.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien démontra l'existence de lymphocytes, comme dans les cas de MM. Brissaud et Sicard.

Cette constatation est en plus de la topographie de l'éruption un argument en faveur d'une altération médullaire ayant irrité la pie-mère. Une altération purement ganglionnaire n'aurait pu donner la raison de l'exode cellulaire, constaté dans le liqnide céphalo-rachidien. Les ganglions rachidiens, dont ce zona aurait été tributaire, sont situées dans le canal sacré à 2 centimètres 1/2 environ de l'enveloppe sous-arachnoïdienne, bien loin par conséquent du liquide céphalo-rachidien.

Le cytodiagnostic permettra peut-être de faire le départ des zonas métamériques de Brissaud, des zonas ganglioradiculaires et des zonas périphériques.

Les auteurs n'ont pu déceler aucun microbe dans le liquide céphalo-rachidien. Tous les ensemencements sont restés stériles.

Les injections épidurales de cocaïne par la méthode de Sicard ont amené chaque fois, pendant un temps variable, une sédation remarquable des douleurs. Elles ont été plusieurs fois répétées sur la demande de la malade, chez qui elles n'ont jamais provoqué ni nausées, ni vomissements.

Paralysie faciale congénitale par agénésie de la portion périphérique du nerf facial avec agénésie de l'oreille.

MM. Marfan et **Armand-Delille.** — La paralysie faciale du nouveau-né est le plus souvent le fait d'un traumatisme obstétrical, opératoire ou spontané; mais il est démontré aujourd'hui qu'il y a des paralysies de la septième paire qui se développent pendant la vie intra-utérine, sous l'influence d'un vice de développement de l'appareil nerveux, et méritent seules le nom de paralysies congénitales.

D'après M. Cabannes, il en est de deux sortes: 1° bilatérales qui coexistent avec des paralysies oculaires du droit externe, des malformations congénitales (luettes bifides, paupières malformées, pieds-bots, syndactylie, etc.); 2° unilatérales qui ne coexistent que rarement avec des paralysies oculaires ou des malformations, mais s'associent avec des troubles sensitifs et vasomoteurs. Certaines de ces paralysies ont été attribuées à des atrophies ou à des compressions bulbaires et, dans un cas, il existait une bride amniotique. Le cas que nous venons d'observer ne rentre dans aucun de ces groupes, car la paralysie faciale coexistait avec une agénésie de l'oreille.

La paralysie faciale droite était complète, les sillons effacés, la bouche attirée de l'autre côté, l'œil grand ouvert et la cornée ulcérée. Aucune réaction électrique, comme si le facial n'existait pas a dit M. Larat qui a fait l'examen. L'oreille ne formait qu'une sorte de bourrelet en demi-cercle sous lequel un petit orifice admettait un stylet sur une étendue de 1 centimètre 1/2, sans qu'il y ait rien qui puisse faire supposer l'existence d'une caisse du tympan.

L'enfant mourut par athrepsie. A l'autopsie, il ne nous a pas été permis de disséquer la face, mais nous avons pu constater l'absence du tronc du facial. Le rocher était représenté seule-

ment par une petite masse osseuse dans laquelle on ne retrouvait aucun des éléments habituels de l'os, ni sa structure habituelle. On n'y trouvait plus le nerf auditif ni l'aqueduc du facial. Dans le crâne, les nerfs des 7e et 8e paires étaient représentés seulement par quelques filets très grêles. Sur des coupes de la protubérance, le noyau du facial n'est plus représenté que par de petites cellules rares et très atrophiées.

Il nous semble que le trouble primitif a porté sur le rocher. Ce trouble a empêché le développement de l'oreille et de la partie périphérique du facial, et a entraîné l'atrophie de la portion centrale et du noyau d'origine de ce nerf.

Paralysie faciale congénitale.

M. Comby a observé récemment trois cas de paralysie faciale congénitale :

1° Un bébé de quelques jours, avec une paralysie faciale gauche complète qui gêne la succion et oblige de donner le lait à la cuiller. Cependant l'accouchement a été naturel, sans forceps. On ne peut pas dire paralysie obstétricale. Chez cet enfant, rapidement la cornée fut atteinte et l'œil gauche perdu. L'électrisation ne donna aucun résultat ;

2° Fillette de 5 ans présentant, depuis sa naissance, une asymétrie du visage ; bouche tirée à gauche, œil droit entr'ouvert, paralysie faciale droite complète. Electrisation non suivie de succès. Dans ce second cas, l'accouchement avait été facile ; aucun traumatisme obstétrical à invoquer ;

3° Garçon de 9 mois observé en juin à l'hôpital des Enfants. Paralysie faciale complète du côté gauche datant de la naissance, bouche déviée à droite, œil gauche entr'ouvert. A l'examen électrique, abolition de la contractilité faradique. Pas de traumatisme obstétrical.

Tels sont les trois cas de paralysie faciale, congénitale, unilatérale, mais complète, intéressant les deux branches du nerf, comme dans les paralysies périphériques acquises. Ils viennent compléter ceux de M. Cabannes et celui de M. Lagrange.

Dans ce dernier cas (fille de 3 ans 1/2) il existait une paralysie complète du facial gauche avec strabisme convergent. M. Lagrange fait de cette paralysie une paralysie nucléaire. La lésion serait donc centrale et intéresserait les noyaux d'origine du nerf facial, avec ou sans participation des noyaux oculaires.

Lésion de la queue de cheval et du cône terminal.

M. E. de Massary présente un malade de 39 ans souffrant depuis 1 an d'une affection dont les principaux symptômes sont : d'une part, des douleurs pseudo-névralgiques dans les deux membres inférieurs, une atrophie considérable des muscles de ces régions, une diminution des réflexes du tendon rotulien, du tendon d'Achille, une suppression du réflexe cutané plantaire ; d'autre part, une incontinence des urines et des matières fécales, une anesthésie des muqueuses de l'urèthre et du rectum, une hypoesthésie du scrotum, du pénis et du périnée, une abolition des fonctions génitales.

De ces deux ordres de symptômes, les premiers éveillent l'hypothèse d'une lésion intéressant les 3e, 4e et 5e racines lombaires et les 1re et 2e racines sacrées ; les seconds affirment l'existence d'une lésion purement médullaire, siégeant sur le cône terminal.

Or, une lésion devant intéresser à la fois les racines énumérées et le cône terminal ne peut être qu'à la hauteur du corps de la 2e vertèbre lombaire ; c'est donc à ce niveau que doit se trouver, selon toute vraisemblance, la lésion tenant sous sa dépendance la symptomatologie observée.

Quant à la nature de cette lésion elle est impossible à préciser : le malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeux, il fit une chute sur le sacrum un mois avant le début des premiers symptômes, cet accident a dû jouer un rôle important. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien pratiqué par M. Carton, interne du service de M. Troisier ne donna que des résultats négatifs.

Un simple traitement médical : électricité, administration de strychnine pourra peut-être procurer une amélioration, sinon la question d'une intervention chirurgicale devra se poser.

Rein amyloïde chez un tuberculeux.

MM. Hirtz et **Salomon.** — Un homme de 30 ans, typographe, avait, depuis 5 mois, de l'essoufflement, de la lourdeur des jambes et de l'œdème malléolaire, en même temps il s'était mis à tousser, avait quelques filets de sang dans ses crachats et axait légèrement maigri. Des analyses d'urine avaient donné 33, 28 et 14 grammes d'albumine.

A son entrée à l'hôpital l'œdème était considérable, la dyspnée intense ; le malade somnolent se présente tout à fait avec l'aspect d'un urémique dyspnéique, les urines oscillent autour de 1 500 grammes. Quoiqu'on fît, la dyspnée devint de plus en plus intense, les somnolences de plus en plus répétées, il se fit de l'hydrothorax double ; le malade mourut enfin dans une de ses crises de sommeil.

A l'autopsie, caverne au sommet droit, reins volumineux (355 et 335 grammes), blancs, lardacés, se décortiquant facilement. Au microscope, glomérules gonflés, accolés à la capsule de Bowman. Epithélium de tubuli contorti desquamé et boursouflé, cylindres cireux, Par le violet, on constate une dégénérescence amyloïde sur un grand nombre de glomérules et sur quelques artères.

En somme, nous voyons, par cette observation, que, si au point de vue clinique, une néphropathie chez un bacillaire s'est rapprochée par la plupart de ses symptômes de ce que Landouzy et Bernard ont décrit sous le nom de néphrite parenchymateuse chronique, l'abondance de l'albumine pouvait, ainsi que le dit Brault, faire soupçonner la dégénérescence amyloïde, ce qui fut confirmé par l'examen histologique et bien que notre malade se fût conduit comme un urémique et non comme un bacillaire.

Le liquide céphalo-rachidien dans le zona.

MM. Achard, Lœper et **Laubry.** — Sera publié *in extenso* dans notre numéro de dimanche 4 août.

Un cas de méningisme hystérique.

MM. Méry et **Courcoux** présentent une malade qui a eu, à deux reprises, des crises de méningisme hystérique. Cette malade avait antérieurement été soignée, pendant plusieurs années, pour des accidents péritonéaux considérés comme de nature tuberculeuse. Elle a été récemment opérée pour une crise d'appendicite ; péritoine et appendice ont été trouvés sains. Il semble bien que toutes ces manifestations pathologiques aient été de nature purement hystérique.

La ponction lombaire, qui avait été faite pour assurer le diagnostic, a montré l'absence de toute réaction inflammatoire des méninges, mais, en outre, elle a amené, d'une façon pour ainsi dire instantanée, la cessation des accidents de méningisme, et cela lors des deux crises. Lors de la seconde crise une ponction simulée, sans extraction de liquide, ne modifia en rien les accidents de méningisme. Comment la ponction lombaire a-t-elle agi ? Est-ce par suggestion ? La soustraction d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien a-t-elle pu avoir une influence ? On ne peut faire que des hypothèses. Il serait intéressant de renouveler cette tentative dans les cas de léthargie hystérique.

La leucocytose de la rougeole.

MM. Jules Courmont, Montagard et **Péhu** ont fait une étude des leucocytes de la rougeole, spécialement en vue de différencier, par l'examen du sang, la rougeole des rahs varioliques. Les résultats sont très nets. La rougeole s'accompagne d'hyperleucocytose légère, exclusivement polynucléaire. Les complications l'accusent notablement. Jamais on n'observe ni myélocytes, ni hématies nucléées, ni mononucléose quelconque. Une plaque sèche de sang suffit donc à faire le diagnostic différentiel. En outre, les éosinophiles sont diminués chez l'enfant, ce qui distinguerait la rougeole de la scarlatine, s'il est vrai, comme certains auteurs l'ont affirmé, que la scarlatine s'accompagne d'éosinophilie. C'est une nouvelle étude à entreprendre sur la scarlatine.

De l'anurie pneumonique.

MM. Gilbert et **Caussade.** — Chez un homme de 31 ans, gardien de la paix, survint une pneumonie, suivie de néphrite aiguë qui se compliqua d'anurie. Cette anurie fut précoce, elle débuta avec la néphrite et se termina par la mort, après une durée relativement longue de 7 jours, pendant lesquels l'émission totale des urines n'avait pas dépassé 370 grammes.

La pneumonie n'a nullement été influencée ou modifiée ni dans ses allures ni dans sa courbe thermique. Fait important, les accidents urémiques ne se sont manifestés que le jour même de la mort, une heure avant la terminaison fatale, sous forme d'un unique accès épileptique généralisé. Notons qu'il n'y a eu aucune rémission, ni aucune suppléance de l'émonctoire rénal, soit du côté de l'estomac et de l'intestin, soit du côté des glandes sudoripares ou des bronches.

L'examen microscopique des reins expliqua l'anurie. Les *tubuli contorti* étaient entièrement oblitérés par les épithéliums hypertrophiés et par des cylindres de globules rouges ainsi que les tubes collecteurs jusqu'à la papille.

Sept cas d'anurie pneumonique ont déjà été publiés. Toujours elle est précoce, dure 4 à 7 jours; les accidents urémiques ne surviennent qu'à la dernière heure. Ces caractères la placent entre l'anurie calculeuse plus lente et l'anurie de la scarlatine plus rapide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 9 Juillet 1901.

Acné nécrotique.

M. W. Dubreuilh présente deux malades atteints d'acné nécrotique. Chez l'un d'eux, un homme de 45 ans environ, le front et les tempes sont couverts de cicatrices déprimées, très confluentes, analogues à celles qu'aurait pu entraîner une variole grave. Le cuir chevelu est également criblé de cicatrices alopéciques. Chez l'autre malade, une femme, les lésions occupent une région moins habituelle, le nez et les joues.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un processus nécrosant, et l'examen de la croûtelle permit, avec la technique habituelle, de reconnaître la présence de fibres élastiques, ce qui montre qu'on n'a pas affaire dans cette affection à une simple croûtelle formée de pus desséché.

Pour ce qui est du traitement local, il est fort simple; les mercuriaux et surtout les sulfureux donnent des résultats rapides. Quant au traitement général, il est variable suivant les cas, car jusqu'à présent, on ne sait presque rien de précis sur la pathogénie de cette affection.

Epithélioma et pâte arsenicale.

M. Fromaget présente une malade atteinte d'épithélioma de l'orbite qu'il a traitée avec la pâte arsenicale, il y a 1 an. La guérison se maintient.

M. Dubourg déclare que la pâte a donné un résultat qu'on n'eût pas pu obtenir avec le bistouri. Il rapporte le succès qu'il a eu, avec ce même traitement, chez un malade qu'il a opéré deux fois pour un épithélioma de la face. Malgré l'étendue des deux interventions qui ont entraîné des délabrements considérables, deux récidives se sont produites au bout de 6 mois et de 3 mois. Il a alors appliqué la pâte et des injections interstitielles d'une solution d'acide arsénieux. Le malade est aujourd'hui guéri depuis 1 an.

Ce fait, ainsi que les nombreux cas qui ont été publiés, montre que l'acide arsénieux est excellent dans les épithéliomas cutanés. Il ne paraît pas avoir la même efficacité dans le sarcome, où il a échoué dernièrement chez un de ces malades.

M. W. Dubreuilh dit que l'acide arsénieux a certainement une influence sur le sarcome. Il rapporte l'observation d'une malade atteinte de sarcomes multiples, chez laquelle il a pu tenir les néoplasies en échec par un traitement hypodermique d'acide arsénieux. Les tumeurs rétrocédaient sous l'influence du traitement et reparaissaient dès qu'on le cessait. Le cacodylate de soude, par contre, n'a rien donné. S'il n'y a pas eu guérison, il y a tout de même eu une action.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 8 Juillet 1901.

Tumeur de la moelle épinière.

M. Oppenheim a communiqué l'observation d'un homme de 40 ans qui, en septembre 1900, est venu le consulter pour des douleurs dans l'hypocondre gauche. Ces douleurs qui existaient depuis 2 ans 1/2 occupaient la région correspondant à la distribution des 7 et 8 racines dorsales. En examinant le malade dont la colonne vertébrale ne présentait rien de particulier. M. Oppenheim a constaté que l'ombilic était attiré à droite et que les muscles de la paroi abdominale étaient plus flasques à gauche qu'à droite et ne réagissaient plus, de ce côté, à l'excitation faradique.

On pensa à une spondylite et on conseilla l'application d'un corset plâtré. Mais au bout d'un mois les douleurs devinrent encore plus intenses, en même temps que le malade commença à éprouver un affaiblissement des jambes. Un nouvel examen montra qu'il existait une diminution de la sensibilité tactile au niveau de la zone d'hyperesthésie et une thermoanesthésie dans la jambe droite.

Le 12 novembre, le malade présenta brusquement une paraplégie à type de Brown-Séquard, avec paralysie de la vessie, douleurs en ceinture et contractions dans les membres inférieurs.

Cinq jours après on trépanait la colonne vertébrale et à la hauteur de la sixième vertèbre dorsale on trouvait un petit fibrome entourant de toutes parts la moelle épinière.

Les suites opératoires furent d'abord très simples; la rétention d'urine disparut, les mouvements revinrent dans les membres paralysés. Mais à partir du quatrième la température monta et le malade succomba à une méningite ascendante.

Fièvre typhoïde prise pour une appendicite.

M. Mühsam. — Un homme de 32 ans est pris brusquement de constipation, de vomissements et de douleurs abdominales. Les symptômes s'amendent et au bout de 8 jours le malade entra à l'hôpital où l'on trouva une température de 38°,2 et de l'empâtement dans la fosse iliaque droite. Diagnostic : appendicite.

Quelques heures après l'arrivée du malade, son état s'aggrave brusquement. On fait la laparotomie et on trouve l'appendice saine, mais, en revanche, au niveau du cæcum, on découvre une ulcération prête à perforer la paroi intestinale. On la suture et on ferme le ventre.

Huit jours après l'opération, le malade a présenté de la roséole et une tuméfaction de la rate. Le diagnostic de fièvre typhoïde fut ensuité établi par la séro-réaction et l'ensemencement des selles.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séances des 29 mars, 19 avril et 3 mai 1901.

Lésions des cartilages articulaires du genou.

M. Brunin présente une trouvaille d'amphithéâtre consistant en une rotule subluxée en dehors et portant cinq rainures verticales s'engrenant exactement dans des rainures semblables du cartilage d'encroûtement du condyle externe du fémur. Il existait des corps mobiles dans les bourses séreuses voisines de l'articulation. Dans une autre pièce trouvée à l'amphithéâtre, M. Brunin a trouvé une adhérence complète entre la rotule et et le condyle externe du fémur, avec disparition partielle du cartilage d'encroûtement.

Développement des ostéomes et régénération osseuse.

M. Gratia donne des nouvelles de l'expérience qu'il a faite sur un chien présenté à la Société.

Le fragment osseux détaché est toujours libre, continue à vivre et semble augmenter de volume. La forme, primitivement arrondie, est devenue irrégulière, on observe l'existence de saillies où viennent aboutir les fibres du triceps brachial. Il semble résulter de cette expérience que des ostéomes peuvent se développer aux dépens de fragments détachés d'un os et isolés dans les tissus.

M. Depage rappelle, dans le même ordre d'idées, une opération qu'il a pratiquée, il y a deux ans, pour une ensellure du nez. Il détacha du front un lambeau ostéo-cutané qui, transplanté, continua à vivre. Ce procédé présentant certains inconvénients, M. Depage, pour corriger une difformité semblable, enleva dernièrement un copeau ostéo-périosté de la face antéro-externe du tibia, fendit le nez et reconstitua, par l'implantation du fragment tibial, un point osseux qui semble continuer à vivre. Actuellement, le transplant ne forme plus qu'un avec les os nasaux.

M. Arthur Dekeyser fait observer que M. Depage ayant mis en contact les surfaces cruentées de deux os, il ne s'agit plus là que de greffe osseuse ; les conditions sont donc toutes différentes de celles réalisées dans l'expérience de M. Gratia.

M. Maffei pense qu'un lambeau périostique non accompagné de tissu osseux proliférera davantage qu'un fragment ostéo-périostique; dans ce dernier cas, la formation d'une tumeur à croissance exagérée est peu probable.

M. Depage a observé que la surface périostique proliférait jusqu'à ce que le contact fût établi entre le transplant et le sujet; les phénomènes sont pareils, que le périoste soit ou non accompagnée de tissu osseux.

M. Arthur Dekeyser fait remarquer que les tissus, à moins de déviation d'ordre pathologique exceptionnel, tendent toujours à rétablir, dans leur évolution, la structure harmonique de l'être, incidemment déviée. L'arrêt de croissance du greffon après son contact avec l'os greffé est une application de cette loi. Dans l'incurvation rachitique du tibia, on constate quelque chose de pareil. Le redressement de l'os d'après le le type normal s'observe généralement lorsqu'on soustrait la tige osseuse aux influences qui tendent à l'incurver; une des plus importantes est la marche, par laquelle le poids du corps tend constamment à exagérer la courbure osseuse.

M. Gratia constate que la même loi s'observe dans la réparation des solutions de continuité des tissus mous. La croissance des lèvres d'une plaie s'arrête lorsque la rencontre des deux lèvres bourgeonnantes est accomplie. La formation des chéloïdes, etc., constitue l'exception de cette règle générale.

Autoplastie des cavernes osseuses.

M. Depage a tenté, par un procédé spécial, d'arrêter la suppuration intarissable des foyers de carie osseuse. Habituellement, dans ces cas, on racle l'os jusqu'à ce qu'on arrive sur du tissu dur, qui est précisément celui qui est le moins apte à proliférer. Ce tissu, de vitalité fort affaiblie, est soumis à des causes multiples d'infection auxquelles il ne résiste pas et la suppuration s'éternise.

Un de ces malades atteint de carie du fémur avait été soumis sans succès à plusieurs séances de raclage. M. Depage, appliquant à la suppuration osseuse le principe qu'Estlander avait heureusement mis à profit dans les cas de pyothorax, appliqua sur les parois de la caverne osseuse deux lambeaux de peau largement pédiculés, prélevés au voisinage de la lésion. Les parties laissées cruentées par la prise des lambeaux sont alors comblées par des greffes de Thiersch. La supuration s'arrête, dès lors, assez rapidement, après l'élimination des parties en voie de mortification.

M. Marcel Heger rappelle que, récemment, M. Thiriar a dépériosté tout un fémur. La mise à l'abri de l'infection par la suture continue de tout les plans de tissus nous a permis la reconstitution de l'os sans qu'on ait constaté de suppuration.

M. Gratia pense que le fémur traité par M. Depage reprendra à la longue un état relativement normal par application de la loi précédemment indiquée de récupération de la statique normale. Le procédé indiqué par M. Depage doit être suivi des plus heureux effets, comme l'indique les résultats obtenus par l'opération d'Estlander, qui n'a pour but que de supprimer la cavité suppurante par la juxtaposition de ses parois. Pareil résultat serait obtenu dans les kystes hydatiques du foie si, après l'opération, on parvenait à faire disparaître leur cavité.

Appendicite chez l'enfant.

M. Vervaeck montre l'appendice et le cæcum d'un enfant de sept ans qui reçut un coup dans le flanc gauche et entra dans le service de M. Lorthioir avec des symptômes de péritonite traumatique. A la laparotomie, on constata l'existence d'une péritonite purulente, surtout accentués dans le flanc gauche, sans qu'on pût découvrir l'origine de l'affection. L'enfant succomba bientôt. L'autopsie démontra des lésions de péritonite suppurée et l'existence d'une perforation de l'appendice vermiforme qui, long de 10 centimètres, était masqué par des adhérences anciennes. Le cas est remarquable à cause de la rareté relative de l'appendicite perforée chez l'enfant et de la localisation de la péritonite.

Epithélioma de la verge.

M. Boisson montre les organes génitaux externes d'un homme de 56 ans émasculé par M. Depage pour un épithélioma du gland avec adénite inguinale. L'affection avait débuté quatre mois et demi auparavant. Trois mois après, le malade fut soumis à une intervention qui fut suivie d'une marche très rapide de la néoplasie. M. Depage enleva tout l'appareil génital ainsi que les ganglions inguinaux qu'il poursuivit jusqu'à la fosse iliaque. L'urèthre fut sectionné en avant du sphincter, le bord de la muqueuse suturé à la peau et une sonde à demeure fut laissée trois à quatre jours. Actuellement, le malade est guéri de son intervention et a le contrôle de ses mictions.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. Vandervelde, démontre qu'il s'agit d'un épithélioma du gland avec globes perlés.

M. Léon Dekeyser a vu le malade quelque temps après le début de son affection. La verge présentait alors l'aspect dit « en battant de cloche »; il y avait du phimosis très prononcé et de l'œdème dur du prépuce. En outre, il y avait sur celui-ci, au niveau de sa partie dorsale, une ulcération reposant sur un fond induré. L'aspect des lésions ainsi que l'existence d'une adénopathie inguinale caractéristique et indolore fit porter le diagnostic de syphilis. Le phimosis s'accentuant de plus en plus, on fut forcé de recourir à une intervention, et le prépuce fut excisé au thermocautère. On trouva le gland à moitié détruit sur l'un des côtés, et la cavité était remplie d'un ichor fétide. Peu de temps après et comme si le prépuce avait constitué une barrière à l'extension cancéreuse, le gland tout entier se couvrit de bourgeons qui s'accrurent avec la plus grande rapidité en même temps que la tuméfaction ganglionnaire aug-

montait surtout à gauche. Le diagnostic dès lors s'imposait. M. Dekeyser insiste sur la difficulté de poser un diagnostic précis au début dans les cas de ce genre.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séances des 5 Avril et 3 Mai 1901.

Utérus trompes et testicules contenus dans une hernie inguinale congénitale chez un homme.

M. Derveau montre des organes qu'il a trouvés dans une hernie inguinale congénitale chez un sujet de 69 ans. Dans le sac herniaire, il a découvert un utérus et des trompes ainsi qu'un vagin, qui débouchait probablement dans le canal de l'urèthre. En dehors de la hernie, les bourses étaient vides, mais dans chacun des ligaments larges se trouvait un testicule normal. La vessie n'a pas pu être reconnue au cours de l'opération.

Il est à remarquer que le sujet, qui avait des éjaculations, a eu 6 enfants. C'est le 3e cas connu; le premier a été décrit en 1750 par un médecin belge, Petit, et le deuxième par un praticien allemand.

Autoplastie dans un cas d'ostéomyélite.

M. Vince relate le cas d'un malade atteint d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur, qui présentait une vaste caverne indéfiniment suppurante, rebelle à tout bourgeonnement et, partant, à toute cicatrisation. Le Dr Depage essaya de combler la cavité par un moyen analogue au procédé thoracique d'Estländer, en disséquant deux larges lambeaux cutanés voisins et en les refoulant dans l'excavation osseuse, dont ils tapissèrent les parois. Le succès fut complet et la suppuration tarie en peu de jours.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS BRITANNIQUE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Londres du 22 au 26 Juillet 1901

La lutte contre la tuberculose envisagée à la lumière de l'expérience acquise dans le combat contre les autres maladies infectieuses.

M. Robert Koch. — Il y a quelque vingt ans la nature de la tuberculose nous était inconnue : elle était regardée pour ainsi dire comme une conséquence de la misère sociale, et comme il était impossible d'aboutir par des moyens faciles, on n'espérait qu'en l'amélioration des conditions sociales, et l'on n'entreprenait rien. Tout est changé maintenant. Nous savons que la misère sociale joue un rôle important dans la propagation de la tuberculose, mais la véritable cause de la maladie est un parasite palpable et visible, que nous pouvons poursuivre et détruire comme les autres parasites ennemis de l'espèce humaine.

A proprement parler, le caractère évitable de la tuberculose aurait dû paraître évident aussitôt que le bacille tuberculeux fut découvert, aussitôt que les caractères du parasite et son mode de transmission furent connus. J'ajoute que, pour ma part, je compris dès l'abord toute l'importance de cette découverte. Mais la force d'un petit nombre de médecins était insuffisante pour lutter avec une maladie si profondément enracinée dans nos mœurs et nos habitudes. Un tel combat demandait la coopération de nombreux médecins, sinon de tous les médecins des Etats et de tous les peuples; le moment est venu où une telle coopération paraît possible.

Chaque maladie doit être traitée suivant son individualité, et les mesures prises contre elle doivent être appropriées soigneusement à sa nature et à son étiologie. Nous avons le droit d'espérer le succès dans la lutte contre la tuberculose si nous n'oublions jamais ce principe fondamental.

Dans le combat contre les maladies infectieuses, il faut attaquer le mal à sa racine; on ne doit pas perdre ses forces à prescrire des mesures inutiles. Demandons-nous donc si ce qui a été fait et si ce que l'on est en train de faire contre la tuberculose atteint le mal à sa source, de manière à en amener plus ou moins vite la disparition.

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de se demander comment la tuberculose pénètre dans l'organisme, et nous entendons sous le nom de tuberculose les seules maladies qui sont causées par le bacille tuberculeux.

Pour la grande majorité des cas, la maladie a son siège dans les poumons et a commencé dans cet organe. De ce fait, on peut conclure que les germes de la maladie ont pénétré par inhalation. Quant à la question de l'origine de ces bacilles, il n'y a pas de doute. Nous savons qu'ils arrivent dans l'air avec les crachats des phthisiques. Les crachats, surtout aux périodes avancées de la maladie, contiennent presque toujours des bacilles tuberculeux, parfois en quantité incroyable. En toussant et même en parlant, le phthisique rejette les bacilles dans des perticules de crachats, c'est-à-dire dans un milieu humide, et les individus voisins peuvent ainsi être infectés directement. Mais ces crachats peuvent aussi être pulvérisés lorsqu'ils sont desséchés, être répandus sur le sol ou sur le linge, ou flotter dans l'air sous forme de poussière.

De cette manière, un cercle complet se constitue pour la propagation de la maladie, depuis le poumon tuberculeux qui produit le pus contenant le bacille, jusqu'à la formation de ces particules humides ou sèches. Ce bacille tuberculeux peut pénétrer dans d'autres organes du corps et engendrer d'autres formes de tuberculose, cas beaucoup plus rares. Les crachats des phthisiques doivent être regardés comme la source principale de l'infection tuberculeuse. Sur ce point tout le monde est d'accord.

On doit se demander s'il existe d'autres sources de contamination assez importantes pour entrer en ligne dans la lutte contre la tuberculose.

On attache, en général, grande importance à la transmission héréditaire de la tuberculose; il a été démontré, par une recherche attentive, que, quoique la tuberculose héréditaire ne soit pas entièrement inconnue, elle est très rare; nous pouvons ne pas la prendre en considération au point de vue pratique.

L'infection tuberculeuse peut-elle, comme on le pense en général, se transmettre par le passage des germes morbides de l'animal à l'homme? On considère aujourd'hui ce mode d'infection comme si fréquent, que certains le considèrent comme le plus important, et que les mesures les plus rigoureuses ont été réclamées pour le combattre. Mes recherches m'ont permis de me faire une opinion différente de celle généralement admise; vous m'autoriserez, en considération de l'importance de la question, à la discuter.

La tuberculose spontanée a été observée chez presque tous les animaux, en particulier sur la volaille et le bétail. La tuberculose aviaire diffère tellement de celle de l'homme que nous ne la considérons pas pour lui comme une cause d'infection tuberculeuse. A vrai dire, la seule espèce de tuberculose animale qui, si elle est transmissible à l'homme, pourrait infecter l'organisme humain, est la tuberculose bovine, qui pourrait se propager par le lait et la chair des animaux malades.

Même dans mes premières publications sur la tuberculose, je me suis exprimé avec réserve sur l'identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine. Les preuves qui m'auraient permis de distinguer nettement ces deux formes de la maladie n'étaient pas alors à ma disposition, je n'avais pas non plus de preuves évidentes de leur identité. je laissai la question dans le doute. Dans le but de la résoudre, j'ai souvent repris mes recherches sur ce sujet. Tant que j'ai expérimenté sur les petits animaux (lapin ou cobaye), je n'ai pu arriver à aucun

résultat satisfaisant quoique je n'aie pas manqué d'indications qui permettaient de distinguer ces deux formes de tuberculose; l'obligeance du Ministre de l'agriculture m'a permis d'expérimenter sur le veau, le seul animal qui convienne à cette recherche. De diverses expériences poursuivies pendant 2 ans avec le professeur Schutz, du Collège vétérinaire de Berlin, je vais vous résumer les plus importantes.

Un lot de jeunes veaux, éprouvés par la tuberculine et pouvant être ainsi regardés comme indemnes de tuberculose, fut infecté suivant différents procédés par des cultures pures de bacille tuberculeux provenant de tuberculose humaine; quelques-uns reçurent directement des crachats de phthisiques. Dans quelques cas, le bacille tuberculeux ou le crachat étaient injectés sous la peau, dans d'autres cas dans la cavité péritonéale, dans d'autres, enfin, dans la veine jugulaire. Six animaux furent alimentés avec des crachats tuberculeux presque quotidiennement pendant 7 ou 8 mois, quatre inhalèrent de grandes quantités de bacilles, en suspension dans de l'eau que l'on pulvérisait dans l'atmosphère. Aucun de ces animaux (ils étaient au nombre de 19) ne présenta le moindre symptôme morbide et tous augmentèrent de poids. 6 ou 8 mois après le début de l'expérience, ils furent sacrifiés. Dans les organes, on ne trouva pas trace de tuberculose. C'est seulement aux points où avaient été faites les injections, que l'on rencontra de petits foyers de suppuration renfermant quelques bacilles tuberculeux. C'est exactement ce que l'on trouve lorsque l'on injecte des corps de bacilles morts, sous la peau d'animaux réfractaires. Ainsi les animaux réagissaient au bacille humain vivant, comme s'ils avaient reçu des bacilles morts. Ils étaient absolument réfractaires.

Le résultat était tout à fait différent quand la même expérience était faite sur les veaux non tuberculeux, avec des bacilles tuberculeux provenant d'un animal atteint de tuberculose bovine. Après une période d'incubation d'une semaine environ, les plus graves lésions tuberculeuses se produisaient dans les organes de tous les animaux injectés. Il en était de même, que le bacille ait été injecté sous la peau, dans la cavité péritonéale ou dans le système vasculaire. Une fièvre élevée se déclarait. Quelques-uns mouraient de un mois et demi à deux mois après, les autres étaient tués dans un état misérable au bout de trois mois. A l'autopsie, on trouvait une infiltration tuberculeuse très étendue au point où avait été faite l'injection et dans les organes intéressés tels que le poumon, la rate.

En résumé, le bétail se montrait aussi sensible au bacille de la tuberculose humaine. J'ajoute que les préparations d'organes provenant d'animaux infectés expérimentalement par la tuberculose bovine sont exposés au Muséum de pathologie et de bactériologie.

On peut distinguer d'une manière aussi nette la tuberculose humaine en faisant des expériences d'alimentation sur le porc. Six jeunes porcs furent nourris tous les jours pendant trois mois avec des crachats de phtisiques. Six autres porcs reçurent le bacille de la tuberculose bovine quotidiennement pendant la même durée. Les animaux nourris av,c des crachats restèrent en bonne santé et eurent une croissance normale, tandis que ceux nourris avec le bacille de la tuberculose bovine devinrent malades et furent arrêtés dans leur croissance : la moitié du lot succomba. Après trois mois et demi, les survivants furent tués. Sur les animaux nourris avec des crachats, on ne trouve pas trace de tuberculose, si ce n'est çà et là quelques nodules dans les ganglions du cou, et, dans un cas, quelques granulations dans le poumon. Les animaux qui avaient reçu de la tuberculose bovine, au contraire, présentaient sans exception, comme dans l'expérience sur les veaux, de graves lésions tuberculeuses, notamment l'infiltration tuberculeuse des ganglions et du mésentère, considérablement tuméfiés, et une propagation de la tuberculose aux poumons et à la rate.

La différence entre la tuberculose bovine et l'humaine n'apparut pas moins nettement dans une expérience analogue poursuivie sur des ânes, des moutons et des chèvres, dans le système vasculaire desquels on injecta les deux espèces de bacilles.

Nos expériences, dois-je ajouter, ne sont pas les seules qui aient amené à ce résultat. Si l'on étudie la bibliographie sur ce sujet, et si l'on réunit les expériences faites autrefois par Chauveau, Günther et Harms, Bollinger, etc., qui ont alimenté des veaux, des porcs et des chèvres avec des organes tuberculeux, on trouve que les animaux qui furent nourris avec du lait et des poumons de bétail tuberculeux furent toujours atteints de tuberculose, tandis qu'il n'en fut pas de même pour ceux qui reçurent des organes humains. Des recherches comparatives sur la tuberculose bovine et sur l'humaine ont été faites récemment dans l'Amérique du Nord par Smith, Dinwiddie et Frothinghem, et leurs résultats concordent avec les nôtres. La netteté et la précision de nos conclusions tiennent au choix que nous avons fait des méthodes excluant toute cause d'erreur et au soin que nous avons pris de la conservation et de la nourriture de nos animaux afin d'éviter de troubler nos résultats.

Considérant tous ces faits, je suis autorisé à soutenir que la tuberculose humaine diffère de la tuberculose bovine et ne peut être transmise au bétail. Il me semble désirable que nos expériences soient répétées par d'autres afin d'écarter tout doute sur la vérité de nos assertions.

Je désire aussi ajouter qu'en raison de la grande importance du sujet, le gouvernement allemand a désigné une commission pour poursuivre ces recherches.

Quelle est la réceptivité de l'homme à la tuberculose bovine? Cette question est beaucoup plus importante pour nous que celle de la réceptivité du bœuf à la tuberculose humaine. Il est impossible de donner une réponse directe parce qu'on ne peut expérimenter sur l'homme. Indirectement on peut approcher de la solution. On sait que le lait et le beurre consommés dans les grandes villes contiennent une grande quantité de bacilles tuberculeux encore vivants, comme le prouve l'expérimentation avec ces produits sur l'animal. La plupart des habitants des villes consomment ainsi, chaque jour, des bacilles de la tuberculose bovine, vivants et virulents. Ils réalisent ainsi l'expérience que nous ne pouvons entreprendre. Si le bacille de la tuberculose bovine pouvait infecter l'organisme humain, les cas de tuberculose causés par l'ingestion d'aliments contenant le bacille se rencontreraient chez les habitants des grandes villes et en particulier chez les enfants. De nombreux médecins pensent qu'il en est ainsi.

Telle n'est pas en réalité la vérité. On ne peut affirmer l'origine alimentaire de la tuberculose que dans les cas où l'intestin a subi la première atteinte, c'est-à-dire lorsque l'on trouve une tuberculose intestinale primitive. Mais ces cas sont très rares. Parmi de nombreux cas de tuberculose, je n'ai trouvé moi-même que deux cas de tuberculose intestinale primitive.

Parmi les nombreuses autopsies de l'hôpital de la Charité à Berlin, on ne constate que 10 cas de tuberculose intestinale primitive en 5 ans. Parmi 933 cas de tuberculose infantile à l'hôpital des enfants de l'empereur et de l'impératrice Frederick, Baginski n'a jamais rencontré de tuberculose intestinale sans lésion simultanée du poumon et des ganglions bronchiques; sur 3 104 autopsies d'enfants tuberculeux, Biedert n'observe que 16 cas de tuberculose primitive de l'intestin. Je pourrais tirer de la littérature médicale nombre de statistiques du même genre montrant que la tuberculose primitive de l'intestin, surtout parmi les enfants, est une maladie relativement rare; il n'est pas certain que dans les quelques cas que j'ai cités elle soit due à la tuberculose bovine. Il est aussi probable que la tuberculose humaine pénétrait dans le tube digestif par une voie quelconque, par exemple par la salive avalée.

Jusqu'à présent, personne n'a pu affirmer avec certitude que dans ces cas la tuberculose intestinale était d'origine bovine ou humaine. Maintenant le diagnostic peut être fait. Il est seulement nécessaire de faire une culture pure du bacille trouvé dans les organes tuberculeux et de s'assurer qu'il s'agit de tuberculose bovine par l'inoculation au bétail. A ce sujet, je recommande l'inoculation sous-cutanée qui donne des résultats caractéristiques. Depuis 6 mois je m'occupe de ces recherches, mais, en raison de la rareté de la maladie en question, le nombre de cas que j'ai pu examiner est peu considérable. Ce que j'ai retiré de ces recherches jusqu'à présent n'est pas en faveur de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme.

Quoique cette importante question de savoir si l'homme est susceptible de contracter la tuberculose bovine ne soit pas encore

entièrement résolue, on est néanmoins autorisé à dire que si cette réceptivité existe, la réalisation de l'infection se produit très rarement. J'estime que la propagation de la tuberculose par le lait ou la chair des animaux est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire; par conséquent je ne crois pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle.

Ainsi, la seule source importante de l'infection tuberculeuse est le crachat du phthisique, et les mesures prises pour combattre la tuberculose doivent être dirigées dans le but d'empêcher sa diffusion. Que faut-il donc faire? Plusieurs moyens peuvent se trouver. La première pensée peut être d'isoler dans des établissements spéciaux tous les tuberculeux dont les crachats contiennent des bacilles. Mais le moyen est non seulement absolument impraticable, il est encore inutile; un tuberculeux qui rejette par la toux des bacilles n'est pas nécessairement une source de tuberculose de ce fait tant qu'il prend soin de recueillir ses crachats et de les désinfecter.

M. Nocard. — Ce qui me plaît dans la communication de M. Koch, c'est qu'elle justifie d'une façon éclatante les efforts de ceux qui protestaient contre toute exagération dans les mesures prophylactiques réclamées pour protéger l'espèce humaine contre les dangers de la tuberculose des bovidés.

Depuis plusieurs années déjà, une réaction salutaire s'était faite contre les exagérations du début. La communication de M. Koch va l'achever; peut-être même va-t-elle l'exagérer en sens inverse, et j'ai bien peur qu'après avoir préconisé des mesures excessives et absurdes contre des dangers imaginaires, on en arrive à ne plus se défendre contre les dangers réels que la tuberculose des bovidés fait courir à la santé publique.

J'ai toujours soutenu — naguère encore au Congrès de la tuberculose de Berlin — que la tuberculose des bovidés ne prend qu'une très petite part aux progrès de la tuberculose humaine; mais, cette part, si petite qu'elle soit, est indéniable, et ce serait une faute grave que de ne pas en tenir compte.

M. Koch n'a pas réussi à rendre tuberculeux les bovidés auxquels il a inoculé, par des procédés divers, des cultures ou des produits tuberculeux provenant de l'homme. Il en conclut : que les bovidés sont réfractaires à la tuberculose humaine, que l'homme n'a rien à redouter de la tuberculose des bovidés, qu'il est inutile de se défendre contre elle.

Avec toute la fermeté qu'entraîne une conviction profonde, je dirai que les expériences dont il s'agit n'autorisent pas de semblables conclusions.

C'est un principe de la méthode expérimentale que les faits négatifs ne prévalent point, quel que soit leur nombre, contre les faits positifs.

Or, il existe des faits positifs indiscutables prouvant qu'il est possible d'infecter des bovidés en leur inoculant des produits tuberculeux empruntés à l'homme. Les premiers en date sont ceux de mon éminent maître, le professeur Chauveau.

Parmi les nombreuses expériences qu'il a consacrées à ce sujet, il en est quatre qui sont plus particulièrement probantes; elles concernent des veaux âgés de 5 à 10 mois qui ont été infectés, soit par les voies digestives, soit par injection intraveineuse, avec des produits tuberculeux empruntés à l'homme (phthisie aiguë ou pneumonie caséeuse). Ces quatre animaux sacrifiés après un laps de temps variable, allant jusqu'à 59 jours, ont, à l'autopsie, présenté des lésions parfois très importantes et procédant manifestement de l'infection expérimentale.

Sur deux des trois veaux infectés par ingestion, les lésions étaient confluentes sur l'intestin, les ganglions mésentériques et sur le péritoine. Sur le troisième, au contraire, à côté de lésions minimes des organes abdominaux, il en existait de très importantes de ganglions annexes des premières voies digestives, ganglions rétro-pharyngiens et œsophagiens.

On objectera sans doute que ces expériences remontent à une époque déjà lointaine où l'on ne connaissait pas la tuberculine, où l'on ne pouvait avoir la certitude que les veaux mis en expérience étaient indemnes de tuberculose.

M. Chauveau avait prévu cette objection : il avait choisi le jeune veau comme sujet d'expérience, parce que la tuberculose du veau est extrêmement rare; il s'était procuré ces veaux dans un centre d'élevage où la tuberculose des vaches était inconnue; enfin, dans chaque expérience, il avait conservé à titre de témoins, des veaux en nombre égal, de même âge et de même origine, lesquels, sacrifiés en même temps que les premiers, se montraient absolument indemnes de toute lésion tuberculeuse.

Pour anciennes qu'elles soient, les expériences de Chauveau n'en ont pas moins la valeur de faits positifs contre lesquels ne sauraient prévaloir des faits négatifs aussi nombreux qu'on les suppose.

Ces faits prouvent que, s'il est difficile de communiquer aux bovidés la tuberculose humaine, on y réussit parfois.

Comment expliquer ces résultats différents, contradictoires en apparence? Il est difficile de le faire avec certitude, car nous ne pouvons avoir la prétention de réaliser exactement, dans nos expériences, toutes les conditions naturelles. Il est pourtant possible d'en donner une explication plausible.

C'est une loi générale bien connue que l'adaptatation graduelle d'un parasite quelconque au milieu, inerte ou vivant, où il réussit à se développer, lui confère l'aptitude à se développer plus aisément dans des milieux semblables au premier.

Cela est vrai pour le bacille de la tuberculose comme pour tous les autres microbes.

On sait combien il est difficile d'obtenir une première culture du bacille de Koch sur les milieux les plus favorables.

Cette première culture est toujours lente, maigre, peu abondante; mais, une fois accoutumée à ce milieu de culture, elle s'y développe ensuite très vite et très abondamment.

Ce qui est est vrai des milieux inertes est encore plus vrai *a fortiori* des milieux vivants.

Tout le monde sait que le bacille du rouget du porc se développe difficilement, la première fois, dans l'organisme du lapin; pour être sûr de tuer un lapin, il faut en inoculer trois ou quatre, et la mort n'arrive qu'après quatre ou cinq jours, parfois plus; mais, en faisant passer ce microbe de lapin à lapin, il acquiert rapidemsnt une virulence telle qu'il tue le lapin en quelques heures; or, ce bacille, devenu si virulent pour le lapin, a perdu toute virulence pour le porc, dont il provient: on peut l'inoculer au porc à doses considérables sans le tuer, sans même le rendre malade.

Ce que je viens de dire du bacille du rouget des porcs s'applique aussi, à peu près exactement, au trypanosome de la dourine du cheval. Ce parasite, d'un ordre plus élevé, est inoculable au chien, à la souris blanche, au rat blanc, entre autres sujets. Après quelques passages de souris à souris, ou de rat à rat, il acquiert une virulence telle que les animaux succombent en quelques jours en présentant un nombre énorme de trypanosomes dans le sang.

Or il arrive que si l'on inocule au rat ou à la souris le même trypanosome, après un certain nombre de passages sur les chiens, on ne réussit plus à les tuer ni même à les rendre malades. L'adaptation longtemps prolongée du trypanosome à l'organisme du chien lui a fait perdre l'aptitude à se développer dans l'organisme du rat blanc et de la souris blanche. Et, chose curieuse, ce trypanosome du chien reste toujours aussi virulent pour le cheval.

Enfin, j'ai montré comment le bacille de la tuberculose de l'homme ou de la vache, cultivé dans le péritoine de la poule à l'abri de l'action phagocytaire (grâce à la protection d'un sac de collodion), acquiert lentement, peu à peu, les caractères du bacille de la tuberculose aviaire, et devient incapable de tuer le cobaye, ou ne le tue qu'avec des lésions analogues à celles de la tuberculose aviaire.

Tous ces faits me portent à penser que les résultats obtenus par le professeur Koch procèdent de causes de même ordre.

Les bovidés prennent rarement la tuberculose de l'homme; mais que, pour une raison quelconque, la résistance des cellules soit modifiée, diminuée ou supprimée, le bacille humain pourra germer, pulluler, et envahir les organes du sujet dont la résistance a été vaincue; dès lors, le bacille adapté à ce milieu nouveau, pourra se développer chez d'autres bovidés sains, qui se seraient montrés réfractaires à l'action du même bacille provenant directement de l'homme.

Mais admettons pour un instant que les bovidés soient réellement réfractaires à la tuberculose humaine; aurait-on le droit d'en conclure que la réciproque est également vraie? — Non, cent fois non : Ce serait contraire à tous les principes de la méthode expérimentale! Ce serait surtout contraire aux faits!

Si les faits expérimentaux font défaut — et pour cause, — les faits cliniques abondent, qui prouvent la possibilité de la transmissibilité à l'homme de la tuberculose des bovidés.

Beaucoup ont trait à des vétérinaires qui se sont blessés en faisant l'autopsie de vaches tuberculeuses; les uns ont guéri, grâce à une intervention chirurgicale hâtive et radicale : tel notre collègue Jensen, de l'Ecole vétérinaire de Copenhague; les autres, moins heureux, ont fini par succomber à l'évolution progressive de l'infection : tels nos confrères Moses, de Weimar, et Thomas Walley, du Collège royal vétérinaire d'Édimbourg.

D'autre part, il existe des faits nombreux et authentiques d'infection par l'usage alimentaire de lait provenant de vaches atteintes de mammite tuberculeuse; le plus connu et le plus probant concerne l'une des filles de M. le professeur Gosse, de Genève : il a presque la valeur d'une expérience.

Enfin, les travaux d'une grand hygiéniste anglais Thorne-Thorne prouvent jusqu'à l'évidence la réalité et la gravité du danger : depuis 50 ans, la mortalité tuberculeuse en Angleterre a diminué de 45 p. 100; pendant ce temps, la tuberculose abdominale des enfants du premier âge a augmenté de 27 p. 100!

Comment expliquer ces chiffres si différents? C'est que depuis 50 ans vous avez fait beaucoup, en ce pays, pour assainir la maison, l'atelier, la commune, diminuant ainsi les chances d'infection par les voies respiratoires, de beaucoup les plus fréquentes pour les enfants nourris au biberon.

Thorne-Thorne n'hésite pas à attribuer la progression de la tuberculose des enfants du premier âge à l'absence de toute surveillance des laiteries, de toute mesure interdisant l'usage du lait provenant de vaches atteintes de mammite tuberculeuse.

Tous ceux qui se sont occupés de la question du lait partagent l'avis de Thorne-Thorne.

C'est pourquoi je continuerai à crier demain comme hier : « Mères de famille, ne donnez pas de lait à vos enfants sans l'avoir fait bouillir! »

La prophylaxie de la tuberculose pulmonaire par la connaissance de son terrain.

MM. Albert Robin et **Maurice Binet**. — Depuis la découverte du bacille de Koch, on a singulièrement laissé de côté l'étude du terrain de la tuberculose. La phthisie ne se développe pas chez tous les individus contaminés.

Nous avons précédemment montré que, chez 72 p. 100 des phthisiques déclarés, il y avait une augmentation considérable de la consommation de l'oxygène et de la production d'acide carbonique et nous avons utilisé déjà cette particularité comme moyen de diagnostic précoce de la maladie.

Cette aptitude de l'organisme à se consumer exagérément existe aussi chez les descendants de tuberculeux dans la proportion de 60 p. 100 environ, d'après les recherches faites sur 27 héréditaires. L'alcoolisme et les divers modes de surmenage qui sont, de part l'observation universelle, des conditions prédisposantes de la phthisie, se caractérisent aussi par une augmentation de la consommation de l'oxygène et de la production d'acide carbonique.

L'aptitude exagérée de l'organisme à fixer l'oxygène et à faire de l'acide carbonique constitue, au moins, l'une des conditions du terrain propice à la tuberculose. Cette aptitude, facile à mesurer, est un acte commun à tous les états de déchéance qui conduisent à la phthisie.

On peut ainsi, de par les échanges respiratoires, diagnostiquer la prédisposition à la phthisie.

L'analyse des échanges respiratoires révèle une condition commune aux états de prédisposition et comporte l'indication de restreindre le pouvoir de l'organisme à fixer trop d'oxygène et à faire trop d'acide carbonique.

Nous publierons plus tard des recherches que nous avons faites sur les agents thérapeutiques capables de diminuer les échanges respiratoires. Nous pouvons dire, dès maintenant, que les grands médicaments traditionnels, comme les arsenicaux, les tanniques, l'huile de foie de morue, etc., restreignent les échanges.

Il y a donc des médications capables de modifier le terrain, et par l'examen des échanges on peut déterminer ces médications.

Ce mode de prophylaxie de la tuberculose qui s'adresse à son terrain, mérite d'attirer l'attention au même titre que celui qui consiste à poursuivre le bacille, et la lutte contre la tuberculose ne saurait être décisive sans son concours.

Aux mesures d'hygiène publique et privée actuellement édictées contre le bacille de la tuberculose, il faut donc ajouter l'examen du chimisme respiratoire de tous les individus soupçonnés de prédisposition.

Nous demandons de vouloir bien mettre cette étude à l'ordre du prochain Congrès de la tuberculose, et, dès le mois d'octobre prochain, le laboratoire municipal de thérapeutique de la Pitié sera à la disposition de tous ceux qui voudront collaborer avec nous à la définitive mise au point de cette orientation nouvelle de la prophylaxie, et peut-être du traitement de la tuberculose.

De l'influence comparée des climats et de la résistance individuelle dans la tuberculose expérimentale.

MM. Lannelongue, Achard et **Gaillard**. — Dans des publications antérieures, nous avons fait connaître les recherches que nous avons instituées pour déterminer expérimentalement l'influence des climats sur l'évolution de la tuberculose inoculée au cobaye. Le résultat de ces recherches fut assez imprévu; malgré les conditions en apparence les plus défavorables, ce sont les cobayes logés au laboratoire qui ont donné la mortalité la moins rapide, alors que les animaux placés à la campagne, au bord de la mer ou dans la montagne ont succombé plus vite.

Ainsi l'action du climat, dont la thérapeutique traditionnelle admet l'influence, sans préciser, il est vrai, comment elle s'exerce, ni même quel climat est le plus favorable, ne paraît nullement établie sur des bases expérimentales et vraiment scientifiques. Cette divergence entre les faits expérimentaux et le sentiment général des cliniciens commande l'attention. Elle fait, en tout cas, un singulier contraste avec la concordance parfaite qui règne, au contraire, entre l'observation clinique et l'expérimentation animale en ce qui concerne le rôle meurtrier de la fatigue musculaire, de l'alimentation restreinte, de l'inhalation de poussières : toutes conditions qui précipitent de la façon la plus manifeste l'évolution de la tuberculose, aussi bien chez l'homme malade que chez l'animal inoculé.

Les expériences que nous avons faites sur le rôle du climat sont intéressantes encore sous un autre rapport. Elles permettent de voir les variétés d'évolution qu'a présentées l'infection chez des animaux soumis à des conditions de nourriture et d'habitation identiques. Rappelons tout d'abord que ces recherches comprennent deux séries d'expériences : dans chacune de celles-ci, trois lots, comprenant chacun 50 cobayes inoculés en même temps dans la plèvre avec la même dose de virus, ont été placés dans des conditions climatériques différentes; dans la première expérience, un lot demeura au laboratoire, un autre fut envoyé à la campagne et le troisième dans la montagne. Par suite, dans chacun des lots, 50 cobayes infectés de même étaient soumis aux mêmes conditions de milieu. Or, ils n'en ont pas moins présenté des différences considérables quant à l'évolution de la maladie.

Tandis que certains cobayes mouraient de tuberculose généralisée au bout de six semaines, au contraire, chez quelques autres du même lot, au bout de quinze et dix-huit mois, les lésions n'étaient que minimes et étaient restées localisées, au thorax. C'est ainsi qu'à la fin de la première expérience, 3 cobayes du lot de la mer, 3 du lot de la campagne et 4 du lot du laboratoire n'avaient que des lésions très discrètes. Et il en était de même, dans la deuxième expérience, pour 1 cobaye de la montagne et pour 3 du laboratoire.

La résistance remarquable que certains cobayes ont présentée à la généralisation de la tuberculose pouvait-elle aller jusqu'à la guérison complète et à la disparition de la virulence? Cela reste douteux pour un certain nombre d'animaux qui sont morts sans offrir de lésions macroscopiques évidentes, mais

dont les organes n'ont été ni inoculés, ni examinés histologiquement. Toutefois, dans la première expérience, les organes des trois derniers survivants de chaque lot ont été inoculés à des cobayes sains. Or, ces inoculations ont fourni des résultats négatifs pour 3 cobayes : 2 d'entre eux, appartenant l'un au lot du laboratoire, l'autre au lot de la mer, ne présentaient pas de lésions macroscopiques ; le troisième, appartenant au lot de la campagne, avait dans ses poumons de très petits tubercules grisâtres. Il semble donc que, pour ces trois animaux au moins, l'infection avait avorté ou avait spontanément guéri.

Il nous a paru intéressant de rechercher quel était, au moment de la mort, le poids moyen des cobayes de chaque lot.

Pour la première série, au début de l'expérience, le poids moyen de chaque cobaye était de 554 grammes. Or, au moment de la mort, ce poids s'est abaissé à 452 pour le lot du laboratoire, 499 pour celui de la campagne, et 504 pour celui de la mer. Ce sont là, on le voit, des différences peu importantes. Pour la deuxième série, au début de l'expérience, le poids moyen était de 512 grammes. Au moment de la mort il était de 516 pour le lot du laboratoire, 511 pour celui de la montagne, et seulement 406 pour celui de la campagne. Mais, dans ce dernier lot, l'expérience, restée incomplète, s'est terminée accidentellement beaucoup trop tôt, au bout de 9 mois seulement; or, c'est dans les premières phases que le poids moyen était le plus bas, car dans les trois premiers mois il n'atteignit que 334 pour le lot du laboratoire, 436 pour celui de la montagne, et 350 pour celui de la campagne.

Bien entendu, la moyenne du poids ne saurait donner l'idée des différences particulières qui pouvaient se rencontrer dans chaque lot. Ainsi, certains animaux qui, au terme de l'expérience, n'avaient presque pas de lésions, avaient considérablement engraissé. Dans le lot de la montagne, un cobaye, tué 15 mois 1/2 après l'inoculation, pesait jusqu'à 1 180 grammes. Par contre, un autre, tué en même temps et dont le poids atteignait le chiffre déjà fort élevé de 950 grammes, avait, outre des tubercules pulmonaires, un foie criblé de petits tubercules et une grosse rate pesant 4 gr. 20.

Les différences remarquables que présentait l'évolution générale de la tuberculose chez ces animaux se retrouvent aussi lorsque l'on entre dans le détail des cas, et que l'on considère les lésions des divers organes. Disons tout de suite que l'influence du climat, en pareil cas, paraît tout à fait nulle, et que les différences se trouvent tout aussi accentuées parmi les animaux de chaque lot, soumis aux mêmes conditions d'habitation.

Dans la première série d'expériences, 149 autopsies ont pu être faites : 74 fois les lésions n'ont pas dépassé la cavité thoracique où, à vrai dire, elles avaient produit des désordres très variables comme forme et comme intensité, certains animaux ne présentant que des tubercules extrêmement petits et discrets, alors même que la mort était tardive, et d'autres ayant, au contraire, des lésions profondes et caséifiées. Chez 75 animaux, les lésions avaient dépassé le thorax et envahi les organes abdominaux, se généralisant au foie, à la rate, qui tantôt littéralement criblés de tubercules.

Dans la deuxième série, 120 autopsies ont été faites. Chez 64 animaux, les lésions étaient confinées au thorax, et chez les 56 autres elles étaient plus ou moins généralisées.

Parmi les lésions qui méritent d'être signalées, nous relèverons tout d'abord celles des cavités séreuses. Les pleurésies et les péricardites en forment la majeure partie. Ainsi la pleurésie séro-fibrineuse existait trois fois, et la pleurésie purulente quatre fois : dans un de ces cas, le pus a été examiné bactériologiquement et n'a pas donné de cultures sur les milieux usuels. La péricardite séro-fibrineuse a été notée six fois, l'association de pleurésie et de péricardite trois fois, et dans un de ces cas, avec suppuration.

En outre, chez un grand nombre d'animaux, les plèvres étaient le siège d'adhérences, notamment du côté de l'inoculation, et le péricarde présentait aussi des adhérences ou des épaississements. Chez deux animaux, il y avait même une symphyse cardiaque, absolument complète dans un cas. La péritonite a été rencontrée cinq fois, dont trois avec exsudats purulents.

Plusieurs fois nous avons rencontré des épanchements hémorrhagiques : hémorrhagie du péricarde seul chez un animal, du péricarde et du péritoine chez un second, péricardite hémorrhagique avec épaississement et végétation de la séreuse chez trois autres. L'un de ces cas était particulièrement remarquable par l'abondance de l'hémorrhagie : le péricarde distendu avait le volume d'une grosse prune et pesait avec le cœur 25 gr. 50; cette lésion avait provoqué de l'ascite et une stase veineuse dans le foie, qui offrait l'aspect du foie muscade.

Le péritoine a été, chez six animaux, le siège d'une hémorrhagie. En pareil cas, le point de départ en était la rate, qui apparaissait volumineuse, rouge, violacée, friable et déchirée, alors que les autres viscères étaient exsangues : il s'agissait, en somme, d'infarctus splénique avec rupture et hémorrhahie. C'est un accident qui est assez particulier à la tuberculose généralisée du cobaye et qui n'est pas exceptionnel, si nous en jugeons d'après ce que nous avons pu observer dans d'autres séries d'expériences.

La rate présentait, d'ailleurs, chez les divers animaux, des lésions extrêmement variables comme aspect morphologique.

Dans nombre de cas (103), elle ne laissait apercevoir aucune modification, ou bien n'avait subi qu'une augmentation de poids insignifiante, n'excédant pas 1 gramme. Chez 126 animaux, son poids était compris entre 1 et 5 grammes; chez 27, entre 5 et 10; chez 10, entre 10 et 15; une fois il atteignit 16 gr. 10 et une autre fois le chiffre énorme de 37 gr. 50, soit plus du dixième du poids de l'animal. Ces hypertrophies considérables étaient dues à des infarctus.

La surface de l'organe était tantôt lisse, tantôt granuleuse ou bosselée, tantôt enfin fissurée par des bandes scléreuses et comme ficelée. Les lésions spécifiques se montraient soit sous la forme de petits tubercules très discrets, soit de nodules plus ou moins volumineux et caséeux, soit de caséification plus ou moins étendue, totale même dans un cas.

Nous n'insisterons pas sur l'état du foie qui offrait toute la série des altérations qui ont été maintes fois décrites : tubercules à divers états, dégénérescence cellulaires et sclérose.

Mais nous signalerons encore un accident relativement rare, la paraplégie, qui a été rencontrée cinq fois. Elle était due, dans un de ces cas, à une lésion du rachis qui présentait une déviation angulaire, véritable gibbosité pottique. Mais, dans les autres cas, aucune lésion visible ne fut trouvée dans le rachis, ni dans la moelle.

Voilà donc toute une série de lésions fort disparates qui se sont développées chez des animaux infectés de même et placés dans les mêmes conditions de milieu et de nourriture. Il est impossible, en présence de ces faits, de ne pas être frappé de l'importance des conditions individuelles propres à chaque animal, et qui ont déterminé soit une évolution généralisée du processus tuberculeux, soit une prédominance des altérations en certains organes, c'est-à-dire une localisation, soit la forme de la lésion dans chaque organe en particulier. En d'autres termes, le rôle des causes internes dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle le terrain, apparaît ici d'une façon des plus manifestes.

Si l'on considère que les lésions si variées que nous venons de passer en revue ont, pour la plupart, leurs homologues en pathologie humaine, on peut comparer les résultats de nos recherches expérimentales avec ce qu'on observe chez l'homme tuberculeux. C'est aussi le terrain qui détermine, chez lui, la modalité des lésions; c'est encore le terrain qui régit la marche générale de l'infection. Les chances de contamination tuberculeuse sont, en effet, les mêmes, à peu de chose près, pour un très grand nombre de sujets humains; la porte d'entrée de l'infection est aussi presque toujours la même. Or, il en est qui résistent ou n'ont qu'une infection minime qui reste entièrement méconnue et qui avorte, ne se révélant qu'à l'autopsie par la présence de quelques granulations fibreuses. Et le nombre de ces hommes résistants est relativement considérable plus grand, certes, que pour nos cobayes. C'est que, d'une part, la réceptivité pour la tuberculose est moindre pour l'homme que pour le cobaye, et d'autre part, que l'inoculation se fait, d'ordinaire, chez l'homme, lentement par petites doses, et non d'une façon intense et brutale comme dans nos expériences.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'injection intra-vertébrale de cocaïne en thérapeutique médicale,

(Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux* (Séance du 26 juillet 1901),

Par MM. Ch. Achard et Ch. Laubry.

L'un de nous, dans des communications antérieures, a fait ressortir, avec plusieurs observations à l'appui, les avantages que la thérapeutique médicale peut retirer de la cocaïne administrée méthodiquement en injections intra-rachidiennes dans les affections douloureuses de diverses natures (1). La publication de ces faits a été le point de départ d'une série de communications sur le même sujet. Nous avons, nous-mêmes, poursuivi nos recherches et recueilli plusieurs observations nouvelles qui permettent de mieux apprécier la valeur de ce moyen thérapeutique.

Un mot d'abord sur la *technique* employée.

Nous avons coutume de faire l'injection de cocaïne dans la cavité arachnoïdienne, en introduisant l'aiguille latéralement, à la hauteur des crêtes iliaques. Nous opérons de préférence les malades dans le décubitus latéral, sur le côté où nous pratiquons la piqûre. Nous employons volontiers des aiguilles fines, en platine iridié. Elles ont l'inconvénient d'être un peu flexibles et de se laisser déformer lorsque les malades peu dociles font des mouvements, mais elles offrent l'avantage de ne point se briser. Un autre de leurs inconvénients est qu'en raison de leur faible calibre, elles se laissent obturer facilement, soit par un petit caillot, soit par un filet nerveux ou un repli de membrane; mais il est aisé, en général, d'y remédier, soit en faisant un peu d'aspiration avec une seringue stérilisée, soit même en déplaçant simplement l'aiguille et en la retirant légèrement, soit enfin en y introduisant un fil métallique flambé.

Plusieurs fois, nous avons fait l'injection en dehors des méninges. Dans certains cas, c'était d'une façon tout à fait involontaire : l'aiguille avait pénétré dans le canal rachidien, mais aucun liquide n'en était sorti, même après aspiration; et l'absence d'anesthésie cutanée consécutive à l'injection montrait bien que l'alcaloïde n'avait pas pénétré dans la cavité arachnoïdienne. D'autres fois, c'est volontairement que nous avons pratiqué l'injection en dehors des méninges, dans le canal sacré, par la voie de l'espace sacro-coccygien, suivant la technique indiquée par M. Sicard et M. Cathelin.

La dose que nous injectons dans la cavité arachnoïdienne est de 1 centigramme. Il nous a paru qu'avec cette dose les accidents consécutifs étaient rares. Lorsque nous faisons l'injection en dehors des méninges, dans le canal sacré, nous employons la dose de 2 centigrammes que nous diluons dans une assez grande quantité, 4 ou 5 centimètres cubes, d'eau salée, afin d'obtenir que le liquide diffuse assez loin dans le tissu conjonctif intra-rachidien et impressionne ainsi un grand nombre de racines médullaires, ce qui semble particulièrement utile quand la douleur occupe un siège un peu élevé.

Les accidents que nous avons observés à la suite de l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne consistent en vertiges, notamment chez les sujets âgés et athéromateux, en céphalalgie parfois assez persistante, vomissements, élévation passagère de la température et quelquefois sueurs et diarrhée. Les vertiges avec état lipothymique sont, parmi ces accidents, ceux qui se présentent avec l'apparence la plus inquiétante. Or, nous croyons que la plupart d'entre eux peuvent être évités en prenant certaines précautions. Nous n'observons plus guère de vertiges depuis que nous opérons les malades couchés, ni de vomissements quand les malades s'abstiennent de manger pendant quelques heures (1).

La céphalée n'est pas rare, mais le plus souvent elle n'est pas très vive. Chez quelques malades, par contre, elle a été fort pénible. Quelquefois, elle persiste, en s'atténuant, pendant plusieurs jours.

Chez deux sujets, nous avons observé de l'herpès de la face, précédé de céphalalgie intense : nous ne faisons que signaler ici cette éruption sur laquelle nous nous proposons de revenir (2).

Tous ces phénomènes, plus bruyants que graves, doivent être attribués, pensons-nous, à l'action toxique de la cocaïne. Mais il ne faudrait pas non plus en exagérer la fréquence et imputer à la cocaïne tous les troubles éprouvés par les malades dans les jours qui ont suivi l'injection. Ainsi, chez un jeune garçon atteint de sciatique, nous avons observé, quelques jours après une injection, de petites poussées fébriles et de la céphalalgie ; nous avions attribué tout d'abord ces phénomènes à la cocaïne, mais bien à tort, car ils étaient dus au début d'une rougeole qui évolua d'une façon tout à fait classique.

Injections lombaires. — Outre les cas déjà publiés, nous avons traité 22 malades nouveaux. Les résultats peuvent être partagés en trois groupes, selon que le soulagement a été nul, moyen ou considérable. Cette division est, sans doute, un peu arbitraire et nous ne nous

1. Ch. Achard. L'injection intra-rachidienne de cocaïne dans le traitement de quelques affections douloureuses (*Soc. de neurologie*, 7 mars 1901 ; *Revue neurologique*, 15 mars, p. 273. — Sur l'injection intra-rachidienne de cocaïne appliquée à la thérapeutique médicale (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 19 avril 1901, p. 351).

1. Quelques-uns de ces accidents, notamment la céphalée, peuvent suivre la simple ponction lombaire, sans injection de cocaïne.

2. Pulle, l'un des premiers cliniciens qui aient appliqué l'injection intra-rachidienne de cocaïne à la thérapeutique médicale, a également observé de l'herpès.

dissimulons pas qu'il est malaisé de mesurer des troubles tout subjectifs comme les douleurs. Cependant le médecin peut apprécier certaines manifestations extérieures de la douleur : lorsqu'on voit cesser rapidement une crise violente de tabes, se calmer subitement et s'endormir un malade atteint de colique de plomb qui vomissait et se tordait dans son lit, lorsqu'on voit un manœuvre, empêché de travailler depuis 6 semaines par une sciatique rebelle à tous les traitements, soulagé à tel point que du jour au lendemain il reprend son métier de fort des halles, lorsqu'on voit un sujet, immobilisé depuis 3 semaines par les douleurs consécutives à un zona, cesser de se plaindre, se lever et marcher, il nous semble qu'on est en droit de qualifier le soulagement de considérable. Les trois catégories que nous adoptons nous semblent donc faciles à établir et permettent de se rendre snffisamment compte des résultats du procédé thérapeutique.

I. — Dans la première catégorie, se placent 3 malades chez qui le soulagement a été nul ou insignifiant. Il s'agit :

1) D'un lumbago chronique pour lequel trois injections furent faites;

2) D'un zona thoracique inférieur;

3) D'une sciatique;

Nous n'avons noté dans ces cas aucun accident cocaïnique, si ce n'est un vertige chez le premier malade, qui avait été opéré dans la position assise.

II. — La seconde catégorie comprend 10 malades :

4) Un saturnin, en pleine colique de plomb, cessa de souffrir pendant 5 heures;

5) Une tabétique en pleine crise de douleurs fulgurantes fut soulagée pendant 5 heures;

6) Un autre tabétique eut ses douleurs atténuées d'une façon durable après l'injection;

7) Une troisième tabétique, souffrant d'une crise gastrique, cessa de vomir pendant une vingtaine d'heures; mais ses douleurs, siégeant surtout à la base du thorax, persistèrent pendant ce temps;

8) Dans un cas de zona thoracique inférieur, une première injection produisit la sédation de la douleur pendant 5 heures, et une deuxième qui ne pénétra pas dans l'intérieur de la séreuse, pendant 2 heures;

9) Un malade, atteint de douleurs vagues dans les membres inférieurs et dans la région lombaire, eut sa douleur atténuée à la suite de l'injection;

10-12) Un malade atteint de sciatique fut soulagé pendant 2 jours par une première injection, et une deuxième amena une sédation persistante.

Une atténuation durable et un soulagement de quelques jours furent encore obtenus dans deux autres sciatiques;

13) Enfin, un malade également atteint de sciatique et à qui nous avons fait 5 injections par la voie lombaire sans que l'aiguille ait jamais pénétré dans la cavité arachnoïdienne, bien qu'elle fût certainement dans l'intérieur du rachis, a eu chaque fois un soulagement marqué, lui permettant de faire des mouvements qu'il ne pouvait exécuter auparavant : selon ses propres termes, depuis 8 mois il n'avait pu en faire autant. Seulement ce soulagement durait quelques heures et les douleurs revenaient ensuite, moins fortes toutefois que par le passé; en somme, quand il quitta l'hôpital, il se trouvait amélioré notablement.

Dans la plupart de ces cas (8 sur 10), nous avons observé divers troubles imputables à la cocaïne : céphalée seule ou avec vomissements. Deux malades atteints de sciatique (n° 10) et de douleurs lombaires (n° 9) en furent seuls exempts. Deux sujets atteints de colique de plomb (n° 4) et de sciatique (n° 13) eurent en outre les herpès dont nous avons parlé plus haut.

Ces inconvénients de la cocaïne, si fréquents dans cette catégorie de malades, a sans doute amoindri d'une façon notable le soulagement final que les malades auraient pu éprouver si l'injection n'avait donné lieu à aucun trouble. Cette constatation laisse donc à penser que si l'on parvenait à supprimer les phénomènes toxiques, on observerait en proportion plus élevée les cas de soulagement considérable rentrant dans le groupe suivant.

III. — Ce 3e groupe, qui ne comprend que les beaux succès de la méthode, compte 9 malades :

14) Chez une tabétique en pleine crise douloureuse, la crise fut arrêtée et, à la suite, la malade fut débarrassée pendant plus de 15 jours des douleurs moins vives qu'elle ressentait habituellement dans l'intervalle des paroxysmes;

15) Une femme d'une soixantaine d'années, auprès de qui l'un de nous fut appelé par le Dr Marcel Durand (de Montreuil-sous-Bois) et qui souffrait depuis 3 semaines, à la suite d'un zona abdomino-crural, de douleurs très vives, irradiées dans le crural et le sciatique, douleurs empêchant tout repos, immobilisant la malade au lit, résistant à tous les calmants et même à des injections de morphine à la dose de 6 centigrammes par jour, fut soulagée 15 heures après l'injection de cocaïne, à tel point que, d'après les renseignements qui nous ont été obligeamment communiqués 8 jours après par le Dr Durand, elle put se lever et marcher le lendemain de l'injection et reprendre ses occupations les jours suivants;

16) Un saturnin atteint de colique de plomb, qui vomissait et se tordait sur son lit, qui n'avait obtenu qu'une demi-heure de soulagement par une injection de 2 centigrammes de morphine faite la veille, et n'avait pu dormir malgré 10 centigrammes d'extrait d'opium, eut sa crise arrêtée net par l'injection de cocaïne, s'endormit pendant 2 heures, et resta 5 heures sans souffrance;

17) Un autre saturnin, souffrant depuis 2 jours, eut ses douleurs calmées pendant 4 heures 1/2 par une première injection, et pendant 2 heures par une seconde faite le lendemain;

18-20) Chez 3 sujets atteints de sciatique, la douleur disparut et le soulagement persistait lorsque les malades furent revus de 5 à 15 jours après l'injection; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une sciatique ancienne, avec atrophie musculaire;

21) Un terrassier atteint brusquement de lumbago en soulevant une pierre, éprouva après l'injection, malgré une céphalalgie d'un jour, une amélioration très grande qui lui permit de marcher, de se baisser, de se tenir à cloche-pied, et qui alla en s'accentuant les jours suivants;

22) Dans un cas de névralgie iléo-lombaire datant de 6 semaines, la douleur fut supprimée pendant 8 jours par une première injection et le lendemain le malade reprit son métier de fort aux Halles. Une deuxième injection procura encore un soulagement, malgré la céphalée et les vomissements qui s'ensuivirent.

Ce sont là, d'ailleurs, avec la céphalée du précédent malade, les seuls accidents cocaïniques de ce groupe de cas, outre un vertige avec sensation lipothymique éprouvé par la malade de Montreuil qui avait été opérée dans la position assise.

Telles sont les observations nouvelles que nous avons recueillies. Dans nos notes antérieures, nous avons rapporté 9 cas, savoir : 1 colique de plomb qui n'éprouva qu'un soulagement insignifiant; 1 zona et 3 sciatiques qui obtinrent un soulagement moyen; enfin 2 tabétiques, 1 zona et 1 priapisme douloureux chez qui le soulagement fut considérable. En réunissant tous ces faits, nous arrivons donc au total de 31 malades comprenant : 4 insuccès, 14 cas de soulagement moyen et 13 cas de soulagement considérable.

Injections extra-méningées. Comparaison avec les injections intra-méningées. — Nous avons pratiqué surtout l'injection de cocaïne par la voie lombaire et dans l'intérieur de l'arachnoïde. Toutefois, comme nous l'avons dit plus haut, nous avons fait aussi un certain nombre d'injections en dehors des méninges. Ainsi, chez un malade (n° 13) nous n'avons jamais pu, à 5 reprises, pénétrer dans la cavité séreuse, et, à vrai dire, le soulament n'a été que temporaire et l'une des injections a provoqué de l'herpès, de la céphalée, des vomissements.

Chez un autre, atteint de zona (n° 8), une des deux injections ne fut pas pénétrante, et elle procura aussi un soulagement moindre que l'injection pénétrante.

Enfin, nous avons employé l'injection extra-méningée dans le canal sacré chez 10 malades.

Chez un sujet souffrant de douleurs sacrées très vives, symptomatiques d'une suppuration pelvienne, le soulagement fut insignifiant. Chez une femme atteinte de sciatique, probablement symptomatique d'un néoplasme utérin, la sédation fut assez marquée.

Dans les 8 autres cas, nous avons comparé chez le même sujet les effets de l'injection sacrée à ceux de l'injection lombaire. Une seule fois dans une colique de plomb (n° 4) l'injection sacrée fut suivie d'une sédation définitive de la douleur, tandis que l'injection intra-arachnoïdienne n'avait produit qu'un soulagement de 5 heures : il est vrai que la maladie était peut-être parvenue à la fin naturelle de sa crise, car l'injection sacrée fut faite 2 jours après l'injection lombaire.

Dans 3 cas, ni les injections sacrées, ni les injections lombaires n'ont procuré de soulagement véritable : il s'agit de la première catégorie des observations précédentes (n°s 1 à 3).

Dans les quatre cas restants, l'injection sacrée a produit des effets inférieurs à l'injection lombaire. Une colique de plomb (n° 16), arrêtée 5 heures par une injection lombaire, ne fut soulagée ensuite que 2 heures par une injection sacrée faite 2 jours après. Une autre colique de plomb (n° 1), soulagée 4 heures 1/2 durant par une première injection lombaire et 2 heures par une seconde, le fut moins complètement par l'injection sacrée faite 2 jours après la deuxième injection lombaire.

La douleur d'un zona thoracique (n° 8), soulagée 5 heures par une injection lombaire pénétrante et 2 heures par une injection non pénétrante, ne le fut aucunement par l'injection sacrée faite dans l'intervalle des deux injections lombaires le lendemain de la première et 2 jours avant la seconde.

Enfin, le malade atteint de sciatique (n° 13), chez qui 5 injections lombaires restèrent extra-méningées et procurèrent un soulagement plus ou moins passager, ne ressentit aucune amélioration à la suite de 2 injections sacrées.

Il résulterait donc de cette comparaison que l'injection intra-arachnoïdienne serait généralement plus efficace que l'injection sacrée. Mais il n'entre pas dans notre pensée de n'admettre et de ne préconiser qu'un seul mode de traitement de la douleur. Tous les moyens sont bons qui guérissent : il s'agit de les employer avec discernement et suivant les cas.

Or chacun des deux procédés qui ont été proposés pour anesthésier par la cocaïne les racines médullaires a des avantages et des inconvénients.

La technique est considérée comme plus facile pour l'injection sacrée que pour l'injection intra-arachnoïdienne. Il est possible, en effet, qu'on réussisse plus vite et plus sûrement l'injection sacrée que l'injection lombaire intra-méningée. Mais, en ce qui concerne cette dernière, la difficulté technique ne nous semble pas bien sérieuse, car, avec un peu de pratique, on parvient toujours à pénétrer dans le canal vertébral, et le seul mécompte qui puisse arriver à l'opérateur serait de ne point percer la dure-mère et de faire, par conséquent, l'injection dans le tissu conjonctif extra-méningé; c'est-à-dire qu'on se trouverait ramené au cas de l'injection sacrée : on pourrait alors forcer un peu la dose de cocaïne, comme on le fait par la voie sacrée.

Les effets de l'injection de cocaïne, en dedans ou en dehors des méninges, sont les uns heureux, les autres fâcheux. L'injection intra-méningée amène le plus souvent un soulagement plus accentué comme intensité et comme durée. L'injection sacrée est à peu près exempte des inconvénients de la cocaïne, qui existent dans une proportion assez considérable avec l'injection intra-méningée. Il se peut qu'on parvienne quelque jour à supprimer ces inconvénients, et alors l'injection intra-arachnoïdienne nous paraîtra devoir être préférée généralement; mais, dans l'état actuel, on doit compter avec eux.

Il y a donc lieu, en somme, de mettre en balance, d'une part, avec l'injection intra-méningée, la possibilité d'accidents sans gravité, mais désagréables, et l'espérance d'un soulagement plus notable; d'autre part, avec l'injection sacrée, la certitude à peu près complète d'éviter tout désagrément et la probabilité d'un soulagement moindre. Or, on peut avoir des motifs de préférer suivant les cas l'un ou l'autre procédé. Ainsi l'injection intra-arachnoïdienne conviendra particulièrement en cas de douleur très violente et quand le malade pourra rester couché quelques heures afin de parer le plus possible aux désagréments éventuels de l'intoxication. L'injection sacrée s'appliquera bien plutôt aux cas où la douleur n'est pas d'une extrême acuité et où le malade ne peut être immobilisé quelque temps.

Quelques particularités de la cocaïnisation intra-rachidienne. — Enfin, il faut s'attendre à ce que tel malade se trouve mieux de tel ou tel procédé. Car il est assez curieux de voir combien les effets des injections de cocaïne peuvent varier non pas seulement d'un malade à l'autre, mais encore chez un même sujet, et cela, que l'injection ait été faite dans les méninges ou à côté. Cette variabilité qui se voit pour les bons effets de la médication se retrouve aussi pour les mauvais. Ainsi le malade (n° 13) qui reçut 5 injections non pénétrantes n'eut d'accidents qu'une fois, à la troisième. Un autre malade (n° 22) qui avait éprouvé un soulagement considérable par une première injection intra-méningée, eut des accidents à la seconde. On ne peut donc attribuer ces accidents à une susceptibilité particulière de certains sujets à l'alcaloïde.

Une autre particularité de la cocaïnisation, aussi bien intra qu'extra-méningée, consiste en ce que la sédation de la douleur se fait quelquefois attendre plusieurs heures; mais ce soulagement tardif n'est pas pour cela

moins vif ni moins durable, témoin ces deux femmes atteintes de crise tabétique (n° 14) et de douleurs consécutives au zona (n° 15), chez qui l'accalmie ne survint qu'au bout d'une quinzaine d'heures et qui sont précisément des exemples de soulagement remarquablement prolongé.

D'ailleurs, que l'amélioration soit immédiate ou tardive, sa durée dépasse parfois de beaucoup ce que l'application de la méthode à l'anesthésie chirurgicale pouvait laisser prévoir. La sédation survit manifestement dans certains cas à la présence de la cocaïne dans les racines nerveuses. Peut-être la suppression de l'excitation douloureuse pendant quelque temps rend-elle les centres sensitifs moins excitables, en sorte qu'ils se déshabituent en quelque manière de réagir aussi vivement. Peut-être encore l'afflux leucocytaire minime que provoque l'injection opère-t-il dans les méninges ou dans le tissu conjonctif voisin une révulsion très légère, histologique pourrait-on dire, qui s'exerce pendant quelques jours et prolonge ainsi les bons effets de l'analgésie directement produite par la cocaïne.

En somme, de nos propres observations et de celles qui ont été publiées dans ces derniers temps par divers auteurs, il nous semble permis de conclure que la cocaïnisation intra-rachidienne avec ses deux variantes intra et extra-méningée, répondant chacune à des indications propres, mérite de prendre rang dans le traitement de la douleur et qu'elle est même, parmi les acquisitions récentes de la thérapeutique médicale, une des meilleures.

Certes, la cocaïne était déjà depuis assez longtemps d'un emploi courant en médecine : il ne s'agit donc pas à proprement parler d'une méthode nouvelle. Car ce qui constitue ici le principe et l'essence de la méthode, c'est l'imbibition des conducteurs nerveux par une substance analgésiante; c'est *l'anesthésie de conduction*. Or, cette anesthésie peut être produite au moyen de la cocaïne par divers procédés agissant à l'extrémité des nerfs (cocaïnisation périphérique), sur leur trajet (cocaïnisation fasciculaire), à leur racine (cocaïnisation radiculaire).

Mais la *cocaïnisation radiculaire* ou *radiculo-médullaire*, exécutée dans le rachis au moyen des deux variantes en usage — en dedans ou en dehors des méninges — a le grand avantage d'être d'une application beaucoup plus sûre que la cocaïnisation fasciculaire. Car les racines sensitives sont plus facilement accessibles que le trajet de la plupart des nerfs correspondants ; de plus, en agissant sur elles, on est beaucoup plus certain d'atteindre ceux des conducteurs sensitifs auxquels revient la responsabilité de la transmission douloureuse, et aussi de les atteindre au-dessus du point d'où partent les excitations algésiogènes.

La cocaïnisation intra-rachidienne est susceptible de réussir là où les autres moyens ont échoué : c'est ce que nous avons observé chez plusieurs de nos malades, traités auparavant par divers médicaments internes, par la révulsion faite avec des vésicatoires, des pointes de feu, des pulvérisations de chlorure de méthyle. Elle s'est même montrée parfois plus efficace que l'injection de morphine, sur laquelle elle possède l'avantage incontestable de ne pas être à la disposition du malade lui-même : aussi, nous paraît-elle particulièrement indiquée chez les sujets que l'on voudra préserver de la morphinomanie.

Malgré son utilité, que nous avons cherché à mettre en relief, elle n'est évidemment pas appelée à supplanter et à faire tomber en désuétude toutes les autres médications de la douleur. D'abord, elle n'est guère applicable jusqu'à présent qu'aux douleurs occupant la partie sous-diaphragmatique du corps. Puis, si on l'a surtout employée jusqu'ici en dehors de toute autre thérapeutique, afin d'en bien dégager les effets, il est clair qu'il y a tout avantage, au contraire, à en combiner l'usage avec celui des autres remèdes, car elle ne les exclut nullement.

Enfin, il faut s'attendre à la voir échouer à son tour là où d'autres traitements réussiront. Mais n'en est-il pas ainsi de tous les remèdes faisant partie de cette thérapeutique de la douleur, dont le grand luxe de moyens contraste parfois, suivant une remarque souvent faite, avec la pauvreté de leur action?

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Larger (E.-Henri). *Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence, d'après R. Larger (de Maisons-Laffitte).* N° 484. (Vigot frères.)

M. Rozoy (Léon). *Du redressement de la gibbosité et du traitement opératoire de la pa r plégie.* N° 465. (Imp. de la Faculté de médecine.)

M. Cruchaudeau (Georges-Ernest). *Contribution à l'étude clinique de la syphilis conceptionnelle au point de vue oculaire.* N° 497. (A. Maloine.)

M. Jodin (H.). *Contribution à l'étude des adénomes du rectum.* N° 526. (L. Boyer.)

M. Simonin (Henri). *Contribution à l'étude des tumeurs blanches du poignet.* N° 547. (Jules Rousset.)

Nous nous bornons à signaler cette intéressante thèse, une longue note sur ce sujet ayant été communiquée par R. Larger à la *Société de chirurgie* (Voir *Gazette*, 1901, p. 677).

Le premier fait qui ressort de la thèse de M. Rozoy est que le *redressement brusque* de la gibbosité pottique a été abandonné par tous les chirurgiens, y compris le Dr Calot lui-même. Le *redressement lent* et progressif par étapes successives à l'aide de machines à extension diverses, avec ou sans chloroforme, conserve de nombreux partisans; il semble indiqué dans les cas de paraplégie récente, de gibbosité non ankylosée; dans les cas de gibbosité ankylosée, il corrige les déviations paragibbeuses; mais il n'existe pas encore dans la littérature médicale d'observation de résultat définitif vraiment probant. Presque tous les auteurs sont d'accord à dire que les radiographies de Redard, Calot et Ducroquet ne prouvent rien et la plupart doutent de la possibilité de la consolidation ou, s'ils l'admettent, ils n'en donnent aucune preuve, car personne n'a encore pu montrer le rachis consolidé d'un malade antérieurement redressé. Au contraire, toutes les autopsies faites jusqu'à ce jour ont prouvé l'absence de consolidation.

Comme dans les cas ordinaires de maux de Pott, la mortalité opératoire après *opération pour paraplégie pottique* est plus grande chez les adultes que chez les enfants. Plus le siège est élevé, plus la mortalité est grande; il n'est pas prouvé qu'il y ait une époque meilleure qu'une autre pour opérer et il est impossible d'établir à quelle époque une opération doit être entreprise; aucun chirurgien n'interviendra quand il y a d'autres lésions tuberculeuses ou des eschares sérieuses; la fièvre hectique n'est pas une contre-indication pour tous les auteurs; de toutes les opérations, la costo-transvectomie paraît être celle qui ait donné les meilleurs résultats, mais il ne faut pas oublier

qu'à la suite, la fistule peut rester de longues années sans se fermer. Le traitement opératoire ne donne pas de meilleurs résultats dans la paraplégie que le traitement médical. Tandis que par le traitement médical ou la simple abstention, 40 p. 100 guérissent après plus ou moins de temps, et qu'un grand nombre sont sérieusement améliorés, le traitement opératoire donne comme résultat très peu de guérisons, des améliorations la plupart passagères qui n'empêchent pas du reste les malades de mourir dans une forte proportion de 60 à 70 p. 100, qui doit être encore plus grande que ne le donnent les statistiques, tous les cas défavorables étant moins souvent publiés que les autres.

Le redressement et les opérations resteront donc des traitements d'exception applicables dans un très petit nombre de cas. mais ne seront jamais une méthode générale de traitement. Le repos et l'immobilisation sont encore et toujours le seul traitement efficace et de la gibbosité et de la paraplégie.

La syphilis conceptionnelle se comporte, au point de vue oculaire, comme la syphilis ordinaire. L'état grisâtre de la papille, constaté chez des vieillards dont l'acuité visuelle est mauvaise, se retrouve chez les spécifiques jeunes, à l'état de « stigmate », avec les mêmes conséquences, ce qui montre bien l'action sénilisante de la syphilis sur la papille comme sur le reste du fond de l'œil. Cette action sénilisante explique probablement l'hypermétropie précoce que M. Cruchaudeau a constatée fréquemment dans ses observations. De même encore, il a observé les mêmes particularités chez les spécifiques et chez les vieillards pour la vision dn vert et du bleu. Le Dr Antonelli avait soupçonné la syphilis congénitale d'être une cause fréquente d'amblyopie et de myopie monoculaire; M. Cruchaudeau constate l'influence de la syphilis sur la myopie et il rapporte deux observations de myopie monoculaire forte et d'autres observations de myopie forte et faible dans nos syphilis ordinaires et conceptionnelles. Dans un de ses cas de syphilis ordinaire, il a constaté une atrophie partielle du nerf optique. Suivant la recommandation de Terson, d'Antonelli, etc., la thérapeutique des manifestations oculaires de la syphilis doit toujours être entreprise. Le traitement de l'atrophie tabétique du nerf optique par le nitrite de soude ne nous a donné aucun résultat dans les 3 cas que l'auteur a soignés (syphilis conceptionnelle et syphilis acquise). Après Trantas et Antonelli, avec des documents nombreux et probants à l'appui, il insiste sur ce point que l'examen des yeux devrait toujours être systématiquement pratiqué, toutes les fois que cela serait possible, surtout chez les syphilitiques; on arriverait, alors, à modifier beaucoup les notions connues sur le pourcentage et la fréquence des manifestations oculaires de la syphilis.

Les adénomes du rectum, auxquels M. Jodin consacre sa thèse, peuvent se rencontrer chez l'enfant et chez l'adulte. L'enfant présente le plus souvent un polype mou, petit et bien pédiculé; l'adulte, au contraire, des tumeurs généralement plus grosses, plus dures et plus sessiles. La cause de ces tumeurs reste encore à démontrer; l'influence des parasites incriminée par quelques auteurs n'est pas certaine.

Dans un certain nombre de cas, on a constaté de véritables polyposes du rectum, de l'S iliaque et même de tout le gros intestin. La structure histologique paraît être à peu de chose près la même dans tous les cas.

Les symptômes sont constitués par des troubles mécaniques dans la circulation des matières, par des phénomènes réflexes, de la rectite et des rectorrhagies. Quand le polype est procident, le diagnostic s'impose; mais dans tous les cas, il faut faire le toucher rectal pour s'assurer du siège et de l'implantation, ainsi que du nombre des tumeurs. On peut observer une modification de l'état général rappelant de près la cachexie.

La récidive, après extirpation, est possible, mais c'est toujours une récidive sur place qui se fait aux dépens d'un reste de pédicule. Le pronostic, essentiellement bénin pour l'adénome pédiculé chez l'enfant, comporte des réserves beaucoup plus grandes chez l'adulte, surtout dans les cas de prolifération polypeuse tendant à se généraliser au gros intestin. Suivant beaucoup d'auteurs, on devrait craindre dans ces cas la dégénérescence maligne.

Le traitement consiste dans l'extirpation de ces adénomes, et le procédé à employer varie suivant le volume et surtout le siège plus ou moins élevé et le nombre des tumeurs. Les unes seront facilement abordées par les voies naturelles; les autres relèveront d'une intervention large, par la voie sacrée, le plus souvent.

Etant donnée la déformation du poignet et la guérison des tumeurs blanches, quand elle s'opère, se faisant avec ankylose, il faudra veiller à ce que cette ankylose se fasse en bonne position. Lors donc que l'on remarquera une certaine laxité des ligaments, une mobilité excessive de l'articulation radio-carpienne, on s'efforcera, à l'aide d'un bon appareil contentif, de maintenir les organes en bonne position. Comme traitement, M. H. Simonin, recommande le chlorure de zinc en injections : joint à l'immobilisation il peut amener la guérison absolue des tumeurs blanches, et cela avec d'autant plus de chances de succès, que le traitement est institué d'une façon plus précoce et qu'il est fait chez des sujets plus jeunes.

Chez l'adulte, le chlorure de zinc, s'il n'amène pas une guérison complète, arrête du moins, les progrès des fongosités et paraît être la meilleure préparation à la résection des parties malades, qui sera faite consécutivement s'il y a lieu. Agir ainsi c'est bloquer l'ennemi, l'enserrer dans une muraille, avant de l'aborder en face.

Il est bien évident qu'en même temps on ne doit pas négliger la thérapeutique générale et l'hygiène, la suralimentation et la vie au grand air qui, chez les jeunes surtout, donneront souvent des résultats merveilleux.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Stigmates de dégénérescence chez les enfants des pellagreux et sur la pellagre héréditaire, par Antonini (*Gazetta medica di Torino*, nos 26 et 27; 27 juin et 4 juillet 1901). — L'auteur a trouvé que sur 59 pellagreux héréditaires, 38 présentaient des stigmates de dégénérescence (62 p. 100); sur 98 cas de pellagre non héréditaire examinés au même point de vue, les caractères dégénératifs n'ont été rencontrés que 18 fois (17,9 p. 100). Par conséquent la clinique établit que les descendants des pellagreux subissent des arrêts ou des déviations du développement plus fréquemment que les enfants issus de familles normales. Ainsi se trouve confirmée l'opinion de Ceni qui a démontré expérimentalement le pouvoir tératogène du sang des pellagreux.

En ce qui concerne la capacité cranienne des pellagreux, fils de pellagreux, on la constate bien plus souvent au-dessous de la moyenne que chez les pellagreux non héréditaires. C'est une différence analogue à celles que l'on observe entre une série de crânes de criminels et une série de crânes de normaux, entre une série de crânes d'aliénés et une série de crânes de normaux. Cette constatation a une grande valeur démonstrative de la dégénérescence dans la descendance des pellagreux.

Contribution clinique à l'étude de la paralysie spinale et spasmodique syphilitique de Erb, par E. Tramonti (*Rivista mensile di Neuropatologia e Psichiatria*, n° 12, juin 1901). — L'auteur fait ressortir les différences entre la paralysie spinale spastique syphilitique de Erb et les autres formes de myélite, notamment de la myélite syphilitique. En ce qui concerne la paralysie de Erb, on peut faire un départ: considérer d'un côté les cas cliniques où le syndrome demeure stationnaire et isolé; on mettra dans une autre catégorie les cas où le syndrome n'a représenté que le début d'un processus morbide beaucoup plus grave.

Il ne reste plus qu'à admettre dans le premier groupe de faits un substratum anatomique consistant en une périmyélite spécifique localisée au segment lombaire ou dorsal inférieur de la moelle, périmyélite ayant peu de tendance à s'étendre et n'exerçant sa compression que sur la fraction du névraxe qu'elle

enserre. Qu'un traitement curatif soit institué, les exsudats et les néoformations se résorbent; l'individu guérit avec un reliquat attribuable aux dégénérations secondaires irréparables. Mais si l'infection syphilitique avait une virulence particulière, si le traitement spécifique est intervenu trop tard, les lésions syphilitiques ont gagné en étendue et en profondeur, le tableau morbide est plus grave et plus complexe et le cas vient se ranger dans le deuxième groupe de faits.

MÉDECINE

Examen bactériologique d'un cas de méningite cérébro-spinale (Ueber einen bakteriologischen Befund bei cerebro-spinalmeningitis), par Menzer (*Berliner klin. Woch.*, 1901, n° 11). — L'auteur rapporte le cas d'une petite fille de 12 ans ayant eu à la suite de la scarlatine une otite moyenne, puis une méningite qui entraîna la mort. Une ponction lombaire *intra vitam* donna un liquide trouble contenant à l'examen bactériologique un grand nombre de méningocoques typiques et de cocci disposés en chaînettes.

L'auteur se demande si la spécificité du méningocoque est bien réelle et croit plutôt qu'il s'agissait de simples streptocoques.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 30 Juillet 1901.

La défense contre les moustiques à Paris.

M. Blanchard lit un rapport au nom de la commission du paludisme qui avait été saisie d'une demande de M. Debove au sujet de la protection contre les moustiques à Paris. La commission approuve entièrement les conclusions de M. Debove. Beaucoup de quartiers de Paris sont, en effet, infestés par les moustiques.

Quand on songe qu'une femelle de moustique pond 500 à 600 œufs et que dans des conditions favorables six à sept générations peuvent se succéder en une année, on comprend avec quelle rapidité ces insectes peuvent se multiplier.

L'espèce la plus fréquemment rencontrée est le culex pipiens; l'anopheles qui transmet le paludisme n'existe heureusement pas à Paris.

Cependant, quelques observations prouvent que le paludisme peut survenir chez des individus qui n'ont jamais quitté la ville. La filariose, l'éléphantiasis, peuvent aussi être transmis par les moustiques; peut-être en est-il de même pour la lèpre et pour d'autres maladies.

Les divers moyens prophylactiques employés contre les moustiques sont généralement inefficaces, une moustiquaire bien construite est le seul moyen véritablement efficace.

Enfin, comme l'a indiqué le professeur Debove, il faut surtout faire la prophylaxie générale en détruisant les larves des moustiques, avant leur développement, au printemps surtout.

La Commission propose à l'Académie d'inviter les pouvoirs publics à prendre des mesures de préservation contre les moustiques :

1° Des mesures individuelles pour apprendre aux gens à se protéger dans leurs habitations;

2° Des mesures de désinfection des pièces d'eau et réservoirs contenus dans les divers quartiers de Paris.

M. Chantemesse. — M. Blanchard pense que la lèpre pourrait être transmise par les moustiques; en effet, les observations semblent prouver que la contagion de la lèpre se fait exclusivement pendant la nuit.

M. Hallopeau. — Il est intéressant de remarquer que la lèpre est surtout une maladie des pays chauds et des pays froids, c'est-à-dire des pays où vivent surtout les moustiques.

Les conclusions du rapport de M. Blanchard sont votées par l'Académie.

Sur un cas d'intoxication grave par l'emploi d'une teinture de chaussures contenant de l'aniline.

M. Landouzy présente une observation d'intoxication par les couleurs d'aniline, employées pour la teinture des chaussures, survenue chez un enfant, et recueillie par M. Lotte (de Marseille).

Ce cas est tout à fait analogue à ceux que MM. Landouzy et G. Brouardel ont présentés l'an dernier.

M. Landouzy demande qu'une commission soit constituée par l'Académie, dans le but d'indiquer les mesures nécessaires à prendre pour éviter ces intoxications par l'aniline.

M. Riche. — La teinture est en effet composée d'aniline dissoute dans l'huile d'aniline, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte par l'analyse chimique. Une Commission a déjà étudié ces faits d'intoxication et le rapport terminal va bientôt être déposé.

Une Commission, composée de MM. Landouzy, Brouardel, Riche, est nommée par l'Académie.

Une nouvelle méthode de détubation.

M. Landouzy communique, au nom de **M. Collet** (de Lyon), une méthode pratique et simple de détubation.

Frappé de la difficulté de détuber au moyen de la pince (difficulté qui n'est point sans avoir influé sur la lenteur avec laquelle, en France, l'intubation se substitue à la trachéotomie dans le traitement du croup), M. Collet propose de détuber au moyen de l'aimant ou de l'électro-aimant auquel on donne la forme voulue pour que l'aimant se mette facilement en contact avec la tête du tube.

Il y a, dans le procédé de Collet, une idée pratique, une méthode facile qui, jointe au procédé du pouce de Bayeux, met à la portée de tous les praticiens un moyen simple, pratique de plus pour la détubation; ces deux procédés sont des moyens à la portée de tous, qui feront qu'on pourra, aussi bien dans la pratique de la ville que dans la pratique hospitalière, substituer à la trachéotomie, opération sanglante, l'intubation, qui, étant plus un cathétérisme qu'une opération, peut, précocement faite, donner un maximum de résultats contre un minimum d'inconvénients.

Recherches sur la transmission du méningocoque par les voies respiratoires.

M. Landouzy lit, au nom de M. Busquet, une communication sur la transmission du méningocoque par les voies respiratoires, en particulier par les fosses nasales; le travail de M. Busquet sera publié *in extenso*.

Les cardiopathies latentes et la mort subite dans l'armée.

M. Kelsch. — L'intérêt de ces cardiopathies latentes réside dans leur évolution silencieuse et leur révélation soudaine dans une catastrophe finale provoquée par l'effort professionnel, tel que le pas gymnastique, le saut, l'exercice, la manœuvre, la marche, qui vient surprendre inopinément le cœur et réclame de lui un déploiement d'énergie incompatible avec sa déchéance.

Les cardiopathies non rhumatismales sont loin d'être rares dans l'armée; elles y sont une cause de mort subite assez fréquente, puisque M. Kelsch a pu en réunir, dans ces dernières années, une trentaine de cas. Dans tous l'évolution de la lésion a été assez silencieuse pour détourner l'homme de la consultation médicale, pour lui permettre même de vaquer à l'accomplissement de ses devoirs, jusqu'au jour où un effort brusque ou soutenu a amené la mort par dilatation aiguë du cœur ou déchirure de l'aorte.

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie (1),

Par MM. P. Le Gendre et G. Lepage.

Honoraires des consultants. — Il est utile que la question des honoraires pour la consultation soit abordée et même tranchée par les deux médecins avant de reparaître devant la famille.

Il arrive que le membre principal de la famille demande au consultant à brûle-pourpoint, au moment du départ, quels sont les honoraires qui lui doivent être remis; le consultant peut être embarrassé et hésiter sur les honoraires qu'il doit prendre, s'ils n'ont pas été convenus au préalable ou si la famille n'en a pas été informée; il doit aussi désirer prendre l'avis du médecin traitant qui connaît la situation du malade. En règle générale, les honoraires du consultant lui sont remis de suite, habituellement sous enveloppe. Lorsque le médecin traitant a fait appeler le consultant, c'est à lui qu'incombe le devoir de faire honorer son confrère. Lorsque le médecin consultant a été appelé directement par la famille, avec le simple agrément du médecin traitant, celui-ci n'a pas à s'occuper des honoraires de son confrère. Les honoraires du consultant varient suivant sa situation scientifique, suivant le déplacement qu'il a dû faire et suivant certains usages habituellement connus.

Plus controversée est la question des honoraires du médecin traitant pour une consultation : il est d'usage, dans la plupart des cas, que le médecin traitant double ou triple le prix de sa visite habituelle; très souvent cela est insuffisant, et l'on rendrait sans excuses des pratiques indélicates dont nous parlerons prochainement — si cette question était réglée d'une manière plus équitable. En effet, la consultation est souvent, pour le médecin traitant, cause de désagréments multiples : il est obligé de se déranger, d'écrire au médecin consultant, de faire une visite beaucoup plus longue et à une heure déterminée, il perd du temps; aussi, très souvent les honoraires qu'il demande sont-ils absolument insuffisants.

Dans un opuscule important au point de vue pratique intitulé : *Tarif général minimum des honoraires médicaux*, le Dr H. Jeanne fait ressortir pourquoi les honoraires du médecin traitant qui prend part à une consultation sont insuffisants. Il dit (page 29) :

« La collaboration entre médecins soulève, au point de vue de la rémunération de chacun d'eux, des considérations très diverses, qui font varier l'importance du service rendu d'après la part de responsabilité prise, de talent ou de dévouement déployés, de dérangement causé, etc.

« Si l'on y ajoute, comme éléments à faire intervenir, la situation de fortune du client, la situation scientifique du praticien, les circonstances d'heure, de temps passé près du malade, de rendez-vous avec les collaborateurs, de gravité de la maladie dans la plupart des cas, ou, dans quelques-uns, d'exigences provenant de la pusillanimité et du caprice du malade ou des siens, il en ressortira de suite deux conséquences. La première est que ce genre de soins est justiciable d'une rémunération beaucoup plus élevée que les soins ordinaires; la seconde, c'est qu'il s'établit entre les collaborateurs une solidarité intime dans le traitement, qu'il est juste de prolonger jusqu'à la répartition et au recouvrement des honoraires. »

Le Dr H. Jeanne aborde ensuite les multiples conditions dans lesquelles se produit une consultation soit avec un confrère du voisinage, soit avec un maître plus ou moins réputé. Dans le premier cas, les honoraires du médecin traitant doivent être le quintuple d'une visite ordinaire; dans le second cas les honoraires ne sauraient s'abaisser au-dessous du quart de la somme demandée par le consultant, si l'on veut conserver au médecin traitant « le prestige dont il a besoin près du malade et le récompenser suivant le service rendu ».

Il serait trop long d'entrer dans les détails des honoraires au cas où les consultations n'ont lieu qu'une fois ou se répètent, etc.

Déjà Juhel-Renoy disait (1) qu'à son avis les honoraires du médecin habituel « devraient être les mêmes que ceux du consultant ». De même, d'après G. Morache (2), lorsqu'il y a consultation entre deux ou plusieurs médecins, l'usage est de régler immédiatement les honoraires des médecins appelés, quelquefois aussi ceux du médecin traitant. Généralement c'est celui-ci qui fixe cette question avec la famille; les honoraires sont remis par son entremise, ou directement, à chacun des consultants, au moment où ils quittent la maison. Le médecin traitant doit recevoir le même honoraire que les autres. »

Ces questions des honoraires du médecin traitant pour une consultation devraient être résolues à l'heure actuelle par nos associations professionnelles; au lieu de recourir à certaines pratiques auxquelles nous faisions une simple allusion tout à l'heure, il serait beaucoup plus sage, beaucoup plus digne de la part du médecin traitant, d'exiger les honoraires qui lui sont dus. Pour cela il faut que, — octroyant à chacun une rémunération plus équitable, — certains usages soient adoptés par les médecins d'une façon générale, le public les admettra à la longue. Nous ne verrions qu'avantage à ce que le médecin traitant touchât les mêmes honoraires que le consultant; mais il est à craindre que ce tarif ne paraisse excessif au public. Il serait plus sage que les honoraires du médecin traitant fussent proportionnels à ceux du consultant. Ces honoraires seraient remis de suite aux deux médecins à la fin de la consultation. Il est bien entendu que, lorsque le consultant a des honoraires élevés à cause de la distance de son domicile à celui du malade, il y aurait lieu d'établir un autre tarif.

Avant de quitter ce sujet de la consultation entre médecins, est-il besoin de rappeler certaines règles qui sont absolues pour le médecin consultant?

Le professeur Grasset les a bien résumées dans ses principes de déontologie (p. 41) : « La conduite à tenir par le médecin consultant, une fois la consultation terminée, est bien comprise par tout le monde de la même façon. »

a) « Le consultant ne doit pas revenir dans la maison en l'absence du traitant, même pour prendre des nouvelles du malade, à moins que le médecin ordinaire ne l'y ait formellement invité ou autorisé.

« Le médecin qui a été appelé en consultation ne devra pas spontanément ou sur le simple désir de la famille revoir le malade, dans le cours de la maladie, en dehors de la présence du confrère qui dirige le traitement. Un appel d'urgence légitimerait seul une exception à cette règle qui est formelle (*Association des médecins de la Gironde. Conseils professionnels et principes de déontologie médicale*, Bordeaux, 1895, p. 26).

1. *Gazette hebdomadaire*, 1901, 5 mai, p. 424; 14 juillet, p. 680; 21 et 28 juillet, p. 694.

1. Juhel Renoy, Vie professionnelle et devoirs du médecin, p. 240, Paris, O. Doin, 1892.

2. G. Morache, La profession médicale, ses devoirs, ses droits, p. 180. F. Alcan, éd. Paris, 1900.

b) « Dans aucun cas, un médecin ne peut devenir traitant dans une maison où il a été appelé comme consultant (à moins que le traitant ne soit mort). Le client peut changer de médecin et alors le consultant peut continuer à venir en consultation avec le nouveau médecin ordinaire. »

Nous venons de voir les principales règles qui doivent guider le médecin dans ses rapports les plus habituels avec ses confrères; voyons maintenant ses rapports avec certains confrères qui occupent une situation particulière, tels que les *médecins de l'armée* et *de la marine*, les *dentistes*, les *spécialistes*, les *médecins des stations thermales*.

Rapports avec les médecins militaires. — Nous vous signalons rapidement les rapports que nous avons avec nos confrères de l'armée et de la marine. Depuis l'obligation de la loi militaire, nous avons mieux appris à nous connaître les uns les autres; n'est-il pas vrai que médecins auxiliaires, médecins réservistes ou territoriaux, reviennent *presque* toujours enchantés de leurs rapports avec leurs supérieurs médecins?

Ceux-ci savent le plus habituellement concilier les exigences de la discipline et du service avec les devoirs d'une bonne confraternité. Il y a parmi eux nombre de médecins très instruits, dont quelques-uns occupent leurs loisirs aux travaux de laboratoire et contribuent au bon renom de la science française.

Toutefois il est une cause de dissentiment qui persiste entre les médecins civils et les médecins appartenant à l'armée active ou à la marine; c'est le reproche qui est fait à ces deux dernières catégories de ne pas se cantonner exclusivement dans les soins à donner aux officiers et soldats, aux marins et à leurs familles, mais de traiter à domicile, gratuitement ou non, des civils. Cette question a soulevé de multiples polémiques : dans plusieurs villes — où de véritables abus ont eu lieu — les médecins civils ont protesté contre la pratique courante de la médecine par leurs confrères militaires; leur principal argument, — il est presque sans réplique, — est que nul médecin ne peut exercer sans payer patente et qu'un officier — fût-il médecin — ne peut être soumis à la patente.

Le Dr J. Noir (1) a bien résumé les doléances des médecins civils à l'égard des médecins militaires : « Nous sommes loin d'être animés de sentiments hostiles à l'égard de nos confrères militaires; mais il est indiscutable que leur situation est toute particulière et qu'en faisant de la clientèle civile dans une région où ils se trouvent en garnison, ils peuvent empêcher de vivre le malheureux praticien déjà installé qui ne touche pas de solde mensuelle et ne peut compter sur une retraite. » Le Dr J. Noir ajoute que jamais les Syndicats médicaux « n'ont eu l'intention d'empêcher un médecin militaire de mettre au service des pauvres ses loisirs et ses connaissances, mais ce qu'ils veulent éviter, c'est qu'un médecin militaire, qui a bénéficié des écoles du gouvernement durant ses études, qui reçoit une solde fixe et assurée, qui a droit à une retraite au bout d'une période de service, vienne dans une région, dispensé de patente, pourvu d'un cheval fourni par le gouvernement, profitant du prestige que donne l'uniforme auprès de bien des gens, enlever, à son bénéfice, les clients d'un malheureux médecin civil qui n'a souvent que sa profession pour gagne-pain ».

Le professeur Grasset, que l'on doit citer à chaque instant lorsqu'on parle déontologie, envisage la question au point de vue du droit strict. Il se demande (1) si « les principes généraux de déontologie médicale interdisent aux médecins militaires de faire de la clientèle civile?... »

« Un médecin de l'armée (de terre ou de mer) a-t-il le devoir de s'abstenir de toute clientèle civile? Pour moi, je ne le crois pas. Mais ce n'est pas l'opinion générale. » D'après M. Grasset, c'est « à l'autorité militaire de voir si un médecin militaire peut faire de la clientèle sans que cela nuise à l'accomplissement complet et constant de ses devoirs militaires; aux clients civils de voir si les obligations militaires d'un médecin de l'armée ne le mettent pas dans un état d'infériorité marquée vis-à-vis des médecins civils pour la rapidité et la continuité des soins : à l'administration civile de voir si elle doit, dans ce cas, faire payer une patente aux médecins militaires et leur imposer, comme à nous, l'obligation du dépôt du visa de leur diplôme à la préfecture ».

Après avoir réfuté les objections faites à l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, M. Grasset conclut en disant :

« Du reste, si leur situation crée aux médecins militaires quelques avantages spéciaux, combien de motifs d'infériorité ne leur crée-t-elle pas? Au milieu d'un accouchement il faudra aller à une prise d'armes; dès qu'on connaît à fond les tempéraments d'une famille, on change de garnison... Tout cela ne compense-t-il pas les quelques clients que pourraient séduire l'épée et les galons?

« Je conclurai donc que, si les médecins militaires doivent être privés du droit de faire de la médecine civile, c'est par décision de l'autorité militaire ou des clients eux-mêmes, mais ce ne peut être par le corps médical s'appuyant sur les règles de la déontologie confraternelle. »

Malgré l'autorité du professeur Grasset et malgré la courageuse franchise avec laquelle il défend son opinion, il nous semble qu'il est préférable à tous égards que le médecin militaire se borne à donner ses soins aux soldats; ce n'est qu'au cas où les soins médicaux ne sont pas assurés dans le pays éloigné où il se trouve, qu'il peut soigner des civils. A chacun son métier... et la bonne entente régnera.

Rapports avec les dentistes. — Peu de chose à dire des rapports avec les *médecins-dentistes*. S'ils ne sont pas docteurs, vous devez avoir avec eux les rapports de politesse et de correction qu'il est convenable d'entretenir avec les auxiliaires de la profession médicale. S'ils sont docteurs en médecine, ce sont des confrères avec qui vous devez frayer sur le pied de l'égalité absolue. Ils auront même souvent sur vous cette supériorité — qu'il est utile de vous signaler — de récolter chaque année par leur spécialité une somme d'honoraires plus forte que la vôtre, tout en ayant des occupations moins assujettissantes. Il est bon de rappeler — à notre époque d'encombrement médical — que l'art dentaire est une spécialité dans laquelle il y a encore largement place à l'heure actuelle pour les jeunes docteurs en médecine. Tel est l'avis récemment encore formulé par un des maîtres de cet art, le Dr Cruet : dans un article (2) où il s'élève contre la création du nouveau diplôme de dentiste, notre collègue montre, chiffres en mains, que ce nouveau parchemin était pour le moins inutile et que le nombre des docteurs en médecine est actuellement

1. *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, 20 octobre 1898, p. 280.

1. Principes fondamentaux de la déontologie médicale (*Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie*, p. 33, Paris, G. Masson, 1900.

2. *Revue de stomatologie*, octobre 1900.

assez grand pour que, parmi eux seulement, se recrutent les dentistes en quantité suffisante pour les besoins de la population. « ... Il me semble, dit-il, que voilà une pépinière de docteurs, où l'on peut prendre des dentistes et sans crainte de l'épuiser; voilà des médecins à foison dont vous ne savez que faire et vous n'avez pas pensé qu'une magnifique carrière leur était ouverte dans une spécialité comme la nôtre? Et comment croire vraiment, quand on avait sous la main de semblables ressources, qu'il était urgent d'aller chercher de nouveaux étudiants dans les couches inférieures de la population, et de créer une nouvelle catégorie de demi-médecins, le jour même où on supprimait les officiers de santé? »

Rapports avec les spécialistes. — Quels doivent être les *rapports des spécialistes avec leurs confrères?* — Vous savez quels développements a pris la *spécialisation* dans l'exercice de la profession médicale : elle résulte de l'étendue chaque jour plus considérable des connaissances nécessaires au médecin; elle résulte du trop grand nombre de médecins dont quelques-uns préfèrent l'étude approfondie d'une des branches de l'art médical; s'ils ne trouvent pas toujours dans l'exercice de la spécialité les avantages pécuniaires qu'ils ont rêvés, ils ont du moins une vie moins fatigante, un labeur moins pénible que le praticien obligé de monter les étages, de courir la campagne et de répondre à tout appel de jour et de nuit de la clientèle.

Par contre, le spécialiste n'a guère de clientèle personnelle : ses clients ont presque toujours un médecin qui les soigne habituellement, celui qu'ils dénomment quelquefois, avec une pointe de dédain bien injuste et bien irritant, leur médecin « ordinaire », quand ils ne disent pas leur « petit médecin ». A Paris, et dans certaines grandes villes, l'engouement du public pour les *spécialistes* est tel que ceux-ci doivent admettre la neutralité presque complète du cabinet de consultation; un malade arrive, on peut lui demander discrètement quel est son médecin, et lui donner sous forme de lettre une consultation pour ce confrère indiquant le diagnostic et au besoin le traitement à faire; mais, si le malade préfère que son médecin ordinaire ne soit pas prévenu de cette visite, vous lui devez le silence. Toutefois vous lui représenterez que ce silence est souvent contraire à son propre intérêt, qu'il serait utile que le médecin habituel et que le spécialiste pussent entrer en relations pour s'entendre sur le traitement à suivre et pour se communiquer de part et d'autre tous les renseignements désirables.

Vous n'avez pas non plus à prévenir un autre confrère exerçant la même spécialité que vous et qui aura soigné le malade quelques jours ou quelques semaines avant vous.

La situation change bien entendu lorsque c'est ce confrère spécialiste qui vous adresse le malade pour avoir votre avis. Il en est de même lorsque c'est le médecin traitant qui a engagé son malade à vous consulter; vous devez dans tous les cas écrire au confrère qui vous adresse le malade. S'il demande simplement un diagnostic, vous rédigez une consultation que vous lui ferez parvenir directement ou que vous remettrez au malade suivant les cas. Sous aucun prétexte vous ne devez réexaminer le malade ni surtout le soigner sans vous assurer que c'est bien le médecin traitant qui désire cette nouvelle consultation; en cas de doute, écrivez à nouveau directement au confrère en le prévenant de la visite de son malade. Dans nombre de cas le médecin traitant, répondant au désir du malade, l'adresse au spécialiste pour que celui-ci le soigne d'une manière suivie; ici vous n'avez qu'à aviser de temps à autre le médecin de la marche de la maladie et du traitement.

Le professeur Grasset a formulé en ces termes une opinion généralement admise, c'est que : « Le cabinet est un terrain neutre, sur lequel on peut donner une consultation à tous les malades qui la demandent, quel que soit leur médecin traitant. »

Tout en souscrivant à cette formule, il nous semble qu'une légère correction devrait lui être apportée. Il ne faudrait pas que cette neutralité du cabinet de consultation servît d'excuse au spécialiste ou au consultant pour garder comme client un malade auprès duquel il a été appelé par le médecin traitant. Dans la pratique il arrive tout naturellement que le malade cherche à être soigné ultérieurement par le médecin qui l'a vu en consultation chez lui. Celui-ci ne peut lui refuser ses conseils dans son cabinet; mais ce doit être à titre exceptionnel et à condition que le médecin traitant soit tenu au courant de cette situation et qu'il y souscrive.

Du reste M. Grasset a fait lui-même une restriction à la neutralité absolue du cabinet de consultation, en ajoutant : « Le *British medical Journal* a enregistré les justes plaintes de praticiens anglais qui, ayant envoyé un malade en consultation chez un confrère, ne l'ont plus revu depuis cette époque et ont appris que le malade continuait à être soigné régulièrement par le consultant. »

La conduite du consultant est là absolument répréhensible, mais les médecins anglais vont un peu loin quand « ils estiment qu'il est du devoir d'un consultant de refuser ses soins, même pour une maladie ultérieure, à un patient qui leur a été adressé par un confrère traitant habituellement ce malade ».

Il serait trop long d'entrer dans les mille nuances de la pratique des spécialistes : dans les rapports qu'ils ont avec leurs confrères ils doivent se comporter comme ils voudraient qu'on se comportât vis-à-vis d'eux s'ils étaient les médecins traitants.

Rapports avec les médecins des stations thermales. — Il est une spécialité très répandue, c'est celle des stations thermales; en quelque endroit que vous exerciez, vous aurez certainement affaire un jour à votre confrère — généralement un aimable homme — le *médecin d'eaux*. En effet il n'est pas de petite ville, pas de petite commune dans laquelle le notaire, le gros fermier ou le curé n'aille soigner ici ou là sa colique hépatique, sa gravelle ou ses rhumatismes, ou n'aille simplement y distraire son ennui.

Tout d'abord nous insisterons sur la nécessité pour le médecin moderne de connaître *de visu* les principales stations thermales françaises. La chose est devenue facile : cette année même, grâce à l'initiative de notre distingué collègue, le Dr Carron de la Carrière, un voyage médical a été combiné dans une région de la France pour visiter en commun plusieurs stations : à chacune d'elles, une conférence était faite par l'un des promoteurs du voyage, généralement par le professeur Landouzy, ou par un des médecins exerçant dans la station. Nous ne saurions trop vous encourager, pendant que vous êtes étudiants à suivre ce voyage d'études, si toutefois vos ressources budgétaires vous le permettent : vous aurez, sur vos aînés qui n'ont pas pu profiter de cette source d'enseignement, l'avantage de connaître les stations thermales que jadis les clients qui les fréquentaient connaissaient mieux que le médecin qui les y avait envoyés.

L'exercice de la médecine thermale impose certaines règles qu'il faut connaître; dans une étude très intéressante présentée à l'Association professionnelle des médecins de la Seine et publiée dans le *Bulletin* de cette Association (avril 1893), le Dr Janicot (de Pougues) a précisé les devoirs du médecin d'eaux vis-à-vis des médecins traitants. Nous regrettons qu'il se soit borné à l'étude de ces devoirs et qu'il n'ait pas abordé l'étude des devoirs des médecins de la même station entre eux. Si l'on en croit les méchantes langues, certains confrères de stations thermales ne seraient pas toujours d'une correction parfaite. Avec un optimisme peut-être trop bienveillant, le Dr Janicot croit « tous ses collègues incapables » de se procurer des clients « par des moyens voisins de l'indélicatesse ». Faisons comme lui et n'ajoutons aucune créance aux racontars qui circulent sur la chasse au client dans les stations thermales. Et cependant...

Lisez le travail du Dr Janicot : c'est un véritable code de déontologie professionnelle à l'usage des médecins d'eaux pour les guider dans leurs rapports avec leurs confrères de la clientèle ordinaire. Nous sommes d'accord avec lui sur presque tous les points qui pourraient prêter à discussion.

Le médecin qui conseille une saison thermale à un malade doit lui remettre une carte sur laquelle est inscrit le nom du médecin de la station; il doit écrire directement à celui-ci, pour lui donner les renseignements nécessaires sur la maladie, le tempérament du malade, etc. Il doit, sauf exception, s'abstenir de formuler des indications précises sur le mode de traitement à suivre à la station : ce rôle revient en entier au médecin d'eaux. Par contre, celui-ci ne doit guère user comme moyen thérapeutique que des ressources hydriques *intus* et *extra* qu'il peut faire varier à l'infini. Il ne doit faire que la médication pharmaceutique d'urgence ou celle qui lui paraît seconder d'une manière utile le traitement hydrominéral ; il doit s'abstenir de toute intervention chirurgicale qui n'est pas absolument nécessaire. M. Bouilly a protesté, il y a quelques années déjà, contre l'abus des opérations (curettages, etc.) faites par certains médecins exerçant dans les stations où se rendent les femmes atteintes d'affections gynécologiques.

Voici un exemple authentique de ces abus : un gynécologue est consulté au mois de juin de certaine année, par la jeune femme d'un fonctionnaire, son ami d'enfance; cette dame souffrait du ventre et depuis 4 ou 5 ans avait été soignée assez énergiquement (cautérisations du col, électrisation, etc.), dans les deux ou trois grandes villes où elle avait séjourné avec son mari. Ces traitements, aussi variés qu'inefficaces, paraissaient être pour quelque chose dans la persistance des accidents ; le consultant conseilla à cette jeune femme de rester pendant 2 ou 3 mois sans faire aucun traitement actif. Pour lui faire prendre patience, il l'engagea à faire une cure thermale à la station de X... Il écrivit une lettre explicative à un confrère qu'il connaissait dans cette station. Grande fut sa surprise, au mois de septembre suivant, de revoir la malade avec un ventre sillonné de pointes de feu; elle raconta que des examens au spéculum avaient été faits tous les deux jours, qu'ils avaient été suivis d'application de tampons, d'introduction de crayons intra-utérins, de cautérisations du col, etc. En même temps, elle montrait une ordonnance de quatre pages pour le traitement à suivre ultérieurement; de plus, le médecin de X... lui avait manifesté le désir de la revoir 3 ou 4 fois à Paris, entre les deux saisons. Le gynécologue ne cacha pas son mécontentement au confrère; il était d'autant plus à l'aise pour le faire que son intérêt personnel n'était pas en jeu, puisqu'il s'agissait de la femme d'un ami très intime auquel il ne pouvait demander d'honoraires. Dans d'autres circonstances les malades qu'on envoie faire une cure thermale reviennent avec des anneaux métalliques, des pessaires, des ceintures abdominales que le médecin de la station a fait venir de Paris! En un mot, quelques confrères des stations thermales — c'est une minime exception — ont recours à des traitements qui sont en dehors du rôle du médecin thermal : ils ont tort et font du tort à la station dans laquelle ils exercent.

M. Janicot a très bien précisé dans quelle mesure le médecin de station thermale est « autorisé à sortir du traitement hydro-minéral proprement dit pour appeler à son aide — si aide il y a — certains traitements d'ordre un peu chirurgical ou physico-chimique ». Il reconnaît l'importance de cette question et ne lui dénie même pas un certain caractère d'urgence. Voici les conseils très judicieux qu'il donne à ce sujet :

« La règle, à mon avis, veut que nous ne perdions jamais de vue que vous nous envoyez vos malades pour modifier une diathèse, ou ses manifestations locales, ou une maladie quelconque *par les eaux minérales et non autrement*. Donc, en principe, tout ce qui n'est pas le traitement hydro-minéral, *intus* ou *extra*, ne doit être employé qu'à titre d'exception et d'exception sérieusement motivée. »

« Qu'un médecin qui a, dans son outillage balnéaire, d'excellents moyens de traiter, par exemple, certains états congestifs ou inflammatoires de l'utérus et des annexes, pratique un examen préalable au spéculum, s'il n'est pas exactement renseigné, rien de plus légitime. On ne saurait, non plus, lui reprocher de se rendre compte, au milieu et à la fin du traitement, par un nouvel examen, de ce que la balnéation bien comprise (chaleur sans pression, ni chocs) lui aura donné comme résultats. *A fortiori*, si une métrorrhagie survient pendant la cure, il est clair qu'il doit intervenir... » M. Janicot signale — avec trop d'humour pour ne pas être cité en entier — des cas où le médecin thermal est obligé d'examiner et même de traiter l'utérus de ses clientes, des cas dans lesquels le médecin d'eaux « a la main forcée ». Il s'agit, dans ces cas assez rares, je n'en ai guère vu qu'une trentaine en 14 ans, de femmes généralement jeunes, habitant de petits centres et qui, pour rien au monde, ne consentiraient à montrer leur utérus au médecin de leur localité. Tantôt — je consigne simplement ici les raisons qui m'ont été données — c'est parce qu'il est trop vieux et n'y voit plus clair, tantôt parce qu'il est trop jeune, tantôt parce qu'il n'est pas marié, tantôt parce que sa femme est bavarde, tantôt parce que ça ferait jaser, tantôt même parce que la politique locale ne permet pas à un col conservateur de s'engager entre les valves d'un speculum républicain; tantôt enfin, tout arrive, il y a des motifs d'ordre plus intime. « Parfois, a écrit Dechambre, la réserve de certaines femmes à l'égard de leur médecin ordinaire (pour un examen au spéculum) n'a pas d'autre motif qu'une tendre affection pour lui et la répugnance à étaler à ses yeux le spectacle d'infirmités; tandis qu'il en est d'autres pour qui un premier examen est, si j'ose dire, une manière d'entrer en conversation (1). »

« En pareil cas, ces femmes viennent dans une station thermale de la région sous prétexte d'une cure, mais, en

1. *Diction. encyclop. des sc. méd.*; série 1, t. XXVII, p. 557.

réalité, pour faire traiter leur utérus malade par un médecin qui ne les connaît pas et qui ne les reverra probablement plus.

« Il va de soi que nous n'avons pas à le leur refuser. Je dirai même que les cautérisations du pharynx, du larynx ou des cornets, le grattage ou l'extirpation des adénoïdes pharyngées, peuvent être parfaitement légitimes si les médecins ordinaires des malades, n'étant pas spécialistes, habitant de petits centres, ne sont pas à même de satisfaire, après la cure, à ces diverses indications. Il suffit pour cela, avant d'intervenir, d'expliquer la situation aux médecins des malades et de leur demander en quelque sorte leur autorisation. »

Il n'est pas possible d'entrer dans tous les détails de la vie professionnelle du médecin de station thermale : sa situation est souvent délicate, mais, dit M. Janicot, dans « médecin d'eaux » il y a d'abord, Dieu merci, « médecin ». « C'est dire que nous pouvons nous trouver en présence de telle ou telle obligation à l'égard de laquelle nous ne relevons que de notre conscience. Il n'en est pas moins vrai que nous ne devons jamais oublier ce qui caractérise essentiellement la situation d'un médecin d'eaux vis-à-vis des confrères qui lui adressent *leurs* malades. Cette situation est dans tous les cas... celle d'un collaborateur chargé d'une mission *spéciale* — parce qu'il dispose d'une ressource thérapeutique *spéciale* — qu'il emploiera comme bon lui semblera, mais d'une mission temporaire, étroitement liée, par la nature même des choses, à l'emploi de cette ressource thérapeutique spéciale sans laquelle il n'aurait jamais connu vos malades. »

Ces divers exemples vous montrent quelle doit être la conduite du médecin dans la plupart des circonstances de la vie professionnelle : sans doute, dans la majorité des cas, la droiture et l'honnêteté suffisent pour la correction absolue vis-à-vis des confrères. Il n'en est pas moins nécessaire de connaître à l'avance les solutions généralement adoptées dans les cas un peu délicats qui peuvent s'offrir dans la pratique.

Nous continuerons prochainement cette étude, en indiquant nos rapports avec certains auxiliaires de la profession médicale, tels que les *pharmaciens* et les *sages-femmes* et en traitant en détail la question des *honoraires*.

(Voir la suite dans le numéro du 11 août.)

MÉDECINE PRATIQUE

Procédé facile et sûr pour éviter la déchirure du périnée dans les accouchements au forceps,

D'après M. le Dr J. Menier (1).

La déchirure du périnée est une complication fréquente de l'accouchement au forceps.

On s'efforce de la prévenir en faisant soutenir le périnée par un aide : médecin assistant, sage-femme généralement, ou, à leur défaut, une des personnes présentes.

Lors même qu'on a affaire à une personne expérimentée, la contention du périnée, telle qu'on la pratique ordinairement, est pour ainsi dire illusoire.

L'aide en effet est obligé de s'effacer pour laisser la place à l'opérateur, et, c'est le bras dans l'abduction extrême qu'il applique la main sur la partie à soutenir.

Or il est facile de concevoir que dans cette position le bras de levier étant très court (de la tête de l'humérus aux insertions des pectoraux et du deltoïde), la pression est presque nulle, et la fatigue rapide, l'effort étant continu.

M. Menier, depuis plusieurs années, a recours à un procédé très simple et efficace à ce point que, depuis qu'il l'emploie, il n'a pas eu une seule déchirure à déplorer.

Lorsque la tête a franchi le détroit inférieur, que le périnée tombe et que la fourchette commence à se détendre, il prend le forceps de la main droite seule, au niveau de son articulation, la cheville entre l'index et le médius. Cette main unique suffit en effet pour terminer l'extension de la tête, à laquelle seules s'opposent les parties molles. Le forceps agit comme un levier du premier genre ayant son point fixe sous l'arcade pubienne.

On applique alors la main gauche sur le périnée, de façon à bien sentir la tête du fœtus dans la paume de cette main : l'index et le pouce circonscrivant l'angle inférieur de la vulve tout en le laissant à découvert, afin d'en surveiller la distension ; puis, c'est là en quoi consiste tout le secret, on appuie son coude sur la partie inférieure de la cuisse gauche.

La place varie un peu selon la hauteur du lit, suivant qu'on opère assis ou presque debout.

Le membre inférieur gauche est tenu dans la demi-flexion, et repose sur le sol par les orteils seulement.

Dans cette attitude on obtient facilement un mouvement de la cuisse d'arrière en avant et de bas en haut d'une grande puissance. L'avant-bras n'est plus qu'une tige rigide qui relie la main à la cuisse et l'effort transmis à celle-là est considérable.

Mais ce n'est pas là tout l'avantage de la méthode.

L'accoucheur faisant en même temps l'effort d'extraction et la contention, il y a synergie entre ses deux actes. Il dose l'un et l'autre à sa guise ; il sent sous sa main gauche le plancher céder progressivement, il le tâte pour ainsi dire, prêt à lâcher l'effort de la main droite si quelque craquement inquiétant se fait sentir.

Dans ces conditions il est facile et même nécessaire de donner à la vulve le temps de se dilater.

L'accoucheur peut se reposer quand il veut, sans crainte de fausse manœuvre. Il faut 10, 15 et quelquefois 20 minutes pour terminer ainsi un accouchement laborieux.

Lorsqu'on juge la vulve absolument inextensible, ainsi qu'il arrive assez fréquemment chez les primipares qui approchent de la trentaine, un coup de ciseaux à droite et à gauche de la fourchette vous tire d'embarras sans dommages pour la parturiente.

1. *Gazette médicale du Centre*, juin 1901.

VARIÉTÉS

Les statuts d'un syndicat médical, ainsi que les délibérations régulièrement prises, — en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels des membres qui le composent, — obligent tous les adhérents au même titre que toute autre convention valable.

Les syndicats professionnels, et notamment les syndicats médicaux, sont des sociétés civiles à durée illimitée, mais d'une espèce un peu spéciale, en ce sens que les adhérents peuvent se retirer de l'association à tout moment, sans être soumis à l'obligation qui incombe aux membres des sociétés civiles ordinaires, à savoir que « leur renonciation soit faite de bonne foi et non à contre temps ». Une conséquence de cette disposition, c'est que la personne faisant partie d'un syndicat, tant qu'elle n'a pas donné sa démission, est tenue de se conformer aux statuts et aux délibérations régulièrement prises, et qu'elle peut être passible de dommages-intérêts envers le syndicat si son infraction auxdits statuts et délibérations a eu pour effet un préjudice matériel ou moral à l'égard des autres syndiqués.

Ce point de jurisprudence vient d'être confirmé par un jugement du tribunal civil de Bourgoin, en date du 21 juin 1901, rendu dans les circonstances suivantes :

Le 2 juillet 1899, cinq médecins établis à Bourgoin formaient une association amicale ayant pour but de retirer de la loi du 9 avril 1898, qui venait d'entrer en vigueur, tous les avantages qu'ils étaient en droit d'en attendre; il s'agissait surtout d'imposer aux compagnies d'assurances contre les accidents un tarif suffisamment rémunérateur; à cet effet, l'association adoptait, le 15 octobre 1899, pour base des propositions à adresser aux compagnies, le tarif du Syndicat médical du sud-est, soit 15 francs au minimum par sinistre. L'année suivante, les mêmes confrères transformaient leur association en un syndicat dont les statuts, régulièrement déposés, furent approuvés dans une réunion tenue le 2 juin 1900 ; ils votaient, en outre, à cette réunion, une résolution décidant : « 1° que les médecins, membres du syndicat, ne prendraient envers les compagnies d'assurances-accidents aucun engagement individuel et que les accords ou contrats qui avaient pu intervenir entre un ou plusieurs membres du syndicat et une ou plusieurs compagnies seraient immédiatement dénoncés, quelles que fussent les conditions de ces accords ou contrats; 2° que l'action syndicale serait substituée à l'action personnelle pour toutes les conventions à venir; que les compagnies seraient invitées à traiter directement avec le syndicat et, ce, dans le délai d'un mois, et que l'accord à intervenir entre les compagnies et le syndicat devrait être pris directement entre les directions générales de ces compagnies et la Chambre syndicale; 3° qu'il n'y aurait ni monopole au profit de tel ou tel médecin, ni conditions privilégiées pour telle ou telle compagnie, que les membres du syndicat devraient cesser tous rapports avec les compagnies qui se refuseraient à traiter avec le syndicat dans le délai indiqué et qu'ils donneraient, en ce cas, leurs soins aux ouvriers blessés sous la seule responsabilité des patrons, en ce qui concernait le paiement de leurs honoraires; 4° que les membres du syndicat qui seraient en butte à des manœuvres par intimidation, promesses, menaces, marchandage ou sollicitation de concurrence de la part des compagnies, tendant à troubler l'ordre entre les syndiqués, seraient tenus d'en aviser sans retard la chambre syndicale ».

Sur ces entrefaites, un des membres du syndicat avoua officieusement au président du syndicat qu'il n'avait pas respecté ses engagements et lui déclara qu'il entendait ne pas les respecter à l'avenir; la chambre syndicale, réunie, décida en principe l'exclusion de ce membre, mais résolut préalablement de l'entendre; à la convocation qui lui fut adressée à cet effet, le confrère répondit en adressant sa démission; celle-ci fut refusée et l'exclusion prononcée.

En outre, le président et le secrétaire-trésorier du syndicat, comme représentant ladite association, firent assigner le Dr X... « en réparation du préjudice qu'il aurait causé au syndicat en consentant à soigner, pour le compte des compagnies, les victimes d'accidents du travail au taux de 10 francs par blessé au lieu de celui de 15 francs fixé par le syndicat, malgré ses engagements formels ».

Le tribunal civil de Bourgoin a reconnu le bien-fondé de cette demande par un jugement dont nous extrayons les considérants suivants :

« Attendu, en droit, que les organisations syndicales, en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels, sont non seulement autorisées, mais encouragées par notre législation : que les statuts et les délibérations régulièrement prises font la loi des parties et obligent tous les membres, au même titre que toute autre convention valable; que, sans doute, il est toujours permis à tout syndiqué de se retirer des liens du syndicat, mais que, tant qu'il fait partie de l'association, il est tenu de se conformer à sa loi et de respecter les obligations qu'elle lui impose; que l'observation stricte de ce devoir est surtout nécessaire dans une organisation qui exige une entente absolue pour permettre à l'effort commun de produire son effet utile; que, dès lors, toute infraction peut, quand il en est résulté un préjudice, donner ouverture, au profit du syndicat, personnalité civile, à une action en dommages-intérêts, par application, soit des articles 1142 et suivants du Code civil, soit de l'article 1382, le cas échéant;

« Attendu, en fait, qu'il importe avant tout de préciser la nature et l'étendue des devoirs et obligations de chacun des membres envers le syndicat; que le but principal poursuivi par les médecins de Bourgoin, lorsqu'ils se sont organisés, d'abord en association amicale et ensuite en syndicat régulier, était d'amener les compagnies d'assurances à accepter le tarif élaboré par eux; que, pour atteindre ce résultat, il était indispensable de soumettre ces sociétés à un traitement uniforme, qui ne pouvait être obtenu que par l'entente loyale et absolue de tous les médecins; que cette entente, réalisée par les délibérations des 2 juillet et 15 octobre 1899, obligeait chacun des membres de l'association à cesser immédiatement tous rapports avec les compagnies d'assurances qui n'auraient pas accepté le tarif proposé et à ne donner des soins aux victimes d'accidents qu'aux conditions ordinaires...

« Attendu que, soit dans la période de l'association amicale, soit depuis la constitution du syndicat, X... a continué à traiter les victimes d'accidents pour le compte, non seulement des compagnies dont il avait la clientèle antérieurement, mais encore de compagnies qui se sont adressées à lui, au cours des pourparlers engagés par la collectivité, et cela à des conditions inférieures au tarif de faveur adopté; que les chiffres indiqués par lui font, en effet, ressortir chaque accident à 10 francs au lieu de 15 francs, chiffre du syndicat; qu'il résulte, en outre, de ses conclusions, que non seulement le nombre des compagnies avec lesquelles il a été en rapport a notablement augmenté, mais encore que le nombre des sinistres provenant des compagnies dont la clientèle était divisée entre lui et certains de ses confrères, s'est considérablement accru à son profit, alors que ceux qui étaient confiés à ces derniers diminuaient au point d'arriver à rien ou presque rien...

« Attendu qu'il suit de tout ce qui précède que X... a failli à ses engagements envers le syndicat, en continuant à traiter au rabais les blessés que lui adressaient les compagnies; que, de plus, bien qu'il reconnaisse avoir été l'objet des mêmes sollicitations que ses adversaires, il n'en a jamais fait part dans les diverses réunions successives, alors qu'il y était cependant sollicité par l'attitude différente des autres membres, qui versaient régulièrement la correspondance échangée avec eux, ainsi, d'ailleurs, que l'article 6 de la résolution du 2 juin leur en faisait un devoir ; que cette réserve et le fait que X... déclare ne pas avoir conservé cette correspondance peuvent paraître à bon droit suspects; que le défendeur ne pouvait se faire illusion ni sur la portée de ses engagements, ni sur les conséquences qu'entraînerait sa façon de procéder...

« Attendu que les agissements de X... ont causé au syndicat un préjudice certain; que les compagniee, trouvant auprès de lui la possibilité de faire soigner leurs blessés à des conditions plus avantageuses que celles du syndicat, ont naturellement refusé de traiter avec celui-ci, alors qu'au début elles ne paraissaient pas avoir adopté une attitude rendant toute entente impossible; qu'ainsi, les membres du syndicat, restés fidèles à leurs engagements, se sont trouvés privés, non seulement de la majoration que comportait leur tarif, mais encore de la clientèle qu'ils auraient pu conserver, au moins momentanément, si X... avait observé, comme eux, ses obligations ; que le tribunal trouve dans la cause des éléments suffisants pour fixer les dommages-intérêts, en tenant compte de la possibilité de l'envoi, par les compagnies, d'un médecin non syndiqué...

« Par ces motifs, le tribunal dit que X... a contrevenu aux engagements pris par lui, le 2 juin 1900, envers le syndicat médical de Bourgoin, en restant en rapports professionnels avec les compagnies d'assurances et en consentant à donner à leurs blessés des scins, moyennant un tarif inférieur à celui qui avait été proposé par le syndicat; dit qu'il a ainsi causé aux demandeurs ès qualités un préjudice dont il doit réparation; le condamne, par suite, à leur payer, avec intérêts de droit, la somme de 200 francs; ordonne, à titre de supplément de dommages, l'insertion du présent jugement, sans les noms des parties, aux frais de X..., dans quatre journaux, sans que le coût de chaque insertion puisse dépasser 100 francs. » (*Sem. méd.*)

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Sur le traitement des ruptures utérines complètes par hystérectomie abdominale totale,

Par M. le Dr Cornelius Cristeanu (de Bucarest) (1).

Les cas de rupture utérine, au cours de l'accouchement, dans lesquels on est intervenu par l'hystérectomie abdominale, ne sont pas nombreux.

La thèse de M. le Dr Forné donne 16 cas, auxquels M. Cristeanu ajoute 9 autres, dont 3 personnels. La mortalité est de 55,6 p. 100.

Le Dr Frantz, dans une statistique de 9 opérations pour ruptures complètes, est intervenu 4 fois par hystérectomie totale. Le résultat a été 2 guérisons.

Frantz préconise, dans les ruptures utérines, de les traiter comme cas septiques, « car malgré que l'infection apparaisse tardivement, cette complication ne peut être prévenue. L'hémorrhagie et l'infection sont les deux grands périls, et pour y remédier, c'est à l'hystérectomie abdominale qu'on doit recourir », mais il penche plutôt pour la voie vaginale.

M. Cristeanu rapporte, en fait de ruptures utérines, 3 interventions avec 3 guérisons.

On a indiqué pour les ruptures complètes avec ou sans passage du fœtus dans la cavité une longue liste de traitements qui peuvent se diviser en 2 grandes catégories :

1° Expectation. Drainage. Tamponnement et traitement par la voie vaginale (suture et hystérectomie);

2° Laparotomie avec les subdivisions suivantes : Porro. Suture des déchirures. Hystérectomie totale.

Pour la première catégorie, dans l'état actuel de la chirurgie abdominale, il est difficile de concevoir qu'on puisse encore y penser.

Schmit (2), dans un article sur les ruptures utérines reçues dans le service de Schauta, rapporte une statistique de 19 cas, dont 10 ruptures complètes et 9 incomplètes.

Dans les 9 cas de ruptures incomplètes, il y a 2 morts sans traitement et 7 drainages, dont 5 guéris. Sur les 10 complètes, 4 opérées, dont : 1 hystérectomie vaginale, 1 hystérectomie abdominale, 2 Porros, dont 2 morts, 6 drainages, dont 3 morts. Schmit estime, d'après 160 cas qu'il a réunis, que le drainage donne des résultats supérieurs à l'intervention chirurgicale pour deux causes : 1° ce sont les cas les plus graves qui sont soumis à une opération; 2° il y a de grandes chances d'infection au cours de l'intervention, parce que l'utérus, qui est souvent infecté, entre en contact avec les anses intestinales et le péritoine. Sauf indication urgente d'opérer, il préfère introduire à travers la déchirure jusque dans la cavité abdominale des mèches de gaze iodoformée destinées non à tamponner mais à drainer. Les arguments qu'il invoque à l'appui de son opinion paraissent au moins étranges.

Il craint l'infection des intestins par l'attouchement de l'utérus au moment de l'hystérectomie, ce qui ne peut arriver, puisqu'on isole toujours les intestins par de larges compresses stérilisées; et il ne craint pas l'infection continue et permanente de la cavité péritonéale par ce même utérus infecté, par les lochies infectées, par la propagation ascendante au moyen du drain mis à l'aveugle dans cette cavité, où se trouvaient en permanence tant de caillots et de causes de septicité!

On pourrait admettre sa méthode s'il présentait au moins une statistique de 100 p. 100 de guérisons. Mais, même dans les ruptures incomplètes il y a 4 morts sur 8. Où est, dans ces conditions, la supériorité du procédé préconisé? Dans les interventions, il y a 2 guérisons sur 4 opérées. Sur 6 cas non traités autrement que par le drainage, 3 morts. Ce qui, pour les deux méthodes, donne la même mortalité, soit à peu près 50 p. 100.

MM. Schmit et Schauta craignent seulement l'infection, et ils ne s'en mettent pas à l'abri par leur traitement. Mais l'hémorrhagie, comment l'arrêtent-ils? Par le drain? C'est impossible. Par le tamponnement? On tamponne quoi? où? puisqu'on ne peut se rendre compte que *de visu*. L'utérus est déchiré, dévié d'un côté, comment le maintenir en place? Quel bandage pourrait le maintenir aplati sur le tampon, mis à l'aveugle? Et puis les lésions du côté droit, s'il en existe, comment les tamponner?

Un partisan très résolu du tamponnement est Herbert Spencer qui, dans une discussion sur le traitement des ruptures utérines qui a eu lieu au sein de la Société obstétricale de Londres, rapporte 4 cas de guérison par tamponnement et 2 cas d'hystérectomie abdominale avec 2 morts. Il résume ainsi son opinion :

1° L'ouverture du ventre est rarement indiquée;

2° L'hystérectomie abdominale est rarement indiquée; il préfère la voie vaginale quand les tissus sont déchiquetés, dilacérés;

3° Dans les ruptures incomplètes, tamponnement et extraction des caillots.

Au sein de cette Société (1), il y a eu une discussion très intéressante au sujet de la variété de gaze à employer, les uns préconisant l'iodoformée, les autres la cynamique,

1. *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1901.
2. Schmit, *Monats. f. Geburst. und Gynäk.*, sept. 1900.

1. *Obstetr. Society of London*, 3 déc. 1900. Alban Doran F. R. C. S., President in the Chair.

d'autres encore la phéniquée et même l'injection de teinture d'iode dans la cavité.

Le président Alban Doran est d'avis que l'absorption de l'iodoforme peut produire l'accélération du pouls, ce qui peut être pris à tort comme symptôme d'infection.

Herbert Spencer arrive, dans la réplique, à la conclusion que les ruptures incomplètes tuent beaucoup plus les femmes que les complètes; que les ruptures très petites sont tout aussi périlleuses. Et pourtant, même après ces conclusions, il continue à préconiser le tamponnement.

Il est intéressant de faire un rapprochement entre l'indication des interventions dans les ruptures de l'utérus et dans les plaies abdominales. Depuis longtemps, on a abandonné l'expectation quand on se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen.

L'indication urgente, dans ces cas, préconisée par tous les chirurgiens modernes, c'est l'intervention immédiate. Dans les 5 premières heures à partir de l'accident, la laparotomie est bénigne. Ce n'est que par elle qu'on peut se rendre compte des lésions des organes, et en y remédiant de suite sauver la vie des malades. Dans les ruptures de l'utérus on trouve, en dehors de la plaie abdominale pénétrante, des lésions à distance, et on y remédie. Il y a une autre cause qui augmente la mortalité des ruptures d'une manière effrayante : c'est l'infection soit utérine, soit vaginale ascendante. Aussi, je ne conçois pas comment on peut encore préconiser l'expectation, le tamponnement, la suture et même l'hystérectomie par voie vaginale. Il n'y a en réalité qu'une seule indication : intervention par voie abdominale dans toutes les ruptures complètes de l'utérus, et même dans celles incomplètes. En ce qui concerne la suite à donner à la laparotomie, la seule opération complémentaire raisonnable est l'hystérectomie totale. La suture est bien difficile à faire. D'un côté l'utérus rétracté, de l'autre des tissus déchiquetés, mortifiés, mous, flasques, saignants.

L'affrontement des parties est très difficile. On doit confectionner des plis du côte de la lèvre inférieure, et on risque d'enfermer le loup dans la bergerie en ne conservant pas un drainage utile.

En laissant l'utérus en place, on risque d'avoir une infection plus ou moins tardive qu'on ne pourra plus maîtriser ultérieurement, à moins d'enlever l'utérus infecté, soumettant ainsi la malade déjà affaiblie à une deuxième opération. Même si la femme guérit, elle ne pourra plus redevenir enceinte à cause du péril auquel elle serait exposée par suite de la moindre résistance des tissus au niveau de la rupture.

Pour ces motifs, il n'y a pas avantage à pratiquer la suture de la déchirure. Il reste deux opérations : le Porro et l'hystérectomie abdominale.

Comme contre-indication de l'hystérectomie, il y a : le choc, la longueur de l'opération, l'impossibilité de voir clair à cause de la contre-indication qu'il y a à la position de Trendelenburg. Il faut avouer que ce sont des contre-indications très secondaires tenant à des craintes exagérées.

L'opération de Porro peut être indiquée dans les ruptures de l'utérus sises au niveau du corps. Elle présente des avantages au point de vue de la rapidité de l'exécution : mais ce procédé a l'énorme désavantage d'une infection tardive fatale du moignon, malgré toutes les précautions antiseptiques. Dans la chirurgie abdominale actuelle, le Porro est presque abandonné. Impossible à exécuter dans les ruptures des culs-de-sac et de la partie inférieure de l'utérus, il a l'inconvénient de ne pas permettre le drainage vaginal, qui m'a rendu d'énormes services dans mes 3 cas.

Etablir un drainage abdominal, c'est aller, à coup sûr, à l'infection du moignon.

Le procédé, quoique plus facile à exécuter, présente des inconvénients si grands et si dangereux pour la suite qu'on doit y renoncer.

En résumé, dans les ruptures pénétrantes de l'utérus, il y a l'indicatiou absolue à la laparotomie, à l'extraction du fœtus par la plaie abdominale quand il a passé dans la cavité; après quoi position de Trendelenburg, hystérectomie totale abdominale, suture du péritoine et hémostase parfaite. Toilette de la cavité, drainage vaginal; fermeture totale, absolue de la paroi abdominale en deux étages : catguts et crins.

Injections de sérum en masse avant, pendant et après l'intervention. Je ne vois pas pourquoi dans quelque temps ces indications ne seraient pas préconisées, même dans les ruptures incomplètes.

Quant au procédé, on fait l'hémostase au catgut; on lie les artères, on cherche si l'utérine est déchirée. Quand on ne trouve pas son bout inférieur, comme dans mon premier cas, on doit le chercher dans la profondeur des tissus où il se rétracte. Si on ne le trouve pas, pour se garantir d'une hémorrhagie tardive, on doit aller à la recherche de l'artère hypogastrique correspondante et la lier. Du reste, cette pratique est courante dans la chirurgie abdominale (traitement des tumeurs et néoplasmes). Elle n'est pas difficile à faire, et elle nous met à l'abri de beaucoup de complications.

Ce qui s'oppose encore à la pratique plus fréquente de l'hystérectomie, ce sont les mauvaises statistiques à cause de l'intervention tardive et de l'inexpérience de la technique spéciale. La mortalité dans les ruptures incomplètes est encore énorme, 30 à 40 p. 100. Par l'intervention à temps on pourrait la réduire à 0.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 18 Juillet 1901.

Fracture pathologique du fémur au-dessous d'un foyer d'ostéite tuberculeuse réchauffée après 55 ans de guérison.

M. Bérard présente un malade chez lequel il a dû pratiquer une amputation de cuisse à la partie moyenne pour une fracture pathologique survenue au-dessus d'un foyer d'ostéite tuberculeuse.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas c'est que cet individu, âgé actuellement de 61 ans, avait, à l'âge de 3 ans, une affection osseuse de la région du genou, qui s'était terminée, au bout de 3 ans, après fistulisation et élimination de petits séquestres, par une ankylose fibreuse du genou en flexion légère.

Le début de cette ostéite de l'enfance avait été aigu; néanmoins on ne peut savoir s'il s'est agi alors d'ostéomyélite ou de tuberculose. Quoi qu'il en soit, pendant 55 ans, le malade put marcher sans gêne, sans douleur. Il fit pendant 30 ans le métier pénible de gardien des mines, qui nécessitait de nombreuses tournées; il se fit au cours de ces inspections de galeries, une fracture des deux os de la jambe correspondante, sans retentissement fâcheux sur le genou. Bref il était en droit de se considérer comme guéri, quand il y a 3 ans, sans nouvelle cause apparente, un nouvel abcès s'ouvrit à la face externe de la partie inférieure de la cuisse, autrefois malade et une fistule per-

sista depuis. Pourtant les douleurs étaient nulles, le malade avait continué son travail quand, 3 semaines avant sa rentrée à l'hôpital, il tomba de sa hauteur en se tordant le pied droit. Il se fit une fracture du tiers inférieur du fémur droit. Une poussée inflammatoire subaiguë se produisit du côté du genou pendant les jours suivants et l'examen révéla bientôt tous les signes d'une tumeur blanche.

D'autre part le fémur, au niveau du foyer de la fracture et dans son épiphyse inférieure, ne présentait aucun épaississement, aucun ostéophyte pouvant témoigner d'une ostéomyélite ancienne, il y avait des ganglions assez volumineux dans l'aine.

L'examen des pièces, après l'amputation, montra que l'épiphyse inférieure du fémur était complètement évidée en une cavité remplie de fongosités et de mastic caséeux sans séquestre osseux. La coque de cette cavité avait une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Et pourtant la fracture s'était produite au moins à 2 centimètres au-dessous dans le tissu déjà compacte de la diaphyse. Un petit orifice dans le condyle externe faisait communiquer le foyer fémoral avec l'articulation du genou. Le plateau tibial, secondairement pris, était creusé d'un petit tubercule du volume d'une noisette. La guérison se fit sans incidents.

Il semble donc que, chez ce malade un point d'ostéite est resté latent pendant plus de 50 ans après une première poussée, que ce foyer se réchauffa il y a 3 ans, pour aboutir à l'évidement complet de l'épiphyse fémorale inférieure et à la production secondaire d'une tumeur blanche du genou. La fracture du fémur déterminée par une cause minime, dans cet os déjà altéré, doit bien être considérée comme une fracture pathologique.

L'examen microscopique des fongosités prouva qu'il s'agissait bien de tuberculose.

Kyste du pancréas.

M. Jaboulay présente un jeune homme de 16 ans, qu'il a opéré pour un kyste du pancréas. Celui-ci paraît avoir commencé, 3 mois avant, par des coliques et des vomissements, en même temps que par une teinte subictérique. Mais c'est en 8 jours que s'est produite la tuméfaction.

L'opération a été faite en face du point culminant, à gauche, sous le rebord costal. Traversée de la paroi, ponction du kyste qui contient de 2 à 3 litres de liquide brun, attraction de la poche à l'extérieur; il n'en vient qu'une petite quantité; drainage au drain de caoutchouc. La poche est encore visible au dehors, il en coule même du liquide.

Histologiquement, elle fait partie d'une tumeur qui ne serait pas sans analogie avec la paroi d'un kyste ovarique.

Quant au contenu, il renferme les trois ferments, pour l'amidon, pour les graisses et pour la fibrine.

L'état général de l'opéré s'est déjà relevé; il a engraissé, mais il lui restera une fistulette.

SOCIETÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 22 Juillet 1901.

Actinomycose cutanée primitive de la joue.

M. Thévenot présente une femme de 53 ans, atteinte d'actinomycose cutanée primitive de la joue droite.

L'affection débuta, il y a 15 ans, au niveau du lobule de l'oreille, par du gonflement et de la rougeur autour de l'orifice percé pour la boucle d'oreille. La lésion s'étendit peu à peu et sectionna complètement le lobule.

Depuis 6 ans, la joue s'est prise à son tour. On y constate en deux points des plaques rouges plus ou moins rapprochées les unes des autres, mais ne se confondant pas. L'ensemble forme une espèce de large plaque en écumoire. La joue est infiltrée dans toute son épaisseur et indurée. Ni trismus, ni ganglions.

Le diagnostic de lupus paraît devoir être éliminé en raison du siège de la lésion, de l'infiltration profonde de la paroi, de l'évolution de la plaque qui ne présente en aucun point des taches en voie de guérison ou des noyaux de tissu cicatriciel. Le diagnostic bactériologique n'a pas encore été établi, la malade étant présentée avant qu'aucun grattage n'ait encore altéré l'aspect des lésions.

Épanchement sanguin intra-cranien, après une fracture du crâne.

M. Xavier Delore fils, présente un homme de 41 ans guéri, après une trépanation, des signes graves d'une compression cérébrale par hématome extra-dure-mérien. L'épanchement de sang relevait d'une fracture du temporal ayant rompu la branche postérieure de la méningée moyenne dans la gouttière osseuse.

Ce blessé entrait le 25 juin 1901, à l'Hôtel-Dieu, dans l'état suivant : hémiplégie droite complète (membre et face), perte complète de connaissance, stertor, respiration à type Cheyne-Stokes, 13 par minute, ralentissement du pouls, 40 à 45 par minute, insensibilité, pupilles fixes et contractées. On notait une otorrhagie gauche et un soulèvement de toute la région temporo-occipitale du même côté. Les renseignements se bornaient à une lettre du médecin qui nous apprenait que le malade avait fait une chute de 2 mètres de haut, 24 heures auparavant.

Une trépanation immédiate révéla une fracture antéro-postérieure de l'écaille du temporal s'irradiant sur le rocher et délimitant aux dépens de l'écaille et du rocher, un véritable volet mobile de haut en bas et de dedans en dehors. En dehors de la dure-mère existait un vaste épanchement sanguin, gelée de groseille, qui s'étendait dans le sens vertical depuis la face du cervelet jusqu'à trois travers de doigt de la ligne médiane, et dans le sens horizontal, depuis la protubérance occipitale environ jusqu'au tubercule zygomatique. Grâce à une tranchée osseuse antéro-postérieure de 6 à 8 centimètres de long et de 3 centimètres de hauteur, les caillots furent évacués aussi prudemment que possible. La dure-mère apparut alors sous la forme d'un voile relâché, avec ses battements normaux. Il n'y avait donc pas d'épanchement intra-dure-mérien (signe de Roser-Braun).

Comme l'hémorrhagie paraissait arrêtée, l'opération fut terminée par un tamponnement très lâche de cette vaste cavité, et quelques sutures superficielles. L'opéré se réveillait quelques minutes après, transformé. Le pouls était à 110, l'hémiplégie avait disparu, et le malade répondait à quelques questions.

Cette amélioration immédiate s'est maintenue. Le tamponnement fut enlevé le 30 juin, et le malade se levait le 8e jour, sans aucun incident post-opératoire.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séances des 5 Avril et 3 Mai 1901.

Traitement de l'imperforation ano-rectale.

M. Van Engelen rappelle la méthode qu'on appliquait anciennement dans les cas de ce genre, et qui consistait à pratiquer un anus artificiel avant d'intervenir du côté du périnée. On insistait alors aussi sur la recherche du signe de propulsion de l'ampoule rectale, et on concluait de l'absence de ce signe soit à la grande difficulté de l'opération radicale, soit à la nécessité de la remplacer d'urgence par une intervention palliative.

Depuis, on a préconisé le traitement direct d'emblée, la recherche immédiate de l'ampoule rectale, et Van Engelen a pu apprécier les avantages de ce procédé. Il a traité un cas, il y a 4 ans, par l'anus artificiel et l'opération périnéale consé-

cutive. Il y a quelques semaines, il a opéré un nouveau cas, en intervenant directement par le périnée; on peut toujours de ce côté trouver l'ampoule rectale, à condition de bien vider la vessie, d'opérer par la voie postérieure en sectionnant le coccyx, et d'ouvrir au besoin le cul-de-sac de Douglas. On ne provoque ainsi aucune hémorrhagie; dans le dernier cas opéré, l'enfant, quoique chétif, a très bien supporté l'intervention, et l'anus fonctionne chez lui d'une manière parfaite, soit par hypertrophie du sphincter normal peu développé, soit par création d'un nouveau sphincter aux dépens des fibres musculaires de l'intestin.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séances des 27 Avril et 25 Mai 1901.

Les effets physiologiques du chlorure d'éthyle.

M. Helger. fait un rapport sur un travail de **M. A. Lebet** (de Genève), qui relate les résultats de ses recherches expérimentales sur le chlorure d'éthyle.

A cause de sa volatilité, cet anesthésique est d'un emploi difficile; même avec les appareils spéciaux, et en prenant les plus grandes précautions, on n'arrive pas à obtenir une évaporation constante.

L'insufflation dans la trachée d'air saturé de chlorare d'éthyle produit en moins d'une minute une anesthésie complète, avec élévation considérable de la fréquence du pouls et du nombre des respirations; cette anesthésie cesse en général quelques minutes après la fin de l'insufflation; toutefois les animaux restent abattus durant plusieurs heures.

L'inhalation d'un mélange d'air saturé de chlorure d'éthyle et d'air humide amène également l'anesthésie, mais après une phase d'excitation.

L'injection dans la jugulaire d'un lapin de sérum de lapin saturé de chlorure d'éthyle augmente d'abord la pression aortique, puis la diminue notablement.

Enfin, un cœur de grenouille, isolé et rempli de sérum contenant au moins 0,75 p. 100 de chlorure d'éthyle, se tétanise et cesse de battre.

Les effets de la trépanation faite sur les jeunes animaux.

M. Vanlair fait un rapport sur un travail de **M. Demoor**.

Dans une note relativement récente communiquée à la Société de biologie, Danilewsky avait signalé chez de très jeunes chiens soumis à la trépanation du crâne, l'apparition tardive d'un double phénomène : des crises épileptiformes suivies de mort, survenant après un délai moyen de 6 mois, précédées d'un arrêt de développement limité aux membres correspondant à la région trépanée.

Ces expériences de Danilewsky ont été renouvelées et complétées par M. Demoor, dont les recherches ont porté sur le chien et le lapin. De même que Danilewsky, l'auteur a noté la constance, au moins chez le chien des accès épileptiques; par contre, il s'est produit au bout de quelques mois, un amaigrissement général très prononcé, ainsi qu'une raréfaction diffuse de le substance osseuse de la boîte crânienne. Jamais non plus les convulsions n'ont présenté le caractère jacksonien.

Mais la partie vraiment originale du travail réside dans l'étude des altérations histologiques des neurones de la couche corticale, lesquelles consistent en une chromolyse plus ou moins accentuée, accompagnée d'une déformation du noyau avec vacuolisation du cytoplasme et monilisation des dendrites. Cette dernière altération n'a toutefois été observée que chez les animaux emportés par des convulsions. Dans tous les cas, les lésions neuroniques occupaient toute l'étendue du revêtement cortical.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Diard (Henry). *Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive.* N° 548. (Jules Rousset.)

M. Brissaud (Eugène). *De l'adénite des ganglions prélaryngés.* N° 551. (L. Boyer.)

M. Renaud (Lucien). *De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant.* N° 556. (L. Boyer.)

M. Mathevet (J.). *Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle.* N° 559. (L. Boyer.)

M. Plantard (G.). *De la tuberculose primitive des muscles.* N° 621. (E. Witski et Cie.)

M. Seze (J. de). *Étude sur la mort subite consécutive à la rupture des kystes hydatiques du foie.* N° 639. (L. Boyer.)

M. Rousseau (Aug.). *La péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite.* N° 642.

M. Niot (Georges). *De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit.* N° 647. (A. Michalon.)

M. Zavadovsky (Nicolas). *De la péritonite blennorrhagique des petites filles.* N° 656. (L. Boyer.)

M. Chateau (Joseph). *Inflammation et suppuration des kystes et pseudo-kystes sacculaires.* N° 666. (L. Boyer.)

M. Laurent. *Contribution à l'étude des gangrènes daus les fractures fermées des deux os de l'avant-bras.* N° 657. (A. Maloine.)

La notion de syphilis héréditaire tardive, rendue incontestable dès le milieu du siècle dernier, mais établie définitivement en 1886 par les travaux de Fournier, repose sur trois données : 1° Caractère syphilitique des lésions nettement démontré; 2° Sujet indemne de toute contagion directe; 3° Aveu obtenu ou preuve de la syphilis d'un des parents au moins.

Les lésions gommeuses, manifestations de cette diathèse, surviennent le plus fréquemment entre 10 et 20 ans, chez les jeunes filles. D'après M. Diard leurs sièges d'élection sont les jambes et la cavité bucco-pharyngée. Elles ne diffèrent en rien cliniquement des mêmes lésions tertiaires de la syphilis acquise.

Le diagnostic, toujours délicat, sera précoce. Il repose principalement : 1° sur l'anamnèse, c'est-à-dire le résultat d'une enquête minutieuse menée près des parents et des collatéraux, tant par l'interrogatoire que par l'examen; 2° sur les stigmates acquis ou natifs du sujet et sur ses antécédents personnels; 3° sur les caractères objectifs de la lésion et, enfin, l'épreuve du traitement toujours institué au cas de doute.

Le pronostic variable avec l'état constitutionnel du sujet, l'importance de l'organe lésé, la précocité du traitement, varieront surtout, suivant que le diagnostic a été posé ou non.

Le traitement comprendra le mercure et l'iodure qui pourront être indiqués aux mêmes doses, sous les mêmes formes que dans la syphilis acquise, suivant l'âge du sujet, le siège et la résistance de la lésion. L'accident étant guéri, un traitement de fond s'impose, dans le but d'atténuer la diathèse et de prévenir des accidents ultérieurs.

L'adénite prélaryngée tuberculeuse mérite, d'après M. E. Brissaud, une place à part dans la description des adénites du cou. Elle est très souvent primitive. Elle peut infecter le larynx, secondairement, par continuité ou par simple contiguïté. Son diagnostic n'est pas toujours aisé, surtout quand elle est primitive. Elle réclame un traitement particulier à cause de sa situation spéciale. Les injections modificatrices, faites au moyen de naphtol camphré ou de thymol camphré, donneront les

meilleurs résultats dans le plus grand nombre de cas. Elles sont d'une innocuité presque absolue, et offrent de plus l'avantage d'éviter au malade toute cicatrice dans une région très apparente.

M. L. Renaud trouve que les observations publiées jusqu'à ce jour sous le nom de torticolis musculaire rhumatismal ne permettent pas d'attribuer d'une façon certaine à une lésion des muscles du cou les symptômes décrits par la clinique. Un très grand nombre d'observations plus complètes démontrent, au contraire, que dans les affections de ce genre, certaines articulations des vertèbres entre elles sont le siège d'arthrites sans doute rhumatismales. Il convient donc, au moins jusqu'à plus ample informé, de substituer à la description du torticolis musculaire rhumatismal, celle de l'arthrite cervicale rhumatismale. Cette opinion, soutenue par M. le professeur Lannelongue en 1894, a reçu depuis l'appui de MM. Robin, Marfan, Grancher et A. Broca. Cette affection débute toujours par une phase aiguë (arthrite aiguë rhumatismale) qui laisse après elle des déformations osseuses, des attitudes vicieuses, et se complique même quelquefois de rétractions musculaires tendineuses. Passée à la période de chronicité, elle présente dès lors un complexus symptomatique, dont l'attitude vicieuse et les rétractions des muscles sont les lésions les plus apparentes, ce qui explique la théorie musculaire longtemps en faveur. Dans la phase aiguë le diagnostic est en général facile. Dans la phase chronique, les commémoratifs devront être minutieusement recherchés, afin de reconnaître l'existence de la première période aiguë de l'affection. Il conviendra également d'établir un diagnostic souvent délicat entre cette arthrite rhumatismale, les autres sortes de torticolis et le mal de Pott. Le pronostic de l'arthrite cervicale rhumatismale étant assombri par les déformations et les attitudes vicieuses ultérieures, il conviendra, toutes les fois que les symptômes seront suffisamment accentués, de lui opposer d'abord un traitement immobilisateur en bonne position. La médication interne, identique à celle des autres affections rhumatismales, complétera utilement le traitement,

La hernie inguino-interstitielle est une hernie congénitale qui paraît due à la persistance du canal vagino-péritonéal dans son trajet inguinal et à son oblitération plus ou moins complète au voisinage de l'anneau externe. Cette persistance du canal péritonéo-vaginal s'observe surtout dans les cas d'ectopie inguinale du testicule, ectopie qui paraît jouer un grand rôle dans la production de cette variété de hernie à laquelle le testicule adhérent au sac péritonéal et retenu en outre par un cordon lui-même très adhérent ou trop court ferme en quelque sorte l'orifice externe du canal inguinal et barre la voie du scrotum. A peu près dans tous les cas de hernie interstitielle bien définie, le testicule a été découvert à l'intérieur du sac, en contact immédiat avec l'intestin ou l'épiploon et en ectopie inguinale. En conséquence on doit réserver le nom d'inguino-interstitielle à une hernie congénitale qui engagée dans un sac herniaire préformé par la persistance du canal péritonéo-vaginal et trouvant une barrière infranchissable au niveau de l'orifice externe reste incluse dans le canal inguinal qu'elle dilate, puis dissocie les muscles larges de la paroi abdominale et s'insinue dans leur interstice. Mais M. Mathevet reconnaît que ce serait être trop exclusif que de refuser droit de cité, dans cette variété, à des hernies réellement interstitielles, par la seule raison qu'elles sont devenues en partie scrotales, après avoir été longtemps nettement et uniquement interstitielles au sens strict du mot. Cette variété de hernie s'observe également chez la femme. Le seul traitement que reconnaisse cette grave affection, est celui de la cure radicale.

La tuberculose musculaire primitive qu'étudie M. Plantard est une affection rare. Elle est à peu près inconnue dans la race bovine; bien plus, il semble que la chair musculaire provenant de ces animaux ait une action antitoxique vis-à-vis du bacille de Koch. La tuberculose primitive des muscles naît et se développe dans le tissu conjonctif du muscle; c'est une tuberculose interstitielle. Elle respecte la fibre striée. Comme partout, le tubercule évolue dans deux sens : caséification au centre; production du tissu fibreux à la périphérie; on connaît même une tuberculose musculaire primitive à forme fibreuse. Le diagnostic est à faire avec à peu près toutes les affections du muscle. Il sera complété par l'examen microscopique des pièces et l'inoculation au cobaye. Le traitement local de la tuberculose primitive des muscles est un traitement chirurgical. L'intervention doit être précoce, elle doit être large.

Le pronostic des kystes hydatiques, toujours grave, est encore assombri par la possibilité d'une rupture entraînant la mort en quelques instants. Au dire de M. J. de Seze cette mort est due, selon toute probabilité, à la toxicité du liquide hydatique et à la présence dans ce liquide, suivant des conditions encore discutées, d'une ptomaïne. L'auteur a essayé de dégager des observations le mécanisme de la mort mais il n'est arrivé qu'à des hypothèses qui demandent à être vérifiées. Quoi qu'il en soit, la conclusion thérapeutique doit être : 1° de proscrire toute ponction exploratrice dans un kyste hydatique, et même toute ponction à travers la paroi abdominale, alors même qu'on voudrait la faire complète, évacuatrice, puisqu'un accident quelconque peut toujours arrêter l'intervention et en faire une ponction incomplète. On devra préférer à ce moyen diagnostic la laparotomie exploratrice. Toutes les fois qu'on aura affaire à un kyste tendu, d'un volume inquiétant, il y aura indication formelle à une intervention immédiate.

A côté des formes classiques de la péritonite tuberculeuse aiguë (granulie péritonéale et tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë), M. A. Rousseau décrit une forme clinique qui, par son mode de début, son évolution et sa localisation anatomique, simule l'appendicite franche. Cette forme mérite le nom de type pseudo-appendiculaire. Elle revêt deux aspects : tantôt celui de l'appendicite avec péritonite localisée, tantôt celui de l'appendicite suraiguë avec péritonite diffuse septique par perforation. Ces deux formes sont caractérisées par une éruption récente de tubercules localisés au niveau du péritoine iléocæcal sans participitation du cæcum ni de l'appendice. L'infection tuberculeuse paraît atteindre la séreuse surtout par voie sanguine : la voie lymphatique et la voie intestinale sont moins fréquentes.

Au point de vue du diagnostic, on doit tenir compte : A. Du passé pathologiques du malade et en particulier des poussées congestives pulmonaire ou pleurales. Un examen attentif permettra parfois d'en retrouver des traces. B. De l'existence de phénomènes d'occlusion, et en particulier de vomissements fécaloïdes plus marqués que dans les péritonites aiguës non tuberculeuses. Le pronostic de la péritonite tuberculeuse pseudo-appendiculaire n'est pas le même dans les deux variétés. Dans la forme qui revêt le type de la péritonite par perforation il est presque toujours fatal; dans la variété qui simule la péritonite localisée il est relativement bon, surtout si on a recours à une intervention opératoire. En somme, le pronostic est à peu près le même que celui des deux formes d'appendicite.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire présentent des dispositions anatomiques spéciales qui favorisent la torsion du pédicule est plus fréquente à droite qu'à gauche. Cette complication peut simuler l'appendicite par son siège et par ses symptômes. M. G. Niot croit qu'il est possible d'établir un pronostic différentiel : *a*) par l'examen comparatif des symptômes de ces deux affections; *b*) et surtout par un examen approfondi de la tumeur en s'aidant du palper, des touchers rectal et vaginal, combinés avec le palper, et de la chloroformisation.

On doit toujours opérer un kyste tordu. Quand on a établi le diagnostic de kyste tordu et appendicite, si on est hésitant, choisir de préférence l'incision oblique iliaque, se réservant de la prolonger s'il est nécessaire.

La péritonite gonococcique des petites filles, est, d'après M. Zavadovsky plus fréquente qu'on ne le croit, elle résulte de l'infection de la séreuse péritonéale par le gonocoque ou des microbes associés, au cours d'une vulvo-vaginite. Cette infection se fait par voie ascendante, vagin, utérus, trompes, péritoine. La péritonite gonococcique se présente sous la forme de : Péritonite généralisée grave, péritonite bénigne, péritonite localisée.

Le pronostic immédiat est sombre pour la première forme, bénin pour la seconde, grave, à cause des suites lointaines, pour la troisième forme. Le diagnostic ne peut se faire que par constatation d'un écoulement vulvo-vaginal. Le traitement comporte un traitement préventif : celui de la vulvo-vaginite.

Le traitement médical suffit la plupart du temps; mais on doit pratiquer la laparotomie sans retard, dès que les signes s'aggravent, en se basant surtout sur l'état du pouls et de la température.

Un sac herniaire déshabité peut arriver à se séparer peu à peu du reste de la cavité péritonéale; d'abord en communication avec elle par un orifice étroit (pseudo-kyste sacculaire), il est bientôt complètement fermé (kyste sacculaire). Souvent il se produit où il persiste une hernie au-dessus de ces sacs déshabités. Ces kystes, parfois difficiles à distinguer cliniquement des hydrocèles du cordon et des kystes congénitaux du cordon, doivent en être séparés en théorie. Dans les deux cas le processus d'isolement du sac séreux est le même : mais pathologique et anormal dans le premier, il répond dans le second à une évolution physiologique incomplète. L'existence de ces kystes à l'anneau crural prouve bien leur autonomie. Ils peuvent s'enflammer, s'infecter et suppurer, soit que les microbes viennent de l'intestin (cas probablement le plus commun), soit qu'il s'agisse d'une infection extérieure par propagation. Il faut éviter la confusion avec la hernie étranglée en se basant sur les signes que l'auteur expose. En tout cas, dans le doute, on évitera soigneusement le taxis qui peut être très dangereux en déversant du liquide septique dans le péritoine. Quant à distinguer le kyste sacculaire enflammé du kyste du cordon également enflammé, cela peut être impossible, mais peu importe puisque le traitement est le même. L'extirpation du kyste préalablement vidé par une incision résume la thérapeutique. On évitera la recherche dangereuse de la perméabilité de l'orifice péritonéal et on fera au besoin la cure radicale de la hernie qui pointe souvent derrière le kyste.

M. J. Chateau pense que l'examen bactériologique des liquides de kystes et pseudo-kystes sacculaires, ainsi que des kystes funiculaires (examen dont nous ne connaissons pas d'observation antérieure à la nôtre), serait fertile en intérêt, s'il était fait systématiquement chaque fois qu'on rencontre l'une de ces affections, quelle que soit d'ailleurs la nature du liquide (sérosité, sang, pus).

Il faut toujours se rappeler que les fractures de l'avant-bras sont, de toutes les fractures, celles qui se compliquent le plus facilement de gangrène. Elles a toujours été produite par l'application d'appareils arrêtant plus ou moins complètement la circulation artérielle dans le segment du membre blessé. Pour M. Laurent, le meilleur moyen de prévenir cette gangrène consiste dans l'application de la simple gouttière plâtrée postérieure. Le complément indispensable de cet appareil est la surveillance quotidienne du membre, aidée de massages régulièrement pratiqués et de la mobilisation de la main et du poignet pendant la durée du traitement.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS BRITANNIQUE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Londres du 22 au 26 Juillet 1901

Traitement de l'anorexie chez les tuberculeux par la persodine (persulfate de soude.)

M. J. Hobbs (de Bordeaux). — Nous savons tous que tant vaut l'estomac chez un tuberculeux, tant vaut le malade.

Un tuberculeux qui peut s'alimenter est en bonnes conditions pour lutter contre le bacille de Koch et espérer sa guérison; malheureusement, il arrive fréquemment qu'un des premiers symptômes, alors même que les lésions pulmonaires sont très peu avancées, est une anorexie absolue. Malgré les conseils de son médecin qui lui ordonne la suralimentation, le tuberculeux fait tout ses efforts, mais ne peut réussir à manger. C'est en vain que l'on essaie l'un après l'autre tous les amers, ils échouent tous : l'amaigrissement progresse et la cachexie s'installe peu à peu.

Bien des médicaments en dehors des amers ont été essayés pour lutter contre l'anorexie, et, dans ces derniers temps, la chimie nous a donné un produit nouveau destiné à relever la nutrition des tuberculeux, à activer leurs oxydations.

Ce produit est le persulfate de soude dont la première préparation, sous le nom de persodine, est due à MM. A. et L. Lumière, de Lyon.

Ces auteurs ont du même coup créé des persulfates minéraux de potassium, sodium, ammonium, baryum et plomb et des persulfates de quinine et de cocaïne.

Ces sels, très instables, ont été étudiés depuis à des points de vue différents par MM. J. Nicolas, Garel, Rigot (de Lyon), Milian (de Paris).

Dans cette étude, nous ne retiendrons que leur rôle sur la nutrition et nous n'envisagerons qu'un seul sel en solution, la Persodine (persulfate de soude), composition qui nous a paru beaucoup plus stable.

Laissant également de côté les cas où nous avons prescrit ce médicament dans la chloro-anémie, la neurasthénie, etc.; nous ne retiendrons qu'une seule circonstance : l'anorexie des tuberculeux.

Nos observations sont au nombre de six. En les résumant très brièvement, nous les diviserons de la façon suivante :

Une tuberculose pulmonaire douteuse, chez un enfant de 12 ans, douteuse en ce sens que malgré des signes stéthoscopiques positifs nous n'avons pas trouvé de bacilles dans les crachats.

Trois tuberculoses pulmonaires au premier degré chez deux enfants de 5 à 8 ans et chez un adulte de 24 ans, ce dernier avec fièvre.

Une tuberculose au second degré chez un adulte de 45 ans, fébrile également.

Une tuberculose au troisième degré chez un adulte de 28 ans, avec fortes poussées de température.

Ces six malades étaient tous atteints d'une anorexie plus ou moins intense et principalement les enfants.

A tous, nous avons donné la persodine une heure avant le repas, dans un peu d'eau, à la dose d'une cuillerée à café pour les enfants, d'une cuillerée à soupe pour les adultes.

Dès le second jour, chez l'enfant atteint de tuberculose douteuse et chez un de ceux arrivés à la première période, l'appétit revint; à partir du quatrième jour chez tous les autres malades.

Chez tous, le réveil de l'appétit se manifeste par une sensation de vide au niveau du creux de l'estomac avec un véritable besoin de s'alimenter.

Au cinquième jour, les parents d'un de nos petits malades nous disaient que l'enfant devenait glouton.

Tous nos malades ont augmenté de poids : la fillette atteinte de tuberculose douteuse augmente de 4 kilogrammes en 20 jours ! les deux autres de 3 livres et 3 livres et demie.

Deux de nos malades adultes voient leur poids monter de 60 à 62 kilogrammes, de 70 a 71 kil. 500 en 25 jours.

Notre tuberculeux à la troisième période en tira lui-même quelque bénéfice; l'amaigrissement qui était progressif s'arrêta, il y eut même une augmentation de 500 grammes, qui malheureusement ne continua pas.

En somme, nous pouvons dire que tous nos malades ont vu leur poids s'accroître par l'usage du persulfate de soude.

Chez un seul malade nous avons pu pratiquer une analyse complète des urines : la déphosphatisation était moindre.

Malgré des doses un peu fortes : deux cuillerées à soupe par jour, continuées pendant vingt-cinq jours, aucun de nos malades n'a eu de diarrhée.

Nous concluons donc que le persulfate de sonde est un excitant de la nutrition et qu'il combat efficacement l'anorexie des tuberculeux.

Le service municipal antituberculeux de la Ville de Bordeaux.

M. J. Hobbs (de Bordeaux). — Pour lutter contre les progrès de la tuberculose, la ville de Bordeaux, sous l'inspiration de M. le Dr Dupeux, vient de fonder un service antituberculeux qu'elle a confié à MM. Solles, Hobbs, Mongour et Baillet. Ce service, qui fonctionne depuis un mois à peine, a pour but de concentrer tous les documents relatifs à la tuberculose, de les classer, d'aider à l'élimination des individus suspects demandant à entrer dans une collectivité (les écoles en particulier), de favoriser l'usage de la tuberculine dans les étables productrices de lait, de venir en aide aux médecins de la ville et du département dans les cas douteux de leur clientèle. Les médecins envoient à l'analyse les crachats ou produits organiques quelconque suspects de tuberculose, l'examen bactériologique en est fait et si cet examen reste négatif, l'inoculation au cobaye est pratiquée. La réponse est immédiatement envoyée au médecin traitant. Le service se propose de remettre aux intéressés une petite notice où seront indiquées toutes les mesures d'hygiène pratique que doit employer le chef de famille pour lutter contre la tuberculose en même temps que seront délivrés anx indigents des paquets contenant 2 grammes de bichlorure de mercure et 10 grammes de chlorure de sodium à faire dissoudre dans un litre d'eau : ce liquide étant destiné à assurer la désinfection des crachats.

Bien que le service ne fonctionne que depuis 1 mois et qu'il ne soit pas encore bien connu, il a déjà pratiqué 22 examens.

Fréquence et valeur de l'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique dans la tuberculose miliaire des enfants et dans la méningite tuberculeuse.

MM. P. Haushalter et **A. Fruhinsholz** (de Nancy). — Sur 68 autopsies de tuberculose miliaire chez des enfants de moins de 12 ans, 74 fois (soit 95 f. p. 100), la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques a été rencontrée; 67 fois il s'agissait de méningite tuberculeuse, sur lesquelles 64 fois l'adénopathie existait.

Cette adénopathie a toujours les caractères d'une tuberculose ancienne, d'une tuberculose caséeuse; dans 29 cas elle coïncidait avec des lésions tuberculeuses anciennes du poumon, généralement localisées; dans 44 cas elle réalisait la seule lésion tuberculeuse ancienne.

Dans la presque unanimité des cas donc, l'origine de l'infection bacillaire, qui aboutit chez les enfants à la granulie et à la méningite, réside dans la caséification des ganglions trachéo-bronchiques. La fréquence de cette lésion est une preuve de l'importance de la contagion aérienne de la tuberculose chez l'enfant.

Comment cette adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, plus développée, plus profonde dans la tuberculose miliaire que dans n'importe quelle autre forme de tuberculose, aboutit-elle à l'infection bacillaire sanguine qui est considérée comme presque l'unique cause de la granulie et de la méningite? Malgré les rapports étroits des vaisseaux de la base du du cœur avec le paquet des ganglions caséeux du médiastin, rapports que montrent les planches que nous présentons au Congrès, nous n'avons pu déceler de lésions macroscopiques ou microscopiques des parois de ces vaisseaux, pouvant expliquer le passage direct des bacilles des ganglions dans le sang.

L'infection bacillaire sanguine se fait sans doute par l'intermédiaire du système lymphatique : pendant le très bref trajet effectué par les leucocytes bacillifères depuis les ganglions caséeux du médiastin jusqu'au torrent circulatoire, en passant par les lymphatiques efférents et une courte partie du canal thoracique ou de la grande veine lymphatique, la destruction des bacilles n'a peut-être pas le temps de s'opérer.

Même dans bien des cas où la méningite existe pure, sans granulie généralisée, et où on serait peut-être tenté, en raison de ce fait, de chercher l'origine de l'infection, non dans la voie sanguine, mais dans la voie lymphatique, il est probable qu'il existe une infection bacillaire générale dont les manifestations sur les autres organes ne sont pas appréciables à l'œil nu, ou sont, comme nous avons pu le constater plusieurs fois, extrêmement discrètes.

Le séro-diagnostic des tuberculoses dites « chirurgicales ».

MM. S. Arloing et **P. Courmont** (de Lyon). — Le séro-diagnostic par l'emploi des cultures liquides homogènes peut rendre de grands services pour le diagnostic de la nature des lésions dites chirurgicales.

Voici les résultats d'une statistique portant sur 66 observations :

Lésions non tuberculeuses (11 cas) : réactions positives, 0; réactions négatives, 11.

Lésions cliniquement tuberculeuses (55 cas) : réactions positives, 41 (soit 74,54 p. 100; réactions négatives, 14 (soit 25,46 p. 100).

Ces 66 malades appartenaient tous à des services de chirurgie. Les tuberculeux offraient les localisations les plus diverses : ostéo-articulaires, osseuses, ganglionnaires et cutanées.

Il nous a semblé que la séro-réaction était plus constante et à un taux plus élevé dans les cas à évolution favorable, et que les cas les plus graves donnaient un plus grand nombre de séro-réactions négatives. De sorte qu'au point de vue pratique une séro-réaction positive est un signe d'une grande valeur en faveur de l'existence d'une tuberculose chirurgicale.

Les sanatoriums populaires de répartition.

M. G. Kuss. — Parmi les raisons qui empêchent d'obtenir dans les sanatoriums populaires le maximum d'effets utiles, il en est une qu'il faut mettre au premier plan : c'est, pour un sanatorium donné, l'uniformité des conditions de fonctionnement, uniformité qui contraste singulièrement avec la diversité des formes de tuberculose qui sont justificiables du sanatorium populaire. Alors même que le choix des malades est fait, à la consultation de la Ville, avec un soin jaloux, il n'en est pas moins certain que, parmi ces tuberculeux sélectionnés, tous présumés curables, des différences fondamentales sont créées par l'état variable des lésions, la résistance plus ou moins grande du cœur, la sensibilité individuelle aux causes de fièvre, les aptitudes réactionnelles du terrain, etc. On est amené tout naturellement à catégoriser ces malades.

Les uns, sujets fragiles et délicats (à petites ou grosses lésions, peu importe), ont besoin d'un repos prolongé, souvent même du repos au lit, d'une suralimentation soigneusement dosée et prudemment conduite, d'une surveillance médicale incessante et attentive; ce sont de vrais malades de sanatorium, impossibles à soigner efficacement ailleurs que dans un établissement fermé possédant une installation matérielle suffisante et une direction médicale continue.

Une deuxième catégorie est constituée par des malades résistants, et constamment apyrétiques, à lésions sclérosantes torpides dont l'évolution s'arrête et rétrograde sous l'influence du repos relatif dans de bonnes conditions d'hygiène. Ces tuberculoses bénignes, qui spontanément tendent vers la guérison apparente, fournissent de magnifiques succès aux statistiques des sanatoriums, mais elles fournissent des succès non moins beaux aux médecins qui, dans leur clientèle privée, ont envoyé de tels malades se mettre au vert à la campagne dans des conditions d'installation quelconque. Seulement, comme ces malades sont de vrais tuberculeux à lésions généralement ouvertes, on ne peut songer à les soustraire à toute surveillance; dans leur intérêt, comme dans l'intérêt des localités où ils séjourneront, il faut les grouper dans des établissements où ils ne soient pas livrés à eux-mêmes, où les imprudences leur soient interdites, où une surveillance médicale intermittente, mais réelle, puisse s'exercer sur eux. Un « sanatorium de fortune » visité 2 ou 3 fois par semaine par un médecin d'une localité voisine remplira ces indications.

Reste, enfin, une troisième classe de malades, fort intéressants ceux-là, mais dont il est vraiment très difficile d'apprécier l'état de santé exact. Je veux parler des sujets porteurs de signes d'auscultation, surtout cicatriciels, qui subissent, sous une

influence quelconque, une déchéance de l'état général. Comme l'exploration de la poitrine ne révèle pas de lésion tuberculeuse en évolution actuelle, que l'expectoration, quand elle existe, est peu marquée et privée de bacilles, on est très embarrassé pour savoir si ces malades sont ou non de vrais tuberculeux. Comment décider si derrière ces zones de sclérose ne se cachent pas des foyers caséeux capables d'influencer la santé; une étude détaillée du malade, certaines épreuves thérapeutiques permettent de serrer le problème de plus près, mais ce sont des recherches longues et délicates. Quand on reste dans le doute, il est absolument indiqué de soigner ces malades comme de vrais tuberculeux et de leur assurer le bénéfice du traitement hygiénique; mais, pas plus que pour les sujets de la catégorie précédente, la cure de sanatorium n'est indispensable; c'est le repos dans un air pur et tonique qu'il faut à ces malades et, comme ils n'ont pas de lésions ouvertes, que ce sont simplement des suspects, fatigués, anémiés, déprimés, neurasthénisés, on peut se borner à leur procurer une cure d'air en semi-liberté à la campagne, dans une maison de convalescence à laquelle on pourrait annexer une colonie agricole.

En résumé, à ces trois catégories de tuberculeux curables conviennent des formations hospitalières différentes : aux malades fragiles et délicats, prompts aux poussées bacillaires, le vrai sanatorium avec direction médicale continue; aux formes torpides et résistantes de tuberculose apyrétique le sanatorium de fortune avec surveillance médicale intermittente; aux suspects, la maison de convalescence.

A l'heure actuelle, ces trois formes différentes d'asiles pour tuberculeux existent et fonctionnent, et il me serait facile de citer des noms précis; mais ils fonctionnent dans de mauvaises conditions, parce que les malades qu'ils reçoivent ne sont nullement adaptés aux ressources qu'ils possèdent.

Conserver dans un vrai sanatorium digne de ce nom des malades pour lesquels ces conditions idéales sont parfaitement superflues, c'est un véritable gaspillage. Ces inconvénients sont plus sérieux quand on entasse toutes sortes de tuberculeux dans des établissements baptisés à la légère « sanatoriums »! on s'expose à ce que le sanatorium de fortune devienne alors un sanatorium d'infortune et d'infection.

Il faut donc qu'un choix minutieux des malades précède leur répartition; tâche importante entre toutes, puisque les erreurs de pronostic se traduiront nécessairement par un déficit budgétaire et par une mauvaise utilisation des instruments de combat dont on dispose.

Peut-on décider la répartition des malades dans une consultation faite à la ville?

Certainement non : il est déjà fort difficile de choisir, dans ces conditions, les tuberculeux qu'on doit accepter au sanatorium et ceux qu'on doit refuser. Dans la plupart des cas, l'auscultation, à elle seule, ne suffit nullement pour établir un pronostic; on est forcé d'y joindre l'examen complet du malade, le faciès, l'état du pouls, la résistance aux causes de fièvre, l'état des fonctions digestives, etc., et tous ces éléments d'information peuvent être profondément viciés dans leur signification par les conditions de fatigue, de surmenage, de misère et d'angoisse morale où se trouvent les malades. On est sans cesse exposé à commettre des erreurs dans un sens ou dans l'autre; à plus forte raison ne saurait-on espérer classer d'une manière exacte les sujets que l'on estime pouvoir guérir.

Pour se faire une opinion sur ces malades, il faut, de toute nécessité, les avoir suivis quelque temps dans un service hospitalier; ce service doit être un service spécial, pourvu de toutes les ressources de traitement exigées pour la cure hygiénique, pourvu aussi de tous les moyens d'investigation qui permettent de venir en aide au diagnostic clinique hésitant : il doit être dirigé par un médecin spécialiste qui ait le temps de faire ces études de malades, longues et minutieuses; enfin, il doit être situé à la campagne, dans un air pur, pour qu'on puisse juger, dans les meilleures conditions, des chances de guérison que possèdent les malades. Chez beaucoup de tuberculeux qui arrivent au sanatorium pâles, défaits, anorexiques, languissants, subfébriles, 2 ou 3 semaines de repos au grand air suffisent pour déterminer une transformation radicale; à vue d'œil les malades se colorent et engraissent, leur appétit se réveille, la température redevient normale... et, ce qui montre bien l'influence toute spéciale des conditions climatériques, c'est que ces transformations s'observent aussi chez des sujets qui sortent d'un hôpital ou d'un sanatorium urbains. Inversement, d'autres malades restent atones, déprimés, mangent mal, n'engraissent pas. Si l'on cherche la raison d'être de ce manque de stimulation, on la trouve, bien souvent, dans une affection chronique des voies digestives, dans un état neurasthénique ancien, ou dans des signes plus directs qui montrent que l'organisme est touché profondément par le processus tuberculeux. Aussi cette « épreuve à la campagne » est, à elle seule, plus importante que beaucoup d'autres explorations cliniques; elle contribue à faire connaître la puissance de vitalité du malade. Donc, le service en question sera situé en pleine campagne, mais assez près de la ville pour que les frais de transport des malades demeurent très restreints.

Au service hospitalier ainsi défini convient le nom de sanatorium de répartition. Ses fonctions seraient multiples. Recevant le lot des malades présumés curables envoyés de la ville, il le passerait au crible, pour ainsi dire.

1° Après examen suffisamment prolongé, il renverrait (pour les confier soit à un asile de phthisiques, soit à un dispensaire) les tuberculeux qui ne présenteraient pas les garanties de curabilité qu'on avait cru constater à première vue. Cette élimination, si pénible soit-elle, est nécessaire dans un sanatorium populaire, où l'on doit pouvoir obtenir en 5 ou 6 mois des améliorations durables; or, le pronostic de la tuberculose est entouré de telles difficultés que les médecins les plus compétents ne peuvent pas prévoir, à coup sûr, le résultat que donnera la cure; c'est l'expérience faite au sanatorium sur un malade donné, qui doit trancher la question. Remarquons ici, en passant, que les malades qui sont justiciables du sanatorium populaire appartiennent à deux groupes différents :

Les uns sont des tuberculeux tout à fait au début, mais, dans la classe pauvre, ils sont rarement dépistés à temps; de plus, ils constituent bien souvent de mauvais malades, car on ne sait jamais, quand une tuberculose commence, comment elle évoluera, et les malades qui arrivent avec une lésion en germination et des illusions d'avenir qui paraissaient légitimes, peuvent très bien avoir une de ces tuberculoses graves, à marche continue, pour lesquelles on ne peut guère espérer un bon résultat, tout au moins dans les conditions des sanatoria populaires, où la lutte peut être prolongée indéfiniment.

Un deuxième groupe est formé par les malades qui, frappés depuis longtemps par la tuberculose, ont déjà fait leurs preuves de résistance. Il y a de nombreuses tuberculoses semi-bénignes qui évoluent avec intermittence pendant de longues années; elles ont, le plus souvent, commencé dans l'enfance, restent latentes ou larvées très longtemps, en donnant par intervalles des épisodes aigus : hémoptysie, bronchite, fièvre éphémère, pleurésie, etc. Il y a ainsi une série de feux de paille qui s'allument et s'éteignent vite; jusqu'au jour très lointain, parfois, de l'embrasement terminal qui consume l'individu. Le rôle du sanatorium populaire est précisément d'intervenir au moment d'une de ces poussées éphémères pour éteindre cette poussée et sauvegarder l'avenir. Assez souvent le rapprochement des épisodes aigus et l'aggravation qui en résulte détermine la formation d'une phthisie fibreuse torpide compatible, pendant des années, avec une vie active.

Là encore le sanatorium a un rôle très utile (utile à la fois au point de vue humanitaire et au point de vue social), en rendant à ces malades plusieurs années de santé suffisante; un bénéfice réel et durable peut être obtenu pour eux si l'on a soin d'éliminer les sujets que l'étendue des lésions cicatricielles antérieures a convertis en véritables infirmes.

C'est principalement pour ces malades à tuberculose fibreuse ancienne, compliquée d'une poussée récente, que l'épreuve préliminaire de la cure de sanatorium est utile. Il n'est pas rare, au sanatorium, de constater chez de tels malades, qui à l'entrée paraissaient en piteux état, des améliorations profondes extraordinairement rapides, et d'obtenir en quelques mois un bénéfice considérable qui contraste avec l'inutilité des tentatives thérapeutiques poursuivies pendant les années précédentes. Il faut donc se montrer assez large dans les admissions, sous la réserve de renvoyer les malades du même groupe dont l'amélioration se dessinera trop lentement. Le fonctionnement du sa-

natorium de répartition remplira précisément toutes ces indications;

2° C'est également au sanatorium de répartition que seraient éliminés les malades qui, décidément, seraient de faux tuberculeux. Pour un certain nombre de ces malades, l'auscultation répétée, l'étude minutieuse de la température après la marche, l'épreuve de l'iodure, la recherche des autres tares organiques pouvant expliquer la mauvaise santé, le chimisme respiratoire, sans doute aussi, et la radioscopie permettront d'écarter le diagnostic de tuberculose. Du reste, il sera toujours prudent, en rendant ces malades à leur vie habituelle, de les faire suivre de près par les médecins d'un dispensaire pour tuberculeux;

3° Les malades restants seraient, suivant leur forme de tuberculose, divisés en plusieurs groupes : les sujets fragiles seraient conservés au sanatorium de répartition qui, étant en possession du personnel médical et de l'installation nécessaires, leur offrirait les meilleures chances de guérison, les autres seraient dirigés sur des sanatoria de fortune ou sur des maisons de convalescence.

En organisant de cette manière un groupe de sanatoria populaires et d'établissements annexes destinés aux tuberculeux curables d'une grande ville, on pourrait, avec le minimum d'erreurs et le minimum de dépenses, opposer, à chaque forme curable de tuberculose, le mode d'hospitalisation qui lui convient et, d'autre part, éviter le séjour aux sanatoria de nombreux malades pour lesquels, malheureusement, la cure diététo-hygiénique ne permet d'arriver à aucun résultat utile. Enfin le passage au sanatorium de répartition d'une série de malades qui n'y resteraient que peu de temps, aurait l'inappréciable avantage d'enseigner à tous ces tuberculeux les précautions indispensables qu'ils ont tant besoin de connaître. Rien ne saurait remplacer, à ce point de vue, la leçon de choses donnée par un sanatorium fonctionnant bien.

CONCLUSIONS

1° En raison de la diversité des formes de tuberculose justiciables du sanatorium populaire, on est amené tout naturellement à catégoriser les malades;

2° Pour arriver avec le minimum de dépenses au maximum de résultats, on doit réserver à chacune de ces catégories une formation hospitalière différente : aux malades fragiles et délicats convient un vrai sanatorium digne de ce nom, avec surveillance médicale continue; aux tuberculeux résistants et apyrétiques à lésions sclérosantes torpides, le sanatorium de fortune, fonctionnant très économiquement, avec surveillance médicale intermittente, aux suspects et aux convalescents, une maison de convalescence à la campagne;

3° La répartition méthodique et rationnelle des malades doit être décidée dans un sanatorium bien installé, situé à proximité de la ville; ce sanatorium, recevant le lot des malades présumés curables envoyés de la ville, le passerait au crible pour ainsi dire; il arrêterait au passage les sujets pour lesquels la cure de sanatorium ne se montrerait pas profitable et il répartirait les autres malades dans les établissements dont les ressources seraient adaptées à leur forme de maladie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session annuelle. — 1 et 2 Mai 1901.

De l'hydrorrhée nasale.

M. J. Molinié (de Marseille), *rapporteur*. — Les nombreux faits que nous sommes, amenés à passer en revue doivent être divisés en deux classes, selon que l'écoulement aqueux est sécrété par la pituitaire ou qu'il a son origine en dehors d'elle.

Dans une première classe nous plaçons, sous le nom de rhino-hydrorrhées entotopiques, toutes les formes d'écoulement aqueux issu de la pituitaire.

Nous divisons ces états pathologiques en : *a*) rhinites spasmodiques; *b*) rhinites hydrorrhéiques; *c*) rhinites réflexes (à point de départ *a*) immédiat, *b*) éloigné).

La deuxième classe rhino-hydrorrhées ectopiques, englobe toutes les variétés connues ou possibles d'écoulement aqueux originellement étranger à la pituitaire c'est-à-dire : *a*) l'écoulement venant du cerveau (cranio-hydrorrhée); *b*) l'écoulement venant des sinus (sinuso-hydrorrhée).

Enfin, dans une troisième classe tout à fait accessoire ou provisoire, nous rapportons, sous le nom de hydrorrhées aberrantes, les écoulements d'origine médicamenteuse et quelques cas isolés, qui n'ont pu être classés avec précision.

I. — RHINO-HYDRORRHÉES ENTOTOPIQUES.

A. *Rhinites spasmodiques*. — Trois symptômes primordiaux (éternuements, larmoiement, rhinorrhée séreuse) survenant par accès et affectant une allure paroxystique, caractérisent les rhinites spasmodiques. Un quatrième symptôme inconstant de l'asthme vient s'adjoindre aux trois autres dans un tiers des cas environ.

Le retour des crises est souvent sous la dépendance d'une cause déterminante pouvant varier dans chaque cas. C'est généralement une excitation sensorielle, sensitive ou thermique qui provoque l'apparition des crises. Mais certaines autres causes d'ordre psychique (émotions, images visuelles) ou physiologique (ingestion d'aliments) sont également susceptibles d'amener le retour des rhinites spasmodiques.

Nous admettons la légitimité de la fusion dans un même groupe morbide de l'asthme des foins et des rhinites spasmodiques en distinguant deux formes à cette maladie : l'une périodique, l'autre apériodique.

Ces rhinites spasmodiques peuvent être considérées comme des phénomènes réflexes vaso-moteurs et sécrétoires s'accomplissant dans le domaine du trijumeau et du pneumogastrique; elles ont pour condition un état dyscrasique neuro-arthritique, et pour une cause déterminante une excitation d'ordre variable, particulière à chaque cas. On a voulu faire dépendre ces manifestations de lésions nasales, mais celles-ci n'existent que dans un tiers des cas, leur rôle étiologique est donc très discutable. Toutefois, la pituitaire est parfois pourvue d'une sensibilité anormale, tantôt localisée (zone hyperesthésique), tantôt diffuse, qui paraît éminemment favorable à l'éclosion des phénomènes réactionnels.

Le traitement des rhinites spasmodiques doit tendre à modifier le terrain sur lequel elles évoluent. En outre, on doit, pendant la période de crises, diminuer l'irritabilité des centres et atténuer les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires. L'administration de l'atropine, associée à la strychnine, répond à ces indications.

Le rôle causal et effectif pris par la muqueuse nasale dans les phénomènes sécrétoires commande l'emploi d'une thérapeutique locale; on utilisera les moyens propres à diminuer l'hyperesthésie de la muqueuse et à atténuer sa congestion. Les pulvérisations d'huile mentholée, de cocaïne, ont une action décongestionnante et anesthésique parfaitement appropriée à ce but. Les cautérisations galvaniques appliquées avec modération sont également très recommandables.

B. *Rhinites hydrorrhéiques*. — Nous décrirons, sous ce titre, un certain nombre de rhino-hydrorrhées caractérisées par un écoulement de liquide d'une limpidité et d'une abondance extraordinaires, persistant pendant très longtemps, sans affecter la forme de crises.

L'apparition du flux est souvent précédée de sensations d'irritation dans le nez, quelquefois de pesanteur sur le front; on observe même des éternuements généralement espacés. Le nez se met ensuite à couler avec une abondance extraordinaire; le liquide est généralement limpide comme de l'eau, il ne tache ni ne raidit le linge. La quantité émise est plus ou moins considérable, elle peut atteindre un litre par jour (Poulson). L'écoulement se fait par les deux narines, avec prédominance d'un côté; il dure plusieurs heures, parfois des journées entières et se calme généralement pendant le sommeil; mais il y a quelques exceptions à cette règle. Le phénomène se reproduit quelquefois tous les jours, en toutes saisons; d'autres fois il paraît affecter une certaine périodicité et reparaît à heures précises ou à certaines dates fixes.

Les rhinites hydrorrhéiques se caractérisent donc par la lon-

gue durée du flux aqueux, et l'abondance extrême de la secrétion. Cette exagération des troubles secrétoires coïncide souvent avec l'atténuation des phénomènes réactionnels. Les éternuements que l'on observe sont généralement espacés et peu violents. En outre, la sécrétion n'apparaît pas toujours sous forme de crises, et sa relation avec une cause déterminante ne peut généralement être établie.

D'une façon générale, les rhinites hydrorrhéiques s'accompagnent d'un aspect particulier de la muqueuse, qui est pâle et affaissée. Avec la durée de l'affection, la muqueuse s'hypertrophie, devient même flasque et polypoïde. Les portions hypertrophiées ont une consistance molasse; elles se laissent aisément refouler par un stylet, mais reprennent peu à peu leur développement primitif dès que la pression cesse. La cocaïne n'exerce pas d'action vaso-constrictive sur ces tissus, et leur sensibilité est parfois très émoussée.

Il semble que les rhinites hydrorrhéiques soient l'expression de tares pathologiques diverses. On rencontre, parmi les sujets atteints de cette manifestation, des arthritiques, des lymphatiques, des anémiques, des nerveux, des paludéens et des hépatiques. On n'a pu établir de relation précise entre le retour de l'écoulement et une excitation d'origine externe. Les seules circonstances susceptibles d'influer sur l'apparition ou la marche de l'écoulement, sont l'action du froid et les émotions.

Chatellier a démontré l'existence, dans cette forme d'hydrorrhée, de canalicules perforants, traversant la basale de la pituitaire perpendiculairement à sa surface, et venant s'ouvrir en entonnoir à la face interne du revêtement épithélial. L'extrémité profonde de ces canalicules communique, selon cet auteur, avec le réseau lymphatique profond.

Brindel a noté la disparition des glandes, la dilatation veineuse et la multiplication considérable des vaisseaux sanguins.

L'idée qui paraît se dégager de la revue des théories pathogéniques est que le liquide des rhinite hydrorrhéiques est constitué par du sérum sanguin. Mais le mécanisme pahogénique de cette extravasation est difficile à préciser. Elle paraît avoir pour condition une anomalie de tension dans les vaisseaux de la pituitaire.

Sommes-nous en présence d'une hypertension active ou d'une hypertension passive?

A priori, la première hypothèse est la plus séduisante; on comprend assez aisément une vaso-dilatation active due à un état d'excitabilité maladif des nerfs vaso-dilatateurs, le sérum filtrerait à travers les vaisseaux de la muqueuse nasale, comme il filtre à travers les vaisseaux du glomérule rénal, c'est-à-dire par simple excès de pression.

Mais la continuité de l'écoulement, l'aspect de la muqueuse pâle et anémiée, les examens histologiques montrant la dilatation veineuse semblent en faveur d'une vaso-dilatation passive par paralysie des vaso-constricteurs. La cause de cette paralysie peut être rattachée à des troubles dyscrasiques du ganglion de Melhel, peut-être réside-t-elle dans une altération des filets vaso-constricteurs contenus dans les nerfs sphéno-palatin et palatin postérieur.

Mais il est parfaitement possible que l'hydrorrhée soit une simple conséquence de la dégénérescence de la muqueuse.

De toutes les formes d'hydrorrhée que nous avons à passer en revue, celle-ci paraît la mieux fondée à prétendre au titre d'hydrorrhée nasale vraie, mais la pathogénie de cette manifestation est encore trop confuse pour qu'on puisse se prononcer dans le sens de l'affirmative, surtout en raison des relations que l'écoulement paraît affecter avec les lésions nasales.

On formulera le traitement général le mieux adapté aux indications qui ressortent de la diathèse que l'on se propose de combattre. Le traitement local a une très grande importance, à notre avis; il doit avoir pour principal objectif la modification ou la suppression des portions de muqueuse dégénérée.

C. *Rhinites réflexes*. — Nous ne ferons que signaler les écoulements aqueux réflexes. Ils peuvent être la conséquence d'une irritation : *a*) intra-nasale (attouchements, poussières, corps étrangers mobiles); *b*) extra-nasale. L'action du froid constitue une des principales causes d'hydrorrhée réflexe extra-nasale, elle peut donner lieu à un écoulement durable et abondant, particulièrement chez les sujets âgés ou chez les sujets jeunes à circulation ralentie.

Avant de clore ce chapitre, nous devons justifier la division que nous avons faite de ces hydrorrhées en trois types cliniques. L'existence des hydrorrhées réflexes est indiscutable, nous devons défendre la légitimité de la séparation que nous avons établie entre les rhinites spasmodiques et les rhinites hydrorrhéiques.

Qu'elles soient périodiques ou dépourvues de périodicité, les premières ont une allure clinique très caractérisée, une netteté de formes remarquables. Elles sont constituées par des accès paroxystiques survenant sous des influences variables, dont les symptômes constitutifs ont entre eux une coordination régulière, un rapport étroit. Chaque accès se déroule dans un ordre déterminé, a une durée limitée et les crises sont séparées par des intervalles de repos.

Par contre, les rhinites hydrorrhéiques sont d'une symptomatologie vague et peu précise. Souvent dépourvues de signes réactionnels, elles se réduisent parfois à un seul symptôme traînant en longueur pendant des périodes d'une durée illimitée. On ne peut assigner à l'hypersécrétion des rhinites hydrorrhéiques aucune relation avec une cause externe. Les rhinites spasmodiques ont leur élaboration dans le bulbe, les phénomènes constitutifs des rhinites hydrorrhéiques s'accomplissent dans un territoire nerveux plus restreint; peut-être sont-elles la résultante d'une lésion locale.

II. — RHINO-HYDRORRHÉES ECTOPIQUES.

A. *Cranio-hydrorrhée*. — La cranio-hydrorrhée apparaît sous la forme d'un écoulement par le nez de liquide clair et limpide tombant goutte à goutte d'une narine et pouvant persister pendant de très longues périodes (de 2 mois à 9 ans) tantôt sans interruption, d'autres fois avec quelques interruptions de durée variable.

Le flux de liquide céphalo-rachidien s'effectue sans douleur. Les seules sensations perçues par le malade sont un léger chatouillement dans les fosses nasales ou une impression de froid dans l'intérieur ou à l'extrémité du nez; on ne constate aucun signe d'irritation locale du pourtour des narines ou de la lèvre supérieure.

L'écoulement est presque toujours unilatéral et siège dans la proportion de 70 p. 100 du côté gauche. Une fois établie d'un côté, la sécrétion y persiste généralement d'une façon définitive. Toutefois, Leber a signalé une alternance de l'écoulement qui cessait et reprenait tantôt d'un côté et tantôt de l'autre.

La quantité de liquide émise est toujours abondante; elle oscille, dans la généralité des cas, entre 200 et 500 grammes, elle peut atteindre des proportions plus considérables : 1 500 grammes dans le cas de Baxter, 2 litres dans celui de Nothnagel.

L'intensité du flux ne subit que peu de variations chez un même malade. Elle pourrait, selon certains auteurs, s'accroître sous l'influence des émotions ou des fatigues physiques. L'attitude de la tête exerce une action prépondérante sur les modifications quantitatives de l'écoulement. Celui-ci peut s'arrêter lorsque le malade tient la tête verticale (Tillaux) ou pendant le décubitus dorsal (Freudenthal). Par contre, l'inclinaison de la tête en avant produit un accroissement de la sécrétion qui peut former un écoulement continu, comme celui d'un robinet ouvert (Freudenthal, Nothnagel). Le liquide est clair comme de l'eau de roche, il n'empèse ni ne tache le linge, il est inodore et a parfois une saveur légèrement salée. La réaction est faiblement alcaline, sa densité varie entre 1,005 et 1,010. Il contient des matières minérales (chlorures de sodium et de potassium, phosphates et sulfates). L'albumine peut s'y rencontrer à faibles doses. La mucine fait complètement défaut. Le liquide de la cranio-hydrorrhée réduit la liqueur de Fehling par l'ébullition, cette réaction est due, selon Halleburton, à la pyrocatéchine.

Dans tous les cas sauf un (Gutsche), on a noté l'existence de céphalées antérieures à l'écoulement. Le début des céphalées remontait, dans certains cas, à une date très ancienne; dans d'autres, leur apparition précédait seulement de quelques mois l'issue de liquide céphalo-rachidien. Généralisées ou locales, les douleurs de tête peuvent atteindre un degré extrême, une violence inouïe. Leur intensité est presque immédiatement calmée par l'écoulement. Dans un tiers des cas environ, la céphalée est le seul symptôme prodromique. On observe, dans

quelques cas, son association avec des troubles oculaires (affaiblissement de la vue, cécité) qui peuvent précéder de plusieurs années l'apparition de la cranio-hydrorrhée. D'autres fois se joignent à ces symptômes des désordres nerveux divers, abattement, prostration, vomissements, crises épileptiformes (Baxter, Nettleship), troubles parétiques ou paralytiques du trijumeau et du facial (Wollenberg), paraplégie (Priestley Smith).

Le flux est aqueux d'emblée, bien qu'on l'ait vu, dans quelques cas très rares, succéder à une sécrétion épaisse ou purulente (Mermod); on ne saurait tirer de cette succession des deux variétés d'écoulement une preuve de leur corrélation.

Dans un tiers des cas environ, la cranio-hydrorrhée constitue toute la maladie, et hormis la céphalée intermittente, ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé. Chez quelques autres malades, les troubles oculaires s'ajoutent aux céphalées avec conservation d'un bon état général. Mais, dans la moitié environ des observations que nous avons recueillies, les troubles pathologiques surajoutés revêtent une telle gravité que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien devient un phénomène secondaire et accessoire. Parmi ces manifestations pathologiques, on a observé :

Des troubles de la motricité, paralysie des nerfs moteurs de l'œil, des fibres motrices du trijumeau, du facial, de l'hypoglosse et une fois la paraplégie;

Des troubles de la sensibilité, anesthésie et paresthésie du trijumeau, névralgies (faciales ou frontales);

Des désordres nerveux variés, tantôt de la dépression (apathie, asthénie, torpeur), d'autres fois de l'excitation motrice (agitation, insomnie, secousses nerveuses).

L'hystérie, l'épilepsie, les convulsions, les vomissements, le vertige ont été rencontrés quoique avec une moindre fréquence.

Les troubles oculaires sont très fréquents; ils précèdent souvent de plusieurs années la cranio-hydrorrhée; ils se développent d'autres fois dans le cours de l'écoulement. Ils sont caractérisés par la diminution progressive de l'acuité visuelle pouvant conduire à la cécité. La lésion oculaire est la névrite optique parfois précédée de la stase papillaire et conduisant à l'atrophie de la papille. Certains auteurs ont observé le défaut de réaction de la pupille, le myosis, d'autres fois la dilatation. Le nystagmus et l'exophthalmie sont signalés chacun une fois.

Généralement intact, l'odorat était aboli chez les malades de Leber et de Nothnagel. Cette anosmie correspondait, dans ce dernier cas, à l'atrophie des nerfs olfactifs. Les troubles gustatifs sont exceptionnels.

Les troubles de l'appareil auditif observés sont les bruits subjectifs, les hallucinations de l'ouïe et la surdité.

Dans les cas de Mac Caskey et de Freudenthal, la surdité disparaissait avec l'établissement du flux.

Les troubles intellectuels ou mentaux sont nuls.

Les diverses fonctions s'accomplissent à peu près toujours d'une façon normale; la soif n'est pas exagérée, malgré la soustraction considérable de liquide.

L'examen rhinoscopique permet de constater que la muqueuse nasale est toujours normale, l'exploration des sinus par les moyens habituels donne, en général, des résultats négatifs.

L'écoulement suit une marche continue et régulière pendant des mois et des années. Il subit, cependant, parfois des temps d'arrêt ayant habituellement une durée de quelques jours, mais pouvant être exceptionnellement de plusieurs années. En règle générale, les périodes d'arrêt du flux s'accompagnent d'une aggravation des phénomènes généraux, la céphalée, en particulier, subit une recrudescence notable. La durée de cette cranio-hydrorrhée est impossible à fixer. Elle persista pendant neuf années dans le cas de Sheppegrell.

La guérison est exceptionnelle, les cas rares d'ailleurs de terminaison favorable n'étaient peut-être que des périodes d'arrêt temporaire. Des interruptions d'une durée de plusieurs années peuvent séparer deux atteintes de cranio-hydrorrhée. D'après les documents que nous avons pu recueillir, la terminaison fatale est survenue dans la moitié des cas. Voici comment se répartissent les décès. Une fois la cause de la mort est restée ignorée (Kœrner); une fois la malade est morte de consomption (Sheppegrell); six fois une complication cérébrale aiguë a emporté le malade (Tillaux, Güntz, Gutsche, Edouard Meyer, Mermod, Leber); trois fois les malades ont succombé aux progrès d'une tumeur cérébrale (Mac Caskey, Wollenberg, Nothnagel).

L'issue fatale est survenue tantôt en plein écoulement, d'autrefois après son arrêt.

Les deux sexes sont atteints dans une égale proportion, l'âge moyen de 15 à 30 ans est la période de la vie où la cranio-hydrorrhée présente son maximum de fréquence. Les observations ne donnent que des renseignements sur les antécédents héréditaires. Les antécédents personnels démontrent dans trois cas l'hydrocéphalie congénitale. Les traumatismes ont été observés dans trois cas.

Sur le total des décès, nous trouvons huit autopsies qui ont fourni les constatations suivantes : l'existence d'une voie de communication entre le cerveau et le nez, à travers l'ethmoïde atteint de carie, paraît établie d'une façon à peu près sûre dans le cas de Güntz.

Dans un second cas (Mermod) il existait un petit orifice en arrière de l'apophyse crista-galli. Aucune autre autopsie n'a permis de constater de solution de continuité à la base du crâne. Des signes d'infection aiguë ont été rencontrés très souvent. Baxter a signalé dans son cas l'épaississement des os du crâne; il existait dans quatre cas des signes d'hydrocéphalie chronique (dilatation des ventricules).

Quatre fois il existait une tumeur de l'encéphale ayant pour siège les tubercules quadrijumeaux (Nothnagel), la glande pituitaire (Gutsche), le lobe occipital (Wollenberg), le cervelet (Mac Caskey).

La migration du liquide céphalo-rachidien du crâne vers le nez implique entre ces deux cavités l'existence de moyens de communication parmi lesquels la perforation de la base du crâne est le plus volontiers incriminée.

Les hypothèses émises pour expliquer la nature et l'origine de cette solution de continuité sont les suivantes :

1° Ouverture traumatique consécutive à une intervention intra-nasale (Tillaux);

2° Ouverture pathologique provoquée par une tumeur de l'hypophyse (Kœrner);

3° Ouverture physiologique par déhiscences des parois latérales du corps du sphénoïde;

4° Ouverture congénitale à travers laquelle s'engagerait la dure-mère, formant une méningocèle dont la rupture permettrait le libre écoulement de liquide céphalo-rachidien (Saint-Clair Thompson).

Ces hypothèses, parfaitement plausibles, n'ont reçu aucune vérification; dans la plupart des autopsies il n'y avait point de solution de continuité. Le liquide doit donc emprunter des voies nouvelles qui sont :

1° Les gaines périneurales, dont la continuité avec les espaces sous-arachnoïdiens a été démontrée par Schwalbe, Axel Key et Retzius;

2° Les trous de la lame criblée, dont certains sont dépourvus de filets nerveux et simplement comblés par un bourrelet arachnoïdien;

3° Les voies lymphatiques qui, partant des espaces sous-arachnoïdiens, vont s'ouvrir à la surface de la muqueuse nasale (Axel Key et Retzius).

Ces moyens virtuels de communication étant normalement imperméables au liquide céphalo-rachidien, celui-ci ne s'écoule pas du crâne par défaut de contention, mais réussit à pénétrer mécaniquement les voies sus-indiquées en vertu d'un excès de pression. Cette hypertension du liquide intra-cranien est démontrée par des phénomènes de compression cérébrale qui précèdent la cranio-hydrorrhée et sont atténués par l'écoulement.

L'excès de pression du liquide céphalo-rachidien reconnaît pour cause trois processus morbides habituels qui sont : 1° une diminution de la capacité crânienne; 2° une augmentation de volume du cerveau; 3° une surproduction de liquide. Cette dernière condition est certainement la plus fréquente, car elle est très souvent la résultante des deux premières; on peut dire qu'en règle générale la cranio-hydrorrhée succède directement à une hydrocéphalie en comprenant sous ce mot un état pathologique dans lequel la proportion de liquide céphalo-rachidien dépasse la normale. La symptomatologie de la cranio-hydrorrhée (céphalées, phénomènes de compressions cérébrales, troubles oculaires, convulsions, vomissements, vertiges) est caracté-

ristiques de l'hydrocéphalie chronique. L'existence de celle-ci chez les cranio-hydrorrhéiques est encore démontrée par les résultats anatomo-pathologiques. Leber, Guntz, Wollenberg ont observé à l'autopsie de leurs malades des signes non douteux d'hydrocéphalie, c'est-à-dire la dilatation des ventricules qui, en comprimant les bandelettes optiques, amenait leur atrophie et expliquait les phénomènes oculaires. Les autopsies négatives sur ce point ne prouvent rien contre l'hypothèse d'une hydrocéphalie. Celle-ci peut exister sans lésions microscopiques appréciables si ses effets fâcheux sont palliés dans une mesure suffisante par l'écoulement.

L'hydrocéphalie n'est pas un phénomène essentiel, mais la conséquence d'un état pathologique encéphalique. Elle succède à des encéphalopathies de gravité variable (états chroniques inflammatoires, processus exsudatif ventriculaire, néoplasies, etc.). Ces facteurs d'épanchement cérébral ont une symptomatologie parfaitement en harmonie avec les troubles prodromiques de la cranio-hydrorrhée. Cette manifestation révèle donc l'existence d'un état cérébral pathologique. Elle n'est pas, par conséquent, une maladie, mais un phénomène secondaire. De plus, l'interprétation pathogénique que nous donnons de la cranio-hydrorrhée la représente comme un événement salutaire, comme un phénomène de détente.

L'issue fatale est due parfois à la marche progressive des lésions cérébrales. Dans d'autres cas, le cerveau paraît très bien tolérer les lésions qui ont donné naissance à la cranio-hydrorrhée, et la mort survient à la suite d'un état infectieux intracranien aigu. Cette complication si fréquente est due en majeure partie, aux conditions anormales qui favorisent ou accompagnent le flux de liquide céphalo-rachidien; ce sont : un état de réceptivité morbide et une vulnérabilité plus grande du cerveau. Les voies de communication néoformées créent vraisemblablement une porte d'entrée aux influences nocives, aux infections venues du dehors; si bien que la cranio-hydrorrhée, heureux dérivatif à l'hypertension cérébrale, est un événement fâcheux au point de vue de la sécurité du cerveau.

Cette pathogénie de l'issue du liquide céphalo-rachidien représente cette manifestation comme un événement grave, puisqu'elle est souvent l'indice d'une lésion qui porte avec elle son arrêt fatal. Même dans les cas où la cranio-hydrorrhée coexiste avec un état cérébral bénin, son pronostic est rendu très sombre par la menace de complications infectieuses.

On ne doit point essayer d'arrêter le flux céphalo-rachidien. Toute tentative dans ce sens, outre qu'elle serait injustifiée et inefficace, pourrait être nuisible. La seule thérapeutique permise est celle qui s'adresse à la cause initiale des accidents.

B. — *Sinuso-hydrorrhée.* — L'existence d'une hydrorrhée ayant son origine dans les cavités annexes des fosses nasales est démontrée par les observations d'Anderson, Edmond Meyer, Delie Berg. Dans tous ces cas, l'écoulement disparut avec la suppression d'une lésion du sinus. Le flux est ici aqueux, et plus ou moins limpide, il s'écoule goutte à goutte d'une seule narine, mais il peut aussi bien être bilatéral; il persiste nuit et jour pendant une longue période. Son abondance peut être très considérable, elle est généralement constante chez un même sujet. Les symptômes surajoutés peuvent varier avec le sinus atteint. Lorsque l'antre d'Hyghmore est le siège de l'écoulement, les phénomènes concomitants peuvent être nuls; en général, ils sont peu accusés; exceptionnellement, on peut observer des céphalées diffuses et très violentes.

Nous ne connaissons aucun cas d'hydrorrhée du sinus frontal : sa symptomatologie, si elle existe, doit rappeler celles des sinusites frontales. Le sinus sphénoïdal a été le siège de l'hydrorrhée dans un cas rapporté par Berg; cet auteur a noté chez son sujet des céphalées constantes, de l'exophthalmie, de l'atrophie de la papille. Ce liquide n'a pas, dans tous les cas, une composition identique, il est quelquefois un peu épais, filant ou colloïde, sa densité est de 1,005 à 1,015. Il contient des matières minérales, et parfois des cristaux de cholestérine. La pyrocatéchine fait toujours défaut.

Il semble résulter des cas que nous avons recueillis que la sinuso-hydrorrhée a presque toujours pour conditions une lésion du sinus (polypes, dégénérescence kystique de la muqueuse, hydropisie. Le seul traitement applicable à cette manifestation est le traitement chirurgical.

Le diagnostic entre la cranio-hydrorrhée et la sinuso-hydrorrhée est parfois assez délicat; on est autorisé, pour l'établir, de pratiquer la ponction des sinus, qui fournira des renseignements très importants.

Malgré les éléments d'appréciation qui sont exposés dans ce rapport, certains faits restent inexplicables; nous les groupons dans une catégorie spéciale que nous appelons rhino-hydrorrhées aberrantes.

Mais, en règle générale, les signes distinctifs que nous avons exposés suffiront à déterminer le siège originel de l'écoulement. Cette notion permettra d'établir, d'une façon assez exacte, la valeur et la signification de l'hydrorrhée.

M. Augieras (Laval). — Chez une jeune fille anémique, opérée de sinusite maxillaire gauche par la méthode de Luc, 15 jours après la guérison d'une fluxion dentaire et l'ablation d'une molaire cariée, je constatais, au 9e jour, que du pus passait dans la bouche. Les lèvres de la plaie étant bien en contact, on ne fit pas de nouvelles sutures, et au bout de 3 semaines aucun liquide ne passait dans la bouche, mais on constatait un écoulement aqueux par la narine gauche, surtout au moment des repas.

Cette circonstance fit penser à un écoulement d'origine parotidienne, provenant de ce que le canal de Sténon avait probablement été compris dans la plaie. Après avoir fait deux cautérisations galvaniques, il fallut arriver à aviver et suturer les bords d'un trajet fistuleux pour obtenir la guérison.

Il y a lieu de remarquer, d'abord, les caractères de l'écoulement qui firent soupçonner son origine, et ensuite l'absence de réunion de la plaie par première intention chez un sujet anémié, et sous le coup d'une infection à peine guérie dans la région opérée.

M. Luc (de Paris). — J'ai vu une malade atteinte depuis longtemps d'hydrorrhée abondante. Elle avait consulté plusieurs spécialistes et tous les traitements avaient échoué. Ne constatant chez elle que du gonflement des cornets, trouvant les sinus transparents à l'éclairage, je conseillais de continuer le traitement par l'atropine, la strychnine et les douches.

Quelque temps après, cette malade fut atteinte, à l'occasion d'une grippe, d'otite purulente et de sinusite double. En faisant la cure radicale des sinusites, je trouvais, de chaque côté, un polype muqueux, causes de l'hydrorrhée, qui guérit à la suite de l'opération.

M. Molinié. — Au début de la discussion, on a lu une lettre de M. Saint-Clair Thomson protestant contre l'opinion que je lui aurais prêtée que l'hydrorrhée nasale était toujours d'origine cérébro-spinale. Je ne nie pas que cet auteur, qui a puissamment contribué à éclaircir la question qui nous occupe, n'admette pas d'autres causes d'hydrorrhée, les sinusites notamment, mais ce qui se dégage de son livre c'est que tout écoulement du nez, passif, continu et d'aspect aqueux, est constitué par du liquide céphalo-rachidien.

Hystérie grave déterminée par la présence d'une aiguille dans l'oreille.

M. Lannois (de Lyon) communique l'observation d'une jeune hystérique qui, 2 ans avant qu'il ne la voie, avait été prise d'une surdité brusque et complète, ayant duré un mois à droite et plus d'un an à gauche. Peu après elle fut soignée pour une pseudo-méningite hystérique et enfin se mit à prendre des crises allant de une à dix par jour. Depuis son accès de pseudo-méningite, elle présentait en outre une paraplégie presque complète avec varus des deux pieds. C'est pour cela qu'elle entra à l'hôpital.

L'examen direct fit découvrir dans son oreille gauche un fragment d'aiguille de 1 mm. 1/2 qui y séjournait depuis plus de 2 ans. Guérison complète après l'ablation. Ce fait prouve la nécessité de rechercher dans l'hystérie la cause physique ou psychique qui provoque ses manifestations localisées ou généralisées. C'est en agissant sur cette cause qu'on a le plus de chances d'obtenir la guérison.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROFESSEUR A. PONCET.

Thyroïtoxémie ou thyroïdisme aigu post-opératoire,

Par M. le Dr THÉVENOT,
Chef de clinique chirurgicale.

A la suite d'une énucléation intra-glandulaire pour kyste de la thyroïde que pratiqua M. A. Poncet, nous avons vu des accidents de pseudo-basedowisme se développer avec une intensité et dans des conditions assez particulières pour que nous désirions rapporter l'observation de cette malade. Ce fait clinique a dans son genre, la valeur d'une expérience.

Mlle Marguerite X... 21 ans, sans profession, présente une tumeur du lobe droit de la thyroïde. L'affection a débuté il y a 2 ans. La malade remarqua, à cette date, l'existence d'une petite masse qui amenait une légère déformation de la région cervicale.

Rien dans les antécédents n'explique l'apparition de cette tumeur; la malade d'autre part n'habite pas un pays goîtrigène.

Le traitement ioduré qui fut institué n'empêcha pas le goître de s'accroître légèrement. La thyroïdine employée il y a un an échoua aussi; bien plus, elle amèna de l'agitation et de la tachycardie qui obligèrent à cesser son administration.

Actuellement, on constate, dans le tiers inférieur du lobe droit de la thyroïde et mobile avec ce lobe, une tumeur indolore, molle, fluctuante, du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur gêne peu la malade, elle ne détermine pas d'accidents de compression du côté de l'œsophage ou de la trachée, pas plus que du côté du paquet vasculo-nerveux. Les téguments qui la recouvrent sont normaux et ce sont son accroissement lent, continu, l'échec du traitement médical et enfin des raisons d'esthétique qui amènent la malade à en demander l'ablation. L'examen montre l'intégrité de l'état général et l'absence de phénomènes de pseudo-basedowisme.

Opération le 12 juin 1901, par M. Poncet. Une incision verticale suivant le grand axe de la tumeur amène rapidement sur une masse fluctuante du volume d'une petite pomme; une ponction en fait écouler quelques grammes d'un liquide noir, sirupeux; le reste est occupé par un tissu mou, pseudo-fluctuant, thyroïdien.

L'énucléation intra-glandulaire est facile; quelques petits kystes, du volume d'une noisette, sont enlevés avec la tumeur principale. Le tissu thyroïdien ambiant est dilacéré au cours de l'intervention, qui laisse après elle des lambeaux thyroïdiens flottant dans la plaie. Drainage de la plaie avec de la gaze stérilisée; suture des 2/3 supérieurs de la plaie.

Quelques heures après l'opération, la malade accuse de la dysphagie, qui gêne la déglutition des liquides, sans cependant la rendre impossible. La température, le soir, est de 37°,5; la malade est un peu agitée, elle se plaint surtout de souffrir de la tête. La céphalée est intense, sans siège précis. Tremblement des mains. Nuit sans sommeil.

Le lendemain, ces divers symptômes sont plus accentués, la dysphagie persiste, la céphalalgie est encore plus prononcée. Douleurs dans la nuque. La malade n'ose faire aucun mouvement, le tremblement persiste. Le pouls est à 110, la respiration atteint 24. En même temps, la température s'élève : 38°,4 le matin, 39°,1 le soir.

En présence de cet état qui, sans être inquiétant, ne laissait pas que de le préoccuper, et redoutant une intoxication thyroïdienne, par défaut d'un libre écoulement des sécrétions de la plaie, M. Poncet change le pansement. Il constate alors que la mèche de gaze a une teinte sanguinolente, qu'elle est plutôt sèche qu'humide, que les pièces superficielles du pansement qui l'avoisinent sont à peine souillées. La région opératoire ne présente aucun signe d'infection; pas de rougeur de la peau, pas de douleur à la pression, etc.

La mèche est enlevée. Son ablation donne issue à 10 à 15 grammes d'un liquide séreux, très particulier, légèrement visqueux et offrant tous les caractères du suc thyroïdien. Deux drains sont placés dans l'angle inférieure de la plaie.

Le 14, la nuit a été calme. Le pouls est descendu à 92, la respiration à 20. La température est de 37°,8.

La céphalalgie est moindre, la malade est plus calme. Le soir, la température s'élève à nouveau à 38°,9 et l'amélioration est moins nette. Le pansement est renouvelé ; la gaze, en contact avec la plaie est imprégnée de sérosité.

Le 15, température : le matin 37°,9, le soir 38°,3. Le pouls est à 106, la respiration à 22. La céphalalgie persiste légère; la malade se sent mieux. La sécrétion thyroïdienne se fait bien par la plaie. Pansement. Sérosité moins abondante.

Le 16, température le matin 37°,5, le soir 37°,9. La malade va bien. Le pouls est à 90, La respiration est normale, la céphalalgie persiste légère, et la guérison survient sans incident.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'un nouveau cas de pseudo-basedowisme post-opératoire, intéressant surtout parce qu'il présente la valeur d'une expérience de laboratoire.

Le pseudo-basedowisme est, en effet, un accident dont les formes ordinaires n'offrent actuellement que peu d'intérêt, étant donné la fréquence avec laquelle on le rencontre. Il a été depuis longtemps signalé et décrit par M. Poncet, dans ses communications, dans les travaux de ses élèves (*Thèses* de Jenny, de Bérard, etc.) (1), et par les différents auteurs qui, depuis, se sont occupés de chirurgie du corps thyroïde. La plupart de ces travaux se

1. JENNY, De l'atrophie des goîtres après opérations sur le corps thyroïde (*Thèse* de Lyon, 1893); — L. BERARD, Thérapeutique chirurgicale des goîtres (*Thèse* de Lyon, 1897).

trouvent d'ailleurs résumés dans la thèse que M. Poncet inspira, en 1897, à son élève Rauzy (1).

Parfois, on n'observe que des phénomènes d'hyperthermie, qui caractérisent la fièvre thyroïdienne. Sans altérations de l'état général, sans autres malaises que quelques sueurs un peu abondantes ou quelques bouffées de chaleur, la température s'élève brusquement à 39° ou même 40°, s'y maintient pendant une durée variable qui peut atteindre 8-10 jours, puis redevient normale.

Pendant cette période, le pouls est ordinairement accéléré; quelquefois cependant, il conserve ses caractères normaux.

Au milieu des variations d'intensité et de durée de cet accident, un seul point reste fixe : c'est le rapport qu'il y a entre son importance et l'importance des dilacérations du corps thyroïde au cours de l'intervention. Le goître exophthalmique paraît y prédisposer, comme il prédispose aux autres accidents de pseudo-basedowisme.

Ceux-ci sont des phénomènes d'intoxication qui retentissent sur le système nerveux, sur le cœur ou sur l'appareil respiratoire.

Certains malades présentent une agitation extrême, alors que chez d'autres, au contraire, il y a de la mélancolie et des symptômes de dépression. D'autres fois, ce sont des crampes dans les mains, avec des symptômes de tétanie.

Plus souvent, on observe du tremblement, analogue à celui que l'on rencontre dans la maladie de Basedow. D'ailleurs, les yeux peuvent devenir brillants comme dans cette affection. La tachycardie peut être très prononcée, le cœur s'affole et bat tumultueusement dans la cage thoracique : souvent aussi la respiration s'accélère, et ces derniers symptômes peuvent prendre parfois une intensité telle que le pronostic s'assombrit.

N'a-t-on pas noté des cas où la mort est survenue en quelques heures, alors que rien auparavant n'avait pu faire prévoir une pareille complication (Brissaud, Poncet).

Ces troubles, que l'on avait songé à mettre sur le compte du shock opératoire, de lésions possibles du récurrent ou du pneumogastrique, sont maintenant, d'un avis unanime, attribués à un trouble de la sécrétion thyroïdienne (Brissaud).

Dans le cas que nous avons rapporté, les accidents simulaient à un tel point les accidents que donne le thyroïdine, lorsqu'elle est mal supportée, que la famille elle-même avait fait cette comparaison : la malade, en effet, avait été traitée par la thyroïdine, un an auparavant, et des phénomènes d'intolérance, de l'agitation, de la tachycardie, une dyspnée légère avaient nécessité la suppression de cet agent thérapeutique.

Leur apparition avait été prévue en raison même des manœuvres qu'avait nécessitées l'ablation de la tumeur. Au cours de l'intervention, en effet, le tissu thyroïdien avait été dilacéré et dans la portion supérieure du lobe en particulier, il existait un fragment de glande du volume du pouce, long de 4-5 centimètres et qui flottait au milieu des parties molles. Pour assurer le libre écoulement des produits de sécrétion, la plaie ne fut suturée que dans la partie supérieure. Une mèche de gaze, pénétrant au fond de la cavité opératoire, devait assurer l'écoulement du liquide.

En pareil cas, le drainage peut être réalisé de deux façons, soit avec la gaze, soit avec des drains de caoutchouc. La gaze est préférable pour assurer l'hémostase par tamponnement, pour faire un large drainage en surface.

Les drains trouvent plus volontiers leur indication dans les drainages en profondeur. Il est bon, parfois, d'associer les deux modes de drainage, qui se complètent l'un l'autre. La gaze fait, souvent en effet, tampon, et provoque, comme chez notre malade, des accidents de rétention.

Nous songeâmes à cette complication en voyant, dès les premières heures après l'opération, la malade s'agiter, présenter du tremblement des mains, puis après une opération aseptique, la température s'élever à 39°. L'indication était donc d'enlever le pansement, de se rendre compte directement de l'état de la plaie. M. Poncet trouva la mèche de gaze, utilisée comme drain, desséchée. Quoiqu'il n'existât aucun signe de tension profonde, d'infection, il retira, avec précaution, la lanière de gaze. Son ablation donna issue à 10 à 15 gouttes d'un liquide séreux, très particulier, de couleur claire, tout à fait comparable à celui que l'on observe à la surface de la thyroïde, après une exothyropexie, et qui était certainement du suc thyroïdien.

Deux drains furent alors placés dans l'angle inférieur de la plaie, pour en rendre l'écoulement facile. Tous les accidents de thyroïtoxémie disparurent comme par enchantement. Le nouveau drainage avait été pratiqué à 7 heures du soir. La malade dormit pendant la nuit qui suivit, et le lendemain matin, la situation avait complètement changé.

L'opérée était calme, la céphalée moins forte.

Le pansement fut renouvelé; les drains avaient bien fonctionné, ils étaient souillés par un liquide séreux, abondant, qui donnait, sur la gaze, les mêmes taches que celui qui s'était écoulé de la plaie, après l'ablation de la mèche et qui était bien du suc thyroïdien.

Dès le 3e jour, cette sécrétion était à peu près nulle; les drains purent être diminués, puis enlevés; en même temps, tout signe de thyroïdisme, tout malaise disparaissait et la guérison avait lieu sans autre incident.

Nous étions donc bien en présence, non pas, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, de phénomènes d'infection, mais d'accidents d'hyperthyroïdisation accentués momentanément par la rétention des produits sécrétés. C'est un nouvel exemple qui nous montre, que nous devons, à l'égard des plaies thyroïdiennes, nous conduire comme devant une plaie infectée; nous avons à craindre une infection d'un autre ordre, une véritable auto-intoxication. Ce serait bien le cas de faire de la chirurgie à ciel ouvert, si des raisons d'esthétique ne nous poussaient à faire l'occlusion parfaite de la plaie. Pris entre ces deux nécessités, nous devons recourir à un moyen terme: il faut, sous une suture superficielle, faire un drainage large de la plaie, et pour cette absorption en surface, la gaze est particulièrement indiquée.

A ce drainage, surtout si l'on fait une suture aussi étendue que possible, ne laissant en bas qu'un orifice étroit, il faut adjoindre un drain pendant quelques jours. On se met ainsi à l'abri de deux accidents qui peuvent parfois présenter des caractères graves: l'hémorrhagie d'une part, que réveille parfois des efforts de toux et qui s'accompagne d'hématome, au milieu de laquelle, il est parfois impossible de retrouver le vaisseau qui saigne; le pseudo-basedowisme d'autre part, qui n'est pas rare, dans le cours des interventions et qui, dans les formes graves ou lorsque la rétention le favorise, peut amener une terminaison fatale chez les sujets déjà atteints de basedowisme.

1. E. Rauzy. De l'intoxication thyroïdienne dans les opérations pour goîtres. (Basedowisme atténué, basedowisme suraigu). (*Thèse* de Lyon, 1897).

CLINIQUE MÉDICALE

Le pouls et la tension artérielle dans la variole,

D'après M. Cotte (1).

Dans la variole, le pouls et la tension artérielle (mesurée à l'aide du sphygmomètre de Verdin) subissent, d'un jour à l'autre, des variations quantitatives qui rendent à première vue toute interprétation difficile. Mais l'étude synthétique d'un grand nombre de cas observés à Marseille, a permis à M. Cotte d'arriver à des conclusions assez nettes que nous croyons intéressant de reproduire avec quelque détail.

I. Adultes. — Durant l'évolution de la variole, les variations numériques du pouls suivent dans leurs grandes lignes la marche qu'ont assez bien décrite les divers auteurs. M. Cotte a pu étudier ces changements successifs de vitesse aux différents stades de la maladie, d'après 262 observations personnelles.

Incubation. — La période d'incubation a été peu observée; le pouls ne paraît pas accéléré à cette époque, sauf, sans aucun doute, dans les cas où des prodromes peuvent faire songer à une maladie imminente.

Invasion. — Dès le premier jour, *il devient rapide* pendant qu'éclatent les phénomènes généraux. Durant ce stade :

1° Dans les varioles bénignes on compte, suivant les cas, de 80 à 140 pulsations à la minute; la moyenne est de 100 à 120 d'après les auteurs classiques; M. Cotte n'a trouvé, pour les malades rangés dans la catégorie des varioles bénignes, qu'un chiffre moyen de 90 pulsations;

2° Dans les varioles d'intensité moyenne, les malades avaient en moyenne moins de 120. C'est pourquoi, en tenant compte des chiffres obtenus pour ces deux catégories de varioleux, le nombre de 100 à 120 pulsations, adopté par les ouvrages récents pour les varioles discrètes, est un peu trop élevé;

3° Dans les varioles graves non hémorrhagiques, le pouls bat, dit-on, de 120 à 140 fois: le statistique de M. Cotte accuse un chiffre inférieur, de 90 à 120, c'est-à-dire sensiblement le même que pour les varioles peu graves. Plusieurs fois le pouls ne battait que 80 ou 84, et les malades ont succombé;

4° Dans les varioles nettement hémorrhagiques, la période d'invasion a presque toujours échappé. On s'accorde à évaluer la fréquence des pulsations à 100, 120, 150 (Huchard), suivant qu'on a affaire à des varioles hémorrhagiques primitives ou à des varioles hémorrhagiques secondaires.

Eruption. — Quand se montre l'éruption, il y a apaisement des divers phénomènes généraux et *ralentissement des battements cardiaques.*

Ainsi il est admis que dans les varioles discrètes le pouls recouvre le chiffre normal ou reste un peu accéléré; 90-100 (Dechambre), 80-90 (de Grandmaison, L. Guinon); dans les varioles bénignes observées par M. Cotte, le minimum est descendu ordinairement au-dessous du chiffre physiologique vers le 5° jour, soit à 52-70 pulsations; dans les varioles d'intensité moyenne, à la même époque, il est compris entre 60 et 80; il est donc, dans ces deux catégories de malades, moins élevé qu'on le prétend.

Dans les varioles graves, le minimum trouvé par M. Cotte lors de la poussée éruptive est ordinairement compris entre 70 et 100 p., plutôt voisin de 80 ou 90.

Dans les varioles hémorrhagiques primitives, l'éruption n'a souvent pas le temps de se développer; mais dans les varioles hémorrhagiques secondaires, il peut y avoir un minimum, et cela contrairement à l'assertion la plus répandue, ou ne pas y en avoir. Ce minimum a été le plus souvent, 80 à 90 p., comme dans les varioles graves non hémorrhagiques.

Suppuration. — Lorsque les vésicules se transforment en pustules, la fièvre reprend ou redouble d'intensité. La *rapidité du pouls est alors très accusée*; il y a lieu de voir quel degré elle peut atteindre.

Dans les varioles bénignes, le pouls s'écarte peu de la normale par suite de l'absence de fièvre secondaire, où il oscille aux environs de 80-100, les nombres les plus élevés rencontrés par M. Cotte étant de 120 et 128. Dans les varioles d'intensité moyenne, il a noté des variations numériques entre 80 et 100 surtout; les maxima sont compris entre 120 et 130 pulsations, sans qu'on puisse leur préciser un niveau moyen habituel, et coïncident de préférence avec le 7° ou le 8° jour. Le chiffre de 110-120 pulsations, donné par Dechambre et L. Guinon pour cette période dans les varioles discrètes, paraît donc trop considérable; celui de 80 à 100 semble plus exact.

Dans les varioles graves, l'acné est rencontré à tous les niveaux entre 90 et 150, sans qu'on puisse en tirer une déduction pour le pronostic; le maximum, surtout observé le 10° jour, est d'ordinaire de 120 ou 130; le niveau moyen, très variable, oscille entre 80 et 120; mais ici encore il est difficile de donner un chiffre approximatif auquel puissent se rattacher la majorité des cas. Souvent d'ailleurs une accélération progressive accompagne l'aggravation de l'état général jusqu'à la mort; d'autres fois cette accélération ne se montre que peu de jours avant l'issue fatale.

Dans les varioles hémorrhagiques secondaires, la mort survient le plus souvent à cette époque avec un pouls fréquent et de vitesse variable; M. Auché fixe les chiffres de 120-130. Rarement elle n'arrive qu'un peu plus tard, la courbe des pulsations présentant alors vers le 9° ou le 10° jour un fastigium au voisinage de 130 ou 140.

Convalescence. — Pendant la convalescence, le pouls, compté au repos et à la fin de la journée, après un exercice modéré, en dehors de toute complication, est généralement *rapide*; il bat en moyenne de 80 à 100 à la suite des varioles bénignes ou un peu plus sérieuses, davantage sans doute après les varioles graves. Dans ce dernier cas, les complications, des suppurations surtout, ont été la règle chez les malades de M. Cotte, et il ne peut donner de chiffre moyen se rapportant à l'infection variolique seule.

A leur sortie de l'hôpital, effectuée à des époques très diverses, les sujets ont présenté de 80 à 100 pulsations dans les varioles bénignes et d'intensité moyenne, 100 environ quand la maladie avait été grave.

Le pouls est ordinairement un peu plus fréquent le soir que le matin, comme dans la plupart des maladies fébriles.

L'irrégularité ou les grandes oscillations que présentent certains graphiques du nombre des pulsations ne paraissent avoir par elles-mêmes aucune importance.

Le pouls et la température suivent une marche à peu près parallèle (Labbé), sauf pendant la convalescence, où l'absence de fièvre n'exclut pas la tachycardie, et quelquefois peu de temps avant la mort, quand survient une chute

1. Cotte, *Thèse* de Paris, 1900-1901, n° 369 (Boyer).

brusque de la température tandis que le nombre des pulsations s'accroît (Curschmann).

Leur maxima et leur minima s'observent souvent le même jour (Hardy, Labbée); mais il n'y a pas de rapport proportionnel entre ces deux éléments (Labbée).

On constate quelquefois dans les diverses formes de la variole, et à ses différentes périodes, une *arhythmie* légère et sans fâcheuse signification. Mais dans les varioles graves, ou à la suite d'une complication sérieuse, il peut survenir une arhythmie de mauvais augure; celle-ci s'accompagne d'une tension artérielle basse; le pouls est fréquent, petit, souvent aussi intermittent; c'est un signe de lésion grave du myocarde qui est près de fléchir. L'arhythmie bénigne passe presque toujours inaperçue, parce qu'elle est ordinairement fugace et fort peu accusée, et ne coïncide pas forcément avec de la tachycardie; l'hypotension est peu marquée généralement. Cette arhythmie paraît être simplement l'indice d'une perturbation du système nerveux et n'assombrit pas le pronostic. Néanmoins l'examen du cœur s'impose dans tous les cas.

Le pouls peut encore être instable, c'est-à-dire varier de fréquence sous l'influence de causes minimes, et ce trouble est dû aussi à l'intoxication variolique.

Les autres qualités du pouls sont mentionnées par tous les auteurs. Pour une variole de même intensité le pouls ne présente pas toujours des caractères identiques, chose qui ne doit pas étonner, puisque la fréquence des pulsations varie elle-même d'un sujet à un autre. On peut néanmoins en donner la description suivante, qui correspond au plus grand nombre des cas.

Dans les varioles bénignes, le pouls est d'abord plein, fort et vibrant pendant la période d'invasion. Bien qu'il reste assez bon dans la suite, dur et plein pendant la suppuration (L. Guinon), il peut d'une manière transitoire devenir petit, par suite de l'affaiblissement de l'organisme, même avec une éruption discrète et des phénomènes généraux non alarmants.

Dans les varioles graves, il est mou dès les premiers jours. Quand le pronostic s'assombrit, il devient plus dépressible, petit, quelquefois irrégulier; souvent aussi il conserve, malgré sa mollesse, une certaine amplitude qui peut encore subsister la veille de la mort.

Dans les varioles hémorrhagiques primitives, M. L. Guinon affirme qu'il est petit, dur, irrégulier; il est quelquefois dépressible (Auché).

Cependant, si l'on excepte les cas extrêmes, il est impossible, par suite des différences individuelles, de prévoir, par le seul palper de l'artère, quelles seront la forme et l'intensité de la maladie.

Le sphygmographe peut-il nous donner des renseignements plus précis? Il ne semble pas.

Les tracés sphygmographiques dans la variole ont des formes semblables à celles que l'on peut obtenir dans d'autres infections, la dothiénentérie par exemple.

Leurs formes varient avec les individus et avec les phases de la maladie, d'une manière si capricieuse qu'il est presque toujours impossible d'en tirer des déductions précises. On est obligé de se borner à énoncer les quelques règles générales suivantes qui souffrent beaucoup d'exceptions.

Sauf dans les cas très graves, le pouls est ordinairement régulier quant à son rhythme et quant à son ampltitude, la ligne d'ascension peu inclinée, le crochet du sommet aigu; le *dicrotisme* tantôt peu marqué ou nul, tantôt nettement dessiné. Ce sommet s'arrondit rarement en dos d'âne, la ligne de descente ne présentant pas de dicrotisme réel : cela se produit même dans les cas où le pronostic n'est pas très sombre.

Quand l'infection est intense, les lignes de descente ne se succèdent pas en conservant une forme identique; leur courbe est irrégulière et comme incertaine, parfois tremblée sur une partie de leur longueur. Souvent elle affecte la forme d'une légère sinuosité, le pouls étant alors franchement monocrote; celui-ci a été noté surtout à la période de suppuration. Mais la sécheresse de détails et l'irrégularité de la ligne de descente se rencontrent parfois aussi dans les varioles bénignes. Si l'organisme est sous le coup d'une intoxication très profonde, les pulsations perdent de leur régularité, leur amplitude faiblit, la ligne d'ascension s'incline, le crochet s'arrondit, le pouls prend plus ou moins l'aspect du pouls agonique, presque toujours sans dicrotisme véritable. Toutefois l'amplitude peut rester assez marquée, même la veille de la mort; et la verticalité de la ligne d'ascension et l'acuité du crochet sont la règle dans les infections graves.

Le *polycrotisme*, qu'il ne faut pas confondre avec le tremblement des parois artérielles, a été rencontré par M. Cotte dans les varioles graves comme dans les varioles bénignes; la fréquence des pulsations n'a pas de rapport avec lui.

L'*anacrotisme* (de Lorain) est plus rare et souvent éphémère. M. Cotte l'a obtenu sur nos graphiques à diverses périodes de la maladie; il coïncidait avec une circulation rapide.

La présence ou l'absence du dicrotisme sont très variables; Labbée admet qu'il tend à disparaître dans la fièvre secondaire; M. Cotte a recueilli plusieurs tracés où il est franchement accusé à ce stade. Il lui a semblé que dans la majorité des cas, si le dicrotisme affectionne la période de début de la maladie, il est ordinairement nul ou à peine marqué du 5ᵉ au 9ᵉ jour, léger du 10ᵉ au 15ᵉ, plus ou moins accentué à partir du 15ᵉ. Il lui a paru aussi plus fréquent et plus marqué dans les varioles bénignes que dans les varioles graves, nul à la période agonique.

Les exceptions à ces règles sont certainement nombreuses.

Les diverses causes qui font varier le pouls à l'état physiologique ont sur lui la même influence dans la variole. Ainsi la position assise (ou debout) du sujet donne un nombre de systoles un peu plus considérable que la position couchée.

Les recherches de M. Cotte sur la tension artérielle dans la variole ont montré que, comme la plupart des maladies infectieuses connues, la *variole est nettement hypotensive*. La courbe qui en représente les variations (mesurées à l'aide du sphygmomètre de Verdin) est irrégulière, et son allure ne se dégage nettement à première vue que dans les varioles un peu graves, à cause du degré plus bas auquel tombe dans ce cas la pression artérielle.

La dépression n'est pourtant pas proportionnelle à l'intensité de l'infection; mais il est sûr qu'elle est régie par celle-ci, et qu'à une intoxication profonde correspondent des chiffres de tension inférieurs; de sorte qu'en tenant compte du niveau de la tension artérielle à l'état de santé on peut avoir, par le seul examen de la courbe, une idée de la gravité de la variole.

M. Cotte ignore si, pendant l'incubation, ou après pendant la phase tout à fait initiale de la variole, il n'y a pas une hypertension passagère. Ce qui est certain, c'est qu'*au stade d'invasion la tension artérielle décroît*

assez rapidement. Cette marche descendante se poursuit jusqu'au 8e jour environ, sans paraître influencée par l'éruption et par les variations numériques des pulsations qui correspondent à cet événement. *A partir de cette époque, le graphique nous présente une réascension lente et très irrégulière,* interrompue d'ordinaire par les diverses complications de la convalescence. *Quand les malades quittent l'hôpital, ils n'ont presque jamais recouvré le taux normal de la pression sanguine.*

Dans les varioles bénignes, les irrégularités de la courbe en masquent très facilement l'allure; mais la tension y est soumise aux mêmes lois. Dans les varioles hémorrhagiques ou confluentes rapidement mortelles, on n'assiste évidemment qu'à une chute continue, quoique irrégulière de la pression. Les différentes complications du cours de la convalescence dans les autres cas déterminent chacune une baisse évidente, parfois plus accusée que celle qui est due à la variole même, le malade étant encore en hypotension quand elles surviennent.

L'hypotension maxima, fort variable d'un sujet à l'autre, a été en moyenne de moins de 13 cm. 1/2 de mercure pour les varioles bénignes, de 12 cm. 8 pour celles d'intensité moyenne, de 12 centimètres pour les varioles graves, de 10 centimètres (le 9e jour) pour une variole hémorrhagique secondaire terminée par la guérison; il est difficile de donner un chiffre moyen pour les autres varioles noires, à cause de l'approche de l'issue fatale à cette époque. D'ailleurs tous ces chiffres n'ont qu'une valeur relative.

Il est impossible de prévoir si la terminaison sera fatale en s'appuyant exclusivement sur les données de la tension artérielle; car les variations individuelles de celle-ci ne permettent pas d'accorder une importance très grande au niveau et à l'allure de la courbe qui la représente. Le sphygmomètre, sauf dans les cas extrêmes, n'indique même pas avec certitude quelle intensité aura la maladie. Ce n'est souvent que 2 jours avant la mort que la tension, fléchissant subitement tandis que le pouls s'accélère, suffit à présager la fin. Quelquefois la baisse de la pression sanguine est graduelle dès les premiers jours de la maladie; d'autres fois elle ne s'accentue qu'à la suite d'une complication à laquelle le sujet succombe. Pendant les dernières heures, on a pu noter 8 cm. 1/2, et toute tension inférieure à 10 centimètres a été suivie de mort à bref délai; mais la veille de cette issue la tension artérielle peut être plus élevée et mesurer par exemple 11 centimètres. Quand le sphygmomètre, après avoir accusé des chiffres satisfaisants durant le cours de la maladie, dénonce une chute rapide de la tension qui se dessine encore les jours suivants, il y a lieu de s'inquiéter, et l'on doit tenir compte plus de la différence de ce niveau avec le niveau antérieur que du chiffre absolu donné par l'appareil. Cependant, avant de porter un pronostic, il faut toujours s'enquérir aussi des autres qualités du pouls qui fournissent d'utiles renseignements.

La fréquence des pulsations et la tension artérielle sont unies physiologiquement, comme on le sait, par des rapports étroits qui les font varier en sens inverse, suivant la loi de Marey. Dans la variole, ces rapports sont moins intimes par suite de la perturbation du système nerveux.

Tandis que les pulsations sont précipitées, durant la période d'invasion, la pression sanguine faiblit; puis l'éruption se fait jour et amène un ralentissement de la circulation qui n'a pas de contre-coup sur la tension toujours décroissante. Vers le 5e jour, la fréquence des battements cardiaques atteint son minimum dans la majorité des cas : la pression est toujours en voie de diminution et arrive à son tour, vers le 8e jour, à son degré le plus bas. A ce moment, la tachycardie due à la fièvre secondaire est très nette, mais ordinairement son maximum est plus tardif et par suite ne correspond pas au minimum de la pression. Pendant la convalescence, les deux courbes affectent une marche inverse, indiquant le retour à l'état normal. Les complications qui surviennent fréquemment à cette période donnent lieu d'ailleurs à la vérification de la loi de Marey, dans ses grandes lignes tout au moins. Cette loi trouve sa confirmation la plus éclatante les derniers jours du varioleux dans les cas où l'issue est fatale.

En résumé, ce n'est qu'à partir du 5e jour environ qu'il y a à peu près, et à peu près seulement, marche inverse du pouls et de la tension.

On conçoit cependant que les renseignements fournis par chacun des deux éléments se prêtent un mutuel appui; ils sont d'une réelle importance, surtout quand ils concordent, comme cela arrive en particulier à l'approche de la mort.

L'étude des tracés sphygmographiques aiderait encore parfois à fixer le pronostic, si leur obtention n'était malheureusement pas un peu délicate et longue pour la pratique journalière.

Enfin, l'examen du pouls ne saurait en aucun cas dispenser de celui du cœur, et les autres signes puisés en dehors du système circulatoire doivent être pris aussi en sérieuse considération.

II. Enfants. — Le peu d'observations personnelles (24 observations) recueillies par M. Cotte chez des enfants de 4 à 15 ans, confirment les résultats de ses recherches chez le varioleux adulte. Il est cependant deux points à signaler :

1° Chez eux, le pouls peut être très rapide (160-170 pulsations) sans entraîner forcément un pronostic fatal.

2° La tension, déjà peu élevée chez les sujets sains et abaissée par la variole, est parfois impossible à évaluer au sphygmomètre quand les tissus sont œdématiés. Elle a paru en outre affecter une plus grande indépendance que chez l'adulte.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Beynot. *L'analgésie cocaïnique par injections sous-arachnoïdiennes, en particulier chez le vieillard.* N° 589. (L. Boyer.)

M. Houlié (Albert). *Traitement de l'élément « douleur » de la portion sous-diaphragmatique de quelques affections particulièrement d'origine nerveuse par l'injection intra-rachidienne de chlorhydrate de cocaïne.* N° 614. (J. Rousset.)

M. Thiellement (C.). *Des injections extra-durales de cocaïne et de sérum dans le traitement de la sciatique et du lumbago.* N° 633. (C. Naud.).

M. Laporte (Charles). *Du traitement de la sciatique et en particulier de son traitement par les injections de cocaïne intra- et extra-durales.* N° 623. (L. Boyer.).

M. Petit (Raymond). *Glycosurie dyspeptique et troubles digestifs dans le diabète.* N° 368. (L. Boyer.)

M. Pichardie (Delphin). *Considérations sur l'intoxication satur-*

nine et en particulier la paralysie chez les ouvrières en fleurs artificielles. N° 439. (L. Boyer.)

M. Montagné (Joseph). *Intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses.* N° 438. (Boyer.)

M. Mulon (Paul). *Applications médicales de la cryoscopie.* N° 387. (Steinheil.)

M. Trouvé (Charles). *Rôle du terrain dans l'urémie nerveuse.* N° 409. (Boyer.)

M. Adeline (E.). *Contribution à l'étude clinique des polynévrites blennorrhagiques.*

Mme Baraks (née Doïlidsky). *Les Névrites professionnelles.* N° 327. (Carré et Naud.)

M. Chancellay (Léon). *Contribution à l'étude de la psychose polynévritique.* N° 367. (L. Boyer.)

M. Mathieu (Joseph). *Contribution à l'étude du vertige et en particulier du vertige épileptique.* N° 343. (L. Boyer.)

M. Trenaunay (Paul). *Recherches pathogéniques et cliniques sur le rêve prolongé à l'état de veille.* N° 388. (Baillière.)

M. Attias (I.). *De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants.* N° 326. (L. Boyer.)

M. Chassaing. *Contribution à l'étude de la technique myographique.* N° 422. (L. Boyer.)

M. Lucante (A.). *Contribution à l'étude de la mensuration du thorax (description d'un nouvel appareil).* N° 412. (L. Boyer.)

L'analgésie cocaïnique par voie sous-arachnoïdienne serait, pour M. Beynot, la méthode de choix chez les vieillards.

Les vieillards supportent avec une très grande facilité les injections de cocaïne : le plus souvent ils sont transportés dans leur lit calmes, tranquilles.

Chez eux il est certaines particularités importantes à noter :

a) Ossification possible du ligament jaune.

b) Intervalle de temps plus long entre l'injection et le début de l'opération. (analgésie complète).

c) Moindre étendue de l'analgésie.

Il faut éviter avec soin chez le vieillard le décubitus horizontal prolongé par crainte de la congestion hypostatique des bases.

M. Houlié donne la préférence à la voie arachnoïdienne.

Le soulagement obtenu par l'injection sous-arachnoïdienne de 1 centigramme de cocaïne paraît plus efficace que par l'injection épidurale de 2 centigrammes.

Les accidents consécutifs à l'injection intra-arachnoïdienne son passagers et plus bruyants que graves. Ils peuvent être notablement restreints en prenant certaines précautions comme celles de ne pas dépasser la dose de 1 centigramme, d'opérer les malades couchés et de les empêcher de manger pendant quelques heures.

L'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne intra ou extraméningée n'est pas un moyen infaillible capable de guérir à coup sûr toutes les douleurs siégeant sur la portion sous-diaphragmatique du corps, mais elle n'échoue complètement que dans des cas assez rares.

Elle soulage le plus souvent et parfois d'une façon assez durable. Elle peut même, dans certains cas, amener la suppression absolue de la douleur et la guérison complète du malade.

Son emploi n'exclut celui d'aucune des autres médications usitées communément contre la douleur.

Elle offre sur l'injection de morphine l'avantage de ne pas être à la disposition du malade et de ne pas l'exposer, par conséquent, aux risques de l'intoxication chronique.

Par contre, M. Thiellement préconise les injections par voie extra-durale de solutions de chlorhydrate de cocaïne, qui ont le grand avantage de ne jamais amener les troubles qui ont été si souvent signalés dans les injections intra-arachnoïdiennes. Si les accidents qu'elles provoquent sont nuls, leur action thérapeutique est réduite à leur minimum.

Par les injections de cocaïne, jamais il n'y a anesthésie. Son action s'est tout entière portée sur la douleur qu'elle a fait disparaître pour un temps variant de 2 à 3 jours. Au bout de ce temps la douleur est revenue avec une moindre intensité. L'action de la solution de cocaïne a été très fugace mais cependant très réelle sur l'évolution de la douleur.

Théoriquement et pratiquement le véhicule même de la cocaïne a une grande action physiologique sur l'élément douleur : peut-être le soulagement est-il plutôt dû au fait de l'eau injectée qu'à la cocaïne dont l'action ne viendrait qu'au second plan. Les faits semblent donner raison à cette opinion, puisque à la suite des injections de sérum à 2/1 000, les malades ont ressenti le même bien-être, la même suppression de la douleur qu'après les injections de cocaïne. L'influence sur l'évolution de la douleur paraît même avoir été beaucoup plus grande.

Sans doute la cocaïne injectée a une action analgésique, mais cette action est si minime, l'on peut dire si illusoire, que l'auteur conseille d'employer dans le traitement des sciatiques et des lumbagos les injections épidurales de sérum à 2/1 000.

Injecter des doses élevées de cocaïne ne donnerait probablement pas de meilleurs résultats thérapeutiques en augmentant considérablement les chances d'accidents.

M. Laporte croit que la méthode de choix du traitement de la sciatique est la méthode de la cocaïnisation par injection sous-arachnoïdienne ou épidurale.

Il semble qu'il faille mieux employer la méthode épidurale, qui est simple, pratique, facile et bénigne.

On n'a pas à craindre la compression de la moelle et on peut alors injecter une solution faible de cocaïne en assez grande quantité (6 à 8 à 10 cent. cubes de solution à 0,59 à 0,25 p. 100).

Elève d'A. Robin, M. Raymond Petit croit pouvoir affirmer l'existence d'une glycosurie due à des troubles digestifs et qui reste sous leur dépendance. Elle se distingue d'après lui, du diabète, par des caractères qui lui sont propres, qui consistent surtout dans son intensité, son irrégularité et son mode d'apparition, toujours subordonnés au travail de la digestion.

Bien que le plus habituellement cette glycosurie disparaisse, il existe suffisamment d'observations permettant de considérer, comme possible, la transformation de cette glycosurie dyspeptique passagère en diabète constitué.

Indépendamment de cette glycosurie dyspeptique, les troubles digestifs peuvent agir plus rapidement encore sur le foie et produire le diabète sucré. Celui-ci ne se distingue du diabète sucré ordinaire que par son étiologie basée sur l'antériorité de la dyspepsie et de l'influence favorable, sinon décisive, que conserve pendant longtemps sur lui le traitement antidyspeptique.

Ces troubles digestifs peuvent à leur tour être produits par le diabète : la polyphagie fatiguant à la longue la couche musculaire de l'estomac et amenant assez rapidement la dilatation d'estomac avec ses conséquences.

Parmi ces dernières, une des plus sérieuses est, sans contredit, les fermentations gastriques, qui, comme tendent à l'établir quelques cas bien observés, peuvent jouer un rôle prépondérant dans l'éclosion du coma diabétique.

Il existe chez les ouvrières en fleurs artificielles à côté de l'intoxication arsenicale qui est bien connue, une intoxication saturnine, beaucoup plus rare et presque complètement ignorée.

Cette intoxication saturnine qu'étudie M. Pichardie n'est pas seulement due au diamantage des fleurs avec des poussières plombifères. Elle résulte aussi de l'usage des papiers teintés par des couleurs à base de plomb.

A ce point de vue les papiers les plus dangereux sont les papiers de nuance jaune, dont certains contiennent jusqu'au dixième de leur poids de chromate de plomb.

C'est, en imprégnant avec leur salive pour les faire adhérer à la tige, les bandelettes découpées dans ces papiers que les fleuristes s'exposent à l'intoxication; la solubilité du chromate de plomb dans la salive a d'ailleurs été démontrée.

L'intoxication saturnine est cependant très rare chez les fleuristes, et ne survient qu'à longue échéance, vu la quantité extrêmement faible de plomb qui peut être absorbée quotidiennement.

Elle se traduit par ses symptômes et ses accidents habituels, mais qui peuvent passer inaperçus ou être attribués à d'autres causes si l'on n'est pas prévenu de leur possibilité.

Le plus frappant de ces accidents est la paralysie, présentant ici ses caractères ordinaires et nettement individualisée par son aspect clinique et les réactions électriques des muscles paralysés.

La fatigue musculaire et nerveuse qu'occasionne la répétition constante de certains cas pouvant provoquer à elle seule des névrites dites professionnelles, il serait peut-être possible d'invoquer chez les saturnins cette même cause comme servant de point d'appel à la localisation de l'agent toxique.

Le traitement sera surtout prophylactique: il serait préférable d'humecter les papiers avec une éponge mouillée au lieu de les porter à la bouche.

L'intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses, toujours accidentelle, n'est relativement pas rare mais le plus souvent mortelle.

M. Montagné conclut que le peroxyde d'azote en vapeur agit: 1° En irritant fortement les bronches et les petits vaisseaux pulmonaires et en produisant des foyers apoplectiques; 2° en altérant le sang qu'il brunit. C'est vraisemblablement une intoxication hématique.

Le traitement, impuissant presque toujours, se réduit, pour combattre l'angine pharyngienne, la bronchite, la pneumonie, à l'application de ventouses, à l'inhalation d'oxygène, à l'administration de lotions émollientes, de gargarismes adoucissants.

Les circonstances dans lesquelles se produisent ces accidents sont tellement particulières qu'elles suffisent généralement pour faire le diagnostic. Si cependant, il restait des doutes, l'autopsie pourrait donner des renseignements précieux. On utiliserait les réactions usitées pour la recherche de l'acide azotique.

Les échanges osmotiques jouent un rôle important dans les phénomènes biologiques : tous les physiologistes le reconnaissent aujourd'hui. Ces échanges osmotiques sont régis par une force : la pression osmotique.

La pression osmotique d'une solution est définie par la pression exercée sur les parois du vase par les molécules en suspension dans le dissolvant. Cette pression, analogue à la pression d'un gaz, est proportionnelle à la concentration moléculaire de la solution.

De toutes les méthodes proposées pour déterminer la concentration moléculaire, et, partant, la tension osmotique des solutions, la cryoscopie est celle qu'il convient d'employer de préférence.

Elle n'exige qu'un manuel opératoire très simple, avec un matériel facile à réaliser.

Les indications qu'elle fournit sur la concentration moléculaire et sur la tension osmotique des liquides de l'organisme sont d'une grande clarté et d'une extrême précision.

Elle permet, tant en physiologie qu'en clinique, d'acquérir des connaissances précieuses, et M. Mulon s'est appliqué dans sa thèse à fixer les données qu'on lui doit. En physiologie, la cryoscopie a permis d'établir un certain nombre de théories générales sur la nutrition cellulaire, sur le rôle des chlorures dans l'organisme.

On a pu voir quelle était l'importance de la pression osmotique dans le phénomène de la soif, dans l'absorption, la résorption; dans la formation de la lymphe. Certains faits particuliers ont montré que bien des cellules de l'organisme obéissaient aux lois de l'osmose : activité nerveuse, contraction musculaire.

Enfin, c'est grâce à ses recherches cryoscopiques que von Koranyi a établi ses théories sur les échanges respiratoires et surtout une théorie de la sécrétion rénale, dont les applications à la clinique sont particulièrement importantes.

En clinique, la cryoscopie est entrée soit à la faveur des théories physiologiques précédentes, soit parce que l'on a pris le point Δ comme unité de mesure du nombre des molécules en solution dans une humeur.

Elle fait actuellement partie de la séméiotique des affections des reins, du cœur, des poumons, etc., et M. Mulon groupe les résultats importants qu'on a pu tirer de la cryoscopie du sang, des urines, du liquide céphalo-rachidien des divers exsudats.

M. Trouvé montre que l'urémie prend plus spécialement la forme nerveuse chez les individus prédisposés soit héréditairement, soit par une lésion cérébrale antérieure.

Chez les individus prédisposés, une simple émotion morale peut devenir la cause occasionnelle de l'apparition des accidents.

Certains accidents convulsifs de l'urémie ne sont que des accès d'épilepsie, rappelés par l'intoxication ; il est vraisemblable que l'hystérie convulsive peut être rappelée de la même manière.

Dans tous les cas d'urémie nerveuse, il est très important, au point de vue du pronostic et du traitement, d'étudier attentivement les antécédents du malade pour dépister l'épilepsie et l'hystérie au milieu des symptômes observés.

Elève de Raymond, M. Adeline montre que l'existence des polynévrites blennorrhagiques est aujourd'hui scientifiquement démontrée; mais, si l'on veut ne tenir compte que des observations incontestables, on constate que, jusqu'à présent le nombre de ces dernières est extrêmement peu élevé.

La symptomatologie des polynévrites blennorrhagiques ne présente guère de caractères spéciaux; cependant la prédominance des troubles moteurs et sensitifs aux membres inférieurs, l'intégrité habituelle des autres groupes musculaires, de l'économie, l'extrême intensité des troubles sensitifs sont peut-être spéciaux à cette variété de polynévrite.

Le début des polynévrites gonococciques est le plus souvent tardif, leur marche irrégulière, leur durée variable. Leur terminaison est ordinairement favorable.

La polynévrite est-elle due au gonocoque, à ses toxines ou aux infections secondaires? C'est une question à laquelle il est impossible de répondre actuellement.

Il n'entre pas dans le plan de l'auteur de discuter en détail le diagnostic des polynévrites blennorrhagiques. Il veut seulement rappeler que, avant de poser le diagnostic de névrite multiple d'origine blennorrhagique, il faudra s'assurer d'abord qu'il n'existe aucun lésion articulaire capable d'expliquer l'amyotrophie, et rechercher ensuite si les symptômes observés ne seraient pas, avec plus de vraisemblance, attribuables à une méningo-myélite, c'est-à-dire l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation spinale, tous signes dont la constatation répétée exclut à nos yeux l'hypothèse de polynévrite. Dans un autre ordre d'idées, il faudra toujours éliminer soigneusement l'ataxie locomotrice. Et c'est pour n'avoir pas tenu compte de ces règles élémentaires de diagnostic qu'un certain nombre d'auteurs ont fait rentrer dans le cadre de la polynévrite blennorrhagique des atrophies réflexes, des myélites transverses d'origine blennorrhagique, et même de véritables tabes.

D'une longue étude très documentée Mme Baraks conclut que les névrites professionnelles sont, dans la majorité des cas, provoquées par les chocs, les compressions ou les tiraillements exercés sur les nerfs pendant le travail, par les instruments dont se sert l'ouvrier ou les supports durs sur lesquels il s'appuie.

La compression des nerfs et la névrite consécutive sont parfois provoquées par la contraction musculaire elle-même.

Le surmenage joue un rôle plus effacé dans la genèse des névrites professionnelles. Son action se manifeste surtout dans les professions où les contractions musculaires saccadées sont souvent répétées et longtemps continuées, avec des intervalles de relâchement de peu de durée.

La localisation des névrites professionnelles est subordonnée en grande partie au lieu d'application de l'agent nocif et aussi à l'attitude conservée par l'ouvrier pendant le travail.

Le pronostic des névrites professionnelles est assez sombre. La guérison complète ne s'observe que dans un nombre relativement restreint de cas.

Le syndrome de Korsakoff étudié par M. Chancellay se rencontre dans les diverses espèces de polynévrites toxiques et infectieuses. En général ces cas de polynévrite sont graves.

En dehors des polynévrites, on le rencontre dans des cas rares de tumeur cérébrale. Dans les observations données ici la coexistence d'une névrite reste d'ailleurs douteuse.

Il est difficile de décider encore aujourd'hui s'il s'agit là d'une espèce psychique particulière ou d'une simple variété de la confusion mentale.

Quoi qu'il en soit, le terme de psychose polynévritique doit être conservé jusqu'à nouvel ordre, aussi bien en raison de sa

commodité que de la fréquence avec laquelle ce trouble mental et la polynévrite se trouvent unis. Ce terme a de plus l'avantage d'être purement clinique et de ne préjuger en aucune façon de la nature intime du syndrome de Korsakoff.

M. J. Mathieu propose d'étendre ainsi la définition du vertige : « Le vertige est un trouble cérébral, une erreur de sensation, sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personnalité ou que les objets environnants sont animés d'un mouvement vibratoire ou oscillatoire », (G. de Mussy) « avec titubation » (P. Franck) s'accompagnant d'un « amoindrissement de la possession du moi », (Lasègue) dont l'intensité peut s'accroître au point d'aboutir à la perte de connaissance.

Il réserve le nom de vertige épileptique aux seuls cas où l'on trouve la séméiologie du vertige et élimine, au contraire, de cette entité morbide les autres accès incomplets du mal comitial.

Le vertige peut exister dans l'épilepsie sous deux formes :

a) Vertige conscient;

b) Vertige obscur (vertige aura).

Le vertige conscient est la seule manifestation de l'épilepsie où la conscience soit conservée et où le souvenir persiste.

Ce qui juge ce vertige conscient, ce qui en fait une manifestation comitiale, c'est :

a) Son alternance avec les autres manifestations de la névrose;

b) Sa coexistence fréquente avec du vertige-aura;

c) L'impossibilité, en procédant par élimination, de le rattacher à une autre étiologie;

d) Son atténuation ou sa disparition sous l'influence du bromure, sa réapparition lorsque l'on vient à cesser le traitement.

D'après M. Paul Trenaunay, le délire de rêve, délire onirique, rêve prolongé pendant la veille, peut être compris de la façon suivante : délire d'un individu qui, à l'état de veille, continue, plongé dans une sorte d'état second, de somnambulisme, à agir, à penser, à parler, en se conformant à des hallucinations survenues soit pendant le sommeil, sous forme de songes, soit dans les périodes pré ou post-somniales.

Le rêve prolongé peut se présenter en clinique sous trois modes, qui ne constituent pas trois entités distinctes et séparées, mais qu'il faut considérer comme les différents degrés progressifs d'une même forme délirante :

a) Il existe d'abord une forme aiguë, dans laquelle le délire, survenu à l'occasion d'un rêve, ne dure que quelques jours, et ne survit pas à la cause qui l'a fait naître;

b) Dans un second degré, le rêve porte sur un sujet plus restreint, mais le souvenir en est plus persistant, se montre à chaque occasion sous la forme d'idée fixe, en dehors de laquelle le malade est parfaitement raisonnable. C'est la forme subaiguë.

Enfin, il existe une troisième forme dans laquelle l'imprégnation des cellules cérébrales peut être plus profonde, au point de troubler définitivement (en ce qui concerne le sujet du délire) leur fonctionnement naturel. C'est le rêve prolongé à l'état chronique.

Le rêve prolongé, qu'il évolue en clinique sous la forme aiguë ou subaiguë, est d'ordinaire placé sous l'influence d'une auto-intoxication d'origine hépatique. L'alcool et les maladies infectieuses créent dans le foie des lésions cellulaires telles que, loin de transformer les poisons de l'organisme, ces cellules arrivent à en créer de nouveaux. Et l'action de tous ces produits toxiques est d'autant plus certaine qu'à côté des lésions hépatiques, il coexiste souvent des lésions des reins qui en empêchent l'élimination.

Le rhino-pharynx des enfants est sujet à s'enflammer avec une grande facilité et sous l'influence de causes diverses.

Cependant pour M. Attias, les dangers résultants de la multiplicité des agents pathogènes qui siègent à l'état permanent dans le rhino-pharynx et les amygdales, sont conjurés par les nombreux moyens de défense de cette région (agglutination des microbes par la salive, rénovation incessante des épithéliums; propriétés d'attraction des micro-organismes sur les leucocytes migrateurs, enfin et surtout la phagocytose).

L'inflammation peut être aiguë, ou bien devenir chronique et présenter alors au cours de cet état des poussées aiguës ou subaiguës avec beaucoup de fréquence.

Cette inflammation devient l'origine de complications nombreuses et diverses : elle constitue ainsi pour l'organisme une menace permanente d'infection générale.

Les complications de la rhino-pharyngite aiguë ou chronique les plus connues jusqu'aujourd'hui sont les otites, les kératites phlycténulaires, les adénites, les laryngites striduleuses, les bronchites à répétition, etc.

Mais à la faveur de rhino-pharyngites répétées, des maladies viscérales peuvent aussi avoir les amygdales et le rhino-pharynx pour porte d'entrée (telles la néphrite, l'endocardite et surtout la tuberculose).

Outre ces complications dont la plupart sont aujourd'hui classiques, la rhino-pharyngite peut encore occasionner et tenir sous son influence :

Des troubles digestifs divers (vomissements, diarrhée, entérite glaireuse, colite dysentériforme.)

Des accès de fièvre pouvant ressembler à des accès paludiques.

Cette grande variété de troubles reconnaissant la rhino-pharyngite pour origine, doit faire un devoir aux médecins d'examiner systématiquement et avec soin l'arrière-gorge de tous les enfants qu'on leur présente. Cette règle mérite de devenir classique au même titre que l'examen systématique des urines chez l'adulte.

L'emploi du myographe peut, d'après M. Chassaing, s'étendre aux expériences quantitatives les plus délicates. A l'instar des appareils de mesure le levier myographique portera une échelle graduée et sera, au besoin, étalonné. Le pivot-couteau doit remplacer le pivot avec vis de réglage. C'est une condition requise de sensibilité.

Il est absolument nécessaire que l'observateur connaisse le rôle et le maniement de chaque pièce constitutive, le fonctionnement de l'ensemble, l'influence des variations.

Il est non moins essentiel qu'il connaisse les causes d'erreur inhérentes à l'amplification du levier, à l'élasticité des organes de transmission, aux frottements et à l'inertie des pièces en mouvement. Il y remédiera en suivant les procédés indiqués.

Tout tracé myographique sera accompagné d'une légende explicative où il sera soigneusement fait mention du genre de myographe employé, de la nature et de la longueur du fil transmetteur, de l'amplification du levier, de la valeur des poids tenseurs nominatif et réel.

Tous les auteurs qui se sont efforcés de construire un appareil de mensuration du thorax ont eu à surmonter une même difficulté et ont presque tous échoué sur le même écueil : l'impossibilité presque absolue de placer le sujet à chaque mensuration dans une position identiquement la même.

En effet, non seulement la statique du thorax peut être très modifiée sous l'influence de la volonté, mais encore la fatigue musculaire antérieure à la mensuration, ou se produisant pendant cette mensuration même, est une cause de déformation thoracique, qui entache d'erreur la plupart des résultats.

C'est afin de supprimer autant que possible ces causes d'erreur consécutives à la fatigue musculaire, que M. Lannelongue a fait construire un appareil que décrit M. Lucante dans sa thèse.

Le principe qui a guidé la construction de cet appareil, c'est la suppression de la fatigue musculaire et l'immobilisation dans une même position par une suspension modérée par la tête.

Les nombreuses courbes que publie M. Lucante montrent à la fois la simplicité du manuel opératoire, la possibilité de prendre sur un thorax un contour aussi bien postérieur qu'antérieur tous les 3 centimètres, la facilité avec laquelle on peut ajouter à ces graphiques de petits moulages très précis pouvant être aisément superposés à l'individu.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Les teignes à l'hôpital de Gand, par M. Minne (de Gand) (*La Clinique des hôpitaux de Bruxelles*, 8 juin 1901). — Sur 100 enfants qui se présentent aux consultations parisiennes, 60 à 65 sont atteints de tondante spéciale de Gruby; 30 à 35 sont frappés par le trichophyton endothrix; 0 à 5 ont une trichophytie ectothrix.

Cette dernière forme est plus fréquente, est même la règle chez l'adulte; elle est, dans ces cas, localisée dans la barbe et sur les parties glabres.

Les chiffres des consultations parisiennes diffèrent notablement de ceux des autres contrées de l'Europe; ainsi telle forme relativement fréquente en France est rare en Angleterre et en Espagne, telle autre au contraire (la teigne à petites spores, par exemple) qui, en Angleterre, fournit jusque 90 p. 100 des cas, est rare en Allemagne et en Italie, inconnue même dans la partie est de l'Autriche.

M. Minne, pendant 2 ans, a noté les cas qui se sont présentés à la visite dermatologique de l'hôpital de Gand.

Sur une moyenne de 100 enfants, 68 étaient porteurs de teigne de Gruby; 4 seulement avaient une trichophytie endothrix et tous étaient des filles; 28 étaient atteints de favus.

Chez des adultes : 3 cas de sycosis parasitaire, dont 2 reconnaissaient une origine bovine et 1 une origine équine.

Le total des seules teignes trichophytiques et de la teigne spéciale de Gruby, est, sur 100 enfants teigneux, 94 cas de teigne de Gruby; 6 cas de trichophytie.

En comparant ces chiffres à ceux donnés par Sabouraud pour les enfants de Paris, on voit que :

1° La teigne de Gruby est beaucoup plus fréquente à Gand qu'à Paris; elle est même plus fréquente qu'en Angleterre;

2° La teigne spéciale de Gruby (herpès tonsurant à petites spores) paraît être très fréquente en Flandre : à Gand notamment on en rencontre jusqu'à 94 p. 100. C'est le chiffre le plus élevé des statistiques européennes;

3° Le trychophyton megalosporon endothrix est rare et ne s'est montré que chez les filles. Pas un garçon n'en était atteint;

4° Le favus se montre fréquent, mais est avant tout une maladie rurale.

Si l'on tient compte du fait que, le favus à part, la teigne à petites spores est la plus rebelle des teignes de l'enfance, qu'elle dure au moins une année 1/2, que cette maladie frappe les enfants pour le plus grand préjudice de leur instruction, on voit toute l'importance, toute la nécessité qu'il y a de créer des écoles de teigneux dans lesquelles les enfants sont traités par des médecins spécialistes et reçoivent leur instruction.

La radioscopie dans les maladies du poumon (La radioscopia nei pulmonitici), par MM. Maragliano et Caffarena (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n° 45, 1901). — Les auteurs ont étudié les photogravures radioscopiques dans plusieurs cas d'affections pulmonaires. Maragliano, en 1897, remarqua que les infiltrations des poumons produisent de l'opacité qui est plus notable s'il s'agit d'infiltrations lobaires et moins considérables dans les infiltrations lobulaires des broncho-pneumoniques. Ils ont fait des recherches pendant et après la maladie. D'une manière générale, les résultats de la radioscopie correspondent à ceux de l'auscultation et de la percussion, mais la netteté des résultats est beaucoup plus grande. En outre, elle fournit des renseignements meilleurs et plus précis sur l'étendue réelle des lésions.

Note sur l'épilepsie syphilitique, par G. Salomone (*Annali di medicina navale*, an VII, fasc. 6, p. 884, juin 1901). — Histoire d'un homme sans hérédité ni précédentes névropathiques, mais buveur, qui devint épileptique à l'âge de 29 ans, un an après avoir contracté la syphilis. L'auteur établit le diagnostic et considère les différentes modalités cliniques d'épilepsie auxquelles la syphilis et les lésions syphilitiques endo-craniennes peuvent donner lieu.

Mal perforant du pied traité par l'élongation du nerf plantaire, par Mariani (*Gazzetta degli Ospedali e della Cliniche*, 7 juillet 1901, p. 843). — Mal perforant situé à le base du gros orteil gauche. Guérison en 20 jours après l'élongation du plantaire interne à son origine derrière la malléole et l'excision de l'ulcération plantaire.

Contribution à l'étude des névroses professionnelles, par G. Binetti (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 7 juillet 1901, p. 844). — Histoire d'un paysan de 40 ans, sans antécédentes névropathiques ni hérédité, exerçant depuis un an le métier de traire les vaches. Dès qu'il a depuis quelques instants les pis en main il est contraint de s'arrêter à cause d'une faiblesse générale croissante, de la contracture des doigts en demi-flexion, de la douleur. — Basedow, Stephan, Remak, Berger, ont rapporté des cas analogues de cette crampe des « trayeurs de vaches. »

Pouls lent permanent, par Halipré (*Revue médicale de Normandie*, 1901, p. 243). — Dans l'immense majorité des cas, le syndrome d'Adams Stokes reconnaît une origine bulbo-protubérantielle avec lésion nettement appréciable.

L'observation suivante en paraît être un nouvel exemple. Il s'agit d'un cas de vertiges, crises syncopales avec état apoplectiforme et pouls momentanément ralenti (42 pulsations à la minute).

Il y a 18 mois, le malade éprouva les premières atteintes de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Sans cause, subitement, cet homme est pris de vertige; il tombe et perd connaissance. Les vertiges se produisent aussi bien le jour que la nuit; rien ne fait prévoir leur apparition. Au cours des crises il perd ses urines. La perte de connaissance peut précéder la chute; parfois aussi le malade a la sensation de la chute et l'état syncopal vient ensuite. Après la chute il reste inerte, congestionné, lui a-t-on dit. Il ne se débat pas pendant la crise. Quand il revient à lui il ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Il est fatigué et ne peut reprendre ses occupations. Jamais il n'a constaté, à la suite des chutes, d'affaiblissement d'un des côtés du corps, il éprouve une céphalée frontale permanente. Les crises, d'abord espacées, se sont ensuite rapprochées depuis quelques mois, elles se présentent cinq à six fois par semaine.

A la suite d'une crise le pouls est de 42. Toutes les 10 pulsations environ il y a une pulsation précipitée. La tension artérielle ne paraît pas exagérée. Les radiales sont dures, non athéromateuses, non flexueuses. Les temporales sont peu sinueuses. Les fémorales sont souples.

Bruits très sourds, réguliers. La pointe bat dans le 5e espace. Nuage d'albumine dans les urines.

En résumé, il s'agit d'un vieillard atteint depuis 18 mois de crises de pouls lent avec état syncopal et perte des urines. L'altération du système vasculaire est rendue évidente par l'état des contractions cardiaques, la dureté des radiales, les traces d'albumine dans les urines. Chez cet homme, l'hexagone de Willis est probablement touché. On soupçonne chez lui l'existence d'artérite nodulaire, si fréquente à un âge avancé et cause habituelle de l'état vertigineux des vieillards, et même de l'épilepsie sénile.

CHIRURGIE

Urétérite par cathétérisme des uretères dans un cas de tuberculose vésicale (Ureteritis artificialis infolge von missglucktem Ureterenkatheterismus in einem Fall von Blasentuberkulose), par Barlow (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn u. Sex. Org.* 1901, n° 3, p. 151). — Il s'agit d'une femme de 41 ans ayant eu deux attaques de cystite en 1894 et 1899. En 1900 nouvelle attaque et l'examen cystoscopique fait reconnaître l'existence d'une ulcération tuberculeuse du fond de la vessie. L'examen bactériologique de l'urine montre en même temps la présence des bacilles tuberculeux.

Comme l'urine était trouble et que la malade se plaignait en même temps des douleurs dans la région lombaire droite, on se décide à faire le cathétérisme de l'uretère correspondant. L'opération ne réussit pas : il est impossible d'introduire la

sonde à plus de 5 centimètres, puis malgré les manipulations on n'obtient pas d'urine.

Le lendemain la malade a de la fièvre, des douleurs le long de l'uretère qu'on sent gros et douloureux; les urines renferment du sang. Ces symptômes durent 2 jours et disparaissent.

A quelques jours de là on fait la cystotomie avec grattage et cautérisation de l'ulcération. Guérison.

Tuberculose primitive de la prostate consécutivement à un abcès traumatique de la prostate (Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose nach vorangegangenem traumatischen Prostataabscess), par Mlœler (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex. Org.* 1901, n° 3, p. 157). — Un homme de 65 ans, ancien syphilitique, tombe par terre en descendant d'un tramway et se contusionne la région fessière. Il se développe, à la suite de cet accident, un abcès de la prostate qui est incisé, et le malade guérit.

Deux ans après, le malade commence à se plaindre de douleurs dans la région lombaire, et qu'on considère comme d'origine musculaire. Mais dans la nuit le malade a de la fièvre, de l'amaigrissement, s'affaiblit de plus en plus et finit par succomber sans qu'on soit arrivé à établir un diagnostic précis.

A l'autopsie, on trouva une tuberculose miliaire généralisée et, dans la prostate, un ancien foyer caséeux. L'auteur admet donc que c'est ce foyer qui a été le point de départ de la tuberculose généralisée.

Traitement de la gonorrhée par l'acide azotique (Die Behandlung des Trippers mit acidum nitricum), par Porosz (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn u. Sex. Org.* 1901, n° 4, p. 184). — L'auteur vante les effets des injections de solutions d'acide azotique à 1 p. 300 ou 400 dans le traitement de la blennorrhagie. Ces injections, que le malade se fait lui-même à 3 à 5 fois par jour, sont gardées 1 ou 2 minutes dans l'urèthre.

Au bout de 48 heures de ce traitement, l'écoulement change de caractères et disparaît généralement d'une façon complète au bout de 8 jours. Les gonocoques disparaissent ordinairement du 5e au 8e jour. On diminue ensuite le nombre des injections qu'on peut ordinairement supprimer du 15e au 30e jour.

Dans la gonorrhée chronique, on fait des instillations avec une solution de 1 ou 2 p. 100.

Les troubles gastro-intestinaux dans la lithiase rénale (Klinik der Nierensteine insbesondere ihrer gastrointestinalen Erscheinungen), par Sternberg (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 14). — Des observations que l'auteur a réunies dans son travail, on tire les conclusions suivantes :

1° Les troubles gastro-intestinaux sont un phénomène constant dans les coliques néphrétiques; ils sont occasionnés par la rétention douloureuse du gaz et des matières fécales et disparaissent avec la cessation de la crise. Dans certains cas, ces troubles sont tellement accentués qu'on pourrait considérer tout le syndrome comme une forme gastro-intestinale de coliques néphrétiques.

2° Au point de vue diagnostique, il faut savoir que dans les coliques néphrétiques l'uretère peut être douloureux au niveau du point de Mac-Burney et que les modifications du côté de l'urine peuvent manquer totalement.

Cystite typhique (Ueber die echte typhöse Cystitis und ihre Behandlung), par Horton-Smith (*Monatsber. f. Urolog.* 1901, vol. VI). — 1° La cystite, comme complication de la fièvre typhoïde, n'est pas rare. Elle se déclare généralement à la fin de la maladie ou même pendant la convalescence, mais quelquefois aussi dès le début de la dothiénentérie. Si aucun traitement n'est établi, la cystite persiste pendant une quinzaine de jours et disparaît spontanément. Mais quelquefois elle peut durer pendant des mois et même des années.

2° L'urine est dans ces cas trouble ou franchement purulente et renferme un nombre considérable de bacilles typhiques. Sa réaction reste généralement acide. La dysurie est rare et la température n'est pas influencée par l'apparition de la cystite.

3° Le meilleur traitement de cette cystite est l'administration de l'urotropine.

Rupture intra-péritonéale de la vessie (Ueber intra-peritoneale Blasenruptur), par Krabbel (*Wien. klin. Rundschau*, 1901, n° 13, p. 213). — Un homme de 39 ans au cours d'une rixe reçoit un coup dans le bas ventre. Il éprouve le besoin d'uriner, mais il ne sort pas une seule goutte d'urine. Un médecin fait le cathétérisme, retire de l'urine sanguinolente et expédie le malade à l'hôpital.

Pendant 3 jours, l'état général reste bon et le seul symptôme qui persiste c'est l'impossibilité d'uriner qui nécessite le cathétérisme. Au 4e jour la situation s'aggrave, on fait la laparotomie et on suture de la paroi postérieure de la vessie. Guérison.

REVUE DES CONGRÈS

IIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ET NATURALISTES TCHÈQUES

Tenu à Prague, le 20 juillet 1901.

La dyspnée dans la bronchite des vieillards.

M. Thomayer a observé plusieurs cas de bronchite des vieillards où de graves accès de dyspnée survinrent, bien que l'examen du poumon ne révélât que des signes de bronchite légère. Ces crises dyspnéiques sont bien connues; on les explique généralement en invoquant l'obturation des bronches par des sécrétions inflammatoires. L'orateur n'admet pas cette interprétation; il tend à démontrer que, bien sonvent, la dyspnée est provoquée par une dilatation passagère du cœur gauche et doit être considérée comme une variété d'asthme cardiaque. Cette dilatation du cœur est due à l'élévation transitoire de la pression sanguine sous l'influence de la toux, ainsi que M. Thomayer a pu s'en assurer au moyen d'observations sphygmographiques et tonométriques. Se basant sur ce fait, il a administré à ses malades des médicaments cardiaques (strophantus, digitale, etc.) et il a vu les accès dyspnéiques disparaître aussitôt.

Différenciation de la névrite optique brightique d'avec la névrite optique par tumeur cérébrale.

M. Deyl a signalé un procédé simple permettant de reconnaître si une névrite optique est symptomatique d'une néphrite chronique interstitielle ou d'une tumeur cérébrale. Si, lorsqu'on comprime le globe oculaire avec un doigt, les pulsations des artères papillaires et rétiniennes deviennent manifestes, c'est qu'il s'agit d'une tumeur cérébrale; dans le cas contraire, on a affaire au mal de Bright. L'absence des pulsations, dans cette dernière affection, s'explique par la sclérose des parois des artères papillaires et rétiniennes. Etant donnée la fréquence avec laquelle certains symtômes des tumeurs cérébrales (céphalées, vomissements, convulsions, etc.) s'observent au cours de la néphrite interstitielle chronique, on comprend l'intérêt pratique du signe décrit par M. Deyl.

Conductibilité et excitabilité électrique des nerfs.

M. Pelnar rend compte d'expériences faites sous la direction du professeur Thomayer, à la policlinique de Prague, sur des grenouilles atteintes de névrite toxique; ces recherches infirment la théorie d'Erb, admettant que la conductibilité du nerf est fonction du cylindre-axe, son excitabilité électrique fonction de la gaine de myéline.

En étudiant, sous le microscope, les coupes transversales des nerfs enflammés, colorées par la méthode de Béthe, l'orateur a pu s'assurer que le nerf est dégénéré dans tous ses éléments chaque fois qu'il a perdu sa conductibilité et son excitabilité au

courant électrique. Au contraire, lorsqu'il est encore conducteur, mais non excitable, c'est-à-dire quand il y a dissociation des fonctions nerveuses, ce n'est que la périphérie qui est dégénérée, le centre étant intact.

Il en résulte que le degré de conductibilité d'un nerf enflammé par l'injection de substances toxiques dépend du nombre de fibres restées normales, et que le degré de son excitabilité électrique est déterminé par l'état des fibres qui viennent en contact avec les électrodes.

Du mécanisme de la mort dans l'embolie de l'artère pulmonaire.

M. Kose a étudié à l'institut du professeur Spina les troubles circulatoires qui surviennent après l'embolie de l'artère pulmonaire. S'occupant surtout du mécanisme de la mort en pareil cas, il a constaté que ce n'est ni la dilatation du ventricule droit, ni l'irrigation insuffisante du myocarde, ni l'intoxication par l'acide carbonique, mais bien la réplétion insuffisante du ventricule gauche, qui entraîne l'issue fatale.

Paraplégie épileptique.

M. Heveroch a observé chez 3 épileptiques, après une série d'accès comitiaux, une paraplégie flasque avec perte des réflexes rotuliens. Un de ces malades en est déjà à sa 4° attaque paraplégique; les 3 premières, ayant duré à peu près 1 mois, disparurent sans laisser de traces, en même temps que l'on notait le retour des réflexes patellaires. Les deux autres patients ont succombé au cours de leur paraplégie, — l'un par paralysie du cœur, l'autre par tuberculose pulmonaire, — et l'examen microscopique du système nerveux ne révéla aucune lésion appréciable.

Morphologie du bacille de la morve.

M. Kucera fait une communication sur la morphologie du bacille de la morve, qu'il a étudiée à l'institut du professeur Obrzut. Sur les milieux dont la composition se rapproche de celle de l'organisme animal, ce microbe a l'aspect de bâtonnets tout à fait graciles; sur les milieux végétaux, au contraire, il donne des formes longues, filamenteuses, parfois même ramifiées. Outre la nature du sol nutritif, un second facteur intervient pour déterminer ces modifications : c'est l'espace de temps pendant lequel le microbe est cultivé sur les milieux artificiels; plus ce temps est prolongé, plus ces variations morphologiques sont intenses; en même temps, le micro-organisme en question perd sa virulence.

D'après M. Kucera, le bacille de la morve est un hyphomycète saprophyte qui ne peut vivre dans l'organisme animal que dans certaines circonstances. Son évolution phylogénique commence par la forme de bâtonnets courts, passe par celle de longs filaments et finit par celle de mycélium filamenteux, ce dernier représentant un végétal très simple dont chaque élément est moins indépendant que le bâtonnet primitif et ne peut avoir une existence propre. Après avoir pénétré dans l'organisme animal, ce microbe subit une évolution régressive : les éléments du mycélium se séparent, reprennent la forme de bâtonnets et récupèrent leur virulence; ils s'émancipent de la même façon que le font, selon Hansemann, les cellules épithéliales devenues cellules carcinomateuses.

Bacilles diphthériques et pseudo diphthériques.

M. Hala communique les résultats de recherches qu'il a faites sous l'inspiration du professeur Deyl et qui tendent à démontrer que le le bacille de la diphthérie (Klebs Löffler), le bacille pseudo-diphthérique (Hoffmann-Löffler) et le bacille xérosique (Kuschbert-Neisser-Leber) doivent être rangés dans une catégorie commune, celle des bactéries corynéacées.

MÉDECINE PRATIQUE

Du traitement électrique de la spermatorrhée (1),

Par le Dr Denis Courtade.

A) Dans quel cas doit-on appliquer le courant électrique? On peut distinguer trois sortes de spermatorrhées.

1° Il existe une lésion locale, soit du côté de l'urèthre postérieur, soit du côté de la prostate ou des vésicules séminales. Ces spermatorrhées sont du domaine du chirurgien et doivent être combattues par des moyens appropriés. Le courant électrique n'est indiqué que si, malgré la guérison de l'état local, la maladie persiste encore;

2° Il n'y a pas de lésion locale, mais il existe une affection organique du système nerveux cérébro-spinal. La spermatorrhée se rencontre, en effet, assez souvent dans l'ataxie locomotrice, au début des myélites chroniques, la paralysie générale, etc. L'électricité peut être ici employée avec fruit, surtout lorsque l'affection nerveuse est encore à ses débuts;

3° On ne trouve aucune lésion ni locale ni du système nerveux. Ces spermatorrhées sont surtout d'origine neurasthénique. Elles doivent être soigneusement distinguées de la spermatorrhée par continence ou physiologique, et de la spermatorrhée dite psychique, dans laquelle les malades prennent pour du sperme toutes les sécrétions normales ou anormales dont leur canal est le siège. Le traitement électrique est ici tout-puissant et arrive à guérir rapidement les malades.

B) Comment doit-on appliquer le traitement électrique?

1° Il faut agir d'abord sur les centres génito-spinaux d'une manière directe et réflexe. Pour cela, on place au niveau des dernières vertèbres dorsales une plaque d'étain recouverte de peau de chamois et trempée dans de l'eau chaude. On prend ensuite un tampon de charbon recouvert de peau de chamois, et, après l'avoir mouillé, on électrise successivement, avec le courant faradique, le périnée, la partie supérieure des cuisses et les parties latérales de l'abdomen. Les intermittences doivent être rapides, et il est préférable de se servir, au point de vue réflexe, du courant faradique produit par la bobine à fil fin. Le pôle négatif sera mis en rapport avec le tampon, et le pôle positif avec la plaque dorsale. On peut aussi faire passer, aux mêmes endroits, un courant galvanique d'une intensité de 15 à 20 milliampères, avec interruptions et renversements fréquents;

2° Ce traitement pourra, à lui seul, amener la guérison. S'il n'était pas suffisant, il faudrait électriser directement les vésicules. Pour cela, la plaque restant toujours au niveau des dernières vertèbres dorsales, on introduira dans le rectum une électrode en charbon nu de moyenne grosseur, semblable à celle employée pour électriser l'utérus, et on la mettra en rapport avec la face postérieure des vésicules séminales. On fera passer d'abord un courant faradique à intermittences lentes, en se servant de préférence du courant fourni par la bobine à gros fil, ou bien de l'extra-courant. Le pôle négatif de l'appareil sera mis en rapport avec l'électrode rectale.

On emploiera ensuite un courant galvanique d'une intensité de 10 à 15 milliampères. Il faut éviter de laisser passer ce dernier courant d'une manière continue; on doit, au contraire, faire des intermittences et des renversements fréquents et on changera chaque dix interruptions l'électrode de place. On empêchera ainsi la production d'eschares qui ne manqueraient pas de se développer si le courant passait trop longtemps à la même place et dans un seul sens.

La durée totale de la séance ne dépassera pas 10 minutes, et on fera trois séances par semaine;

3° Chez les neurasthéniques, qui forment la plus grande partie des spermatorrhéiques sans lésion, on se trouvera bien d'employer l'électricité statique sous forme de douches, vent et étincelles courtes sur la région dorsale.

1. *Archives d'électricité médicale*, 15 juin 1901.

Le fersan, ses propriétés thérapeutiques et alimentaires,

D'après M. le Dr Tourlet (1).

M. le Dr A. Jolles, professeur agrégé à l'Université de Vienne, a tiré des globules rouges du sang frais de bœuf, un produit qu'il a nommé le « Fersan » que M. Tourlet étudie dans sa thèse.

Par la centrifugation, le Dr Jolles isole les érythrocytes ou hématies du sang frais de bœuf; puis il les traite par l'acide chlorydrique étendu.

De même que l'albumine des leucocytes, la nucléo-histone a pu être décomposée en un corps basique l'histone, et en leuconucléine acide, de même il est arrivé à décomposer l'albumine des érythrocytes en une matière soluble qui présente des caractères analogues à ceux de l'histone, et un albuminate contenant tout le fer et tout le phosphore qui, dans son atome complexe ne renferme pas de bases alloxuriques et qui, par conséquent, traité par les alcalis ne donne pas lieu à la formation d'acide de nucléine.

Ainsi préparé, le Fersan se présente sous l'aspect d'une poudre brun rougeâtre, couleur chocolat, presque sans odeur, d'une saveur légèrement salée, pas désagréable, très soluble dans l'eau 66 p. 100 et dans l'alcool très étendu. La solution aqueuse ne se coagule pas par la chaleur. Elle présente une action acide.

Son acidité met le « Fersan » à l'abri des fermentations et moisissures qui attaquent si facilement les albuminoïdes. Sa conservation est parfaite.

Au point de vue chimique, c'est un paranucléoprotéïde ferrugineux dont la richesse en fer et en phosphore a été constatée par différentes analyses dont voici les principales :

Analyse du laboratoire municipale de Paris :

Eau	8 gr. 20
Cendres	5 gr. 17
Matières albuminoïdes	83 gr. 62
Les 5 parties de cendres contiennent :	
Acide phosphorique (F O⁵)	0 gr. 11
Fer (P O³)	0 gr. 43
Chlorure de sodium	4 gr. 21
L'azote total est représenté par	13 gr. 69
Pour l'azote des albuminoïdes	3 gr. 38
Pour l'azote des amides tels que xanthine, hyposconthine	0 gr. 31

Sa solubilité dans l'eau est de 96,4 p. 100.

La réaction est légèrement acide.

Analyse du Dr Selberstein de Vienne.

Eau	11,971	p. 100
Cendres	4,59	—
Acide phosphorique	0,123	—
Fer	0,3724	—
Chlorure de sodium	3,83	—
Azote total	13,315	—
Azote d'albuminoïdes	13,1022	—
Azote d'amides	0,2128	—
Matières albuminoïdes	81,89	—
Matières totales solubles dans l'eau	96,90	—
Matières albuminoïdes (acides albumines). Solubles dans l'eau	80,80	—

Le Fersan se dédouble facilement par la trypsine du suc pancréatique, et passe dans l'estomac sans être attaqué d'une façon appréciable par le suc gastrique.

Il est exempt de peptones et d'albumoses qui occasionnent trop souvent des troubles digestifs et de la diarrhée ; il ne contient que des traces de matières extractives, de ces produits de dédoublement et de régression, qui constituent une sérieuse contre-indication dans certaines maladies comme la goutte, le diabète, la diathèse urique.

1. *Thèse*, Paris, 1901.

Le Dr Winkler a fait sur les animaux une série d'expériences qui montrent clairement, que le « Fersan » traverse l'estomac sans être décomposé, et qu'il est complètement résorbé dans l'intestin, et déposé dans le foie et dans la rate :

Ces propriétés caractéristiques ont une grande importance, car dans les cas où les préparations ferrugineuses sont indiquées, la production de suc gastrique est souvent diminuée. Le « Fersan » sera très bien toléré et assimilé, même dans les cas d'inactivité complète de l'estomac, puisque le suc gastrique est sans action sur lui.

Les indications du « Fersan » sont multiples ; mais c'est surtout dans l'anémie et la chloro-anémie que son action doit se manifester le plus rapidement.

On voit, en effet, dans ces cas, l'habitus extérieur du malade se modifier en peu de temps.

Les muqueuses se recolorent, le regard se réveille ; la gaieté et l'entrain reviennent vite avec les forces qui se relèvent. Le poids augmente rapidement.

De même dans la tuberculose, il nous donnera de brillants et heureux résultats; et cela tient à plusieurs raisons, dont la principale est sa grande facilité d'administration et sa rapidité remarquable d'assimilation.

Le tuberculeux se présente généralement sous l'aspect d'un organisme profondément anémié.

Dans les névroses, le « Fersan » a été bien étudié en Autriche, par le Dr Sygmund Kornfeld, médecin de l'Etablissement national des fous, à Vienne.

Dans la neurasthénie, l'hystérie, la mélancolie, dans la chlorose, il a obtenu des résultats très rapides et très satisfaisants, qu'il résume en un tableau très détaillé dont nous reproduisons quelques exemples à la suite de nos observations personnelles. De même, toutes les dyscrasies consomptives, l'anémie grave, l'impaludisme, le diabète pourront en tirer de grands bénéfices.

Ainsi que dans le mal de Bright, les hydropisies, les affections du cœur, il se trouve nettement indiqué dans la scrofule, le rachitisme, les troubles de la menstruation, les catarrhes de l'estomac, les carcinomes.

Dans la syphilis maligne précoce, le Dr James Silbertein, assistant à la clinique du professeur Neumann, de Vienne en a obtenu de beaux résultats.

Il s'est montré un excellent aliment dans les fièvres aiguës. Dans certains cas d'atrophie infantile (la forme décrite par le Dr Variot, à la Société médicale des hôpitaux, le 11 novembre 1898), et qui est caractérisé, surtout par un retard constant dans l'élévation du poids de l'enfant, le Dr Laumonnier cite plusieurs belles observations dont nous reparlerons aux observations.

L'administration du médicament est facile :

Notons qu'il ne noircit pas les dents.

On peut le donner en pastilles, ou mieux dilué dans un liquide.

Après avoir dilué le Fersan dans un peu d'eau, on peut en additionner, en agitant, soit le lait, le bouillon, le chocolat, le cacao, le thé, la bière brune... Les doses sont : pour les tout petits enfants ; une demi-cuillerée à café dans du lait. Pour les enfants un peu plus âgés, une cuillerée à café.

Puis une cuillerée à café trois fois par jour ; ou trois fois par jour 3 pastilles de 25 centigrammes avant les repas.

Pour les adultes 2 ou 3 cuillerées à café, ou 3 ou 4 pastilles de 50 centigrammes, trois fois par jour, avant les repas.

Il est bien entendu que ces doses peuvent être de beaucoup augmentées selon les besoins de la cause; car le Fersan, que nous envisageons ici comme médicament, est en même temps un aliment parfait ; et il n'y aurait aucun inconvénient à dépassser considérablement les doses qui viennent d'être indiquées, s'il est bien supporté.

Mais ce qui est à retenir c'est la stimulation que donne à l'organisme une petite dose de « Fersan ». Son effet est tout à fait comparable à une action dynamogénique.

On pourrait encore le prendre en cachets.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'influence de la castration — testiculaire et ovarienne — sur le développement du squelette.

Par E. Briau (du Creusot),

Ex-chef de laboratoire de la clinique du professeur Poncet.

Depuis longtemps les observateurs ont été frappés du développement exagéré de la taille chez les sujets atteints dès leur bas âge d'atrophie, d'arrêt de développement des glandes génitales et chez les malheureux qui ont subi, suivant certaine coutume orientale, l'horrible mutilation de la castration.

Chez les eunuques égyptiens, ce développement du squelette a été très nettement indiqué par Godard qui, dans son remarquable « voyage scientifique », observa que les sujets avaient, à l'âge adulte, une taille très élancée, les faisant facilement reconnaître même de loin (1). Des remarques du même genre ont été faites chez les diverses espèces animales.

Les remarques de Godard avaient, il y a longtemps déjà, attiré l'attention de M. Poncet. Notre maître avait été frappé de son côté de l'hyperaccroissement de la taille et particulièrement de la longueur des membres inférieurs chez les jeunes hommes atteints de cryptorchidie ou depuis leur naissance, d'une atrophie testiculaire marquée.

C'est alors que, pour vérifier le bien fondé de cette hyperactivité ostéogénique chez des sujets privés de leurs testicules, il institua chez de jeunes animaux des expériences capables d'élucider cette question. Les recherches portèrent surtout à cette époque sur des lapins, des chats, sur de jeunes poulets d'une même couvée, dont les uns furent chaponnés suivant la pratique bressane et les autres conservés comme témoins. Parmi eux plusieurs périrent avant la date fixée pour la fin de l'expérience, mais dans le nombre il fut cependant possible de juger comparativement ce qu'il était advenu du squelette de quelques poulets chaponnés et des témoins. C'était la première fois qu'on demandait à l'expérimentation des données précises relatives à l'influence de la castration sur le développement du squelette. Elles furent communiquées par M. Poncet à la 6e session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Le Havre, 1877).

La question en était restée là et l'on ne paraissait guère depuis s'être préoccupé des rapports de l'ostéogénèse et des fonctions spermatiques, lorsque les curieuses propriétés ostéogéniques de la glande thyroïde vinrent ajouter un chapitre des plus curieux à la pathogénie et à l'étude des vices d'accroissement du squelette : nanisme ou gigantisme. Il serait trop long d'énumérer ici tous les travaux suscités par la notion de cette fonction nouvelle de la glande thyroïde qui, jusqu'à plus ample informé, en a fait la glande ostéogénique par excellence. Nous tenons à mentionner comme des tout premiers en date, la thèse de Danis (1) et le fort intéressant travail du Dr Gauthier de Charolles (2) faits sous l'inspiration et au laboratoire de M. Poncet.

Nous fûmes alors frappés de cet antagonisme, apparent tout au moins, entre les troubles de l'ossification aboutissant à un nanisme plus ou moins marqué — trouble engendré par une perturbation de la fonction thyroïdienne, et ceux en sens inverse aboutissant à l'hypermégalie — et créés par les troubles de la fonction testiculaire.

Le professeur Lortet, à cette époque, venait de présenter à la Société de médecine de Lyon (16 mars 1896) (3) un squelette d'eunuque, venant du Caire et présentant ce gigantisme spécial signalé autrefois par Godard (thorax et bassin réduits, grand allongement des membres inférieurs). Nous instituâmes de nouvelles expériences destinées à réaliser les mêmes conditions chez les mâles et les femelles et permettant les plus précises comparaisons entre les sujets sains et les sujets en expérience. Nos expériences faites au laboratoire de la clinique et à l'Ecole vétérinaire avec la précieuse assistance du Dr Guinard, furent pratiquées sur deux portées de jeunes chiens. A la suite de quelques décès, nos études furent limitées à deux séries. La première portée n'eut que deux survivants, 2 mâles, l'un châtré, l'autre témoin. La seconde eut 3 survivants, 3 femelles, l'une témoin et les 2 autres châtrées.

C'était là les conditions schématiques pour poser les données de notre problème.

Nos sujets opérés à l'âge de 15 jours (8 mars 1899) furent sacrifiés au mois de septembre, 6 mois environ après la castration. A ce moment leur croissance n'était pas terminée.

Les animaux châtrés montraient à l'amusement moins d'entrain que les témoins. Ils restaient plus volontiers couchés et il était difficile de les faire sortir de leur torpeur. Les uns et les autres, soumis bien entendu rigou-

1. *Egypte et Palestine,* Observations médicales et scientifiques par le Dr Ernest Godard (Masson, Paris, 1867).

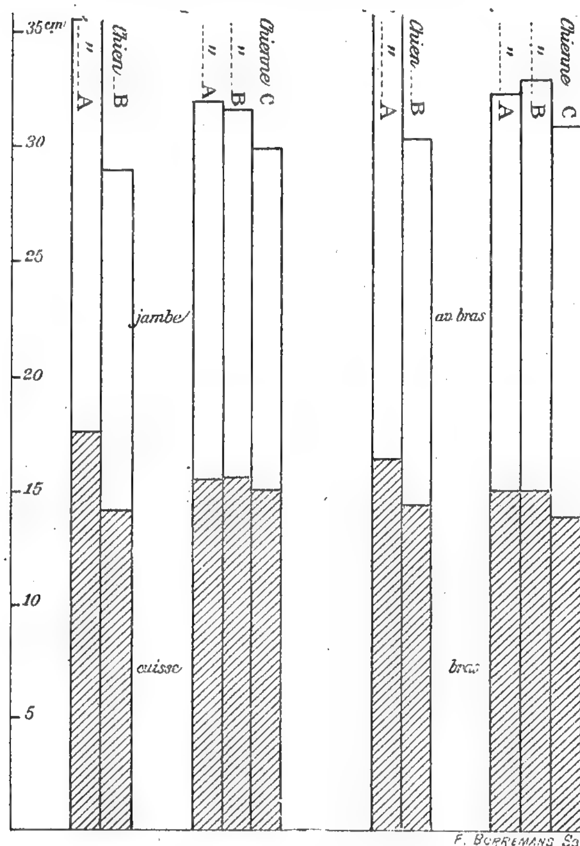
1. De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette (*thèse* de Lyon, 1896).

2. Médication thyroïdienne dans les fractures avec retard de consolidation (*Lyon médical,* 1897).

3. Voir également *Société de médecine de Lyon,* séance du 23 mars 1896 (*Lyon médical,* p. 470).

reusement au même régime, avaient un égal appétit. Les mutilés avaient très nettement la voie éteinte. Leurs aboiements, qui contrastaient vivement avec ceux des témoins, ne s'entendaient qu'à quelques pas.

Les os, soigneusement préparés, ont été pesés et mesurés. Voilà le tableau résumant ces données, et démontrant nettement l'influence de la castration dans les deux sexes sur l'accroissement osseux et principalement sur le développement des membres postérieurs.



PREMIÈRE PORTÉE.

A. *Chien châtré :*

Poids, 21 kilogs;
Taille, 0 m. 56;
Longueur du bout du nez à la base de la queue, 0 m. 85;
Longueur de la tête, 0 m. 22;
Taille du train postérieur, 0 m. 56.
Poids du squelette des deux membres complets : 240 gr.;
Fémur : poids, 75 gr.; longueur, 17 cm. 1/2;
Tibia et péroné : poids, 75 gr.; longueur, 18 centimètres;
Humérus : poids, 75 gr.; longueur, 16 cm. 1/2;
Cubitus et radius : poids, 75 gr.; longueur, 19 cm. 1/2.

B. *Chien témoin :*

Poids, 18 kilogs;
Taille, 0 m. 45;
Longueur totale, 0 m. 76;
Longueur de la tête, 0 m. 20;
Train postérieur, 0 m. 50.
Poids du squelette, 175 grammes;
Fémur : poids. 55 gr.; longueur, 14 centimètres;
Tibia et péroné : poids, 55 gr.; longueur, 15 centimètres
Humérus : poids, 45 gr.; longueur, 14 cm. 1/2;
Cubitus et radius : poids, 45 gr.; longueur, 16 centimètres.

DEUXIÈME PORTÉE.

A. *Chienne châtrée :*

Poids, 13 kilogs;
Taille, 0 m. 52;
Nez à queue, 0 m. 80;
Tête, 0 m. 20;
Train postérieur, 0 m. 54.
Poids du squelette, 175 grammes;
Fémur : poids, 55 gr.; longueur, 0 m. 15 1/2;
Tibia et péroné : poids, 55 gr.; longueur, 0 m. 16 1/2;
Humérus : poids, 55 gr.; longueur, 0 m. 14 3/4;
Cubitus et radius : poids, 55 gr.; longueur, 0 m. 17 1/2.

B. *Chienne châtrée :*

Poids, 13 kilogs;
Taille, 0 m. 51;
Nez à queue, 0 m. 80;
Tête, 0 m. 20;
Train postérieur, 0 m. 54.
Poids du squelette, 175 grammes;
Fémur : poids, 60 gr.; longueur, 0 m. 15 1/2;
Tibia et péroné : poids, 60 gr.; longueur 0 m. 16 1/4;
Humérus : poids, 50 gr.; longueur, 0 m. 15;
Cubitus et radius : poids. 50 gr.; longueur, 0 m. 17 1/2.

C. *Chienne témoin :*

Poids, 20 kilogs;
Taille, 0 m. 50;
Nez à queue, 0 m. 78;
Tête, 0 m. 19;
Train postérieur, 0 m. 50.
Poids du squelette, 150 grammes;
Fémur : poids, 45 gr.; longueur, 15 centimètres;
Tibia et péroné : poids, 45 gr.; longueur, 15 centimètres;
Humérus : poids, 45 gr.; longueur, 14 centimètres;
Cubitus et radius : poids, 45 gr.; longueur, 16 centimètres.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 29 Juillet 1901.

De la constitution histologique de la rétine en l'absence du cerveau.

MM. N. Vaschide et **C. Vurpas** envoient une note relative à l'examen histologique des rétines du monstre anencéphale qu'ils ont récemment observé. Ces deux membranes étaient normalement constituées; les auteurs tirent de ce fait la conclusion que, chez le monstre en question, le cerveau a dû exister à une époque antérieure à celle où la vésicule optique, d'où dérivent les rétines, s'est évaginée; les centres encéphaliques ont, sans doute, été détruits ensuite par un processus inflammatoire très intense, tandis que les vésicules optiques suivaient le cours normal de leur développement.

Influence de la lécithine sur les échanges nutritifs.

M. G. Carrière adresse une note de laquelle il résulte que, chez des enfants de 3 à 8 ans, la lécithine produit une augmentation du poids et de la taille supérieure à la normale; elle élève également le nombre des globules rouges et des hématoblastes, accroît l'excrétion de l'urée et de l'azote total, etc.

Ces modifications sont surtout sensibles au début du traitement; peu à peu, les effets de la lécithine deviennent moins marqués, comme si l'organisme s'accoutumait à cette substance.

De l'affinité des globules rouges pour les acides et les alcalis, et des variations de résistance que leur impriment ces agents à l'égard de la solanine.

M. E. Hédon a pu s'assurer que les hématies plongées dans un milieu alcalin ou acide commencent par fixer une certaine quantité d'alcali ou d'acide, sans se détruire; l'hémolyse ne débute que lorsque la proportion d'alcali ou d'acide dépasse un certain chiffre, en rapport avec la quantité de globules employés. C'est ainsi que si l'on mélange trois gouttes de sang de bœuf à 10 centimètres cubes d'une solution milli-normale d'acide chlorhydrique, les globules se déposent inaltérés; tandis qu'une seule goutte de sang ajoutée à 10 centimètres cubes de la même solution est partiellement hémolysée.

D'autre part, les hématies ainsi imprégnées d'acide — et les lavages, même prolongés, dans la solution physiologique, se montrent impuissants à les en débarrasser — résistent à une dose hypertoxique de solanine, substance fortement hémolytique. Au contraire, les globules impressionnés par un alcali sont laqués par une quantité même hypotoxique de solanine. Les acides donnent donc aux hématies une certaine immunité à l'égard de cet alcaloïde, tandis que les alcalis les sensibilisent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 Juillet 1901.

Rétrécissement du rectum traité avec succès par la dilatation progressive pratiquée de haut en bas à travers un anus iliaque.

M. Chaput présente un rapport sur une observation de MM. Souligoux et Lapointe, concernant un cas de rétrécissement congénital du rectum, compliqué de rectite proliférante et sténosante. Des accidents d'obstruction ayant nécessité l'établissement d'un anus iliaque, on a pu faire par cette voie artificielle, de haut en bas, une dilatation progressive qui n'avait pu être pratiquée de bas en haut par l'anus normal. Ultérieurement, l'anus artificiel a été fermé et la dilatation a pu être continuée par les voies naturelles.

M. Potherat croit que, dans les cas de ce genre, l'établissement d'un anus iliaque crée des conditions très favorables à la guérison du rétrécissement rectal, grâce à la dérivation des matières fécales. Il a eu, notamment, l'occasion de me rendre compte des bons effets de cette opération chez une malade de la Salpêtrière, que M. Tillaux avait pourvue d'un anus artificiel pour un rétrécissement du rectum. L'amélioration de la sténose, sous la seule influence de la dérivation des matières, fut telle que l'on put oblitérer l'anus iliaque.

M. Walther a observé un fait analogue. Il avait établi un anus iliaque chez une femme atteinte d'un rétrécissement rectal accompagné d'une infiltration péri rectale si considérable que l'on se demandait s'il ne s'agissait pas d'une lésion cancéreuse. M. Walther considérait cette intervention comme devant être simplement palliative. Or, 2 ans plus tard, l'amélioration était tellement prononcée que M. Walther lui a proposé de fermer son anus iliaque.

Persistance du diverticule de Meckel avec fistule ombilicale et prolapsus de la muqueuse.

M. Kirmisson a observé, chez un enfant de 5 mois 1/2, une malformation assez rare. On constatait, au niveau de l'ombilic, l'existence d'une petite tumeur rose, du volume d'une fraise, présentant tout à fait l'aspect de la muqueuse intestinale prolabée. L'exploration au stylet permettait de pénétrer à 4 centimètres de profondeur, et il se produisait, par le petit orifice fistuleux, une sécrétion muqueuse en quantité appréciable.

M. Kirmisson a pratiqué une laparotomie qui a montré qu'il s'agissait d'un prolapsus de la muqueuse d'un diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic. On a réséqué cet appendice et la guérison s'est faite sans incident.

M. Legueu a eu l'occasion d'observer, il y a queqlues années, un cas de diverticule de Meckel adhérant à l'ombilic, sans fistule. Il s'agissait d'un enfant de 5 à 6 ans, auprès duquel il fut appelé pour des accidents d'occlusion dus à la torsion d'une anse intestinale autour du diverticule. Il réséqua ce dernier; malheureusement, l'évolution des accidents était déjà très avancée, et l'intervention n'empêcha pas la terminaison fatale.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 10 et 24 Juillet 1901.

Les injections interstitielles de vaseline dans un but de prothèse chirurgicale.

M. Stein présente une malade du service de M. von Bergmann chez laquelle il a parfaitement corrigé, grâce à la méthode de Gersuny, une ensellure du nez résultant d'une chute ancienne sur la face.

A cette occasion, M. Stein a institué une série d'expériences sur la souris, le lapin et le chien, destinées à rechercher si la paraffine est toxique en soi et si les injections interstitielles de cette substance exposent à la production d'embolies pulmonaires, complication dont M. Pfannenstiel a publié un cas.

En ce qui concerne le premier point, M. Stein a pu s'assurer que, pourvu qu'on emploie un produit absolument pur, il n'y a aucun danger d'intoxication; c'est ainsi que chez une souris pesant 15 grammes, il a pu injecter sans inconvénient 5 grammes de paraffine, soit le tiers du poids du corps. Quant aux embolies pulmonaires, il suffit, afin de les éviter, de ne pas piquer une veine : pour cela, il faut avoir soin de faire un pli à la peau, et de n'adapter la seringue à l'aiguille que s'il ne sort pas de sang par celle-ci; l'insuccès de M. Pfannenstiel lui paraît attribuable à ce que l'injection avait été faite en plein tissu musculaire, et sans qu'on eût pris la précaution de soulever la peau.

Pour ce qui est du sort ultérieur de la paraffine ainsi abandonnée dans l'organisme, l'orateur croit qu'elle se résorbe peu à peu, mais en étant remplacée par du tissu conjonctif, de sorte que la persistance du résultat plastique se trouve assurée : ce qui le confirme dans cette opinion, c'est que, quel que soit le point de fusion — et il peut être très variable — de la paraffine employée, la consistance du nodule augmente ou diminue peu à peu, suivant les cas, si bien qu'au bout d'un mois elle est toujours sensiblement analogue à celle du cartilage.

M. Eckstein communique les observations de deux malades traités par la même méthode, dans le service de M. J. Wolff, pour des fissures palatines entraînant des troubles du langage; il a pu constater qu'en pareille occurrence, l'injection de vaseline dans le voile du palais et la luette donne des résultats moins favorables que l'injection dans la paroi postérieure du pharynx, cette dernière ayant pour but de produire une petite tuméfaction qui s'applique contre le voile.

Au point de vue de la technique, alors que M. Gersuny emploie jusqu'à 50 centimètres cubes de paraffine, M. J. Wolff n'a jamais dépassé la dose de 6 c. c. 4. La paraffine dure est difficile à injecter, à cause de sa rapide solidification; en outre, elle détermine parfois, chez les animaux en expérience, la nécrose de la peau sus-jacente; néanmoins, la paraffine paraît à l'orateur préférable à la vaseline quand il s'agit de combler des pertes de substance, de reconstituer un nez, etc.

M. Stein ne saurait approuver les injections interstitielles dans la paroi postérieure du pharynx : le produit injecté, dont

il est impossible de suivre la marche, peut fuser dans le médiastin, en raison des lacunes du tissu conjonctif de la région; au reste, les injections dans le voile donnent de très bons résultats contre les fissures palatines, ainsi que l'orateur a pu s'en assurer dans un cas.

Empyème de nécessité de l'antre d'Highmore.

M. Jacobsohn relate l'observation d'une femme qui, deux semaines après l'extraction d'une molaire pour des douleurs de dent avec léger gonflement de la joue droite, vit survenir une tuméfaction considérable de cette même joue, tandis qu'apparaissaient de la céphalalgie et de la fièvre; à l'examen local, on constatait que l'antre d'Highmore était sensible à la pression; le palais osseux, dans le voisinage de la ligne médiane, présentait une petite tumeur fluctuante; le plancher des fosses nasales se trouvait également tuméfié; les voies nasales inférieures étaient le siège d'une infiltration considérable.

L'ouverture du sinus maxillaire étant impossible par les voies naturelles, on pratiqua une incision au niveau du palais osseux, ce qui permit d'évacuer la petite collection purulente.

Les faits de ce genre sont rares et de pathogénie assez obscure : on peut se demander si l'affection intéresse d'abord l'antre d'Highmore ou le voile du palais; pour le cas présent, l'orateur se rallie à la première hypothèse, en raison des lésions constatées au niveau des fosses nasales.

A propos de la non-transmissibilité de la tuberculose des bovidés à l'homme.

M. Virchow, à l'occasion de la communication de M. Koch au Congrès de Londres, fait observer que la théorie émise par le directeur de l'Institut des maladies infectieuses de Berlin concorde avec l'opinion qu'il a lui-même exprimée depuis longtemps déjà — et que M. Koch et ses élèves avaient jusqu'ici combattue — à savoir que la tuberculose de l'homme et celle du bétail sont deux affections distinctes; toutefois, il estime que M. Koch est allé trop loin en proclamant que la tuberculose bovine n'est pas transmissible à l'homme par les aliments : il a observé, à l'hôpital de la Charité de Berlin, quelques cas prouvant la réalité d'une telle transmission.

M. Virchow espère que les recherches actuelles feront cesser la confusion introduite dans la terminologie par les bactériologistes, et qu'on réservera désormais le nom de tuberculose à l'affection caractérisée par le tubercule tel qu'il l'a décrit lui-même, au lieu de désigner aussi sous ce terme, sans autre indication, les lésions bacillaires. Ce qui fait le tubercule, en effet, ce n'est pas la présence du micro organisme spécifique, c'est celle de la cellule tuberculeuse; la conception contraire amènerait à nommer « tubercule » non seulement la lésion lupique, mais même le simple nodule anatomique, puisque l'on peut y déceler quelques bacilles tuberculeux.

Dilatation de l'appendice du ventricule de Morgagni.

M. A. Alexander montre un patient chez lequel, à chaque phonation, la moitié antérieure de la corde vocale gauche se bombe sous forme d'une petite tumeur ayant le volume d'une bille et recouvrant l'épiglotte.

On sait que, chez certains individus, le ventricule de Morgagni — lequel, à l'état normal, ne s'étend vers le haut que jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde — peut acquérir des dimensions plus considérables et constituer une petite poche visible à l'extérieur; quand ce développement a lieu vers l'intérieur du larynx, la mort peut survenir par suffocation.

En ce qui concerne l'étiologie de cette lésion, le malade que présente l'orateur a eu, il y a 12 ans, une ulcération syphilitique du cartilage aryténoïde, ayant détruit une partie de la corde vocale gauche; la perte de substance qui en est résultée a permis l'action directe, de bas en haut, du courant d'air expiratoire sur l'appendice du ventricule de Morgagni, d'où dilatation de celui-ci.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 Juillet 1901.

Détermination du volume et du poids spécifique des organes de l'homme.

M. Leboucq analyse un mémoire de M. Vervaeck (de Bruxelles) relatif à une série de recherches sur le volume et le poids spécifique des viscères.

Pour apprécier l'état d'un organe, il est indispensable d'associer à la pesée et à la mensuration la recherche du volume et de la densité; en effet, les premières données ne fournissent qu'une idée incomplète et souvent inexacte de l'organe, tandis que le volume (pour le foie et la rate, par exemple) correspond plus exactement aux résultats de la percussion. Il y a donc intérêt à déterminer d'une manière rapide et pratique le volume des viscères. Malheureusement, les auteurs des traités d'anatomie se bornent à ce point de vue à citer quelques chiffres plus ou moins exacts.

Après avoir passé en revue plusieurs méthodes pour la détermination du volume et de la densité des viscères, M. Vervaeck en démontre le peu de précision et expose les procédés qui lui sont personnels.

Afin d'avoir le volume d'un organe, il fait d'abord, sur une balance Roberval assez sensible, la tare d'un récipient à moitié rempli d'eau, puis il pèse l'organe sous eau : pour cela, l'organe, suspendu par un cordonnet à une potence, est immergé complètement dans le récipient dont il ne doit pas toucher les parois; ensuite, il est détaché, et on fait une nouvelle pesée, l'organe étant tombé au fond de l'eau. On connaît ainsi son volume et son poids, ce qui permet d'en calculer la densité.

Toutefois, de la notion du volume total d'un organe, on ne peut guère déduire que la densité moyenne de tous les tissus qui composent cet organe. Si l'on veut déterminer le poids spécifique d'un fragment de parenchyme isolé de tous les tissus voisins, il faut recourir à un procédé spécial que M. Vervaeck décrit et qui consiste à plonger le fragment dans une solution de chlorure de sodium dont la densité est voisine de celle du parenchyme examiné : dans ce but, on ajoute une quantité plus ou moins grande de sel ou d'eau jusqu'à ce que le fragment, après agitation du liquide, flotte à la partie moyenne de l'éprouvette. On prend ensuite la densité du liquide au moyen du densimètre; le chiffre obtenu est également celui de la densité du parenchyme.

L'auteur expose les résultats de ses recherches dans 127 autopsies et indique les moyennes qu'il a obtenues pour le cœur, le foie, la rate, les reins. A côté des chiffres exprimant la densité normale et le volume de ces organes, il établit leurs modifications à l'état pathologique, résultant des dégénérescences, infiltrations, tumeurs, etc.

Pour un cœur normal, d'un poids moyen de 250 grammes, le volume est de 240 centimètres cubes; la densité du myocarde atteint 1 035. Dans l'hypertrophie simple, la densité diminue, et le chiffre du volume tend à se rapprocher de celui du poids.

En ce qui concerne le foie, la densité moyenne est de 1 039 et le volume de 1 500 centimètres cubes pour un foie pesant 1 550 grammes. Chez les tuberculeux, la densité peut s'abaisser jusqu'à 1 020; par contre, dans les cirrhoses, elle s'élève beaucoup.

La densité de la rate, en moyenne de 1,049 à l'état normal, est diminuée dans la fièvre typhoïde, augmentée dans les scléroses. A noter que chez l'enfant elle est très élevée.

Enfin, la densité du rein, qui varie de 1,050 à 1,055, est faible dans la néphrite. Il faut ici tenir compte que la densité normale du rein droit est un peu plus élevée que celle du rein gauche.

Il va sans dire que tous ces chiffres n'ont rien d'absolu, car ils ne résultent que d'un nombre relativement restreint d'autopsies, mais, tels quels, ils ont leur valeur propre et montrent qu'on peut, à l'aide du procédé de M. Vervaeck, obtenir rapi-

dement et d'une manière très simple des renseignements exacts sur le volume et la densité d'un organe.

De l'importance des lésions vasculaires dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale et d'autres psychoses.

M. Vanlair analyse un travail de M. Mahaim (de Lausanne) dont les recherches ont porté sur 17 cas de paralysie générale et 22 de psychoses diverses. L'auteur a utilisé la méthode de Nissl, modifiée par M. Van Gehuchten et appliquée aux coupes cérébrales; il a pu ainsi constater que, dans la paralysie générale, il existe de façon constante une lésion vasculaire caractérisée par l'infiltration lymphocytaire de la gaine des petits vaisseaux du lobe frontal. Dans les 17 cas qu'il a examinés, il a toujours retrouvé la même lésion, alors que dans les 22 autres faits de psychoses variées, les lésions étaient différentes. Il serait donc possible désormais de porter un diagnostic rétrospectif certain de la paralysie générale.

Un autre intérêt s'attache aux résultats obtenus par M. Mahaim, c'est la constatation faite du parallélisme complet qui existe entre les lésions vasculaires cérébrales découvertes dans la paralysie générale et celles qu'on observe dans les lésions cérébrales syphilitiques.

Prothèse chirurgicale par l'inclusion de vaseline colorée dans les tissus.

M. Gallez présente un rapport sur une note envoyée par **M. Delangre** (de Tournai), qui utilise avec succès, depuis 18 mois, les injections de vaseline stérilisée et colorée pour relever les cicatrices déprimées et combler les pertes de substances résultant de traumatismes opératoires ou accidentels, notamment dans les régions génienne, frontale cervicale, mammaire et scrotale (au lieu et place du testicule).

Pour obtenir des résultats tout à fait satisfaisants. M. Delangre croit utile de colorer la vaseline avec de la poudre de corail, afin de donner aux cicatrices blanchâtres la teinte de la peau.

Bradycardie par compression du pneumogastrique droit.

M. Masius présente un rapport sur une note de **M. P. Masoin** (de Gheel) ayant trait à un sujet chez lequel on constatait un ralentissement du cœur, qui ne battait que 40 à 45 fois à la minute. L'autopsie permit de reconnaître une tumeur de nature cancéreuse siégeant un peu au-dessus de la division bronchique, au point où le nerf vague se divise en rameaux œsophagiens, bronchiques et cardiaques.

Le nerf était entouré par le néoplasme, mais l'examen histologique démontra qu'il n'était pas altéré; aussi M. Masoin estime-t-il que le tronc nerveux était le siège de tiraillements qui avaient provoqué la bradycardie.

La mortalité par maladies du cœur et par tuberculose en Belgique.

M. Kuborn communique ses recherches sur le nombre des décès par tuberculose et par affections cardiaques pendant les saisons d'hiver 1899 à 1900, et 1900 à 1901, dans 41 villes belges de plus de 15 000 habitants (comportant ensemble 1 567 000 habitants, soit le quart de la population du royaume). Il résulte de ces recherches que les affections cardiaques ont causé sensiblement plus de décès que la phthisie; elles ont contribué à la mortalité totale pour plus de 7 p. 100.

La part de la phthisie dans la mortalité a été plus considérable dans les villes dont la population dépasse 30 000 âmes que dans les localités de moindre importance; il n'existe pas une telle différence pour la mortalité par les affections cardiaques.

Quel qu'ait été le nombre total des décès, le rapport de la mortalité par phthisie avec la population n'a pas varié. Le mois de mars a toujours été le plus meurtrier.

M. Kuborn croit que, comme causes de la fréquence des maladies du cœur en Belgique, il faut incriminer l'agitation due à l'intensité de la vie industrielle, le surmenage musculaire résultant de travaux hors de proportions comme nature et comme durée avec les forces et l'âge des individus, et l'alcoolisme.

En ce qui concerne la funeste supériorité de l'hiver, M. Kuborn estime que le froid seul n'en rend pas compte; les effets de l'humidité relative sont également très secondaires. Il en est autrement du déficit de saturation de l'air ambiant, et sous ce rapport M. Kuborn se rallie aux idées de M. Chiaïs qui pense que la mortalité générale et la fréquence des maladies aiguës des voies respiratoires, de la phthisie, etc., augmentent en raison de la diminution de la tension de la vapeur d'eau au-dessous de 5 millimètres.

SOCIETE BELGE D'UROLOGIE

Séance du 9 Juin 1901.

Affection chronique de l'urèthre pénien.

M. Bastin William présente un malade âgé de 38 ans qui, exempt d'antécédents blennorrhagiques ou syphilitiques, s'est aperçu, il y a 1 an 1/2, au niveau du frein préputial, d'un gonflement, douloureux au moment de la miction. Il y a 6 mois, il se produisit à ce niveau deux abcès qui, après évacuation, laissèrent une fistule. L'auteur incisa encore, depuis, un abcès du frein, ce qui permit à la miction de s'effectuer plus aisément. On fit des lavages antiseptiques, et une méatotomie donna à l'orifice externe un calibre de 20 Charrière, alors qu'il n'était précédemment que de 6 ou 7.

A l'endoscope, la muqueuse est normale jusqu'au niveau de l'induration, où l'on aperçoit une muqueuse rigide avec petite ulcération siégeant à l'endroit du frein.

La radiographie n'a pas fourni de renseignements; l'iodure de potassium est resté sans effet. S'agit-il d'un abcès? Mais il n'y a pas eu de blennorrhagie. Y a-t-il épithélioma? L'évolution du mal ne plaide pas en faveur de ce diagnostic.

Il existe un petit ganglion dans l'aine droite.

M. Dufour a eu l'occasion d'observer un cas d'induration analogue siégeant dans la partie médiane des corps caverneux et gênant absolument la miction. La dilatation n'étant pas possible, on dut recourir à l'amputation de la verge. Au microscope, on démontra la nature fibro-sarcomateuse de l'induration.

L'auteur croit que le cas actuel pourrait avoir la même origine.

Rupture du canal de l'urèthre chez un jeune garçon.

M. J. De Smedt présente un enfant de 10 ans qui, à la suite d'une chute sur un grillage, eut une uréthrorragie intense, suivie, après 4 jours, de phlegmon urineux avec gangrène. On débrida le foyer et l'on sutura incomplètement l'urèthre.

Trois semaines après l'accident, il persistait une petite fistule qui fut fermée par des injecttions de teinture d'iode. La dilatation de l'urèthre a pu être poussée jusqu'au n° 18.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS
DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Onzième session tenue à Limoges du 1er au 7 août 1901.

Du délire aigu.

M. Carrier (de Lyon), *rapporteur.* — L'application des doctrines de Pasteur à la pathologie humaine a jeté un jour nouveau sur l'étude du délire aigu. Si l'on rapproche, en effet,

ce que l'on sait aujourd'hui des maladies infectieuses ou toxiques, aussi bien que de l'état mental qui les accompagne, d'avec le tableau clinique du délire aigu, on est frappé de la similitude qui existe entre ces affections et on est amené à considérer le délire aigu comme l'expression clinique d'un syndrome d'origine toxi-infectieuse. Quelques travaux récents d'anatomie pathologique et de bactériologie sont venus corroborer cette opinion.

En 1898, M. Cristiani a publié un mémoire tendant à démontrer que le délire aigu est une maladie générale du système nerveux, caractérisée par un processus de dégénérescence portant à la fois sur les cellules et sur les fibres des centres nerveux et respectant les vaisseaux et la névroglie.

Les altérations cellulaires consistent, au début, en une chromatolyse qui frappe la périphérie, la zone marginale de la cellule. A une phase plus avancée, le processus chromatolytique, de partiel et marginal qu'il était, devient diffus et se généralise. Le noyau est fréquemment peu coloré, indistinct et orienté vers la périphérie; parfois même il fait hernie. Le nucléole est tantôt normal, tantôt décoloré; souvent le noyau tuméfié, peu coloré, contient un nucléole pâle et difficile à voir. Les fibres nerveuses sont également le siège d'une dégénérescence primitive, aussi bien dans le cerveau et le cervelet que dans la moelle.

Un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels MM. Pierret, Alzheimer, Hoch, Ballet, Faure, Cappelletti, Crisafulli, etc., ont donné, des altérations cellulaires qui se rencontrent dans le délire aigu, des descriptions se rapprochant par beaucoup de points de celle de M. Cristiani et tendant toutes à confirmer l'origine infectieuse et toxique de cette psychose. Les recherches anatomiques et expérimentales de M. Marinesco ont, en effet, établi que les toxines en circulation altèrent d'abord les prolongements et la périphérie des cellules.

M. Cristiani a étudié ensuite la corrélation qui existe entre les lésions anatomo-histologiques et les symptômes cliniques observés. Son travail nous démontre la rapidité, la diffusion et la gravité des lésions nerveuses. Suivant son expression, c'est un véritable ouragan dans toutes les sphères de la vie mentale et physique auquel correspond une symptomatologie caractéristique.

Les deux phases cliniques du délire aigu, excitation d'abord, puis dépression, doivent logiquement se rapporter aux diverses étapes des altérations anatomiques et fonctionnelles des éléments nerveux.

Au début, quand on voit la chromatolyse initiale frapper les prolongements et la périphérie des cellules, la gaine myélinique des fibres, l'élément nerveux doit se trouver stimulé fonctionnellement par les toxines et par le travail morbide qu'elles développent. A la stimulation succède naturellement la réaction, c'est-à-dire les délires actifs, l'agitation motrice, les spasmes. A une phase plus avancée, alors que la cellule nerveuse est en voie de destruction complète, apparaissent la somnolence, le coma, les parésies, les paralysies, etc.

Ajoutons que, comme dans toute intoxication (alcool, éther, chloroforme), les éléments nerveux sont atteints progressivement, suivant leur degré de vulnérabilité : les cellules de la corticalité tout d'abord, auxquelles leur évolution plus avancée crée un état de susceptibilité particulier à l'égard des poisons, puis les cellules de la moelle, et enfin les cellules des centres bulbaires présidant à la vie végétative.

Mais il ne suffit pas d'arriver par des preuves indirectes à la conception du délire aigu infectieux; il faut découvrir l'agent microbien qui est la cause du mal dont les toxines produisent les symptômes et les lésions énumérés plus haut.

En 1893, MM. Bianchi et Piccinino ont trouvé, 4 jours avant la mort, dans le sang d'un malade atteint de délire aigu, un bacille tantôt court, tantôt disposé en longs filaments, qu'ils ont différencié, par son étude biologique et expérimentale, des bacilles avec lesquels il a des rapports morphologiques, tels que celui du charbon et le *bacillus subtilis*. La présence, dans les méninges de chiens inoculés avec une culture du bacille isolé du sang des malades, de ce même microorganisme, ainsi que la reproduction expérimentale, par inoculation de ce microbe aux animaux, des symptômes caractéristiques du délire aigu, permettent d'admettre un rapport de cause à effet entre le bacille de Bianchi et Piccinino et le syndrome « délire aigu ».

Toutefois, en 1894, les mêmes auteurs ont rapporté 7 observations dans lesquelles les microorganismes trouvés dans le sang furent 4 fois le streptocoque pyogène, 2 fois le streptocoque doré et une fois seulement le bacille décrit par eux; ils en concluent qu'à côté du *delirio acuto bacillare*, remarquable par la rapidité de son évolution et son issue toujours mortelle, il existe d'autres variétés de délire aigu qui se développent sous l'influence d'agents pathogènes différents.

Les faits avancés par MM. Bianchi et Piccinino suscitèrent un grand nombre de travaux. En 1897, M. Geni publia plusieurs cas de délire aigu où l'examen du sang ne lui permit pas de mettre en évidence le bacille décrit par les expérimentateurs en question, mais où il obtint constamment le développement du staphylocoque blanc en culture pure et virulente pour les cobayes et les chiens.

Les mêmes microorganismes furent observés par M. Kotzovsky dans le cerveau de deux malades atteints de délire aigu. Ces résultats furent confirmés par M. Cappelletti qui ne trouva le bacille de Bianchi et Piccinino ni dans le sang vivant, ni dans les différents organes après la mort : dans un cas, il constata la présence du staphylocoque pyogène et dans l'autre celle du *bacterium coli;* il croit que ces microbes pénètrent dans l'économie à la période agonique et, pour cette raison, il leur refuse toute action pathogène.

Les résultats de ces recherches bactériologiques ne semblent pas aussi contradictoires qu'on pourrait le supposer tout d'abord; ils prouvent seulement que le délire aigu peut être provoqué par divers agents microbiens.

C'est donc bien, en réalité, à une toxi-infection qu'est due cette psychose.

Elle est d'ordre infectieux, puisqu'elle s'accompagne de confusion mentale, de fièvre, de troubles digestifs, d'arrêt des sécrétions, de phénomènes typhoïdiques, etc., etc., et parce qu'à l'autopsie des sujets qui y succombent, on rencontre les lésions habituelles des maladies infectieuses, en particulier la dégénérescence graisseuse des différents organes. Les divers microbes que l'on a constatés dans le sang ne font que confirmer cette assertion.

Mais ce n'est pas qu'une maladie infectieuse, c'est encore une maladie toxique comme l'indiquent l'excitation réflexe, les soubresauts musculaires, les névrites, la tachycardie, la stupeur, le coma, qui sont au nombre de ses symptômes. L'anatomie pathologique corrobore cette manière de voir, en nous montrant des altérations des cellules nerveuses et des nerfs, ayant tous les caractères des lésions d'ordre toxique.

Reste à savoir quelle relation on peut établir entre ces deux causes pathogéniques.

Est-ce l'intoxication qui commence et l'infection n'est-elle que surajoutée, ou bien est-ce l'infection qui est la première en cause et détermine-t-elle secondairement les phénomènes toxiques?

Si nous nous en rapportons aux règles habituelles, nous devons considérer l'intoxication comme fonction de l'infection.

Cette infection peut être provoquée par des microbes étrangers à l'organisme, ainsi que dans le délire aigu bacillaire de Bianchi et Piccinino. Mais les travaux de MM. Geni, Cappelletti, Kotzovsky, ceux de MM. Bianchi et Piccinino eux-mêmes, nous ont appris qu'elle peut être aussi le résultat de la pénétration dans le sang de microorganismes qui sont les hôtes habituels de l'intestin.

D'aucuns prétendent que toute maladie infectieuse peut donner naissance au délire aigu. Cette affirmation paraît encore contestable. Les faits cités par M. Audemard sous le nom de cérébro-typhus seraient, d'après lui, des délires aigus typhoïdiques. Il semble permis d'objecter que le délire aigu n'est pas la forme que prennent habituellement les troubles mentaux dans la dothiénentérie. On peut en dire autant de l'influenza; il n'existe dans la littérature médicale que deux cas de délire aigu provoqués par l'influenza. Ce sont ceux de M. Camia, et encore ne sont-ils présentés par cet auteur que comme des psychoses consécutives à la grippe.

On peut douter, en ce qui concerne les états lymphoïdes aussi bien que l'influenza, que des psychoses à forme de délire aigu survenues un temps plus ou moins long après ces affections

puissent en être considérées comme une conséquence directe. M. Fürstner ne croit pas, du reste, à l'existence dans la grippe d'une toxine spéciale et il ne sépare pas les délires qu'on peut observer dans le cours de cette maladie d'avec les délires fébriles ordinaires. Il fait remarquer que, si l'on avait affaire à une toxine, on rencontrerait plus fréquemment des cas graves de démence aiguë. Dans aucun des faits qui ont été rapportés, le délire aigu n'a coïncidé avec l'évolution de la maladie elle-même. Enfin, les délires, au cours des maladies infectieuses, sont généralement des accidents légers, curables et très fréquents; le délire aigu, au contraire, est une affection relativement rare et qui se termine le plus ordinairement par la mort.

Comment donc expliquer le mécanisme de l'infection et de l'intoxication qui produisent le délire aigu? On peut supposer que les causes effectives et déterminantes de ce syndrome, au nombre desquelles il faut comprendre les maladies infectieuses antérieures, le surmenage, les excès, etc., aussi bien que la prédisposition névropathique, déterminent dans l'organisme un état de réceptivité pathologique particulier, en agissant surtout sur les glandes à sécrétion interne qui ont pour mission d'opposer une barrière aux agents infectieux. Si, du fait de cette action, cette barrière n'existe plus ou devient insuffisante, l'organisme est envahi par des toxines qui jouent le principal rôle dans la genèse du syndrome que nous étudions.

D'autre part, en mettant obstacle à l'élimination des toxines, la diminution des sécrétions qui résulte de la fièvre et de l'infection réalise des auto-intoxications secondaires qui viennent surajouter leurs effets à ceux des poisons d'origine microbienne.

Cette manière de voir permet d'expliquer la variabilité des microbes pouvant entrer en jeu, aussi bien que la production des auto-intoxications par insuffisance hépatique ou rénale qui ont une si grande importance au cours de la maladie et en font, du reste, l'extrême gravité.

Ce n'est là, il est vrai, qu'une hypothèse dont la confirmation ne sera possible que si de nouvelles recherches nous permettent d'établir sur des bases précises le mécanisme de l'infection dans le délire aigu. Quoi qu'il en soit, la conception de la nature toxi-infectieuse de cette psychose entraîne à elle seule, indépendamment de la connaissance de son mécanisme, des indications spéciales qui dominent toute sa thérapeutique. Puisqu'il y a infection, il faut s'opposer à l'évolution des microbes pathogènes, et puisqu'il y a intoxication, il faut favoriser l'élimination des toxines nocives.

M. Régis (de Bordeaux). — Ainsi que vient de le démontrer M. Carrier, la clinique, l'anatomie pathologique et la bactériologie sont d'accord pour établir que ce que l'on appelle en psychiâtrie « délire aigu » est un état d'origine toxique. Mais, jusqu'ici, c'est surtout à la clinique que me paraît appartenir cette démonstration.

Les psychoses toxiques ont, en effet, une symptomatologie spéciale qu'il est impossible de méconnaître. Or, le délire aigu réalise précisément cette symptomatologie de la façon la plus complète; il suffira d'en rappeler les principaux traits : céphalalgie, trouble des fonctions organiques, confusion mentale, délire onirique, amnésie, etc.

On peut donc dire, de par la clinique, que le délire aigu est une affection d'origine toxique.

Cela étant, il ne semble pas qu'il soit causé, comme l'ont soutenu MM. Bianchi et Piccinino, par une infection bacillaire spéciale, ni même qu'il constitue la manifestation psychopathique d'une intoxication ou d'une infection déterminée.

Cliniquement, en effet, il ne diffère pas, sauf par le degré d'intensité et d'acuité, des autres psychoses d'intoxication; anatomiquement, il offre les lésions de méningo-encéphalite, d'œdème cérébral, de dégénérescence des cellules nerveuses qui sont communes à la plupart des intoxications; bactériologiquement, enfin, on peut y trouver non seulement le bacille de Bianchi et Piccinino, mais encore d'autres espèces microbiennes, surtout le staphylocoque, le streptocoque, etc., ou même n'observer aucun microorganisme.

Le délire aigu apparaît donc à l'heure actuelle comme un délire d'origine toxique, susceptible de se manifester, en présence de conditions étiologiques favorables, dans la plupart, sinon dans toutes les intoxications et infections. Et de fait, on peut l'observer à la fois dans les exo-intoxications, telles que l'alcoolisme, dans les auto-intoxications, comme la coprostase et l'urémie, dans les infections et les toxi-infections (fièvre typhoïde, grippe, etc.).

Il semble, toutefois, qu'il y a lieu de réserver une mention spéciale au délire aigu qui, par le fait d'une auto-intoxication ou d'une infection intercurrentes, survient à titre de complication dans une vésanie préexistante.

L'intérêt du fait réside non dans la physionomie du trouble mental, qui n'a rien, à la vérité, de particulier dans ces cas, mais dans son influence tantôt aggravante, tantôt favorable sur la psychose chronique à laquelle il se surajoute,

En ce qui concerne le traitement du délire aigu, il faut s'abstenir autant que possible de recourir à l'internement des sujets qui en sont atteints; ceux-ci semblent mieux à leur place dans les salles d'isolement qu'on réclame partout, en ce moment, pour les délirants, salles d'isolement qui pour moi devraient être annexées aux hôpitaux plutôt qu'aux asiles.

M. Briand (de Villejuif). — Si l'on ne considère comme appartenant au délire aigu que les cas cliniquement semblables au tableau qui vient d'être tracé par M. Carrier, il reste à établir que cette affection est une entité morbide; son origine toxi-infectieuse étant admise, il faut encore déterminer si elle est due à un microbe particulier ou si elle relève de plusieurs agents pathogènes. Découle-t-il des faits signalés par le rapporteur que le délire aigu doive être considéré, dans tous les cas, comme un simple syndrome toxi-infectieux et non comme une entité morbide? Evidemment non. Il ne viendra, en effet, à personne l'idée que la pneumonie ne soit une maladie nettement définie et, cependant, il est prouvé aujourd'hui que le pneumocoque n'est pas le seul microbe susceptible de la provoquer. On croyait, autrefois, que le staphylocoque doré pouvait seul causer l'ostéomyélite; on sait actuellement que d'autres bacilles et, en particulier celui d'Eberth, peuvent donner lieu à la même affection.

Pneumonie, ostéomyélite, délire aigu ne sont que le mode de réaction de l'organe infecté. En face d'agents pathogènes divers, pourvu qu'ils ne soient pas trop différents, la cellule cérébrale réagit d'une façon identique. C'est ainsi que l'alcoolique, l'éthéromane et le buveur de pétrole offrent des manifestations délirantes presque semblables.

En matière de pathologie générale, le syndrome observé n'est, sans doute, pas absolument indépendant de la nature de la toxi-infection, mais on peut affirmer qu'il est surtout en rapport avec la localisation de la toxine dans tel ou tel organe.

C'est ce qui explique les analogies que l'on a pu établir entre le délire aigu, l'urémie, le délire fébrile, le délire alcoolique, la rage, etc.

M. Roubinowitch (de Paris) a observé un cas de délire aigu qui a débuté, contrairement à ce qui se voit d'habitude, par une phase de délire systématisé. Il attribue ce fait à la prédisposition névropathique très accusée du sujet qui, à l'âge de 13 ans, avait déjà eu un accès vésanique.

M. Marchand (de Villejuif). — On ne trouve dans les observations de délire aigu aucun symptôme constant. L'agitation, la dépression, les hallucinations, l'hyperesthésie sensorielle, la fièvre sont dissemblables. L'évolution, la pathogénie, l'étiologie sont également différentes suivant les cas. D'autre part, les délires décrits dans les maladies toxi-infectieuses, dans la pneumonie, les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire aigu, la granulie, les septicémies, etc., ressemblent aux divers tableaux que l'on a tracé du délire aigu.

Si l'on considère maintenant les lésions que l'on rencontre dans le système nerveux des malades morts de délire aigu et celles qui existent dans ces mêmes organes à la suite de maladies infectieuses avec délire, on est encore frappé de la similitude des unes et des autres. A l'appui de ces considérations, voici des coupes provenant du système nerveux d'une malade morte de bronchopneumonie avec délire : il ressort d'une façon évidente de l'examen de ces préparations qu'aucun caractère ne permet de différencier les lésions du système nerveux à la suite d'un délire apparu au cours d'une maladie aiguë toxi-infectieuse, d'avec celles que réalise le délire aigu proprement dit.

M. Crocq (de Bruxelles). — Si le délire aigu est très variable au point de vue clinique, il ne l'est pas moins au point de vue anatomo-pathologique : à côté des lésions cellulaires

des centres nerveux, de nature toxi-infectieuse, signalées par M. Carrier, il en est d'autres qui reconnaissent manifestement une origine inflammatoire, et ces dernières ne se traduisent pas cliniquement d'une façon différente des premières. Il ne faudrait donc pas accorder une trop grande valeur aux lésions de chromatolyse décrites par M. Cristiani et quelques autres auteurs, car elles n'ont rien de spécial au délire aigu et se rencontrent dans la plupart des états infectieux.

M. Ballet (de Paris) estime que pour pouvoir résoudre le problème anatomo-pathologique du délire aigu, il faut au préalable bien définir ce qu'on entend cliniquement par cette appellation dont la signification a été singulièrement étendue dans ces dernières années. Il faut absolument séparer du délire aigu vrai les psychoses infectieuses pouvant survenir dans le cours ou à la suite de la grippe, de la fièvre typhoïde, des états puerpéraux, etc. Il faut également en éliminer les faits que l'on désigne actuellement sous le nom de délire hallucinatoire de confusion mentale, etc., etc. Ceci posé, M. Ballet ne saurait accepter la manière de voir de M. Crocq, qui tend à repousser l'origine infectieuse du délire aigu en s'appuyant sur ce fait que les symptômes de cette affection s'observeraient aussi bien à la suite de simples lésions inflammatoires d'encéphalite aiguë que comme une conséquence de lésions dégénératives de la cellule cérébrale.

Il n'y a pas lieu d'opposer ces deux ordres de lésions, attendu que les unes et les autres peuvent être le résultat d'une toxi-infection. La manifestation anatomique d'une infection peut varier sans que sa nature change. Personne, du reste, n'a jamais soutenu que l'altération cellulaire du cortex fût l'expression anatomique du délire; ce qu'on prétend seulement, c'est que cette lésion est la signature d'une infection qui a porté son action sur le cerveau.

Quant à la valeur des altérations chromatolytiques de la cellule cérébrale, il est évident qu'on peut être atteint d'un délire même intense, mais passager, sans que pour cela il survienne une lésion chromatolytique; par contre, ce qui est non moins hors de toute contestation, c'est que de pareilles altérations ne peuvent pas se produire sans qu'il en résulte une perturbation profonde dans le fonctionnement de la cellule cérébrale.

M. Faure (de Paris) a examiné avec M. Ballet le cerveau d'au moins 200 malades atteints de psychoses infectieuses de cause variable. Or, dans aucun de ces cas, en dehors de ceux où il y avait un commencement d'altération cadavérique, on n'a réussi à mettre en évidence des microorganismes susceptibles d'avoir joué le rôle d'agent pathogène. Il y a plus : dans un fait où une erreur de technique avait été commise, on a trouvé un bacille identique à celui de Bianchi et Piccinino. Dans ces conditions, l'on doit n'accepter qu'avec beaucoup de réserve la valeur pathogénique de ce microbe. Il paraît également bien invraisemblable, étant donnée l'absence de semblables constatations dans les autres infections, que l'on puisse déceler aussi facilement qu'on l'a dit le bacille en question dans le sang vivant, le liquide céphalo-rachidien et les centres nerveux.

Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture.

M. Crocq, *rapporteur*, étudie dans ce rapport le mécanisme du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture, ainsi que la question des voies nerveuses servant à la transmission de ces divers phénomènes.

Tonus musculaire : La tonicité musculaire normale résulte de deux facteurs : l'un est inhérent au tissu musculaire, c'est l'élasticité, propriété qui existe en dehors de toute action nerveuse; l'autre, le plus important, est constitué par l'excitation permanente qui provient des centres nerveux.

L'examen attentif des faits expérimentaux et cliniques prouve que les voies de la tonicité musculaire diffèrent en ce qui concerne les muscles volontaires et les sphincters.

Pour les premiers, le tonus se produit par l'intermédiaire des voies courtes chez les vertébrés inférieurs; plus on s'élève dans l'échelle animale, plus il tend à emprunter les voies longues et à abandonner les voies courtes, de telle sorte que, chez l'homme, les voies longues sont les voies normales et exclusives de ce phénomène.

Quant aux sphincters, leur tonus chemine, chez l'homme comme chez les vertébrés inférieurs, par les voies courtes.

En somme les faisceaux nerveux conducteurs du tonus des muscles volontaires, localisés chez les animaux inférieurs aux parties les plus basses de la moelle épinière, deviennent de plus en plus longs à mesure que l'on s'élève dans l'échelle animale, et qu'ils remontent chez l'homme jusqu'à la corticalité cérébrale.

Dans ces conditions, les impressions nécessaires au maintien du tonus des muscles volontaires emprunteraient, chez l'homme, la voie longue sensitive spino-cérébrale, jusqu'à la région rolandique, d'où, après leur transformation en innervations motrices, elles se réfléchiraient par la voie longue motrice cérébro-spinale. Cette schématisation des voies parcourues par les excitations centripètes et centrifuges du tonus musculaire n'est applicable qu'à l'homme normal adulte; elle ne peut correspondre à la réalité chez l'enfant nouveau-né, puisque, chez lui, le faisceau pyramidal, bien qu'existant anatomatiquement, est encore absent fonctionnellement; le tonus musculaire se produit donc chez le nouveau-né, comme chez les vertébrés inférieurs, par les voies courtes.

Le tonus musculaire varie considérablement suivant les individus; il est difficile, en pratique, de délimiter exactement le tonus normal, l'hypertonicité, l'hypotonicité et l'atonie. M. Sherrington a démontré, en 1898, que l'excitation d'un muscle volontaire produit l'inhibition du tonus de son antagoniste. C'est là un fait que l'on peut observer couramment au cours des atrophies musculaires d'origine périphérique ou centrale, ainsi que dans les cas de paralysies partielles périphériques ou centrales de certains groupes musculaires.

A ces deux lois, il faut en ajouter trois autres, relatives à la nature des lésions anatomopathologiques des neurones moteurs :

1° Chaque fois que les neurones moteurs centraux et périphériques de la voie longue ou leurs prolongements cylindraxiles sont détruits, il y a atonie des muscles correspondants; il en est ainsi dans les polynévrites, les poliomyélites, les polioencéphalites, les lésions destructives de la capsule interne ou de la zone rolandique. Dans toutes ces maladies, la destruction complète des corps cellulaires moteurs cérébraux et médullaires ou de leurs prolongements cylindraxiles provoque la flaccidité complète et définitive;

2° Lorsque la destruction est incomplète, il y a hypotonie plus ou moins accentuée, suivant le nombre des fibres ou des cellules conservées;

3° Enfin, à côté de la destruction complète ou partielle des cellules et des fibres motrices, on rencontre un troisième mode de lésion qui frappe, non plus le corps cellulaire ou son prolongement cylindraxile, mais bien les tissus voisins. Dans ce cas, la lésion initiale est péri-cellulaire ou péricylindraxile ; l'élément nerveux, qui par lui-même n'est pas lésé, se trouve gêné dans son fonctionnement par la compression mécanique qu'exercent sur lui les tissus environnants. Suivant une loi biologique générale, cet élément lutte contre l'obstacle ; de ce fait, il est pour ainsi dire constamment irrité et il présente alors une sorte d'éréthisme fonctionnel qui donne lieu à une exagération du tonus musculaire. C'est ainsi que, dans les compressions médullaires, dans la sclérose en plaques, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans le tabes dorsal spasmodique, dans certains cas de sclérose combinée, on observe couramment de l'hypertonie.

Réflexes : en ce qui concerne l'origine des réflexes, on ne peut plus admettre aujourd'hui l'ancienne théorie qui faisait de la moelle le centre de tous les phénomènes réflexes ; vraie seulement pour certains animaux, cette théorie est en contradiction avec les données anatomo-cliniques actuelles. Si la section de la moelle à la région cervico-dorsale donne lieu à l'exagération des réflexes chez la grenouille, le lapin et le chien, elle provoque, chez le singe, leur abolition plus ou moins prolongée, et chez l'homme leur abolition définitive. M. Jendrassik, il est vrai, a émis l'hypothèse que la perte des réflexes, à la suite d'une lésion transversale de la moelle chez l'homme, était peut-être due à des troubles circulatoires résultant de la section des artères spinales antérieures et postérieures. Cette opinion ne paraît pas soutenable, car la ligature de ces artères ne produit aucune modification des réflexes.

Le fait que la section de la moelle cervicale chez la grenouille

détermine l'exagération des réflexes sous-jacents à la lésion, prouve que les voies réflexes n'ont pas été sectionnées. Nous pouvons donc admettre que, chez cet animal, les réflexes résultent, comme le tonus musculaire, de la transformation en excitations motrices des impressions transmises par les racines postérieures aux cellules motrices de la moelle.

Pour expliquer qu'il y ait exagération des réflexes tendineux et non simple conservation après la section transversale complète de la moelle, on peut faire valoir que, chez tous les animaux, les mouvements réflexes sont modérés par des centres situés plus haut.

Le fait que, chez l'homme, la section complète de la moelle cervico-dorsale provoque l'abolition, permanente et complète, de tous les réflexes (tendineux et cutanés), prouve nettement que des voies longues sont indispensables à leur production.

D'autre part, les lésions destructives de l'écorce abolissent ou affaiblissent les réflexes cutanés et exagèrent les réflexes tendineux. Le centre des premiers paraît donc bien nettement cortical; celui des seconds doit être mésocéphalique et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du cervelet.

Chez l'homme, toutefois, aussi bien que chez le singe, certains réflexes défensifs cheminent toujours par les voies courtes. On a fréquemment observé la conservation du réflexe plantaire profond, en même temps que la perte de tous les réflexes tendineux, dans les cas de lésion transversale complète de la moelle.

Enfin, puisque la destruction de l'écorce motrice donne lieu, chez tous les animaux, à une exagération plus ou moins marquée des réflexes tendineux, il faut que les centres de ces réflexes ne siègent pas à ce niveau, et que l'écorce cérébrale exerce sur eux une action d'arrêt.

On doit également admettre, puisque l'ablation ou la lésion destructive du cervelet détermine, chez les animaux supérieurs comme chez l'homme, une exagération des réflexes tendineux, que les centres de ces phénomènes ne sont pas situés à ce niveau et que le cervelet, comme le cerveau, possède sur eux une action inhibitrice.

De tout ce qui précède, il résulte que chez l'homme les réflexes cutanés ont leurs centres dans l'écorce cérébrale et les réflexes tendineux dans le mésocéphale.

Mais, bien entendu, cette schématisation des voies réflexes, comme celle du tonus musculaire, ne peut être invoquée chez le nouveau-né, dont les cellules médullaires ne sont pas physiologiquement reliées à l'écorce cérébrale. Il est à juste titre admis que le nouveau-né présente une réflectivité exagérée; les réflexes tendineux et cutanés, chez lui, sont forts, et se produisent comme chez les vertébrés inférieurs par l'intermédiaire des voies courtes.

On en peut conclure que les voies courtes s'atrophient, sinon anatomiquement, du moins fonctionnellement à mesure que l'enfant grandit; elles continuent cependant à servir à la transmission des réflexes défensifs très rapides, produits par des excitations violentes (piqûre, brûlure). La grande fréquence de ces réflexes au cours de notre existence explique déjà suffisamment la conservation anatomique des fibres courtes; en outre, ces fibres servent à entretenir la vitalité des neurones moteurs périphériques.

Donc, chez l'adulte, le centre des réflexes tendineux est mésocéphalique; la question de savoir à quel niveau exact se trouve ce centre ne peut être résolue, dans l'état actuel de la science, que par des hypothèses.

M. von Monakov dit, d'une manière générale, que c'est dans les masses grises corticales; tout récemment, M. van Gehuchten a émis l'opinion que les fibres motrices des réflexes tendineux forment un faisceau spécial, ayant son origine dans le noyau rouge et constituant, dans la moelle, le faisceau de von Monakov. Pour M. Van Gehuchten, le noyau rouge, serait donc le centre des réflexes tendineux; bien que cet auteur ne nous explique pas comment, à son avis, l'écorce cérébrale pourrait exercer, sur les réflexes tendineux, le rôle inhibiteur que l'on ne saurait lui dénier, il est permis d'admettre que cette action d'arrêt se transmet par les fibres cortico-rubriques dont M. Déjerine a démontré l'existence.

Ces données nous permettent de comprendre les modifications des réflexes que l'on observe à l'état pathologique.

L'exagération des réflexes tendinenx se produit, soit lorsque l'action inhibitrice cérébrale ou cérébelleuse est affaiblie ou abolie, soit lorsque le faisceau pyramidal ou les cellules basilaires sont excités, soit quand le neurone périphérique est irrité.

L'exagération des réflexes cutanés provient, non pas de lésions organiques des voies nerveuses, mais plutôt de particularités individuelles et d'intoxications variées.

Pour les uns et les autres, l'affaiblissement ou l'abolition se montre lorsque les cellules ou les fibres qui servent à leur production sont altérées ou fonctionnellement affaiblies.

L'antagonisme des réflexes tendineux et cutanés est fréquent; il survient, non seulement dans les maladies organiques du système nerveux, mais encore dans certaines intoxications, dans quelques infections et même chez des individus réputés sains. Cet antagonisme confirme la localisation différente de ces deux espèces de réactions réflexes.

Dans les affections péricylindraxiles du faisceau pyramidal, l'irritation des fibres provoque l'éréthisme des neurones basiliaires présidant aux réflexes tendineux et l'épuisement plus ou moins accentué des neurones corticaux auxquels ressortissent les réflexes cutanés. D'où exagération des premiers et affaiblissement des seconds.

Ce fait est en harmonie avec le suivant: les centres des réflexes cutanés s'épuisent par la répétition et le renforcement des excitations, tandis que ceux des réflexes tendineux deviennent, dans les mêmes conditions, de plus en plus aptes à produire une réaction énergique.

Enfin, le clonisme tendineux n'existe jamais à l'état normal; il résulte d'une perturbation organique ou fonctionnelle du faisceau pyramidal; dans l'immense majorité des cas, il dénote une altération matérielle de ce faisceau; il est l'expression d'une exagération excessive des réflexes tendineux.

Contracture: Parmi les nombreuses théories édifiées dans le but d'établir le mécanisme de la contracture, aucune n'explique d'une manière satisfaisante les faits expérimentaux et anatomo-pathologiques actuellement connus.

Elles nous permettent cependant de considérer comme démontrée la nature même des contractures, qui sont dues à l'exagération de la tonicité musculaire.

Il en résulte que le mécanisme de ce phénomène est indissolublement lié à celui du tonus musculaire. Nous savons que celui-ci est chez l'homme d'origine exclusivement corticale; aussi la contracture est-elle la règle dans les lésions incomplètes et irritatives de la portion cérébrale du faisceau pyramidal.

D'après les lois précédemment établies à propos du tonus musculaire, la contracture vraie peut dépendre soit de l'inhibition du tonus des muscles antagonistes, soit d'une altération péricellulaire ou péricylindraxile des neurones moteurs cérébraux ou périphériques.

Dans les lésions brusques cérébrales ou médullaires, le choc traumatique annihile momentanément tous les neurones; il y a paralysie flasque. Un peu plus tard, ceux qui n'ont pas été détruits récupèrent insensiblement leurs fonctions; le tonus musculaire reparaît; à la longue, sous l'influence de l'irritation provoquée par les tissus voisins, il s'exagère jusqu'à la contracture.

Dans les altérations lentes du cerveau ou de la moelle, la contracture s'établit progressivement et reconnaît des causes analogues.

Pour expliquer le type si constant des contractures, on ne peut invoquer des raisons anatomiques; il faut plutôt avoir recours à des arguments physiologiques. Si l'on admet la prédominance, à l'état normal, de certains groupes musculaires sur leurs antagonistes, on comprendra qu'une lésion plus ou moins diffuse du centre d'un membre, ayant pour résultat d'abaisser d'une manière uniforme la tonicité musculaire, puisse déterminer la flaccidité complète des muscles les moins développés et seulement l'hypotonicité des muscles les plus forts. Cette hypotonicité, n'étant plus contre-balancée par l'état des antagonistes, constituera réellement une hypertonicité relative qui s'exagérera bientôt en vertu des lois établies précédemment: l'atonie de leurs antagonistes augmentera l'hypertonie des muscles en question et, d'autre part, cette hypertonie exégérera encore l'atonie des premiers. Les neurones corticaux correspondant aux muscles atoniques s'affaibliront de plus en plus, s'atrophieront peut-être; l'action irritative causée par les lésions

environnantes ne sera bientôt plus capable de réveiller leur vitalité, tandis qu'elle exagérera progressivement l'hypertonicité des neurones dont il s'agit.

Il suffit de s'appuyer sur ces données pour expliquer la plupart des contractures qui s'observent dans les maladies du névraxe.

Il est un dernier point qu'il importe d'examiner brièvement : c'est celui de la dissociation du tonus musculaire et des réflexes tendineux. Pendant longtemps, on a considéré l'exagération des réflexes tendineux comme indissolublement liée à celle du tonus musculaire. S'il en est ainsi dans la grande majorité des cas, il y a cependant, à cette règle, d'assez nombreuses exceptions pour qu'on soit en droit d'affirmer que le tonus musculaire emprunte des voies différentes de celles des réflexes tendineux. Cette hypothèse a, du reste, été vérifiée expérimentalement.

L'indépendance du tonus et des réflexes tendineux vient confirmer la schématisation que nous avons admise concernant les voies de ces deux phénomènes; le tonus étant d'origine corticale, alors que les réflexes tendineux ont leur centre dans les ganglions basilaires, il n'est pas surprenant que les modifications de ces deux manifestations réflexes puissent être divergentes.

Ces différences ont pour cause la localisation plus ou moins élevée de la lésion; si celle-ci siège le long du faisceau pyramidal médullaire, là où les fibres du tonus et celles des réflexes tendineux sont réunies, les modifications du tonus correspondront à celles des réflexes; si la lésion atteint l'écorce ou la capsule interne, en un point où n'existent que les centres et les fibres du tonus, il y aura souvent encore exagération du tonus et exagération correspondante des réflexes, parce que, d'une part, l'hypertonicité peut se produire par irritation ou suivant le mécanisme complexe qui vient d'être exposé, et que, d'autre part, l'exagération des réflexes dépend de la suspension de l'action inhibitrice corticale sur les centres basilaires. Mais, si la lésion a détruit complètement les neurones corticaux de la zone motrice, il y aura atonie des muscles correspondants, par suppression des centres toniques corticaux, et exagération des réflexes tendineux, par suppression de l'action d'arrêt corticale.

M. Grasset (de Montpellier). — La question étudiée par M. Crocq est, en réalité, celle du tonus à l'état normal et pathologique, ou encore celle de l'appareil nerveux du tonus et de ses maladies.

Cet appareil, en effet, a son unité et son individualité propres, physiologique et clinique.

D'après M. Crocq, le centre du tonus des muscles volontaires chez l'homme est uniquement cortical. M. Grasset trouve cette proposition trop absolue.

Autrefois, on considérait le tonus comme un réflexe exclusivement médullaire : cette conception est évidemment trop étroite, mais il ne faut pas l'abandonner complètement; il suffit de supprimer le mot exclusivement. L'ancienne description de l'appareil nerveux d'un réflexe, avec une voie centripète, un corps cellulaire et une voie centrifuge, est toujours vraie; seulement il faut y ajouter aujourd'hui des neurones supérieurs qui interviennent en agissant sur le neurone inférieur, centre immédiat du réflexe.

Donc, les appareils nerveux ne sont plus réduits à l'ancien arc réflexe; ils sont formés, en dehors des voies centripètes et centrifuges, par une série d'étages de neurones, qui s'influencent mutuellement entre eux au même étage et d'un étage à l'autre.

L'appareil nerveux du tonus n'échappe pas à ces principes généraux, et M. Grasset croit qu'on peut lui reconnaître au moins 3 étages de centres, 3 systèmes de neurone, physiologiquement hiérarchisés de bas en haut dans l'ordre suivant : *a*) un étage inférieur formé par les cellules des cornes antérieures de la moelle et leurs analogues du bulbe; *b*) un étage moyen constitué par les ganglions basilaires et mésocéphaliques; *c*) un étage supérieur représenté par l'écorce cérébrale.

M. Grasset croit donc que la théorie de M. Crocq est incomplète quand elle soutient que le centre du tonus des muscles volontaires est exclusivement cortical.

1° Il y a d'abord un centre médullaire au tonus. M. Crocq a très bien établi le rôle de ce centre chez les animaux, mais il admet qu'il n'existe plus chez l'homme que pour les sphincters. Il est certain qu'en s'élevant dans la série animale, on voit l'appareil nerveux du tonus se compliquer; à l'état physiologique, il est non moins certain qu'il devient difficile de démontrer la réalité de ce centre dans l'acte du tonus.

Mais la maladie dissocie parfois les éléments constitutifs de cet axe complexe et permet de dégager l'existence du centre en question.

Ainsi, quand une paralysie flasque par lésion cérébrale devient au bout d'un certain temps hypotonique avec exagération des réflexes tendineux, et plus tard s'accompagne de contracture, on ne peut pas dire que les centres corticaux ont repris leur action, puisqu'ils n'ont pas récupéré leurs fonctions.

De même pour les troubles hypertoniques dans les lésions transverses de la moelle.

2° A l'autre extrémité hiérarchique de l'échelle nerveuse, dans l'écorce cérébrale, il y a aussi un centre du tonus. Ce centre siège dans les cellules de la région périrolandique, comme ceux du sens musculaire et ceux des mouvements volontaires.

3° Entre ces deux centres, l'un cortical, l'autre médullaire, il y en a un troisième intermédiaire, dans les noyaux de la base et du mésocéphale (pont, noyau rouge, cervelet).

La clinique démontre, en effet, que la lésion du faisceau pyramidal ne se révèle pas de la même manière quand elle porte sur la portion cérébrale ou quand elle intéresse la portion spinale de ce faisceau.

Ainsi, la lésion médullaire du faisceau pyramidal détermine de l'hypertonie, de l'exagération des réflexes tendineux, des contractures (tabes dorsal spasmodique, sclérose latérale amyotrophique, compression de la portion antérieure de la moelle), tandis que la lésion cérébrale de ce même faisceau entraîne une paralysie flasque (altérations de l'écorce ou du centre ovale).

Bien plus. Quand une lésion pyramidale, primitivement cérébrale, s'étend et devient en même temps spinale (dégénérescence secondaire descendante chez les vieux hémiplégiques), la paralysie, jusque-là flasque, devient hypertonique avec exagération des réflexes et contracture.

Il faut donc qu'entre le cortex et la moelle, c'est-à-dire dans la région basilaire, se trouve un centre du tonus, centre dont l'action inhibitrice paraît emprunter la portion spinale du faisceau pyramidal et dont l'action dynamogène chemine par d'autres voies.

Cette action dynamogène, il l'attribuait autrefois au faisceau cérébello-spinal descendant; aujourd'hui, l'existence de ce faisceau est contestée, mais il y a un faisceau cérébro-spinal descendant que M. von Monakov a décrit, et qui suffit à la condition de faire figurer le noyau rouge parmi les centres basilaires du tonus.

Il semble donc légitime de conclure que pour expliquer toute la physio-pathologie du tonus, il faut admettre au moins trois ordres de centres reliés entre eux et avec la périphérie par des voies centripètes et des voies centrifuges.

M. Pitres (de Bordeaux). — Si l'on en croit M. Crocq, la contracture serait un phénomène toujours identique à lui-même, relevant dans tous les cas d'une pathogénie unique. Les choses ne sont pas aussi simples. Il existe plusieurs variétés de contracture qui reconnaissent certainement des causes différentes. Parmi ces variétés, il en est deux que M. Pitres s'est efforcé depuis longtemps déjà de mettre en lumière : c'est la contracture myotonique et la contracture myotétanique.

La première est toujours modérée, permanente et indépendante des circonstances extérieures; on l'observe, en particulier, chez les parkinsoniens. La contracture myotétanique, au contraire, présente une intensité beaucoup plus grande, varie d'un moment à l'autre et s'exagère à la suite de chocs physiques ou moraux. Il est certain que, dans la plupart des affections des centres nerveux, ces deux variétés de contracture peuvent se substituer l'une à l'autre sous des influences diverses; il n'en est pas moins vrai qu'elles doivent être le résultat de conditions étiologiques diverses. Il faut encore faire remarquer, en outre, que les groupes musculaires se comportent très différemment vis-à-vis des contractures; tandis que certains d'entre eux entrent en contracture avec une facilité extrême, il en est d'autres où ce phénomène ne s'observe jamais.

M. Pitres croit donc qu'il faut faire intervenir un facteur

indépendant de la lésion des neurones moteurs centraux pour expliquer les modalités variées de contracture que nous montre la clinique.

Un dernier point que M. Pitres désire faire remarquer, c'est qu'il n'existe pas des rapports aussi étroits que le croit M. Crocq entre la trépidation épileptoïde et l'exagération des réflexes tendineux, attendu qu'en appliquant pendant quelques minutes la bande d'Esmarch sur le membre d'un malade qui offre ces deux phénomènes, on fait disparaître d'une façon complète la trépidation épileptoïde sans modifier en rien l'état du réflexe patellaire.

M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg) n'est pas convaincu de la nature réflexe des phénomènes tendineux ; aussi les observations qu'il désire présenter ne visent-elles que les réflexes cutanés. La conception défendue par M. Crocq, d'une localisation cérébrale exclusive des réflexes cutanés, ne lui semble conforme ni aux faits physiologiques, ni aux données cliniques. Théoriquement, elle est déjà inadmissible, car il faut bien admettre que partout où l'organe périphérique récepteur entre en communication avec l'organe moteur réactionnel, les conditions permettant la production des réflexes se trouvent par là même réalisées.

M. Mendelssohn croit donc qu'il peut y avoir production de réflexes sur un point quelconque de toute la hauteur de la moelle épinière. Il estime, en outre, que l'influx nerveux centripète transmis par la racine postérieure peut atteindre la voie centrifuge par différentes fibres (ascendantes, descendantes, collatérales, etc.) dont certaines, plus longues, mais mieux préparées, présentent moins de résistance au passage des réflexes que d'autres qui seraient cependant plus directes. Il résulte, en effet, de ses expériences que les réflexes normaux, c'est-à-dire provoqués par des irritations minima, passent par la partie supérieure de la moelle cervicale.

Lorsque cette région est lésée ou détruite, les irritations minima ne peuvent plus provoquer de réflexes, mais il suffit d'augmenter l'intensité de l'irritant pour que les réflexes se frayent un chemin par d'autres voies moins praticables.

Deux grandes lois dominent donc la physiologie des réflexes : la première, c'est que toutes les fibres de l'axe cérébro-spinal peuvent servir à la transmission des réflexes (loi de diffusion) ; la seconde, c'est que la production des mouvements réflexes est étroitement liée à l'intensité de l'irritant qui les provoque. Il est facile de concevoir que ces deux lois sont exclusives de toute localisation et ne permettent guère d'accepter l'existence de véritables centres réflexes au niveau de l'axe cérébro-spinal.

Il ne semble pas non plus, contrairement à l'opinion soutenue par M. Crocq, que les lésions organiques de la portion cervicale de la moelle entraînent nécessairement la perte immédiate et permanente des réflexes. Il existe plusieurs observations, en effet, dans lesquelles une section complète de la moelle a coïncidé avec la conservation ou même l'exagération des réflexes.

Du reste, rien ne prouve que la disparition des réflexes à la suite d'une altération de la partie cervicale de la moelle soit le résultat d'une interruption des voies conductrices de ces mouvements.

Ces considérations obligent M. Mendelssohn à envisager la production des mouvements réflexes comme intimement subordonnée au fonctionnement de la moelle, sans qu'on soit en droit de la localiser dans une région spéciale du névraxe.

Il ressort également de ces faits que la signification séméiologique des réflexes est très restreinte, et que c'est à tort qu'on a voulu attribuer à quelques-uns d'entre eux une valeur pathognomonique.

M. Brissaud (de Paris). — Un certain nombre de faits cliniques établissent, d'une part, que la destruction complète de la portion capsulaire du faisceau pyramidal peut déterminer une hémiplégie avec contracture permanente, exagération des réflexes, etc., et, d'autre part, que des compressions lentes de la région cervico-dorsale de la moelle, équivalant à de véritables sections de cet organe, peuvent être suivies d'une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde. Toutefois, il est vrai que les lésions qui compriment la moelle peuvent entraîner une paraplégie flasque aussi bien qu'une paraplégie spasmodique : cette différence d'action est due, non au plus ou moins grand nombre de fibres nerveuses détruites par la compression médullaire, mais au plus ou moins de rapidité avec laquelle a évolué le processus. Pour M. Brissaud, la spasticité est l'apanage des compressions lentes, la flaccidité, des compressions brusques.

Dans ces conditions, il paraît bien difficile d'admettre la théorie de M. Crocq, qui soutient que le cerveau exerce une action inhibitrice sur la réflectivité médullaire et que la section transversale complète de la moelle provoque l'abolition permanente et complète de tous les réflexes.

Il est un autre point sur lequel M. Brissaud diffère également d'avis avec M. Crocq ; c'est celui de l'influence des troubles circulatoires de la moelle sur les phénomènes réflexes. M. Crocq estime que la ligature des artères spinales ne donne lieu à aucune modification des réflexes et que la compression ou la section de ces artères, qui accompagne beaucoup de lésions de la moelle, n'a qu'une importance tout à fait secondaire. M. Brissaud croit, au contraire, avec M. Jeandrassik, qu'une lésion qui déchire ou comprime les artères spinales doit entraîner, en même temps que la mort des cellules des cornes antérieures, l'abolition complète et définitive de la réflectivité de toute la partie inférieure de la moelle.

M. Cestan (de Paris) cite, à l'appui des observations que vient de présenter M. Brissaud, le cas de deux femmes du service de M. Raymond, qui furent atteintes de paraplégie spasmodique progressive avec trépidation spinale et signe de Babinski, puis d'une anesthésie des membres inférieurs accompagnée de paralysie des sphincters. Ces deux malades succombèrent l'une au bout de dix ans, l'autre au bout de cinq ans, la paraplégie spasmodique ayant persisté jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouva dans les deux cas une tumeur extra-médullaire, un endothéliome méningé angiolithique ayant comprimé le huitième segment médullaire dorsal. A ce niveau, la moelle était très aplatie; on reconnaissait encore quelques tubes, mais altérés, entourés d'une volumineuse prolifération névroglique ; d'ailleurs, l'aspect normal de la moelle avait disparu. Si la moelle n'était pas détruite en totalité, on peut affirmer cependant que la partie respectée était trop petite et trop altérée pour jouer un rôle de conductibilité.

Ces faits prouveraient donc, contrairement à l'opinion de Bastian, qu'une destruction complète de la moelle dorsale peut déterminer une paraplégie spasmodique. Toutefois, il y a lieu de remarquer que, dans ces deux cas, la destruction de la moelle s'est opérée très lentement, en plusieurs années; or, il est très possible qu'une destruction rapide, comme celle qui résulte d'une section, ait des effets différents et détermine, par exemple, une paraplégie flaccide.

M. Marchand a fait, avec M. Vurpas, une série d'expériences relatives au mécanisme et aux conditions de production des réflexes chez un certain nombre de malades : paralytiques généraux, tabétiques, épileptiques, hémiplégiques, etc.

Il résulte de ces recherches que, en ce qui concerne le réflexe patellaire, le temps écoulé entre le choc du marteau et le début de la contraction est le même, que la percussion porte sur le tendon au-dessus et au-dessous de la rotule, ou encore sur le muscle lui-même, soit à la partie inférieure, soit à la racine de la cuisse. Tandis que la contraction provoquée par la percussion du muscle varie peu, celle qui résulte de la percussion du tendon offre, au contraire, d'assez grandes différences suivant les sujets.

M. Marchand croit pouvoir conclure de ces expériences à l'identité de nature du réflexe patellaire et de la secousse musculaire du quadriceps; quant à la différence des réactions produites par la percussion du tendon et par celle du muscle, elle tient peut-être à ce que, dans le premier cas, le muscle est tiraillé dans le sens de la longueur de ses fibres, alors que, dans le second, le choc est transmis perpendiculairement à la direction des fibres.

Les réflexes patellaires, d'après cette conception, dépendraient seulement de la tonicité du muscle.

M. Crocq répond aux objections qui viennent de m'être adressées.

La théorie défendue par M. Grasset n'est pas aussi différente qu'on pourrait le croire *a priori* de celle adoptée par M. Crocq. M. Crocq admet comme lui qu'il y a trois étages de mouvements réflexes ; seulement il pense que l'étage inférieur ou

médullaire ne joue un rôle, chez l'homme, que pour les mouvements réflexes subits résultant d'excitations intenses; quant aux deux autres centres, mésocéphalique et cortical, leur existence n'est pas contestable, mais le premier est exclusivement destiné, à mon avis, aux réflexes tendineux, et le second aux réflexes cutanés.

A M. Pitres, M. Crocq fait observer que s'il a admis que la lésion des neurones moteurs centraux ou périphériques était la cause sinon unique, du moins principale, de la contracture, il reconnaît cependant qu'entre la contracture par lésion du neurone central et la contracture par neurone périphérique il y a des différences très sensibles; si certains groupes musculaires se contracturent plus facilement que d'autres, cela tient seulement à ce que la contracture, comme la paralysie, est toujours proportionnelle au degré de vigueur de nos muscles. Les groupes musculaires qui, à l'état normal, sont les plus forts, se contracturent plus facilement que ceux qui sont moins vigoureux, parce que leur tonicité normale est plus considérable.

M. Brissaud a objecté qu'il était tout à fait invraisemblable d'admettre que la déchirure des artères spinales, dans les cas de section transversale complète de la moelle, ne fût pas susceptible de modifier les réflexes; cette objection n'a de valeur que pour la partie cervicale de la moelle, car la portion lombaire de cet organe est irriguée avant tout par l'aorte abdominale dont la ligature provoque constamment l'abolition des réflexes et l'altération profonde des cellules nerveuses, tandis que celle des artères spinales n'a d'action ni sur les cellules ni sur les réflexes.

Reste la question des lésions organiques qui, d'après MM. Brissaud et Cestan, équivaudraient à une section transversale complète de la moelle et qui, cependant, déterminent une paraplégie spasmodique avec conservation ou exagération des réflexes tendineux. M. Crocq reconnaît que de tels faits sont inconciliables avec la théorie de Bastian; mais, outre qu'ils sont extrêmement rares, la plupart de ceux qui ont été publiés jusqu'ici concernent des lésions ayant laissé toujours subsister quelques fibres nerveuses; on comprend donc facilement que ces lésions ne déterminent pas une abolition des réflexes, comme la section transversale complète de la moelle.

L'état mental des tiqueurs.

M. Meige (de Paris). — Chez les tiqueurs, l'observation ne doit pas s'attacher uniquement à l'étude de la manifestation motrice; celle-ci, ainsi qu'il a pu s'en assurer avec M. Feindel, ne saurait exister sans un état mental particulier, dont les caractères principaux doivent être recherchés dans tous les cas. A dire vrai, les particularités de cet état mental se prêtent assez mal à la description, et l'on pourrait se contenter de dire que les tiqueurs sont des dégénérés; toutefois, il est bon de préciser un peu. C'est la volonté qui semble surtout altérée chez eux; sa débilité se dissimule mal sous des emportements que rien ne justifie, et elle est incapable de soutenir un effort durable. L'attention de ces malades se laisse distraire par des futilités, leur émotivité est grande, leur affectivité désordonnée. D'une façon générale, l'état mental du tiqueur se traduit par le manque d'équilibre et de pondération; quel que soit leur âge, les tiqueurs ont un état mental infantile.

En effet, chez l'enfant on constate normalement l'absence d'équilibre psychique, celui-ci ne s'acquérant qu'avec les progrès de l'âge. L'enfant a la volonté légère, instable, versatile, etc.

On sait combien les enfants sont enclins à prendre de mauvaises habitudes; le sujet chez qui aura persisté la mentalité infantile se conduira de même, et il pourra, en particulier, contracter de mauvaises habitudes motrices, des tics.

La connaissance de l'état mental du tiqueur permet de comprendre les différentes modalités affectées par les tics. A l'état mental infantile, dont la caractéristique est surtout l'inconstance et la variabilité des idées, correspondent les tics variables, que leur multiplicité rapproche des chorées. Mais qu'une idée motrice devienne ou reste prépondérante, on aura un tic localisé, unique, qui pourra demeurer tel fort longtemps. Cette fixité du tic n'est pas contradictoire avec la disposition psychique des tiqueurs, car sur l'état mental infantile peuvent se greffer des troubles psychiques divers : idées fixes, obsessions, phobies, dont les différentes formes (folie du doute, folie du pourquoi, délire du toucher) ne sont le plus souvent que l'exagération morbide de tendances naturelles à l'enfant normal.

En somme, il y a lieu de considérer, dans l'état mental du tiqueur, deux éléments : l'un qui en constitue le fond même, c'est la mentalité infantile; l'autre qui se compose des troubles surajoutés, c'est l'amplification des tendances défectueuses de l'état fondamental.

Cette distinction rend compte des différences qui existent entre les tics, selon qu'ils relèvent de l'état psychique fondamental ou des troubles mentaux surajoutés. Elle pourra servir de guide lorsqu'il s'agira d'éclairer la pathogénie d'un tic en particulier, et permettra d'en apprécier la ténacité.

La connaissance de l'état mental des tiqueurs est également importante au point de vue du traitement. Celui-ci, en effet, doit avoir un double objectif, la correction de la manifestation motrice intempestive et la correction des anomalies psychiques du tiqueur. On agira d'autant plus efficacement sur les troubles moteurs que l'on connaîtra mieux les défectuosités mentales auxquelles ces troubles sont intimement reliés.

M. Briand. — Il n'est pas douteux que la plupart des sujets chez lesquels on voit survenir des tics sont des déséquilibrés, aussi bien au point de vue psychique qu'au point de vue physique.

S'ils ne délirent pas tous, on peut affirmer qu'ils ont tous une grande aptitude à le faire; ils présentent, en outre, un état habituel de tristesse et de mélancolie; toujours préoccupés de leur santé, ils passent le meilleur de leur temps à analyser leurs sensations. Tel est le terrain sur lequel viennent le plus souvent se greffer les tics.

M. Ballet fait observer qu'il est exagéré de prétendre que tous les sujets atteints de tics soient des dégénérés; beaucoup sont simplement des prédisposés.

M. Martin (de Lyon) communique l'observation d'un homme présentant de nombreux stigmates de dégénérescence et d'hystérie, qui fut atteint, dans le cours d'un état mélancolique avec idées hypochondriaques, d'un spasme avec contracture des muscles de la partie latérale du cou. Ce trouble offrait tous les caractères de celui qui a été désigné par M. Brissaud sous le nom de torticolis mental. Son origine psychique n'était pas douteuse et il suffisait, pour le faire cesser, d'appuyer légèrement la main sur le front du malade. Il a, du reste, complètement guéri à la suite de séances de gymnastique rééducatrice des mouvements de la tête et du cou, continuées pendant plusieurs mois.

Algidité centrale prolongée chez deux paralytiques généraux.

M. Joffroy (de Paris) a observé récemment deux cas d'algidité centrale, remarquable par son intensité et sa longue durée, chez des paralytiques généraux.

Dans le premier fait, il s'agissait d'un homme de 43 ans, paralytique général avéré et ancien syphilitique, qui eut une attaque apoplectiforme suivie de coma. La température rectale, immédiatement après cet accident, n'était que de 35°3; le surlendemain, le malade étant toujours dans le coma, elle tomba à 27°; il n'y avait pas de refroidissement des extrémités. Le patient succomba le jour suivant sans avoir repris connaissance, avec une température de 25°.

Le second cas concerne un homme de 36 ans, présentant tous les signes de la paralysie générale, chez lequel se développèrent assez rapidement des eschares au niveau du sacrum et des grands trochanters; la température rectale, prise à ce moment, fut trouvée seulement de 35°4; les jours suivants, elle baissa encore et quand le malade succomba, 5 jours après, sans avoir présenté ni convulsions, ni coma, ni diarrhée, elle n'était plus que de 26°. Cette hypothermie centrale persistante ne s'accompagnait pas d'un refroidissement bien marqué de la peau. Dans le sang prélevé pendant la vie, on trouva un colibacille de petites dimensions qui se montra légèrement pathogène, mais ne produisait pas d'abaissement de la température.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Le cytodiagnostic,

Par le Dr Ch. Nicolle (1).

Notre organisme ne réagit pas indifféremment de la même façon vis-à-vis des agents multiples de nos maladies, On le sait depuis longtemps. Avant que la cause des affections microbiennes fût connue, on avait appris à distinguer par les aspects différents des lésions anatomiques et histologiques un certain nombre de types qui semblaient répondre, et dont beaucoup répondent, en effet, à des maladies bien spécialisées.

Aujourd'hui, avec la connaissance que nous possédons des agents de la plupart des affections microbiennes, il nous est le plus souvent aisé d'arriver au diagnostic précis de la maladie par la recherche de son agent causal. C'est ainsi que, par la recherche du bacille de Koch, nous parvenons aisément au diagnostic de la tuberculose; ainsi que nous reconnaissons les angines et laryngites diphthériques à la présence du bacille de Lœffler; les affections pneumococciques à la présence du pneumocoque, etc.

Mais il est des cas où, pour une raison ou pour une autre, le microbe pathogène est difficile, parfois même impossible à reconnaître. Dans la fièvre typhoïde, on ne peut guère l'isoler pendant la maladie que des selles, et la technique de cet isolement est longue, délicate, incertaine; la ponction de la rate donnerait sans doute de meilleurs résultats, mais elle doit être rejetée, comme étant dangereuse. Nous sommes donc bien obligés dans ce cas, pour arriver à un diagnostic exact, d'avoir recours à une méthode indirecte.

En découvrant la méthode si féconde du sérodiagnostic, M. Widal a fait faire un progrès considérable à la médecine. Aujourd'hui, dans la plupart des cas, il est extrêmement facile ponr nous de poser avec certitude le diagnostic de fièvre typhoïde. La constatation dans le sang du malade de la propriété agglutinante vis-à-vis du bacille typhique suffit. Cette propriété, si spécifique, véritable signature du passage par l'organisme humain du bacille typhique, est un élément de diagnostic aussi rigoureux que le serait l'isolement du bacille typhique lui-même.

M. Widal, auquel nous devions déjà le sérodiagnostic, vient de préconiser dans ces derniers temps une autre méthode de diagnostic indirecte, tout aussi ingénieuse, et appelée sinon à rendre des services aussi considérables, du moins à éclairer dans bien des cas le diagnostic clinique hésitant. Cette méthode, d'application plus générale, a été nommée par son auteur le cytodiagnostic (diagnostic par les cellules). C'est une méthode de diagnostic basée sur la recherche dans le liquide des épanchements des séreuses, des diverses formes cellulaires qu'on y rencontre. De la nature de ces cellules, dont les plus importantes et les plus intéressantes sont celles qui jouent un rôle actif dans la défense de l'organisme vis-à-des différents agents morbides, on peut conclure avec quelque certitude à la nature même de ces agents.

Quelques connaissances préliminaires sont nécessaires pour bien comprendre la nouvelle méthode de diagnostic de M. Widal. Comme ces données sont plus ou moins présentes à l'esprit de tous nos lecteurs, nous nous contenterons de les rappeler brièvement.

La défense de notre organisme vis-à-vis des agents divers de nos maladies (agents physiques, agents chimiques, êtres vivants) appartient presque exclusivement à des cellules spéciales, dites cellules phagocytaires ou phagocytes. Ces cellules, qui sont les soldats de notre organisme, se rencontrent spécialement dans le sang, la lymphe, et dans certains organes ou tissus dits lymphoïdes, dont les principaux sont la rate, la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques. De ces organes, qui sont leur lieu de formation et de multiplication, les cellules phagocytaires se rendent, grâce à leur sensibilité spéciale et à leur mobilité, aux points de l'organisme qu'il est nécessaire de défendre.

Dans le sang, les cellules phagocytaires constituent les globules blancs ou leucocytes. On distingue aujourd'hui un grand nombre de cellules de nature et de propriétés différentes parmi les globules blancs. Nous nous contenterons ici d'en signaler trois variétés, parce que ce sont les plus importantes pour le sujet qui nous occupe.

Ce sont d'abord les leucocytes polynucléaires, dont le noyau est en apparence multiple, en réalité multilobé; leur protoplasma est abondant; ils forment à eux seuls les trois quarts du nombre total des globules blancs du sang. Leur lieu de formation paraît être la moelle des os.

Viennent ensuite les lymphocytes. Ce sont des cellules plus petites, ayant à peu près les dimensions des globules rouges; elles ne sont pour ainsi dire constituées que par un noyau unique, bien régulier; une couche presque imperceptible de protoplasma entoure ce noyau.

Les lymphocytes sont identiques aux cellules rondes qui constituent les éléments fondamentaux des ganglions lymphatiques et de la rate; ils tirent leur origine de ces organes.

On trouve tous les intermédiaires comme dimensions et comme aspect entre les lymphocytes et les globules blancs de la troisième catégorie, dits leucocytes monu-

1. *Rev. méd. de Normandie*, 1901, p. 536.

cléaires. Ceux-ci sont plus volumineux que les polynucléaires, leur protoplasma est abondant, leur noyau unique. Comme les lymphocytes, dont ils dérivent, ils tirent leur origine des organes lymphatiques.

Les autres variétés des globules blancs qu'on rencontre dans le sang, et que nous laisserons volontairement de côté, se distinguent avant tout des trois types que nous avons décrits par les propriétés particulières que présentent les granulations de leur protoplasma vis-à-vis des matières colorantes; ils sont d'ailleurs exceptionnels dans le sang normal.

Ces différents éléments ne jouent pas un rôle identique vis-à-vis des divers agents de nos maladies.

Les lymphocytes ne jouissent d'aucune propriété phagocytaire, c'est-à-dire qu'ils sont incapables d'englober ou de digérer les corps étrangers ou les microbes; ce n'est qu'à un stade plus avancé de leur évolution, lorsqu'ils se sont transformés en mononucléaires, qu'ils acquièrent ces propriétés.

Les mononucléaires sont plus spécialement chargés de la police de l'organisme; ce sont des mangeurs de cellules, ils englobent et détruisent tout ce qui dans nos tissus est en voie d'atrophie ou de dégénérescence. De plus, ils sont capables de lutter efficacement contre un grand nombre de microbes, principalement contre ceux qui causent les infections chroniques.

Les leucocytes polynucléaires sont les véritables agents de défense de l'organisme vis-à-vis des microbes. Dans la plupart des infections aiguës, leur nombre s'accroît et leur rôle est prépondérant.

Quelques exemples, entre mille, feront bien saisir le rôle spécial qui appartient à chacune des deux grandes espèces phagocytaires dans la défense de l'organisme contre les différents microbes. Lorsqu'on inocule dans les veines d'un lapin une culture de bacilles tuberculeux, en quelques instants les microbes inoculés deviennent la proie des polynucléaires du sang qui s'en emparent et les englobent; mais ces cellules sont incapables de lutter efficacement contre les bacilles tuberculeux. Rapidement, par l'action des poisons qu'il sécrète, le bacille de Koch englobé vient à bout de son adversaire et commence à se multiplier dans son cadavre. Un second stade commence alors; des phagocytes mononucléaires paraissent; ils constituent les cellules dites épithélioïdes du follicule tuberculeux en cours de formation au point de l'organisme où le polynucléaire porteur d'un bacille tuberculeux s'est arrêté. Mieux armés que les leucocytes à noyau multiple pour lutter contre le bacille de Koch, moins sensibles surtout à l'action de ses poisons, ils l'englobent à leur tour et souvent finissent par le détruire; parfois, pour lutter plus efficacement contre lui, plusieurs mononucléaires s'unissent en une seule masse, en un plasmode comme on dit, et ainsi se trouve constituée la cellule géante du follicule qui représente l'élément le plus puissant de destruction du bacille tuberculeux.

Comme la tuberculose, la lèpre est une maladie dans laquelle le premier rang dans la défense de l'organisme appartient aux leucocytes mononucléaires. Tuberculose et lèpre sont donc des infections à mononucléaires.

Au contraire, dans les manifestations du pneumocoque, dans celles du streptocoque, du gonocoque, etc., le rôle des mononucléaires est nul ou tout à fait effacé; ce sont les polynucléaires qui interviennent, à l'exclusion presque totale des autres cellules de l'organisme.

La connaissance de ces faits va nous permettre de comprendre facilement l'application pratique qui en a été tirée par M. Widal, c'est-à-dire le cytodiagnostic.

Puisque ce ne sont pas les mêmes éléments cellulaires qui réagissent vis-à-vis des divers agents de nos affections, microbes ou autres, dans le cas d'épanchements des séreuses par exemple, la nature et le nombre des cellules qu'on y rencontre doivent être des indications précieuses pour le diagnostic.

M. Widal a pensé qu'il devait en être ainsi. Ses recherches l'ont démontré.

Les premiers liquides pathologiques dont M. Widal a fait l'étude, les plus intéressants d'ailleurs à connaître pour nous, sont les épanchements séro-fibrineux des plèvres.

Chacun sait aujourd'hui, depuis les remarquables travaux de M. le professeur Landouzy, que le plus grand nombre des pleurésies simples, dites autrefois pleurésies *a frigore*, sont de nature tuberculeuse. Il est très difficile de mettre en évidence, dans ces préparations microscopiques faites avec le liquide de ces pleurésies (même avec le dépôt centrifugé), la présence des bacilles de Koch. Ceux-ci sont en effet trop peu nombreux pour qu'il soit possible dans la majorité des cas de les trouver au microscope.

Le procédé de choix auquel on avait recours jusqu'à présent, pour juger la nature tuberculeuse ou non d'une pleurésie, était l'inoculation au cobaye. C'est une méthode excellente, qui donne de bons résultats, même lorsque le liquide contient peu de bacilles tuberculeux; mais c'est une méthode qui a le grand inconvénient de ne fournir ce résultat qu'au bout d'un temps relativement long. Il faut en effet plusieurs semaines pour que le cobaye inoculé présente des lésions tuberculeuses évidentes et y succombe. Pour quelques autres raisons sur lesquelles nous ne pouvons insister ici, ce procédé est aussi parfois infidèle.

Dans ces conditions précisément, la recherche des éléments figurés contenus dans le liquide épanché, le cytodiagnostic, en d'autres termes, nous fournit de précieuses et rapides indications.

M. Widal a montré que lorsqu'on examine au microscope, après défibrination, puis centrifugation, le dépôt fourni par le liquide pleural, dans le cas de pleurésie de Landouzy, la formule cellulaire est toujours la même. Les seuls éléments figurés qu'on y rencontre sont, en dehors des globules rouges constants, des lymphocytes. Les autres formes leucocytaires sont absentes ou exceptionnelles, les cellules de l'endothélium pleural, rares et toujours isolées. C'est en réalité la même formule cellulaire que dans la sérosité normale de la plèvre; le nombre seul des éléments figurés normaux est un peu augmenté. Cette simple constatation suffit à elle seule pour montrer que, dans la pleurésie tuberculeuse, dite *a frigore*, il n'y a pour ainsi dire pas de réaction de défensive locale de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch.

Les épanchements pleuraux chez les tuberculeux avérés, le liquide des pneumothorax à bacille de Koch, sont toujours très pauvres en cellules. Les globules rouges y sont rares; comme éléments phagocytaires, on ne trouve guère que quelques polynucléaires ou mononucléaires altérés.

Avec les pleurésies infectieuses aiguës, à streptocoques ou à pneumocoques, la physionomie change. Les polynucléaires deviennent abondants, à l'exclusion presque complète des autres formes leucocytaires; les globules rouges sont aussi généralement nombreux. Dans les pleurésies métapneumoniques, dues manifestement au pneumocoque, il arrive très souvent que la présence de ce micro-organisme est difficile, impossible même à

mettre en évidence dans le liquide pleural; le cytodiagnostic acquiert dans ces cas une valeur considérable.

Toute autre encore est la formule cellulaire des épanchements pleuraux d'origine mécanique : pleurésies des cardiaques, des brightiques, des cancéreux. Dans ces cas, on ne trouve dans le dépôt comme éléments figurés que de larges et irréguliers placards constitués par des cellules endothéliales de la plèvre.

Ainsi trois types histologiques de pleurésies bien nets, répondant à trois types étiologiques parfaitement distincts, nous sont déjà fournis par le cytodiagnostic : les pleurésies tuberculeuses à formule lymphocytaire, les pleurésies inflammatoires aiguës (streptocoques, pneumocoques, etc.) à polynucléaires; enfin les pleurésies mécaniques à placards d'endothélium pleural. Nous laissons de côté, à cause de leur moindre intérêt clinique et histologique, les pleurésie chez les tuberculeux avérés et les pneumothorax tuberculeux.

L'étude expérimentale des pleurésies sérofibrineuses confirme entièrement les données fournies par l'étude histo-clinique des pleurésies humaines de même nature. MM. Widal et Ravaut l'ont démontré par leurs expériences. Ils ont inoculé à des cobayes et à des chiens, soit sous la peau, soit directement dans la cavité pleurale, des cultures vivantes d'un certain nombre d'espèces microbiennes. Ils ont pu constater ainsi que les pleurésies qui suivent l'inoculation sous-cutanée (ou péritonéale) de cultures tuberculeuses ont la même formule lymphocytaire que les pleurésies tuberculeuses humaines du type Landouzy, dont elles sont l'équivalent; que les pleurésies dues à l'inoculation de cultures tuberculeuses dans les plèvres du chien sont identiques au point de vue cytologique aux pleurésies ou pneumothorax des tuberculeux avancés; que les pleurésies à bacille typhique du cobaye ont une formule polynucléaire, etc.

La pleurésie expérimentale, qui suit d'une façon presque constante l'inoculation de cultures diphtériques vivantes ou filtrées (pleurésie toxique qui n'a pas d'équivalent dans la diphtérie humaine), est caractérisée par la prédominance des leucocytes mononucléaires, auxquels s'associent d'une façon constante des globules rouges.

L'étude cytologique du liquide des méningites offre un intérêt presque aussi réel au point de vue du diagnostic étiologique que celle des épanchements pleuraux. Les résultats qu'elle fournit sont d'ailleurs absolument comparables à ceux que donne le cytodiagnostic des pleurésies.

MM. Widal, Ravaut et Sicard ont fait voir que le liquide retiré par ponction lombaire présente, dans le cas de méningite tuberculeuse, une prédominance manifeste des lymphocytes. Il en est d'ailleurs de même, d'après ces auteurs, dans les cas de méningite tuberculeuse expérimentale provoquée par l'inoculation de bacilles de Koch dans la cavité sous-arachnoïdienne du chien. M. Griffon a confirmé les conclusions de MM. Widal, Ravaut et Sicard, en ce qui concerne la méningite tuberculeuse de l'homme.

Dans la méningite cérébrospinale épidémique, au contraire, la formule est polynucléaire (Widal, Ravaut et Sicard, Griffon). On sait que cette affection est due à un micro-organisme spécial, confondu longtemps avec le pneumocoque, le méningocoque de Weischelsbaum.

La difficulté où l'on se trouve si souvent de distinguer la méningite tuberculeuse des méningites de cause différente, en particulier de la méningite cérébrospinale, rend la nouvelle méthode extrêmement précieuse et son emploi nécessaire dans bien des cas.

Dans les affections chroniques des méninges et de la moelle (paralysie générale, tabes, méningomyélites syphilitiques, etc.), le liquide céphalorachidien est particulièrement pauvre en éléments figurés; les quelques cellules qu'on y rencontre sont des lymphocytes rares et des globules rouges également peu nombreux (Widal, Sicard et Ravaut, Sicard et Monod).

L'étude cytologique du liquide des hydrocèles a été faite également, et les résultats qu'elle a fournis sont assez instructifs pour mériter d'être signalés. Ils sont dus à MM. Widal et Ravaut, Tuffier et Milian.

Dans l'hydrocèle essentielle (hydrocèle vulgaire), le liquide centrifugé ne montre que de rares éléments cellulaires; ce sont uniquement des cellules endothéliales de la tunique vaginale, réunies en placards ou dissociées. Cette constatation plaide singulièrement en faveur de l'origine non infectieuse, mais simplement mécanique, de l'hydrocèle vulgaire.

Dans les quelques cas d'hydrocèle symptomatique qui ont été étudiés jusqu'à présent, la formule cellulaire du liquide épanché s'est montré différente : polynucléaire dans l'hydrocèle qui accompagne l'orchite blennorrhagique, lymphocytaire dans celle qui accompagne la tuberculose du testicule.

Le liquide des kystes du cordon ne montre guère comme éléments cellulaires que des spermatozoïdes.

La cytologie des hydarthroses est encore peu connue. MM. Widal et Ravaut ont cependant signalé la prédominance des polynucléaires dans deux cas d'arthrite rhumatismale légère et dans un cas d'arthrite blennorrhagique. Aucune conclusion ne peut donc être tirée jusqu'à nouvel ordre d'une étude encore incomplète.

Il y a donc encore beaucoup à faire avant que l'étude cytologique de tous les épanchements séreux et sérofibrineux soit terminée. Mais, dès maintenant, on peut affirmer par ce que nous savons aujourd'hui que la nouvelle méthode préconisée par M. Widal est appelée à rendre de grands services au point de vue du diagnostic clinique et étiologique des inflammations des séreuses. Elle trouve déjà son indication dans les pleurésies et les méningites.

Pour terminer cette revue, nous devons exposer brièvement la technique du cytodiagnostic.

Le liquide destiné à l'examen histologique est recueilli par ponction (ponction exploratrice ou thérapeutique lorsqu'il s'agit de pleurésies, ponction lombaire quand il s'agit d'une méningite). Comme il s'agit dans bien des cas d'un liquide fibrineux qui se prend plus ou moins rapidement en masse après sa sortie de l'organisme, il est prudent de le défibriner tout d'abord.

Cette défibrination est facilement obtenue par l'agitation du liquide dans un vase dans lequel on a mis préalablement des perles de verre. La fibrine s'étant précipitée, la partie liquide du produit est décantée, puis versée dans un tube et centrifugée. Le dépôt obtenu au bout de quelques minutes de centrifugation est ensuite examiné au microscope. Il est nécessaire, pour bien reconnaître la nature des éléments cellulaires auxquels on a affaire, de s'aider de réactifs colorants. M. Widal préconise les solutions suivantes, d'usage classique, pour l'étude des globules blancs : éosine-hématéine, triacide d'Ehrlich, thionine.

Lorsqu'on a affaire à un liquide particulièrement pauvre en cellules, comme l'est souvent le liquide céphalo-rachidien, il est bon de recueillir ce liquide dans un tube effilé et de le centrifuger immédiatement dans ce tube.

CLINIQUE MÉDICALE

Séméiologie clinique du foie et du rein dans les gastro-entérites des nourrissons,

Par le Dr Prosper Merklen.

I. — L'histoire clinique des déterminations hépatiques et rénales des gastro-entérites tient peu de place.

Cette assertion se vérifie surtout pour le foie, dont il est difficile de préciser l'état par l'examen du petit malade. Dans certains cas, par la palpation, l'organe nous a semblé légèrement hypertrophié, mais chez l'enfant ce peut être là une constatation purement physiologique, car le foie est volumineux chez lui et représente, d'après Murchison, 1/30 à 1/20 du poids du corps, tandis qu'il n'en représente que 1/40 chez l'adulte. Il faudrait que cette hypertrophie fût nettement marquée pour qu'on fût autorisé à lui accorder quelque valeur symptomatique, et on ne doit rencontrer qu'exceptionnellement des faits analogues à ceux dont parlent Rilliet et Barthez, qui ont vu « le foie et la rate se développer à peu près comme dans la fièvre typhoïde, surtout dans les formes aiguës et aussi dans les formes chroniques, lorsque le foie a subi la dégénérescence graisseuse ».

La coloration des selles mérite plus d'attention. Au cours de l'infection intestinale, on peut les voir devenir vertes, et cela pendant un temps plus ou moins long; la teinte en est même parfois très foncée. Cette coloration particulière disparaît chez certains sujets, pour se montrer à nouveau quelques jours plus tard, les selles redevenant jaunes dans cet intervalle comme elles l'étaient auparavant. Elle est, en tout cas, en rapport avec des poussées biliaires, qui traduisent elles-mêmes la suractivité du foie congestionné; aussi la vésicule biliaire est-elle remplie de bile verte en abondance. Il est d'autre part certaines diarrhées vertes dans lesquelles, d'après les recherches de Lesage, ce n'est pas la bile qu'on doit incriminer, mais bien la présence d'un microbe chromogène vert, race particulière de coli-bacille, capable de produire le pigment qui donne leur couleur aux matières fécales. Cette nouvelle variété est bien moins fréquente que la première; désire-t-on du reste savoir si l'on est en présence d'une diarrhée bilieuse, il suffira de mettre les pigments en évidence par le spectroscope et les réactions chimiques ordinaires, de rechercher au microscope les cristaux biliaires et la cholestérine, ou, moyen plus simple encore, de répandre sur le lange une goutte d'acide nitrique qui, dans l'affirmative, décèle les teintes caractéristiques de la biliverdine et de ses composés. La suractivité du foie qui donne naissance à la diarrhée verte bilieuse explique que celui-ci soit l'apanage des formes aiguës de gastro-entérites. Dans les formes prolongées au contraire, il n'y a plus guère de congestion hépatique; la sécrétion biliaire est bien plutôt diminuée et les selles sont volontiers décolorées. Cependant lorsqu'elles sont blanches, analogues à du mastic comme couleur et consistance, on aurait tort de toujours conclure à de l'hypocholie : la bile dans bien des circonstances y est simplement masquée par l'excès des graisses.

L'ictère ne fait pas partie du cortège symptomatique de la gastro-entérite. On peut toutefois mentionner dans cet ordre d'idées l'ictère infectieux d'origine intestinale, décrit par Lesage et Demelin (1), qu'on rencontre soit à l'état épidémique, soit à l'état sporadique.

Les enfants atteints de gastro-entérite présentent assez souvent, au bout de quelque temps, du purpura abdominal, sur lequel le professeur Hutinel a coutume d'attirer l'attention. C'est là un signe pronostic grave. La localisation insolite est en rapport avec le siège primitif de l'affection, et cette manifestation cutanée répondant à une lésion gastro-intestinale fait tout naturellement songer à la théorie des distributions métamériques. Mais ce qui nous intéresse surtout ici, c'est que devant la fréquence bien établie du purpura, chez les hépatiques, on peut se demander si le foie, par ses altérations, n'intervient pas également dans la production de cette variété de purpura.

Enfin, en même temps que l'enfant maigrit, le foie se charge de graisse, comme s'il se faisait une sorte de déplacement de cette substance. Parrot, dans son livre sur l'athrepsie, remarque, en effet, que les cellules hépatiques ne deviennent graisseuses que chez les enfants ayant un certain embonpoint. De plus, dit-il, il est nécessaire que la maladie ne se prolonge pas; en cas de marasme et d'athrepsie confirmée, toute la graisse est consommée, même la graisse viscérale.

II. — Les altérations du rein se révèlent par un plus grand nombre de symptômes, indépendamment de l'albuminurie dont il sera question plus loin. Deux de ces symptômes ont surtout une réelle valeur : la dyspnée toxique et l'œdème.

Il n'est pas rare de se trouver en face de nourrissons dyspnéiques, avec soulèvement thoracique et battement des ailes du nez. L'auscultation reste négative ou ne laisse entendre que des râles diffus, nullement en rapport avec les signes fonctionnels. Cette dyspnée *sine materia* n'est pas davantage expliquée par l'autopsie qui montre les poumons indemnes. Elle constitue ainsi un phénomène purement toxique et rappelle en tous points la dyspnée urémique de l'adulte. Czerny (2) l'a vu évoluer avec des caractères spéciaux : l'inspiration est courte et suspirieuse, et chaque expiration suivie d'une période d'apnée de plus en plus prolongée. Fidèle à la théorie de l'intoxication acide, c'est par elle que cet auteur explique l'existence de dyspnée sans lésions. Mais il ne parle pas de l'examen des urines, et la plupart des cliniciens concluent précisément, grâce à de multiples observations, à l'origine rénale de cette dyspnée. Devant un cas analogue, l'examen des reins ne devra jamais être négligé, et, presque toujours, il fournira des résultats positifs.

L'œdème n'a pas moins d'intérêt. Il siège, d'après Koplik, à la partie antérieure des jambes et à la face dorsale des pieds. Peu apparent chez les enfants à membres potelés, il nécessite alors une pression soignée et prolongée; il se perçoit plus facilement chez les petits malades émaciés par une gastro-entérite prolongée, et c'est dans cette dernière forme qu'on le rencontre d'ordinaire. Il s'accompagne parfois d'une bouffissure de la face qui fait saillir les paupières supérieures, mais n'est pour ainsi dire jamais généralisée à tout le corps. Une fois chez un enfant on a noté, pendant un temps très court, de l'anasarque, qui a laissé après elle un œdème intermittent des pieds et des mains.

Sur le même plan que la dyspnée toxique et l'œdème

1. Lesage et Demelin, De l'ictère du nouveau-né et principalement de l'ictère infectieux, *Revue de médecine*, janvier 1898.

2. Czerny, Zur Kenntniss der Gastroenteritis im Säuglingsalter — Respirationsstörungen (*Jahrb. für Kinderheilk.*, 1897, XLV).

on pourrait mettre le myosis, s'il se rencontrait plus souvent. Lorsqu'on peut le noter, il constitue un signe dont on doit tenir le plus grand compte; et, malgré sa rareté, on aurait tort de négliger l'examen de la pupille chez les nourrissons dont l'infection intestinale n'aboutit pas franchement à la guérison.

Les autres symptômes rattachés à l'adultération des reins semblent plus sujets à caution, et il est bien difficile d'y faire la part de ce qui revient à la gastro-entérite elle-même et à la complication rénale. Koplik attribue une certaine importance à l'agitation alternant avec des moments de stupeur, et insiste sur une variété de vomissements incoercibles dont la diète et les lavages de l'estomac ne peuvent avoir raison. L'hypothermie caractérise la forme algide de la gastro-entérite, et les convulsions qui constituent le mode ordinaire de réaction du jeune âge appartiennent à toutes les toxi-infections, comme le coma est l'aboutissant des maladies les plus différentes. Tous ces signes, par suite, ne révèlent une lésion rénale que dans des conditions déterminées et surtout par leur groupement : ainsi les convulsions et le coma accompagnés de fièvre se rattachent plutôt à des accidents cérébraux, tandis qu'apyrétiques, ils indiquent de préférence une localisation rénale. Pour certains auteurs, les convulsions dépendraient de l'auto-intoxication consécutive à la diminution de l'action antitoxique du foie.

Les données cliniques, qui se bornent à déceler l'existence de certaines lésions hépatiques et rénales, cèdent, toutefois, le pas aux déductions tirées de l'analyse des urines.

III. — Celles-ci revêtent au cours des gastro-entérites deux aspects bien distincts : ou bien leurs caractères ne les éloignent guère des urines normales, ce qui se note surtout dans les formes bénignes ou les formes peu pyrétiques, ou bien elles présentent tout un ensemble de propriétés spéciales et appartiennent aux formes graves et fébriles de la maladie.

Dans les affections intestinales bénignes, les urines restent jaune clair, peu odorantes, de densité faible et inférieures à 1010, peu toxiques, à point cryoscopique voisin de 0, et sont émises en quantité sensiblement égale à la normale. La proportion des éléments constituants y est à peu près identique, et on trouve une production minima d'éléments pathologiques. En un mot, ce sont des urines pauvres; et si chez le nourrisson bien portant cette élimination urinaire traduit le bon fonctionnement de la nutrition cellulaire, elle est de plus, en cas de gastro-entérite, l'indice du peu de virulence des agents toxi-infectieux dont le foie et le rein sont à même d'entraver l'action nocive.

Les urines de la seconde variété d'infection intestinale sont toutes différentes. Leur quantité diminue notablement; et au premier abord, l'on est tenté de croire que les mictions des 24 heures n'ont pas été intégralement recueillies. Il n'en est rien; comme dans certaines maladies infectieuses de l'adulte, l'oligurie chez ces enfants est très marquée, descend à 30 grammes et moins, et tient, pour une grande part, à la déshydratation que provoque la diarrhée. Ces urines sont foncées, brunes comme de la bière, troubles et sales, d'une acidité exagérée; mais elles deviennent très rapidement alcalines, si on ne les conserve à l'aide du naphtol. Elles sont d'une odeur pénétrante, chargées de sédiments qui tombent au fond du verre sous forme de dépôt. On y trouve en général beaucoup d'acide urique et d'urates qui font sur le linge des taches brun rouge. Cette surcharge de principes nouveaux augmente leur densité, qui atteint 1015, 1020 et davantage; pour la même raison, elles deviennent hypertoniques et leur point de congélation s'éloigne de 0. Leur toxicité enfin est singulièrement exagérée, leurs caractères sont ceux d'urines riches en éléments, pour la plupart, d'ordre toxique, provenant de substances organiques incomplètement élaborées ou dont la source réside dans les agents toxi-infectieux même de la gastro-entérite (1).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Rocher. *L'hématurie dans les néoplasmes du rein.* N° 472. (Boyer.)

M. Champenois. *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein et de leur battement.* N° 566. (Boyer.)

M. Marchal (A). *Des kystes hydatiques du rein.* N° 463. (Boyer).

M. Fouquet (J.). *Les fistules rénales post opératoires et leur traitement.* N° 567. (Baillière.)

M. Burty (A.). *Quelques observations d'uréthrites primitives aseptiques.* N° 685. (Asselin et Hauzeau.)

M. Patureau (H.). *Contribution à l'étude de la névralgie testiculaire et de son traitement par la résection nerveuse.* N° 674. (Steinheil.)

M. Colombani. *Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme et des conséquences thérapeutiques qui en découlent.* N° 631. (Masson.)

M. Polak (A.). *Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vésicales.* N° 677. (L. Boyer.)

M. Durrieux. *Les diverticules de la vessie.* N° 471. (Steinheil.)

M. Le Fur. *Des ulcérations vésicales et en particulier de l'ulcère simple de la vessie.* N° 683. (Steinheil.)

M. Buvat (J.-B.). *Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales.* N° 452. (L. Boyer.)

M. Mazaraky (G.). *Le rôle des rats dans la propagation de la peste.* N° 356. (Vigot, frères.)

M. Cabuche (L.). *Contribution à l'étude des accidents réflexes d'origine nasale.*

M. Delestre (Marcel). *Étude sur les infections chez le prématuré.* N° 440. (Steinheil.)

M. Nattan-Larrier (Louis). *Les premiers stades de l'hérédité maternelle.* N° 489. (Naud.)

Pour M. Rocher, toute hématurie rénale arrivant et disparaissant sans cause bien déterminée doit immédiatement faire penser au néoplasme.

Pour tirer de l'hématurie tous les renseignements qu'elle peut donner, il faut l'étudier successivement dans son apparition, en recherchant sous quelles conditions elle prend naissance; dans son évolution, en examinant son abondance, sa fréquence, ses intermittences et sa durée; enfin, dans ses associations avec les autres symptômes qui l'accompagnent.

Au point de vue du diagnostic du cancer du rein, l'hématurie a une importance considérable; elle est certainement le signe le plus constant, et sa précocité lui donne souvent un caractère dénonciateur sur lequel il est bon d'insister.

1. Prosper Merklen, Recherches sur les fonctions du foie et des reins dans la gastro-entérite (*Thèse* de Paris 1901. G. Steinheil, édit.).

D'après M. Champenois l'évolution des kystes hydatiques du rein est insidieuse et lente, mais progressive. Ils n'ont que très exceptionnellement tendance à la guérison.

Les complications qui rendent grave le pronostic d'un kyste hydatique du rein laissé à lui-même sont :

1° La compression des organes voisins par le développement excessif du kyste;

2° La rupture de la poche, soit dans un viscère (bassinet, appareil digestif, appareil respiratoire), soit dans le péritoine. soit à la peau (région lombaire).

La rupture, sauf à la région lombaire ou dans le bassinet, est presque toujours plus ou moins rapidement mortelle.

Le diagnostic du kyste hydatique du rein est délicat, mais les nouvelles méthodes d'exploration peuvent rendre de grands services.

Il faut opérer tout kyste hydatique du rein diagnostiqué.

C'est également à cette même conclusion qu'arrive M. Marchal ; pour lui le traitement de choix est l'incision avec marsupialisation : par voie lombaire ou péritonéale, suivant le cas.

Pour les gros kystes péritonéaux on pourrait employer la suture sans drainage de M. Pierre Delbet.

Mettant hors de cause les cas de tuberculose rénale où la néphrectomie doit être la règle. M. Fouquet pense qu'il est nécessaire de distinguer les fistules urinaires en purulentes et uro-purulentes.

Dans les fistules urinaires, rétablir la voie normale d'excrétion, rendre l'uretère libre, telle est l'indication à remplir, car ici la lésion uretérale est tout :

1° Uretère perméable, il faut toujours pratiquer le cathétérisme uretéral;

2° Uretère imperméable. Le cathétérisme est impossible; d'emblée il faut, pour lever l'obstacle, pratiquer une opération plastique uretéro-rénale.

Le rein est-il profondément altéré ou les interventions conservatrices ont-elles échoué, alors seulement la néphrectomie est indiquée.

Dans les fistules purulentes, la suppuration vient-elle uniquement du tissu péri-rénal : ouverture large du foyer, curetage, drainage des prolongements, mais sans toucher ni au rein, ni à l'uretère.

Le rein concourt-il à la suppuration, c'est que son tissu est altéré profondément, sa valeur nulle; on peut alors recourir à la néphrectomie.

Dans les fistules uro-purulentes, transformer la fistule en fistule purulente simple, telle est la règle à suivre.

Donc il faut d'abord considérer la fistule comme urinaire pure et la traiter en conséquence. L'urine ne coulant plus par le trajet, on traite la fistule purulente.

Traitement préventif des fistules urinaires.— Pour prévenir, pendant une intervention portant sur le rein, la formation de la fistule, il faut introduire et laisser à demeure une sonde dans l'uretère, et cela au moment même de l'opération, sinon avant.

Pour M. Burty, on observe chez des sujets vierges de tout passé uréthral des écoulements dans lesquels les examens microscopiques directs, les mieux conduits, ne permettent de trouver ni gonocoques, ni aucune autre variété de micro-organismes. Ces uréthrites reconnaissent des causes multiples; la plus fréquente est une infection des glandes de la prostate qui ne donne lieu à aucun symptôme et qui ne peut être révélée que par l'examen du liquide, obtenu par expression digitale en pratiquant le toucher. Les symptômes et l'évolution clinique de ces uréthrites diffèrent sensiblement de ceux de l'uréthrite à gonocoques. Le traitement consiste en lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, soit en lavages par pression simple, soit en lavages à la sonde. En cas d'infection persistante de la prostate, on aura recours à la méthode du gargarisme de la prostate, de M. le professeur Guyon.

La névralgie testiculaire est une affection rare qui, pour M. Patureau, a presque toujours pour origine l'infection blennorrhagique.

Quand le traitement médical a échoué, on doit recourir à l'intervention chirurgicale.

L'opération de choix consiste dans la résection des nerfs du cordon.

Plus que toutes les affections qui atteignent les voies génito-urinaires, la blennorrhagie et le varicocèle paraissent exercer une influence prépondérante dans la production de ces troubles psychiques. M. Colombani ne pense pas qu'il soit nécessaire, pour expliquer ces troubles, d'invoquer toujours un état mental antérieur particulier, une prédisposition acquise ou héréditaire. Dans un très grand nombre de cas, on constate simplement une émotivité, une impressionnabilité un peu spéciales des sujets. Souvent même on note un retentissement moral considérable chez des individus très bien équilibrés. Quant aux véritables psychoses blennorrhagiques, dont nous ne parlons qu'incidemment, elles s'expliquent vraisemblablement par l'infection générale.

Ces délires présentent, en effet, la symptomalogie caractéristique des délires septicémiques (confusion mentale avec stupeur et hallucinations).

En présence de ces troubles psychiques, il est nécessaire d'intervenir au point de vue thérapeutique. Tout en reconnaissant la valeur des traitements sédatifs généraux, nous pensons qu'il est indispensable de soigner la lésion locale que présente le malade. Dans la grande majorité des cas, le trouble organique conditionne le trouble émotif : l'intervention thérapeutique apportant souvent la preuve de cette proposition.

Les tumeurs malignes de la vessie sont beaucoup plus fréquentes que les bénignes. D'après M. Polak, on doit considérer la plupart des tumeurs vésicales comme des tumeurs prostato-vésicales.

La guérison spontanée des tumeurs bénignes est d'une rareté extrême.

Le pronostic de la tumeur vésicale, quelle qu'en soit la nature, est toujours d'une gravité notoire.

Le seul traitement rationnel contre les tumeurs vésicales est le traitement chirurgical.

Les tumeurs pédiculées doivent être opérées par la méthode de Nitze, c'est-à-dire, avec l'endoscope.

Les tumeurs sessiles, opérées par la taille hypogastrique, récidivent presque toujours.

On ne doit pas toucher aux tumeurs des malades dont la prostate est dure et irrégulière.

On appelle diverticules de la vessie des cavités annexées à cet organe, et dues à l'expansion d'une partie de sa paroi.

M. Durrieux dans son excellente thèse les divise en acquis ou congénitaux.

α) Les diverticules acquis sont dus à des obstacles permanents au cours de l'urine : hypertrophie prostatique, rétrécissement de l'urèthre ; ils sont dus aussi, souvent, à la présence de calculs dans la vessie.

β) Les diverticules congénitaux sont, comme la plupart des difformités datant de la vie fœtale, sous la dépendance de faits impossibles à préciser.

Ces deux catégories de diverticules s'accroissent suivant un mode pathogénique identique. Les obstacles à la miction, permanents, et souvent de plus en plus accentués, déterminent une pression intra-vésicale, plus forte, de l'urine : la paroi musculaire doit se contracter plus violemment, mais elle n'est pas uniformément résistante : certains points de la musculature s'hypertrophient, formant des colonnes; d'autres portions intercolumnaires, où existent les rudiments de cellules, se laissent distendre. Cette distension, qui s'accentue sans cesse, produit des diverticules souvent volumineux. Le diverticule congénital, préformé, prendra, naturellement, une importance prédominante sur les petits diverticules tard venus et encore récents.

a) Les diverticules peuvent siéger partout à la surface interne de la vessie.

b) La forme des diverticules est plus habituellement sphéroïde, régulière, quelquefois conoïde.

c) Le nombre des diverticules est en raison inverse de leur volume : les petits diverticules sont généralement multiples, les grands diverticules sont le plus souvent uniques : ils ne dépassent pas le nombre de 3 ou 4. On rencontre parfois 1 ou

2 grands diverticules congénitaux, avec de petits diverticules, acquis récemment, et multiples.

d) Les diverticules peuvent atteindre des dimensions énormes et dépasser plusieurs fois le volume de la vessie : plus habituellement ils varient, du volume d'un pois à celui d'un œuf de poule.

e) Les rapports des diverticules varient avec leur situation et leur volume : ils affectent souvent des connexions étroites avec l'uretère correspondant.

f) La paroi des diverticules est, d'ordinaire, plus mince que celle de la vessie. Elle comporte une muqueuse, continue avec la muqueuse vésicale et souvent altérée, une couche externe sous-péritonéale plus ou moins lâche, et une couche moyenne formée de tissu fibro-conjonctif serré, tantôt seul, tantôt accompagné de tissu musculaire plus ou moins bien développé.

g) Les diverticules au début paraissent tous avoir comporté une tunique musculaire qui peu à peu a disparu par atrophie de compression, par lésions secondaires.

Les diverticules peuvent être vides ou contenir de l'urine normale; cette urine peut être altérée, purulente, infecte. On trouve encore souvent des calculs.

Les petits diverticules ne se révèlent par aucun symptôme fonctionnel ou physique, vraiment typique; autrefois, on ne pouvait que les soupçonner, non les diagnostiquer.

Les grands diverticules, au contraire, se révèlent par des syptômes, dont le groupement permet d'arriver au diagnostic : c'est, au point de vue fonctionnel, une miction en deux temps, la deuxième émission d'urine étant purulente et augmentée par la pression abdominale; c'est, au point de vue physique, l'existence d'une tumeur sus-pubienne variable comme grosseur et comme consistance et s'affaissant pendant la deuxième évacuation d'urine, pour reparaître lorsque la vessie se remplit, soit naturellement, soit par une injection.

En dehors des ulcérations vésicales symptomatiques d'une lésion primitive de la paroi ou consécutives à une cystite ancienne (calcul, corps étranger, cystite chronique, leucoplasie, tuberculose, néoplasme), et dont la pathogénie d'ailleurs a été parfois mal interprétée, il existe des ulcérations simples essentielles, qu'on peut opposer aux premières.

D'après M. Le Fur, qui les étudie dans une thèse remarquables, ces ulcérations peuvent, comme dans l'estomac, revêtir deux types : soit le type chronique de l'ulcère simple, solitaire de la vessie; soit le type aigu de l'ulcération simple aiguë perforante d'emblée.

L'ulcère simple chronique apparaît ordinairement dans une vessie non atteinte de cystite antérieurement; il peut être très latent, se révélant seulement par des douleurs et des hématuries; il persiste longtemps à l'état de lésion purement locale, et ce n'est que longtemps après son apparition, dans les dernières périodes de son évolution, qu'il se complique de cystite et de pyélo-néphrite.

Il est souvent confondu avec la tuberculose vésicale, mais est très facilement curable, contrairement à celle-ci. Le pronostic, bénin au début, peut s'assombrir par l'apparition de complications, telles que la cystite diffuse et surtout la tuberculose et le cancer qui peuvent se greffer sur une ulcération primitivement simple de la vessie.

L'ulcération simple aiguë de la vessie revêt le plus souvent le type perforant d'emblée : évoluant parfois, comme dans l'estomac, avec une grande rapidité, il reste souvent latent et méconnu jusqu'au jour où il manifeste sa présence par une des deux complications suivantes : hémorrhagie ou perforation. La perforation peut très bien ne pas s'accompagner de péritonite, malgré l'épanchement d'une grande quantité d'urine dans la cavité péritonéale qui entraîne alors seulement des phénomènes d'intoxication.

La pathogénie de ces ulcérations est très complexe, et sans doute variable comme pour les ulcérations gastriques; il faut savoir être éclectique et tout en admettant les lésions vasculaires (embolie et thrombose) d'ailleurs très rarement constatées, savoir faire une place beaucoup plus grande aux lésions trophiques et surtout aux lésions infectieuses de nécrose hémorrhagique prouvées à la fois par la clinique, l'histologie, l'expérimentation.

Le traitement variera suivant les cas :

Dans le cas d'ulcère chronique, il faudra recourir à la taille hypogastrique qui seule permet de se rendre un compte exact des lésions.

Dans le cas d'ulcération simple aiguë perforante, l'on devra intervenir dès que le diagnostic sera posé; au début, l'on pourra recourir à la taille hypogastrique, suivie de suture de la perforation et de drainage de la vessie; au plus tard, au moment des accidents péritonéaux, il faudra d'emblée faire la laparatomie.

Des nombreux résultats thérapeutiques qu'il a obtenus, M. Buvat conclut que la sérumthérapie artificielle est une médication excellente dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale; elle trouve ses indications dans l'état physique du malade et dans les symptômes qu'il présente.

Elle ne doit pas être exclusive, ni appliquée systématiquement. Son innocuité est absolue. L'auteur recommande l'usage des doses massives (500 centimètres cubes au minimum), et répétées tous les jours, tous les 3 jours, ou tous les 5 jours, suivant l'effet à obtenir.

Il divise ses sérums en trois classes : le sérum chloruré à 7,5 p. 1 000; le sérum bromuré à 6 p. 1 000; le sérum ioduré à 2 p. 1 000.

Ils ont des propriétés générales communes. Ils stimulent toutes les fonctions physiologiques, débarrassent l'organisme de ses déchets en poussant à toutes les sécrétions éliminatrices; sous leur influence l'état général des malades se relève rapidement.

Le poids s'accroît d'une façon progressive et continue : la sitiophobie, le gâtisme, les eschares disparaissent; le malade est mis dans un état de vitalité organique meilleur, tandis que les aggravations paroxystiques et les troubles psychiques surajoutés dus aux auto-intoxications tels qu'accès d'agitation, troubles hallucinatoires variés, sont écartés.

Le sérum chloruré s'adressera aux psychoses toxi-infectieuses récentes et aiguës, qu'elles soient à forme mélancolique, maniaque, ou de confusion mentale; dans les formes dépressives avec asthénie cardiaque, on pourra lui adjoindre 1 gramme de caféine par litre.

Dans certains cas, sous son influence, on voit les troubles psychiques disparaître à mesure que l'état général s'améliore.

Dans d'autres cas, on observe une dissociation entre les troubles psychiques qui restent stationnaires et les troubles physiques qui s'améliorent.

Le sérum bromuré a des qualités éminemment sédatives : il sera indiqué dans tous les états mélancoliques avec agitation anxieuse, dans l'agitation maniaque de certains intermittents et de quelques séniles.

On en fera d'heureuses applications dans l'épilepsie où, à doses égales, il agit beaucoup mieux que la bromuration par la voie digestive sur le nombre des accès, tandis qu'il fait disparaître l'acné, stimule toutes les fonctions physiologiques et met le malade dans un état cénesthésique meilleur qui a une répercussion favorable sur le caractère.

Le sérum ioduré jouit de propriétés particulières anti-scléreuses; il sera réservé aux paralytiques généraux syphilitiques, et en général aux aliénés syphilitiques.

Sous son influence, chez des malades, soumis depuis un an au traitement, la dénutrition a été enrayée, les poussées thermiques et les ictus dus aux auto-intoxications, les accès d'agitation se sont atténués jusqu'à disparaître. L'état démentiel, les troubles somatiques de la parole, des yeux, des réflexes sont restés stationnaires.

La propagation de la peste par les rats est incontestable, et l'étude assez complète de M. Mazaraky contribue à le démontrer. Les rats représentent un mode de propagation fort actif et fort redoutable. Cette propagation est moins importante et moins à craindre dans les pays à hygiène publique et individuelle avancée, et par conséquent moins redoutable en Europe que partout ailleurs.

La destruction des rats doit être classée parmi les moyens actifs destinés à combattre la peste. Elle doit être assurée :

a) A bord des navires, aussi bien pendant la traversée que

lorsqu'ils sont à quai ; b) sur terre aussi bien dans les pays indemnes de peste que dans ceux qui sont en proie à ces épidémies.

L'auteur rappelle à ce propos les mesures prises en France, à Hambourg, en Angleterre, et montre que la portée de la destruction des rats a une importance variable avec les contrées.

a) En Europe et dans les contrées indemnes de peste, elle représente surtout une mesure prophylactique.

b) En Asie et autres contrées à foyers de peste endémique, la destruction des rats constituera un des meilleurs moyens destinés à combattre et détruire l'endémicité.

M. Cabuche montre que les réflexes qui ont pour point de départ la muqueuse nasale sont nombreux.

Le système laryngo-bronchique, l'appareil cardio-vasculaire et le système nerveux sont principalement intéressés.

Le tempérament nerveux du sujet prédispose à ces troubles réflexes.

L'état pathologique de la muqueuse, en exaltant sa sensibilité, entre pour une large part dans la genèse de ces accidents.

Ceux-ci se produisent surtout lorsque l'agent irritant exerce son action sur les zones hypersensibles ou spasmogènes de la pituitaire, siégeant sur les cornets inférieur et moyen, principalement à leur extrémité antérieure et sur leur bord libre.

Le meilleur mode de traitement est celui qui agit directement sur ces zones hypersensibles, et qui est réalisé temporairement par l'anesthésie intranasale, et d'une façon durable, par la galvanocautérisation.

Dans une très importante et intéressante étude, M. Delestre montre que la fréquence des infections chez les enfants nés prématurément résulte de l'insuffisance de leurs moyens de défense.

Cette insuffisance est la conséquence de l'imperfection de leurs organes, qui nous est révélée par un certain nombre de symptômes dont le plus frappant est l'hypothermie.

Lorsque la température du prématuré s'est élevée graduellement à 37° et qu'elle s'est fixée à ce chiffre, on peut dire que tous ses organes, à l'exemple de son régulateur thermique régi par le système nerveux, fonctionnent d'une façon suffisante. C'est pourquoi avec son maître, le professeur Hutinel, M. Delestre conseille alors de le sortir de la couveuse.

Aux causes physiologiques de moindre résistance qui existent d'une façon normale chez le prématuré, vient encore s'ajouter fréquemment l'influence exercée sur ses cellules par les maladies ou les tares de ses générateurs.

L'appareil respiratoire paraît être la voie de pénétration des germes la plus ordinaire chez le prématuré dans le milieu hospitalier. S'il existe des différences au point de vue physiologique entre le prématuré hypothermique et celui qui a atteint 37°, on en trouve également au point de vue pathologique :

Chez le premier, il suffit généralement que les germes arrivent au poumon pour qu'il succombe immédiatement à la broncho-pneumonie hémorrhagique ; il n'a, le plus souvent, pas le temps de faire de généralisation et l'on accuse alors de sa mort la débilité congénitale.

Chez le second, la résistance est un peu plus grande, et il meurt habituellement de septicémie lorsque les germes ont envahi tous ses organes.

Le sang paraît être la voie de propagation la plus fréquemment suivie par les microbes au cours des septicémies des prématurés.

Qu'il s'agisse d'infections localisées ou de septicémies, les symptômes sont en général fort peu accusés, et l'affection n'est souvent révélée que par les modifications de la température et du poids.

Au point de vue prophylactique, on peut, dans une certaine mesure, mettre les prématurés à l'abri des infections cutanées, digestives, ombilicales ; l'infection par la voie respiratoire est plus difficile à éviter.

On est d'ailleurs peu armé contre ces infections, et les moyens physiques tels que bains, révulsifs, lavages d'estomac et d'intestin, injections de sérum, saignées, constituent les seules ressources.

M. Nattan-Larrier conclut d'une remarquable étude expérimentale et anatomo-pathologique que sous l'influence des infections maternelles, alors même qu'aucun microbe n'aurait passé de la mère au fœtus, les appareils hématopoiétiques de celui-ci peuvent entrer en réaction : ce fait est une preuve du passage des toxines microbiennes de la mère au fœtus.

Le foie, organe le premier touché, est aussi l'un des organes qui réagissent le plus nettement. La réaction peut porter sur la totalité des éléments myéloïdes de son tissu, hématies nucléées et myélocytes basophiles, ou sur l'un seulement de ces éléments. Dans quelques cas, il peut exister une réaction intense des autres organes hématopoiétiques alors que le tissu myéloïde du foie semble être resté inerte.

Les réactions sont variables suivant la nature des substances toxiques, la durée de leur action, l'âge du fœtus.

Les réactions de la rate ne sont pas nécessairement égales à celles du foie : elles portent le plus souvent d'une manière plus spéciale sur un seul des éléments cellulaires constituant le tissu splénique.

M. Nattan-Larrier s'est livré à une étude très approfondie du foie du nouveau-né et conclut qu'il est caractérisé au point de vue fonctionnel par sa richesse en graisse et en glycogène.

L'élaboration de ces substances nous a paru se faire par l'intermédiaire de l'ergatoplasme, protoplasme hautement différencié.

A côté des lésions suraiguës de la cellule hépatique aboutissant à la chromatolyse ou à la plasmolyse, il est d'autres altérations qui atteignent le fonctionnement de l'organisme, entravent l'élaboration du glycogène et produisent la surcharge graisseuse des cellules hépatiques.

Le nouveau-né, dont le foie a subi de telles modifications fonctionnelles, se trouve dans des conditions anormales au point de vue de sa nutrition et de sa thermogenèse.

Les organes hématopoiétiques en évolution (rate), qui ont subi une modification réactionnelle sous l'influence de la maladie de la mère, semblent continuer après la naissance leur évolution morbide : la réaction hématopoiétique, déjà précise chez le nouveau-né, le devient plus encore 15 jours après la naissance. Les réactions d'un organe hématopoiétique en régression, comme le foie, sont au contraire passagères.

Le fonctionnement de la cellule hépatique, s'il est altéré au moment de la naissance, peut ne pas encore être rétabli dans sa formule normale 8 à 15 jours après la naissance.

L'étude des lésions cellulaires du fœtus montre qu'il peut naître porteur de lésions intenses formant le substratum anatomique d'un certain nombre de maladies congénitales.

Dans les cas où M. Nattan-Larrier a vu une lésion du même organe se produire chez le générateur et le descendant, le nouveau-né présentait toujours d'autres lésions, parfois même aussi intenses, au niveau d'autres organes.

Les lésions organiques du fœtus paraissent le résultat d'une maladie autonome, qui a pour origine la maladie du générateur, mais qui ne reproduit pas les lésions caractéristiques de celle-ci. En présence des poisons d'origine maternelle, les organes du fœtus s'altèrent ou réagissent suivant leurs aptitudes spéciales.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Du délire dans la gangrène sénile, par M. Fabre (*Centre médical*, 1er juin 1901). — L'auteur rapporte deux cas de gangrène sénile qui ont été accompagnés de délire. Dans l'un, ce fut un délire mélancolique, lypémaniaque ; dans l'autre il y a eu un délire aigu avec agitation et hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Mais ni chez l'un ni chez l'autre le délire n'a persisté ; ni l'un ni l'autre n'étaient alcooliques.

Dans les 2 cas que le professeur Lépine a cités (*Lyon médical*, du 6 janvier 1901), il s'agit aussi de deux vieillards, l'un de 65 ans, légèrement alcoolique, et qui eut un violent délire après

la chute totale des orteils; l'autre également un peu alcoolique et qui a les allures d'un dément, n'a pas eu de chute d'orteils, mais il s'est mis à délirer brusquement, d'un délire d'abord bruyant, puis tranquille.

Le Dr Vincent, chez un malade âgé de 77 ans, atteint de gangrène sénile, a observé du délire mélancolique avec idées de suicide.

Sans vouloir essayer de préciser la pathogénie du délire dans la gangrène sénile et dans la gangrène des extrémités, il semble qu'il faut admettre que ce délire est d'origine différente suivant les cas.

Il peut provenir soit de troubles de la circulation cérébrale dus à de l'artério-sclérose, soit de troubles de nature septicémique (par résorption des produits du sphacèle), soit encore de l'épuisement nerveux dû à l'excès de la douleur.

Chose curieuse, chez ces deux malades le délire a duré environ 3 semaines, au bout desquelles il y a eu du calme, sinon de l'amélioration.

Sur la polyarthrite rhumatismale aiguë (Sulla poliartrite reumatica acuta), par Maragliano. (*Gazzett. degli ospit e del cliniche*, 1901, n° 18). — L'auteur rappelle les recherches entreprises par Dagnino, Wattermann, etc., sur l'étiologie de la polyarthrite rhumatismale. Avec Dagnino à la clinique de Gênes, ils ont étudié 14 cas de rhumatisme. Dans 12 cas ils ont trouvé dans le sang et dans le liquide des articulations un micro-organisme rappelant morphologiquement le staphylocoque, mais s'en distinguant nettement par les cultures. Sur les lapins il reproduirait une polyarthrite sérofibrineuse avec endopéricardite.

Durée de l'incubation dans la fièvre jaune (The perond of incubation of yellow fever), par H. R. Carter (*Medical Record*, 1901, 8 mars). — L'auteur a étudié un grand nombre de cas de fièvre jaune à ce point de vue et de sa statistique personnelle il conclut que l'incubation moyenne de la fièvre jaune est de 3 à 8 jours.

CHIRURGIE

Radiographie de la vessie (Zur Kasuistik der Radiographie der Harnblase), par Stockmann et Aust (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex. Org.* 1901, n° 2, p. 93).

Observation d'une sourde-muette de 32 ans entrée à l'hôpital avec des symptômes de cystite purulente. La cystoscopie a permis de constater la présence d'un corps étranger dans la vessie. La radiographie montra que le corps étranger était une épingle à cheveux. Extraction sans difficulté. Guérison.

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude de l'hypertrichose lombo-sacrée envisagée comme stigmate anatomique de la dégénérescence, par L. Mayet (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, fasc. 3, p. 266, mai-juin, 1901). — La malade présentait sur la région lombo-sacrée une grosse touffe de poils atteignant jusqu'à 28 centimètres de longueur. Il n'y avait pas de spina bifida occulta, mais on pouvait noter nombre de stigmates anatomiques de la dégénérescence: plagiocéphalie; front bas avec implantation des cheveux près des sourcils; asymétrie faciale; prognathisme; oreille non ourlée et sans lobule; anomalies dentaires; brachydactylie; scoliose. La malade était manifestement une dégénérée; l'hypertrichose lombo-sacrée doit être considérée comme un des stigmates de cette dégénérescence.

Quoique l'hypertrichose lombaire ait été peu étudiée à ce point de vue, les auteurs ont cependant mentionné sa coexistence avec d'autres tares, avec la polydactylie (Fischer), la polymastie (Sonnenburg), les déviations de la colonne vertébrale et la luxation congénitale de la hanche (Joachimsthal), l'idiotie (Voisin), des tares diverses (Féré). On a vu plus haut que la malade de Mayet était une dégénérée stigmatisée à un haut degré.

TROISIÈME CONGRÈS NÉERLANDAIS DES SCIENCES NATURELLES ET MÉDICALES

Tenu à Rotterdam les 11, 12, 13 et 14 avril 1901.

Traitement chirurgical de la néphrite.

M. Korteweg, après avoir rappelé que dans les cas de concrétions rénales, de pyonéphrose, etc., l'intervation chirurgicale est admise en général, rappelle qu'en 1878, Harrison opéra un malade qui, après avoir eu la scarlatine, présentait des symptômes tels que l'on posa le diagnostic d'abcès du rein. Or, à l'opération, on ne trouva aucune trace de pus, mais la ponction faite à travers l'organe fut suivie d'un résultat inattendu : la néphrite guérit.

Ce résultat ne peut être expliqué qu'en supposant que l'intervention ait déterminé une diminution de tension dans l'organe et ait permis à la circulation de devenir plus active. Il y a lieu d'accorder une grande importance au fait que la ligature de l'uretère chez le chien s'accompagne non seulement de stase urinaire, mais de stase veineuse. Il existe aussi souvent un phénomène très curieux qu'on pourrait dénommer une néphrite sympathique : c'est que la fermeture d'un uretère amène une congestion du rein opposé. Ce fait s'explique soit par l'intervention d'un acte réflexe, soit par la surcharge sanguine qu'éprouve le rein resté seul actif, et la compression secondaire de ses éléments sécréteurs.

L'intervention chirurgicale : incision de la capsule ou ponction, agit en facilitant les conditions circulatoires. Souvent on rencontre des cas de néphrite présentant des caractères tels que le diagnostic de lithiase s'impose; l'opération ne démontre l'existence d'aucun calcul et suffit pour rétablir l'ordre normal.

Elle pourrait donc être tentée pour améliorer les phénomènes de douleur et de tension exagérée du rein dans sa capsule.

La méthode n'a toutefois pas encore fait suffisamment ses preuves pour qu'on puisse savoir si le résultat qu'elle donnera pendant les accidents aigus, survenant au cours des néphrites chroniques, sera assez durable pour compenser les dangers inhérents à toute intervention de ce genre. Quoi qu'il en soit, elle mérite d'attirer, dès à présent, l'attention des médecins.

M. Pel recherche les opinions émises précédemment par des chirurgiens et des cliniciens; Il cite surtout James Israel et Alfred Pousson. Aucun praticien ne doute plus de l'efficacité d'une intervention chirurgicale dans les abcès du rein, les affections calculeuses ou tuberculeuses de cet organe, les tumeurs, etc. M. Pel laisse de côté momentanément l'hématurie « essentielle », que l'on ne peut expliquer que par un spasme vasculaire ou une tendance hémophilique, mais qui, dans certains cas, était due à l'existence de foyers tuberculeux microscopiques; de même, la néphrite ascendante, greffée sur une pyélite, est une affection qui, avant toute autre, appelle fréquemment la néphrotomie. La discussion actuelle ne doit porter que sur l'intervention chirurgicale dans la maladie de Bright. M. Pel doit se contenter d'analyser et de commenter ce que d'autres ont écrit sur ce sujet, car il n'a jamais confié aucun de ses néphritiques au couteau du chirurgien. Une critique sérieuse des 3 observations de Harrison lui permet de dire qu'elles ne sont pas concluantes. Israël, en 1899, prétendit que l'incision du rein améliore le processus néphritique, et lui attribua un rôle important dans la thérapeutique de l'avenir. Il traita 14 malades, dont 6 guérirent d'après lui; 3 fois il y eut une récidive; 2 opérations restèrent sans résultat et 3 cas furent très défavorables. En somme, cette statistique n'est pas brillante. Pousson alla beaucoup plus loin et parla même de faire une néphrotomie chez un urémique! Les cas qu'il a publiés ne sont presque jamais des cas de néphrite vraie, et ses diagnostics manquent de précision. Pousson considère que l'anurie et les grandes douleurs sont une indication suffisante pour opérer, ainsi que l'intensité de l'hémorrhagie. M. Pel trouve que ce dernier symptôme donne rarement, par lui-même, lieu de craindre pour la vie du malade; il semble plutôt utile pour diminuer la tension intra-rénale.

Quant aux douleurs internes, on les observe rarement au cours de la néphrite vraie, et c'est de cette affection seule que nous devons nous occuper ici.

Existe-t-il enfin de l'anurie, alors l'incision de la capsule rénale et la décompression dont elle sera suivie pourront faciliter la circulation et rétablir le cours de l'urine.

M. Pel craint l'opération, parce que les conditions dans lesquelles elle se fera seront toujours défavorables, le malade étant fortement affaibli par de longues souffrances; même l'anesthésie et les antiseptiques sont dangereux.

Enfin, il y a toujours lieu de se demander, lorsqu'on étudie de près les cas cités par Israël, Pousson, etc., si les malades qu'ils donnent comme guéris ne l'auraient pas été sans opération, et si ceux qui ont eu des récidives n'y auraient pas échappé, grâce à un autre procédé de traitement.

M. Pel croit qu'Israël exagère l'importance de minimes lésions du rein au point de vue du danger des hémorrhagies; il est rare, en effet, de constater à l'autopsie de sujets d'un certain âge que le rein est resté intact, même lorsqu'aucun symptôme n'a appelé l'attention de ce côté.

Comme indication possible et raisonnablement admissible de l'opération, il y a lieu de considérer les cas de néphrite aiguë ou à exacerbations aiguës, dans lesquels la diminution de la diurèse peut créer un danger et dans lesquels le traitement interne est resté inactif.

En terminant, M. Pel appelle l'attention sur les nouvelles méthodes qui peuvent donner des indications utiles au sujet de la fonction rénale et, en tout premier lieu, les méthodes cryoscopiques.

M. Rosenstein (de Leyde), dans un discours extrêmement spirituel, critique les chirurgiens qui veulent à tout prix intervenir dans quantité de cas réservés jusqu'à présent à la médecine interne. Dans les néphrites toxiques, ce n'est pas la section de la capsule qui peut donner beaucoup de soulagement, puisque les lésions se produisent dans l'épithélium. Passant en revue les diverses formes de néphrite, il finit par admettre que, lorsque l'anurie existe, que les traitements médicaux sont restés inefficaces, qu'on ne sait plus à quel saint se vouer, alors, on peut tenter l'opération.

Tuberculose et traumatisme.

M. Deknatel étudie la question du rapport existant entre la tuberculose et les traumatismes, particulièrement au point de vue de la loi sur les accidents du travail. Les expériences de laboratoire démontrent que cette relation existe; en pratique, on peut distinguer une relation indirecte quand, par exemple, la tuberculose pulmonaire se déclare après une fracture de la jambe; et une relation directe, lorsque la plaie devient elle-même tuberculeuse ou bien lorsque les os de l'articulation s'infectent. Il y a lieu, pour le médecin expert appelé à apprécier un cas, de s'enquérir exactement, au moment de l'accident, de la santé avant l'accident, etc.

L'indigo bleu et le scatol rouge de l'urine.

M. Stokvis (d'Amsterdam) est parvenu à isoler dans l'urine l'indigo bleu du scatol rouge et attache une importance diagnostique à cette différenciation, vu que le premier de ces corps se rencontre plutôt dans l'urine de sujets atteints de l'estomac et l'autre dans celle de sujets souffrant de troubles intestinaux. A cet effet, l'urine doit être d'abord sursaturée avec du sulfate d'ammonium, puis filtrée. Le filtrat est évaporé et légèrement acidulé au moyen d'acide acétique, puis traité par de l'éther acétique. On agite celui-ci avec de l'eau distillée, et l'eau se charge ainsi de l'indigo bleu. L'éther acétique restant est ensuite agité avec une faible lessive de potassium, et celle-ci se charge du scatol rouge.

Modifications du pouls.

M. Venckebach (de Groningue) a continué ses études sur les altérations pathologiques du pouls. Actuellement, on admet en général que la contraction du cœur trouve son point de départ dans le muscle cardiaque lui-même. Les nerf du cœur servent surtout à modifier la vitesse du pouls (action chronotrope), la force du pouls (action inotrope) et la conduction de l'onde d'excitation dans le muscle lui-même (action dromotrope).

M. Wenckebach, qui précédemment a étudié l'importance de l'apparition d'extrasystoles dans la pathogénèse d'irrégularités de rythme, présente des tracés sphygmographiques dans lesquels la durée des pulsations, la soudaineté de l'apparition du trouble d'arythmie ou de tachycardie font présumer l'existence de troubles exclusivement nerveux. Souvent on rencontre dans ces cas une faiblesse relative très grande des pulsations cardiaques (action inotrope). Or, il faut bien remarquer que cette action inotrope, cette diminution de la force des pulsations, peut exister concurremment avec les troubles du rythme (action chronotrope), mais qu'elle peut aussi en être tout à fait indépendante.

La malaria en Hollande.

MM. Vosmaer et **Van der Scheer** rendent compte de leurs recherches sur la malaria en Hollande. Ils ont vérifié que la propagation de la maladie se fait ici, comme dans les pays chauds, par l'intervention des moustiques du genre anophèle. Le parasite passe par un cycle entier, dont une partie : les stades de vie sexuée, la copulation, l'ovulation, etc., se passe exclusivement dans l'organisme du moustique, Les formes jeunes, asexuées, pénètrent dans les glandes salivaires de l'insecte et de là dans la blessure que ses mandibules creusent dans la peau de l'homme. Les recherches faites par Van der Scheer et Berdenis van Beukelom établissent qu'en Zélande la malaria suit les mêmes règles qu'en Italie.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la rhinite chronique hypertrophique diffuse par les injections sous-muqueuses de chlorure de zinc,

Par M. le Dr Paul Viollet,

Médecin auriste de l'hôpital Péan.

Le Dr Hamm, de Braunschwig, a eu l'heureuse idée d'appliquer au traitement de la rhinite hypertrophique la méthode sclérogène de Lannelongue.

M. Viollet, de son côté, a pratiqué un certain nombre de ces injections; les résultats obtenus ont paru confirmer ceux de Hamm. Il est vrai qu'il n'a appliqué cette méthode qu'à une catégorie de cas bien déterminés : ceux où la muqueuse était atteinte d'une sorte de gonflement chronique diffus.

Le terme de rhinite hypertrophique est en effet vague et le traitement en question ne peut s'appliquer avec fruit à tous les cas ainsi dénommés.

Il faut distinguer entre l'hypertrophie vraie de la muqueuse, cas dans lesquels la muqueuse est épaissie et résistante dans dans toutes ses parties, ne se laissant pas déprimer par le stylet qui l'explore, manifestant une tendance à la dégénérescence myxomateuse. Ce sont les cas qui s'accompagnent souvent de têtes ou queues de cornet dont l'aspect framboisé est si particulier et dont la structure répond à la description du myxome vrai. Ces cas-là relèvent toujours du galvano-cautère ou mieux encore de l'anse froide ou de la pince à morcellement.

Mais à côté d'eux, et tout aussi nombreux, sont les cas d'obstruction nasale causés par une sorte de gonflement chronique, cas dans lesquels on constate, sur les cornets inférieurs, l'existence d'une muqueuse molle, distendue, qui vient s'appliquer sur la cloison, fermant complètement la portion respiratoire de la fosse nasale correspondante. Cette forme, aussi gênante que l'autre par l'obstacle qu'elle oppose perpétuellement au passage de l'air, se distingue de l'hypertrophie vraie par une moindre résistance au stylet qui la déprime facilement, par un aspect uniformément lisse et uni et peut-être par une plus grande mobilité des symptômes d'obstruction.

1. *Arch. intern. de laryng.*, n° 2, 1901.

C'est à cette seconde catégorie de cas que s'applique, d'après M. Viollet, particulièrement bien la méthode sclérogène.

La technique employée pour ces injections est la suivante :

Après avoir cocaïnisé la muqueuse du cornet malade à l'aide d'une bandelette d'ouate hydrophile imbibée d'une solution de cocaïne au vingtième. M. Viollet introduit à l'aide d'une seringue de Pravaz stérilisée et en se servant du spéculum ordinaire, 4 ou 5 gouttes d'une solution de chlorure de zinc au dizième sous la muqueuse. Il faut piquer en général jusqu'à l'os et faire cheminer l'aiguille sous la muqueuse sur un certain trajet, puis, comme M. Gaudier, injecter lentement en retirant l'aiguille. Il est prudent de s'assurer, avant de pousser l'injection, que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau; il faut aussi vérifier au préalable, ainsi que le conseille M. Gaudier, que l'extrémité de l'aiguille est bien restée plongée dans l'épaisseur du cornet et qu'elle n'est pas ressortie en séton pendant le temps de la pénétration sous la muqueuse.

Afin de pouvoir faire l'injection à l'extrémité postérieure du cornet et sous le contrôle de la vue, on interpose entre la seringue et l'aiguille de platine longue de 5 ou 6 centimètres, un tube métallique de 4 centimètres de long environ, coudé à angle obtus en son milieu. Ce dispositif a pour but d'allonger l'aiguille et d'éviter l'interruption des rayons lumineux par la main de l'opérateur. MM. Hamm et Gaudier se servent d'une très longue aiguille coudée.

Si l'anesthésie est bien faite, l'injection est en général à peu près indolore; le malade expulse en général aussitôt après quelques gouttes de sang; la réaction qui suit est peu marquée; elle disparaît dès le lendemain, et consiste en larmoiement, exagération des sécrétions nasales du côté droit accompagnée d'un certain degré d'obstruction liée au gonflement des parties.

M. Viollet a observé deux fois de l'agacement des dents et une sorte de névralgie faciale du côté de la piqûre; dans un cas, ces symptômes pénibles accompagnés de frissons firent beaucoup souffrir le malade et persistèrent 6 heures après l'injection. Il est probable qu'un filet nerveux du trijumeau avait été touché ce jour-là malencontreusement par l'injection.

M. Viollet a pratiqué à l'heure actuelle une trentaine d'injections, mais il n'a suivi plus particulièrement l'observation que d'une quinzaine.

Ces 15 injections ont été pratiquées sur 8 malades dont plusieurs avaient les deux cornets inférieurs hypertrophiés; le plus souvent il a suffi d'une injection par cornet; exceptionnellement, quand le cornet était gros dans sa totalité, était-il nécessaire d'en pratiquer une dans sa portion antérieure et un mois après une autre dans sa moitié postérieure.

La rétraction du cornet est en général obtenue dans un laps de temps variant de 8 jours à un mois; la dose injectée a varié de 2 à 10 gouttes, au maximum la dose ordinaire était de 5 gouttes.

Les résultats obtenus sont les suivants :

1 cas d'hypertrophie vraie localisée, non justiciable de la méthode (voir plus haut), aucune modification;

2 cas, peu améliorés;

5 cas, bons résultats avec persistance de l'amélioration constatée dans quelques cas un an après.

Le plus souvent, les malades venaient consulter pour de l'obstruction nasale persistante, passant quelquefois d'un côté à l'autre.

A la suite des injections, on constate que la muqueuse du cornet qui venait au contact du plancher ou de la cloison des fosses nasales en un point ou sur toute sa longueur, se réduit progressivement en 2 ou 3 semaines de façon à reprendre son volume normal, laissant un espace libre entre le cornet et le plancher ou la cloison, qui permet au malade de respirer de nouveau convenablement par le nez.

Le Dr H. Gaudier, de Lille, vient de publier de son côté les résultats obtenus par lui avec la méthode sclérogène dans le traitement de la rhinite hypertrophique : sur 10 cas ainsi traités, M. Gaudier a obtenu de bons résultats 5 fois sur 10; il en conclut que la méthode de Hamm donnant des résultats inconstants, « n'est pas encore sur le point de remplacer les méthodes actuelles de traitement de la rhinite hypertrophique qui sont soit la cautérisation profonde, soit la résection instrumentale du cornet malade. »

Ce jugement semble un peu sévère, car la proportion des cas que guérirait pour un temps constaté de 3 à 6 mois, comme l'a fait M. Gaudier pour les cas qu'il a traités par les injections de chlorure de zinc, une seule cautérisation au galvanocautère serait-elle plus élevée ?

Dans les cas signalés par M. Gaudier comme ayant été suivis d'un résultat favorable, l'injection avait été unique.

Les conclusions de M. Viollet sont celles-ci : la méthode sclérogène de Hamm-Lannelongue donne fréquemment de bons résultats dans le traitement du gonflement chronique de la muqueuse des cornets inférieurs; étant inoffensive, simple et expéditive en ce sens qu'une injection suffit souvent pour obtenir le résultat cherché, cette méthode mérite, je crois, d'être tout d'abord essayée avant la mise en œuvre de traitements plus radicaux tels que le morcellement ou la cautérisation galvanique qui détruisent beaucoup plus profondément la muqueuse.

Cette méthode de traitement essentiellement conservateur me paraît avoir en outre l'avantage, en supprimant presque complètement la plaie opératoire, de réduire au minimum les chances d'infection.

Elle offre en particulier l'avantage de soustraire, dans un certain nombre de cas bien déterminés, le malade aux inconvénients heureusement peu graves d'ordinaire, mais aussi parfois sérieux, sinon mortels, qui peuvent résulter de la suppuration des eschares produites par les cautérisations faites avec le galvanocautère.

Il paraît donc avantageux d'employer la méthode sclérogène dans le traitement de la rhinite hypertrophique toutes les fois que le cas particulier le permet.

Recherche pratique de l'albumine dans l'urine,

D'après M. le Dr Trétrop (1).

Voici un procédé auquel M. Trétrop a recours depuis un certain temps pour déceler la présence de l'albumine dans l'urine :

1° Chauffer 4 ou 5 centimètres cubes d'urine dans un tube à essai à une température voisine de l'ébullition;

2° Retirer le tube de la flamme et y laisser tomber quelques gouttes de formaline pure (solution à 40 p. 100).

Au bout de quelques secondes, si l'urine renferme de l'albumine, il se produit des amas floconneux de l'aspect du blanc d'œuf coagulé. Ces amas se rassemblent à la surface de l'urine et contre les parois du tube où ils forment un véritable feutrage. Les amas sont cohérents et lorsque le tube n'a pas été agité pendant la réaction, on voit de véritables bouchons d'albumine coagulée au sein du liquide. Rien de plus aisé de les recueillir sur un filtre.

Remarque essentielle : l'urine doit être fraîche. L'ammoniaque décompose le formol.

Si l'on renverse le tube après que la réaction s'est opérée, on aperçoit nettement le feutrage d'albumine qui adhère à ses parois.

Le tube vide de liquide atteste encore la présence de l'albumine.

Rien de semblable ne s'observe lorsqu'on emploie la chaleur et l'acide nitrique.

Le volume du bouchon albumineux peut fournir des données sommaires sur la quantité plus ou moins grande d'albumine. Cette quantité peut être déterminée plus rigoureusement par la pesée.

Certaines urines fortement albumineuses se prennent par l'addition de formaline sans chauffage préalable en une masse gélatineuse assez cohérente qui affleure parfois la surface libre du liquide.

L'aspect est particulièrement caractéristique dans les verres coniques de forme haute employés couramment en clinique.

Les avantages du procédé sont les suivants :

1. *La Clinique de Bruxelles*, 22 juin 1901.

La réaction est nette grâce à la cohérence du caillot formé et aussi à la couleur de l'urine. Celle-ci n'est pas altérée.

Si l'on compare un tube d'urine albumineuse chauffée et traitée par l'acide nitrique à un tube qui a subi l'action de la chaleur et de la formaline, les petits grumeaux disséminés du premier tube auront une coloration variable rouge brun plus ou moins foncé, comme le liquide altéré dans lequel ils baignent, tandis que le large feutrage ou le bouchon albumineux du tube à la formaline se détachera nettement en blanc (2) très légèrement teinté de brun sur le fond jaune de l'urine.

Le procédé exclut l'emploi des acides désagréables et nullement exempts de danger. Les mains et les vêtements de l'opérateur sont à l'abri de toute brûlure.

La formaline, même à 40 p. 100, concentration maxima, n'attaque pas les couleurs les plus délicates et le médecin peut, sans précautions spéciales, porter sur lui un petit flacon de ce produit pour faire la réaction au lit du malade.

Valeur thérapeutique du citrophène,

Par M. le Dr Alfred Lefebvre.

Le citrophène ($C^{12} H^{14} O^{3}$) est un produit de synthèse récemment découvert par le Dr Roos) de Francfort-sur-le-Mein.

Chimiquement, c'est un citrate de monophénétidine.

Physiquement, c'est une poudre blanche, inodore, d'une saveur légèrement acidulée et rappelant un peu celle de l'acide citrique.

Il est soluble dans 50 parties d'eau bouillante, dans 250 parties d'eau froide, plus facilement soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique, et peu soluble dans l'alcool.

La dose de citrophène à administrer en 24 heures est de 1 à 3 grammes, pour les adultes, par prises de 50 centigrammes, et de 60 centigrammes à 1 gramme pour les enfants, par prises de 20 centigrammes.

Le citrophène étant relativement peu soluble dans l'eau, il n'est guère facile de l'administrer en potion. La façon la plus simple est de l'ordonner soit en cachets de 50 centigrammes pour les adultes et de 10 à 20 centigrammes pour les enfants, soit en paquets contenant les mêmes doses, et qu'on fait dissoudre au moment du besoin dans un demi-verre d'eau de Seltz ou de limonade gazeuse. En employant ce dernier véhicule où le citrophène se dissout facilement, grâce à la présence de l'acide carbonique, le médicament est très agréable à prendre, ce qui en rend l'administration particulièrement facile chez les enfants et les personnes difficiles et pusillanimes.

Le citrophène est absorbé rapidement par les voies digestives. En effet, 20 minutes après son administration, sa présence peut être décelée dans l'urine au moyen du perchlorure de fer. Sous l'action de ce réactif, les urines prennent une couleur rouge vineux.

Les applications thérapeutiques du citrophène découlent de ses propriétés antirhumatismales, analgésiques et antithermiques.

Dans le rhumatisme, le citrophène a paru jouir d'une efficacité à peu près semblable à celle du salicylate de soude.

Comme lui, il amène en quelques jours, dans la plupart des cas, la disparition des phénomènes inflammatoires et douloureux du côté des articulations.

Cette amélioration du rhumatisme par le citrophène résulterait du dédoublement du citrophène dans l'organisme en ses deux éléments constitutifs — acide citrique et monophénétidine. En effet, d'après les études récentes de Jouly, le rhumatisme résulterait d'une insuffisance d'acidité constatée par l'analyse de l'acidité totale des urines. Ce serait en suppléant à cette hypoacidité que le citrophène amènerait la guérison du rhumatisme.

Malgré tout, il donne parfois des insuccès, alors que le salicylate, employé après lui, amène la guérison rapide.

Ce qui, dans bien des cas, le fait préférer au salicylate de soude, ce sont les différents avantages suivants :

1. On ne peut mieux comparer la couleur du coagulum qu'à de la crème teintée par une petite quantité de café.

2 *Thèse* de Paris, 1901.

Le salicylate occasionne des bourdonnements d'oreilles très violents et très désagréables pour le malade, souvent à la dose de 4 grammes, constamment avec celle de 5 ou 6 grammes. Ces bourdonnements persistent tant que dure l'administration du médicament. Si l'affection rhumatismale est assez intense pour exiger des doses élevées de salicylate, ces troubles de l'ouïe peuvent même aller jusqu'à la surdité.

Le citrophène, au contraire, ne donne pas de bourdonnements d'oreilles et, même aux doses excessives de 3 ou 4 grammes qui sont quelquefois administrées dans les cas graves, on ne constate jamais de surdité.

On voit souvent chez les rhumatisants survenir de violents maux de tête lorsqu'on leur administre le salicylate aux doses élevées que nécessite leur état : le citrophène ne donne jamais lieu à des phénomènes semblables.

Il est un reproche plus grave qu'on peut adresser au salicylate de soude : c'est d'avoir dans quelques cas, assez rares heureusement, mais qui n'en existent cependant pas moins, c'est d'avoir, disons-nous, déterminé de l'albuminurie avec œdème (Lürmann) et même de l'hématurie.

Sans oser prétendre que le citrophène ne donnera jamais lieu à de tels occidents, l'expérience de ce médicament n'étant pas encore assez longue pour cela, il n'en est pas moins vrai que les auteurs n'en ont jamais signalé de semblables jusqu'ici.

Le salicylate de soude, de même du reste que l'antipyrine qui est quelquefois employée à sa place dans le rhumatisme, occasionne très fréquemment des troubles gastriques assez sérieux, surtout lorsque l'affection n'a pas complètement cédé, après quelques jours, à l'action du médicament, et qu'alors on se trouve dans l'obligation d'en prolonger l'administration ; il arrive alors fréquemment que les malades se plaignent de nausées, de vomissements même, et surtout d'un manque d'appétit presque absolu. Ces troubles de l'appareil digestif n'ont jamais été constatés avec le citrophène.

L'inconvénient le plus sérieux du citrophène, inconvénient qui pourrait faire renoncer à son emploi, ce sont les sueurs profuses qu'il occasionne chez la plupart des malades, sueurs qui leur sont souvent assez désagréables. Ces sueurs sont généralement plus abondantes avec le citrophène qu'avec le salicylate. Mais il y a lieu de se demander si ces sueurs, loin d'être un mal, ne sont pas plutôt un bien pour les malades, créant ainsi un émonctoire supplémentaire pour l'élimination des principes nuisibles, causes de la maladie.

De plus, le Dr Bolognesi déclare que cet inconvénient ne se présente pas dans tous les cas où le citrophène est prescrit, et que « plusieurs de ses malades n'ont pas été atteints de transpiration après la dose du médicament. »

Le citrophène jouit de propriétés analgésiques remarquables qui l'ont fait employer dans le traitement des névralgies, ou plus généralement des affections où prédomine l'élément douleur et contre lesquelles on emploie ordinairement l'antipyrine et ses différents succédanés (acétanilide, phénacétine, etc.).

Il agit comme eux en tant que sédatif du système nerveux.

C'est comme tel qu'on l'a employé dans les névralgies et les douleurs les plus diverses : migraine, névralgies faciales et sciatique, lumbago, etc. Bon nombre de praticiens l'ont même employé de préférence à l'antipyrine, sur laquelle ils lui ont reconnu plusieurs avantages.

Les auteurs qui ont employé le citrophène dans leur pratique courante ne sont pas d'accord sur les propriétés antithermiques du médicament.

Tandis que, pour le Dr Bénario, de Francfort-sur-le-Mein, « le citrophène est un médicament antifébrile rapidement et sûrement efficace », et que les Drs Frieser, de Vienne, et Pinggera, de Wurtzbourg, s'expriment à peu près dans les mêmes termes à son sujet, le Dr Laumonier conclut, d'un certain nombre de cas d'influenza observés par lui, que « la température ne paraît avoir été influencée par le citrophène que dans une mesure assez faible, 3 à 5 dixièmes de degré en moyenne, chiffre bien inférieur à l'abaissement de 1°,5 à 2°, signalé par Bénario et Frieser. »

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ostéomyélite chronique d'emblée.

Abcès intra-osseux de l'extrémité supérieure du Tibia, d'origine staphylococcique, chez un homme de 26 ans. Opération; Guérison.

Par M. le Dr Louis Mencière (de Reims).

A. Broca a publié chez Steinheil un certain nombre de conférences faites à la Faculté de médecine, sur l'ostéomyélite et ses formes. J'y retrouve ce sens clinique qu'il m'a été donné d'apprécier à l'hôpital Trousseau, en même temps que cet amour du vrai qui pousse le clinicien à se dégager du cadre parfois restreint des descriptions classiques.

C'est ainsi que les auteurs admettent trop facilement l'origine presque exclusivement tuberculeuse des abcès du bulbe du tibia et par contre ne reconnaissent pas l'ostéomyélite chronique d'emblée. Broca nous rapporte l'histoire clinique d'un petit malade (1) et nous amène à conclure, nous, praticiens, que nous devons faire bon marché des débats théoriques et admettre la forme chronique d'emblée de l'ostéomyélite.

L'os atteint une première fois n'est plus normal et, tôt ou tard, la lésion inflammatoire peut se réveiller. Voilà l'ostéomyélite chronique, consécutive à une attaque aiguë, la seule qui soit bien décrite classiquement.

L'ostéomyélite chronique d'emblée, encore peu connue, doit cependant attirer l'attention des cliniciens. Ceux-ci doivent en publier les rares observations qu'ils ont eu l'occasion de recueillir. C'est le motif qui nous décide à joindre notre observation à celle de notre maître et ami A. Broca. Le sujet est d'ailleurs digne du plus grand intérêt, parce qu'une erreur de diagnostic peut conduire à de funestes indications thérapeutiques.

Une première forme d'ostéomyélite chronique d'emblée, forme à peine inflammatoire, ne nous arrêtera pas. Une seconde forme, cliniquement bien nette, l'abcès douloureux des os, retiendra toute notre attention. C'est une ostéomyélite chronique localisée, qu'il est utile de bien connaître, puisqu'elle peut donner le change et être prise pour une lésion tuberculeuse.

Cette affection est rare; Broca, malgré le grand nombre de malades qu'il voit chaque jour à Trousseau, ne l'a rencontrée que deux fois : une fois en 1882 lorsqu'il était interne à Necker, une deuxième fois en 1897 chez un jeune collégien de 16 ans. Plusieurs confrères avaient pressenti une ostéite tuberculeuse de l'extrémité supérieure du tibia.



Fig. 1. — Avant l'opération.

Ostéomyélite chronique d'emblée.

Abcès intra-osseux de l'extrémité supérieure du tibia d'origine staphylococcique.
Le malade, malgré ses 26 ans, a l'aspect d'un vieillard, d'un tuberculeux avancé.

Je regrette que Broca n'ait pas publié le résultat de l'examen bactériologique; il ne m'en voudra sans doute pas de compléter sa très intéressante observation en rappelant que les cultures n'ont donné que du staphylocoque. J'en peux parler, puisque j'assistai Broca à l'opération et que c'est moi qui fis procéder à l'analyse bactériologique.

J'ai observé moi-même deux fois l'ostéomyélite chronique d'emblée de l'extrémité supérieure du tibia. La première fois en 1897, où il s'agissait du malade dont il

1. A. Broca, *L'Ostéomyélite et ses Formes*, p. 50.

vient d'être question, malade vu en commun avec Broca, et la deuxième, en 1899, chez un malade âgé de 26 ans.

Le sujet de cette seconde observation a ressenti, à l'âge de 13 ans, une légère attaque de rhumatisme caractérisée par de l'augmentation de volume des genoux et traitée avec succès par le salicylate de soude.

A 18 ans, un peu au-dessus du condyle externe du fémur gauche, un abcès, dont l'origine n'a pas été déterminée, a donné lieu à l'écoulement d'un liquide blanchâtre. L'écoulement a duré quinze jours, puis l'affection s'est terminée par la formation d'une cicatrice, dont nous constatons la présence.



Fig. 2. — Le même avant l'opération.

Cliché pris en plaçant le malade à une distance de deux mètres de l'objectif).
État de l'extrémité supérieure du tibia droit.

Au commencement de juillet 1899, le malade âgé de 26 ans, resta pendant plusieurs heures exposé à une pluie fine et pénétrante qui ne tarda pas à mouiller ses genoux.

Quelques jours après il commença à ressentir d'assez vives douleurs à la jambe droite, un peu au-dessous du genou. Il crut d'abord à des douleurs rhumatismales, douleurs auxquelles il est sujet, dit-il. La douleur demeura stationnaire, mais la marche devint de plus en plus difficile. Au bout de 2 mois, sur toute la périphérie de la région douloureuse, le malade remarquait des veinosités nettement apparentes. Le malade prit à ce moment 6 à 9 gouttes de teinture d'iode par jour. Puis, tous les huit jours, une application de pointes de feu lui fut faite.

A cette période, on soupçonna la tuberculose articulaire et l'immobilisation fut recommandée.

Mais le malade dormait de moins en moins la nuit. La jambe droite maigrissait considérablement. Cependant le tibia était augmenté de volume dans sa partie supérieure droite. Nous verrons que cette région mit 5 mois à devenir fluctuante. Les choses en étaient là quand mes confrères ardennais, les Drs Guerbé, de Carignan et Guérin, du Chesne, jugeant une opération nécessaire, adressèrent le malade à ma clinique.

A ce moment, il était facile de constater un état général mauvais; l'apparence du malade était celle d'un vieillard, malgré ses 26 ans, d'un tuberculeux avancé, comme permettra d'en juger la photogravure ci-jointe. L'appui sur la jambe était à peu près impossible;

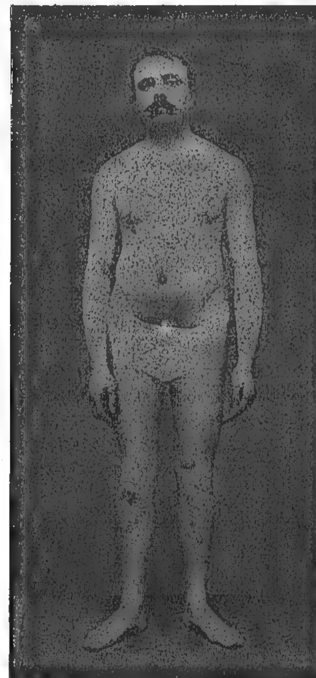


Fig. 3. — Le même après l'opération.

Opéré à la clinique de chirurgie orthopédique de Reims par le Dr Louis Mencière, le 30 novembre 1899.
État général excellent. Faciès florissant. Conservation du membre avec l'intégralité des fonctions du genou, flexion et extension. Le malade fait de longues courses sans fatigue ni claudication.

celle-ci était demi-fléchie, et avait considérablement diminué de volume. Des ganglions siégeaient dans le pli de l'aîne.

L'extrémité supérieure du tibia était devenue tuméfiée, fusiforme, pâteuse, très douloureuse à la pression. Le doigt reconnaissait une dépression au niveau du plan osseux. L'idée d'un abcès en bouton de chemise, d'un foyer superficiel communiquant avec une cavité intra-osseuse, me vint à l'esprit.

La fluctuation pouvait être constatée. La région était gonflée et chaude au toucher.

Il n'y avait plus de doute; nous nous trouvions en présence d'un abcès osseux dont les débuts insidieux avaient pu faire songer à une lésion tuberculeuse, mais dont la marche actuelle, bien que la température fût peu élevée (la veille et le matin même de l'opération le malade n'accusait pas de fièvre), éveillait chez nous l'idée d'une ostéomyélite à marche essentiellement chronique

mettant plusieurs mois à atteindre lentement un état de plus en plus aigu.

Le malade, entré le 28 novembre 1899, à la clinique de chirurgie orthopédique de Reims, est opéré par moi le 30. Incision verticale au niveau de la crête du tibia; le périoste fendu est récliné à droite et à gauche, en conservant les insertions des muscles de la patte d'oie dans leur continuité avec le périoste.

Le périoste est soulevé et écarté de chaque côté, ce qui permet de ménager les insertions du quadriceps fémoral et de conserver les fibres tendineuses dans leur prolongement sur le périoste. J'imitais, en un mot, la technique suivie pour la résection du coude, dans l'incision verticale et médiane de Farabœuf, au niveau de l'olécrane.

Je pratique donc une incision verticale de 16 centimètres sur le bulbe du tibia, et je trouve un abcès superficiel avec fusées, s'infiltrant dans les aponévroses et disséquant les muscles. Le doigt sent une dépression, en forme de nid de pigeon, au fond de laquelle se trouve un orifice de 2 centimètres de diamètre par lequel disparaît ma curette, qui va se perdre dans une cavité centrale intra-osseuse.

(L'examen radiographique nous avait permis de nous rendre compte exactement de l'état de l'os, avant toute intervention.) Je me sers largement du ciseau et du maillet et je tombe rapidement dans une vaste cavité (un œuf de dinde) remontant très haut du côté de l'articulation. Pus mal lié, grumeleux, sanguinolent, membrane pyogène que j'enlève à la curette. Rugination de la cavité osseuse. Les parois étaient à peu près nettoyées, quand je vis poindre un peu de pus au fond du cratère ainsi creusé. Un coup de maillet mit à jour une petite cavité secondaire, du volume d'une noisette, communiquant par un orifice très petit avec la cavité centrale.

Sans un examen minutieux, on pouvait ne pas soupçonner cette petite cavité secondaire, ce nid qui, ignoré, aurait continuellement ensemencé la cavité principale et donné lieu à une fistule interminable. La conclusion à tirer de ce fait est claire; il faut avoir présent à l'esprit que les foyers d'ostéomyélite sont souvent multiples, en clapiers et peuvent communiquer entre eux par de très petits tunnels; l'oubli d'un seul de ces foyers rend l'opération incomplète et compromet la guérison. Il faut être habitué à ces détails de la chirurgie osseuse et n'en négliger aucun; la guérison du malade en dépend.

L'analyse bactériologique nous fournit les constatations suivantes :

a) Absence de bacilles tuberculeux à l'examen direct. Un cobaye a été inoculé sans résultat.

b) Des coccus en grand nombre, soit associés en diplocoques séparés, soit en petits groupes prenant le Gram. Beaucoup sont inclus dans des leucocytes et se trouvent ainsi à moitié digérés.

Culture du pus sur gélose à 37° : rien que des colonies de staphylocoques. Le staphylocoque (blanc) est fort probablement seul. Phagocytose très marquée, indiquant que l'organisme est encore en bon état de lutte.

Pansement à la gaze iodoformée et à la gaze stérilisée, une ou deux fois par semaine.

L'état général s'améliore très rapidement. Les ganglions de l'aîne disparaissent au bout de 2 jours. La physionomie devient, en quelques semaines, celle d'un individu en bonne santé. La jambe, encore douloureuse, demeure fléchie pendant les deux premiers mois, au bout desquels il me fut possible de vaincre la résistance du malade et de le soumettre à une traction de 8 kilos, 3 heures par jour, traction portée plus tard à 11 kilos. On fait exécuter ensuite des flexions du genou.

Le malade sort de la clinique le 13 mars et revient périodiquement tous les 8 jours faire changer son pansement. Il peut marcher avec une canne. 14 avril, facies florissant et santé excellente. La plaie se cicatrise rapidement. L'extension et la flexion du genou se font bien, le membre est en position parfaite. Depuis 3 mois, je donne de la thyroïde, une pastille et demie par jour, avec 1 mois d'intervalle, pendant lequel j'administre du phosphate.

13 mai. — La plaie est à peu près cicatrisée. L'opéré va rapidement de mieux en mieux; actuellement il est complètement guéri. Le membre a recouvré son volume normal, la marche s'exécute sans claudication. La fonction du genou est intégralement conservée, la santé ne laisse rien à désirer.

Un mot seulement, pour terminer, vous permettra de juger de l'importance du diagnostic dans ces cas rares d'ostéomyélite.

Supposons, un instant, que le diagnostic ait été hésitant et que l'immobilisation dans un appareil ait été prescrite, le staphylocoque, continuant ses ravages, aurait insensiblement pénétré dans l'articulation et déterminé une arthrite du genou, dont la moindre conséquence eût été la perte de la fonction du membre. J'ajouterai que j'ai dû pénétrer jusque sous les plateaux articulaires du tibia, l'extrémité supérieure de l'os étant complètement évidée. L'opération, dans le cas présent, a eu pour résultat de sauver le malade d'une façon immédiate. Les soins consécutifs, tractions, massages, flexions, ont permis de conserver un membre avec l'intégrité de toutes ses fonctions.

L'abcès non tuberculeux de l'extrémité supérieure du tibia, véritable ostéomyélite chronique d'emblée, mérite d'attirer notre attention malgré sa rareté.

Le diagnostic, qui, plus tard, peut devenir facile, présente, surtout au début, de grandes difficultés. On peut songer à la tuberculose et immobiliser un membre dans un appareil plâtré, sous lequel le staphylocoque continuera ses ravages, alors qu'un évidement osseux seul s'imposait.

Il est donc nécessaire de se souvenir que le staphylocoque peut évoluer lentement, sans grand fracas, presque à froid, à la manière du bacille de Koch. L'examen bactériologique seul, après une opération, donnera des données précises pour établir le pronostic et prédire la marche ultérieure de l'affection.

Nous insistons sur la difficulté du diagnostic dans certains cas. Au début, les douleurs nocturnes peuvent faire songer à la syphilis; mais le siège et la forme de cette hyperostose unique, l'absence totale d'autres stigmates, sont autant d'arguments pour éliminer cette hypothèse.

En faisant quelques réserves pour l'ostéosarcome, reste la tuberculose. Celle-ci ne provoque pas d'habitude des ostéites aussi douloureuses dès le début; elle ne dure pas de longs mois sans manifester quelque retentissement articulaire. L'hyperostose demi-fusiforme ne serait pas, d'après Broca, dans les allures habituelles de la tuberculose osseuse. Enfin, il faut se rappeler que l'abcès douloureux des épiphyses, véritable ostéomyélite chronique d'emblée, existe en dehors de la tuberculose. Après l'intervention, l'examen bactériologique lèvera tous les doutes et fixera le pronostic. La localisation de la douleur à la pression est d'une haute importance. On insistera sur la recherche des diathèses syphilitique et

tuberculeuse par l'étude des commémoratifs, des lésions concomitantes et de l'état de la jointure voisine.

Au début de l'affection il sera bon de suivre le conseil de Broca et dans le doute, de commencer par 15 jours à 3 semaines de traitement antisyphilitique énergique (iodure à l'intérieur et frictions).

Si cela n'aboutit à rien, on craindra l'ostéosarcome et on songera à l'amputation; mais il ne faut jamais pratiquer celle-ci qu'après une incision exploratrice et la trépanation de l'épiphyse suspecte. Si l'on rencontre un abcès, l'examen bactériologique tranche vite la question entre l'abcès proprement dit, dû au staphylocoque, et la tuberculose.

Plus tard le diagnostic devient plus aisé, la fluctuation, l'empâtement, une poussée plus aiguë du côté de la lésion, indiquent un abcès. L'absence de porte d'entrée, la marche de la maladie, la longueur du début indiquent l'origine osseuse de l'abcès, et éloignent l'idée d'un abcès lymphangitique. Après incision, on peut tomber dans une poche superficielle sans communication avec l'intérieur du bulbe (deuxième cas de Broca); il faut pénétrer néanmoins dans l'os, et se rappeler que la périostite a vécu, que nous ne rencontrons pratiquement que des panostéites.

Enfin, comme dans notre observation personnelle, on trouve parfois un abcès en bouton de chemise, qui conduit droit au centre du bulbe. L'intervention devra être pratiquée suivant les règles que nous avons formulées plus haut, si l'on veut conserver au membre l'intégralité de ses fonctions; il ne faut pas oublier, en effet, que le but suprême de la chirurgie orthopédique est d'être essentiellement conservatrice à la fois de la forme et de la fonction.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 27 mars 1901.

Abcès spécifiques dus aux injections thérapeutiques sous-cutanées dans le cours de la pneumonie et de la fièvre typhoïde.

M. G. Etienne rapporte l'observation d'une femme âgée de 46 ans, atteinte d'une pneumonie de type assez franc à ses débuts, mais qui, après une défervescence presque classique, prit une marche chronique et ne se termina définitivement que vers le 60e jour. Au 8e jour, pendant la défervescence, la température subit une poussée ascendante, le pouls fléchit, et on fit une injection de caféine, solution classique 2,50 p. 10, stérilisée, en s'entourant des précautions aseptiques d'usage. Dès le lendemain un abcès se formait au point d'injection (avant-bras); On l'ouvrit 3 jours plus tard, et à l'examen bactériologique du pus, on ne trouva que du pneumocoque, exclusivement.

En rapprochant cette observation des autres cas connus, on voit que l'accident se produit presque toujours dans des pneumonies rendues exceptionnellement graves par l'âge des malades ou par l'existence de complications telles que les phlébites, la pleurésie suppurée (5 fois sur 10 cas), la péricardite, enfin, dans les pneumonies à évolution anormale.

Ces abcès surviennent à la suite d'injections de caféine (9 fois), d'éther (2 fois), de bleu de méthylène. L'injection irritante détermine un *locus minoris resistentiæ* appelant les éléments microbiens errants dans la circulation.

Ils ont été également signalés au cours de la fièvre typhoïde et renfermaient alors exclusivement le bacille d'Eberth.

Une conclusion pratique à tirer de ces faits est qu'il ne faut pas toujours imputer à une faute de l'opérateur les abcès se formant au cours des infections après une injection. Mais cette constatation ne doit être à aucun titre un motif de se départir de la plus stricte asepsie pour les injections sous-cutanées, car pour un abcès spécifique, combien en voit-on dus à un élément microbien banal de la suppuration par une faute de technique!

M. Stoeber demande s'il est habituel que les microbes pénètrent dans le sang des sujets atteints de maladies infectieuses.

M. G. Etienne fait observer que si la bactérihémie est la règle ou se montre relativement fréquente dans certaines infections, elle est exceptionnelle, ou du moins paraît l'être, dans la pneumonie et la fièvre typhoïde.

M. Marix fait quelques qnestions sur le cas de pneumonie relaté dans le travail de M. Etienne.

M. G. Etienne ruppelle à ce propos que cette pneumonie a débuté brusquement mais n'a pas tardé à prendre des allures traînantes avec tendance à passer à l'état chronique.

Rupture traumatique de l'urèthre.

M. Th. Weiss communique l'observation d'un homme adulte pressé il y a 2 jours contre une muraille par une voiture et atteint en ces circonstances de fracture ischio-pubienne gauche accompagnée de rétention d'urine et d'uréthrorrhagies faisant présumer une rupture du canal. Le cathétérisme direct étant impossible, M. Weiss pratiqua immédiatement la taille hypogastrique. L'opération décela l'existence d'une infiltration urineuse de la cavivé de Retzius et permit de vider la vessie; mais les tentatives de cathétérisme rétrograde ne réussirent pas à faire pénétrer la sonde dans la portion antérieure de l'urèthre et l'opérateur dut recourir à l'uréthrotomie externe pour arriver à établir une sonde à demeure qu'il compte laisser en place pendant 1 mois.

Après avoir fait ressortir la nécessité de ce maintien pendant un temps aussi prolongé afin d'assurer la restauration du canal, M. Weiss termine sa communication en exprimant l'avis que, dans les ruptures de la portion membraneuse de l'urèthre, le chirurgien a tout avantage à recourir d'emblée à la taille hypogastrique suivie de cathétérisme rétrograde, une uréthrotomie externe permettant en cas de besoin le passage de la sonde et son maintien à demeure pendant un temps suffisant.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIETE BELGE D'UROLOGIE

Séance du 9 Juin 1901.

Deux fragments de sonde de Nélaton séjournant dans l'urèthre postérieur depuis 5 ans.

M. Le Clerc-Dandoy. — Un homme de 54 ans se présente à la consultation du service de M. le Dr Bayet (hôpital Saint-Pierre), dans le courant du mois de mars dernier, se disant atteint de blennorrhagie. On voyait en outre, à la racine de la verge, face dorsale, une fistule qui semblait contourner l'organe et donnait issue à un pus épais et blanc, semblable à celui du canal de l'urèthre. Examiné au microscope, à plusieurs reprises, ce pus semblait ne renfermer aucune bactérie.

Les moyens antiseptiques firent tarir rapidement la fistule, mais il fut impossible de diminuer la sécrétion du canal.

On trouvait, au niveau du périnée, quelques nodosités entourant l'urèthre et démontrant l'existence d'une périuréthrite. A la bougie conique, on pouvait se rendre compte de l'existence d'une stricture serrée, située au bulbe, stricture admettant la bougie filiforme de l'uréthrotomie.

Aucun renseignement précis ne put être tiré de ce malade, dont l'intelligence était très relative, il disait avoir eu une uréthrite il y a 20 ans.

J'ai pratiqué chez ce sujet l'uréthrotomie externe, pensant bien découvrir un abcès périuréthral. Le canal était considérablement épaissi au niveau de la stricture (10 millimètres), et ma surprise fut grande de découvrir, derrière le bulbe, les deux fragments de sonde de Nélaton que voici.

Ces bouts de sonde étaient entrecroisés en X; leur calibre correspond aux n°s 13 et 15 de la fil. Charr., leur extrémité à œillet étant dirigée naturellement vers la vessie. Longueur : 46 et 67 millimètres.

L'extraction de ces corps étrangers s'est effectuée sans difficulté.

Les suites opératoires n'ont rien présenté de particulier.

J'ai appris depuis, par la femme du patient, que le malade avait été sondé à plusieurs reprises, il y a 5 ans; jamais il ne s'est cathétérisé lui-même.

Opération de Bottini.

M. Bulke communique à la Société l'observation d'un homme de 67 ans qui, depuis 14 mois, présentait tous les symptômes du prostatisme au troisième degré. Les moyens habituels de traitement avaient été essayés en vain. Il existait une hypertrophie de la glande très marquée au niveau du lobe gauche, ainsi que le démontraient le toucher rectal et l'examen cystoscopique.

L'auteur pratiqua chez le malade, en septembre 1898, deux incisions galvanocaustiques (Bottini) : celle de droite mesurant 2 centimètres de longueur; celle de gauche, 2 centim. 8. Le malade urina le jour même et la miction se rétablit à ce point qu'actuellement le sujet ne doit uriner que toutes les 2 heures; il vide complètement la vessie.

Calcul de l'urèthre chez un enfant de 10 ans.

M. Stordeur relate l'observation d'un jeune garçon de 10 ans chez lequel la présence d'un calcul dans la fosse naviculaire avait produit une rétention complète d'urine. Dès l'âge de 3 ans, l'enfant avait présenté de petites crises de rétention qui, d'abord espacées, s'étaient rapprochées de plus en plus, au point d'apparaître plusieurs fois par semaine.

Au moment de l'examen, la vessie remontait au-dessus de l'ombilic, et l'on constatait la présence du corps étranger au niveau de la fosse naviculaire. Il fut extrait sous le chloroforme. Sa longueur était de 15 millimètres.

La vessie renfermait 600 centimètres cubes d'urine.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 25 Juin 1901.

La désinfection par l'aldéhyde formique.

M. De Rechter. — Il est reconnu aujourd'hui que la désinfection des locaux et des objets par des produits antiseptiques employés en solutions n'est qu'illusoire et imparfaite. Ces liquides utilisés en lavages ou en pulvérisations ne donnent qu'un contact insuffisamment prolongé, incomplet et trop superficiel.

Actuellement, c'est à l'aldéhyde formique que l'on recourt généralement comme désinfectant, et c'est à l'état gazeux qu'il fournit son maximum d'effet.

Les procédés qui permettent d'atteindre les meilleurs résultats sont ceux dans lesquels on empêche la polymérisation de l'aldéhyde.

Les expériences de M. Pflüger ont été reprises en Belgique par M. Van Ermengem, et le rapport que le professeur de Gand a présenté au Conseil supérieur d'hygiène a fait adopter, par le Gouvernement belge, l'aldéhyde formique gazeux dans la désinfection officielle.

On reproche cependant à ce corps son action limitée; il n'est qu'un désinfectant des surfaces et ne possède pas de pouvoir pénétrant assez puissant.

Nous croyons que cette accusation n'est pas absolument justifiée et que si l'on n'arrive pas dans la désinfection des appartements à atteindre les parties profondes des objets épais, c'est que les conditions dans lesquelles on opère ne sont pas suffisamment rigoureuses pour que l'antiseptique employé fournisse son maximum d'action utile. Deux points surtout paraissent indispensables pour atteindre ce but : l'hermétisme parfait du local d'une part, et la régularité dans le débit de l'appareil à désinfection d'autre part.

L'appareil que nous avons construit se compose d'un ventilateur électrique qui provoque, par le courant d'air développé, l'évaporation du formol qui imprègne une série de mèches imbibées automatiquement par une solution à 50 p. 100.

Ce dispositif nous donne ce triple avantage de travailler sans intervention de chaleur, de ne pas recourir à l'emploi de gaz sous pression et de dégager régulièrement de l'aldéhyde pendant toute la durée de l'opération.

Le professeur Calmette, qui a essayé notre appareil, a déclaré que c'est celui qui donne, jusqu'ici, la stérilisation la plus complète.

En observant les indications formulées par le Conseil d'hygiène et en faisant évaporer le formol pendant 8 heures consécutives dans des chambres soumises à la désinfection, nous avons reconnu que celle-ci n'était cependant pas complète. L'hermétisme du local — aussi soigneusement soit-il pratiqué — est insuffisant, le temps de contact du gaz trop restreint et la concentration de l'aldéhyde fait défaut.

Pour parer à ces inconvénients, nous avons eu recours à un local spécial, exempt d'ouvertures inutiles et pouvant être hermétiquement clos. Nous avons dans cette cabine étudié le pouvoir de pénétration du formol gazeux et reconnu notamment que des tubes renfermant des spores de charbon et fortement bouchés à l'ouate étaient complètement stérilisés après 45 heures de séjour.

On comprend l'utilité de pareilles chambres dans les hôpitaux, dans les administrations publiques et les sanatoriums, par exemple, car en dehors des avantages déjà cités, les objets qui y ont passé en sortent sans aucune détérioration. Mais le résultat complet n'est atteint souvent qu'après 2 ou 3 jours, ce qui, dans bien des cas, est trop long pour entrer dans la pratique courante.

Afin d'abréger le temps de séjour des objets, il faut faire intervenir le facteur chaleur, qui augmente considérablement le pouvoir de pénétration du formol, et modifier le dispositif de façon à transformer la chambre de désinfection en une sorte d'étuve. A cet effet, nous avons construit deux autoclaves chauffés au gaz de façon à amener une température intérieure ne dépassant pas 54. Ils communiquent avec des vaporisateurs à formol, et des pompes aspirantes permettent de pratiquer alternativement le vide dans chacun des deux récipients.

La dilution de la solution employée est au 1/5.

Cette modification a permis d'obtenir une stérilisation régulière et complète en 2 heures de contact. Les expériences ont été multiples et le résultat a été constant. Même des spores du *bacillus subtilis* enfermés dans l'épaisseur d'un matelas ont été détruits au bout de ce court laps de temps. Un autre essai a été pratiqué sur des objets renfermant des larves de mites — d'une ténacité reconnue. En 2 heures, leur destruction était assurée.

M. Dumont. — La désinfection au formol permet-elle de détruire les punaises des appartements?

M. De Rechter. — Non. Ces insectes se rencontrent d'ailleurs surtout dans des locaux anciens, dont l'occlusion hermétique est impraticable.

Noma guéri par injections de sérum antidiphthérique.

M. Strauwen a observé récemment 2 cas de noma ayant évolué simultanément chez des enfants habitant deux maisons voisines.

Le premier était moribond quand M. Strauwen le vit, et le sujet ne tarda pas à succomber à la gangrène.

Le second cas affectait une marche rapidement envahissante et grave. M. Strauwen pratiqua une injection de sérum antidiphthérique, et l'amélioration rapide qui succéda à cette intervention le fit recourir à quelques nouvelles injections les jours suivants. La guérison fut radicale.

L'auteur de la communication se demande si l'affection était d'origine diphthérique ou si le sérum spécifique agit également sur d'autres intoxications que celle du bacille de Löffler.

M. Huyberechs trouve regrettable que l'examen bactériologique n'ait pas été pratiqué dans ce cas. Il aurait permis de trancher la question. Il croit également que l'on pourrait utilement recourir, dans le traitement de cette affection, aux injections d'oxygène dans les tissus en voie de gangrène.

L'appendicite.

M. Dumont, discutant une communication antérieure de M. Huyberechs, se demande si l'intervention chirurgicale donne, somme toute, un ensemble de résultats supérieurs à ceux de l'expectation médicale.

M. Huyberechs croit qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir dans une appendicite qui marche normalement. Mais quand, vers le 6e ou 8e jour, les phénomènes s'aggravent avec pouls précipité, altération des traits, douleurs intenses, c'est que le mal s'étend par lymphangite. Il y a menace de gangrène de l'appendice et il faut recourir au bistouri. Quand, en outre, vers le 12e jour, la dureté du plastron classique se modifie et prend une consistance de carton mouillé, c'est qu'une collection purulente se développe, dont la rupture est une menace trop sérieuse pour qu'on hésite à intervenir.

L'opération à froid évite la mise en circulation de microbes ou la virulence plus grande que leur donne souvent l'intervention dans la crise aiguë.

M. Lambotte fait ressortir l'abus dans lequel on est tombé en désignant sous une même appellation d'appendicite les affections diverses de l'organe. Les diagnostics d'adhérences, de corps étrangers, etc., sont souvent difficiles à établir, mais on doit se montrer circonspect, et, dans les cas aigus, il faut que la température reste élevée pendant au moins 4 jours pour que l'on puisse supposer la formation de pus et recourir à l'opération.

SOCIETE BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 2 Juin 1901.

Sinusite maxillaire.

M. Schiffers lit son rapport sur la sinusite maxillaire. Il établit ce qu'il faut entendre par sinusite maxillaire, montre la nécessité d'admettre plusieurs formes au point de vue du degré de gravité et de la durée, passe en revue la pathogénie et l'étiologie. Schiffers entretient l'assemblée de l'anatomie et de la physiologie du sinus, et projette une série très complète et des plus intéressantes de photographies de sinus normaux et anormaux.

Pour terminer, le rapporteur examine les moyens de traitement qui sont à notre disposition, depuis la simple ponction jusqu'à l'opération dite radicale, du type Goris ou Luc. Il indique les inconvénients et les dangers de temporiser dans certains cas qui sont justiciables d'une intervention radicale.

M. De Greift dit qu'il guérit toutes les sinusites en curettant à fond par la fosse canine de façon à enlever complètement le revêtement intérieur du sinus; il n'établit pas de communication avec le nez et ne draine pas.

M. Delsaux a vu des sinusites, graves en apparence, guérir à la suite de simples lavages. Il considère la méthode de Luc comme excellente.

M. Capart fils insiste sur l'importance d'un diagnostic bien fait. Les méthodes actuelles sont imparfaites; l'avenir nous donnera un procédé qui ira chercher dans la fosse ptérygo-maxillaire du tissu cellulaire capable de combler la cavité sinusale.

M. Jauquet croit que, dans certains cas, il est préférable de ne pas opérer.

M. Delsaux ne fait des pansements qu'au début : jamais ceux-ci ne doivent être confiés au malade lui-même.

M. Hennebert estime que la discussion s'égare; il n'admet pas de règle générale absolue, il faut considérer chaque cas particulier.

M. Broeckaert dit que la statistique donne trois quarts de guérisons par les injections simples.

M. Beco considère le drainage comme la condition essentielle de la guérison. Il ne peut admettre que l'infection soit plus à craindre par la voie nasale que par la voie buccale.

Se méfier des antiseptiques! La solution physiologique de NaCl est le liquide de choix pour les lavages.

M. Schiffers note qu'il semble résulter de la discussion que l'on opère en général trop souvent; il recommande d'être éclectique et de choisir ses cas.

Extrait de capsules surrénales en rhinologie.

M. Labarre a obtenu par ce produit d'excellents résultats, non seulement dans le traitement des rhinites, de la fièvre des foins, de l'asthme nasal, toutes formes où il est utile de décongestionner la muqueuse nasale pour ramener la perméabilité du nez, mais également dans les interventions opératoires sur le nez. Son application sur la muqueuse la rend exsangue en quelque sorte, et l'on peut, grâce à l'extrait, enlever des éperons et des queues de cornet sans hémorrhagie.

M. Labarre se sert de l'extrait en solutions aqueuses au 1/10 conservées aseptiquement dans de petits tubes de verre soudés à la lampe. Il applique la solution à l'aide d'un petit tampon et pratique une friction énergique sur la partie des muqueuses qu'il veut anémier.

M. Delsaux a essayé le produit en injection dans la trompe d'Eustache, mais il a provoqué ainsi plusieurs cas d'otite aiguë.

M. Buys a aussi employé le produit et confirme les bons résultats obtenus par M. Labarre; mais l'effet produit n'est pas égal chez tous les sujets. L'action peut durer 24 heures, mais elle peut aussi ne persister qu'une demi-heure. La phase de constriction vasculaire est suivie parfois d'une phase de dilatation très marquée.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS
DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Onzième session tenue à Limoges du 1er au 7 août 1901.

De quelques hémorrhagies de la peau et des muqueuses à la suite des attaques d'épilepsie.

M. Bourneville. — A la fin de l'accès épileptique, dans les quelques heures qui suivent, il se produit parfois des éruptions localisées d'une sorte de purpura, rappelant l'aspect des piqûres de puce. Le siège de prédilection est le front. Quelquefois, l'éruption occupe sur le bas de la figure la place du collier de barbe. Elle peut descendre sur le cou jusqu'à la clavicule. La durée de ce phénomène ne dépasse pas 4 jours. Dans un cas, on l'a vu se généraliser.

M. Bourneville a observé 5 cas de ces hémorrhagies. Comme dans les cas signalés, il s'agissait d'individus bien portants et nullement cachectiques. Les accès, à la suite desquels les hémorrhagies se sont montrées, ne présentaient aucune particularité et ne différaient en rien de ceux qui n'ont pas été suivis de cet accident.

Le pourquoi de ces phénomènes n'est donc pas très clair. Cependant, voici des constatations qui peuvent jeter un peu de clarté dans la question.

Chez une épileptique atteinte de kérato-conjonctivite, l'auteur a vu se produire à la suite des attaques une vascularisation énorme de la conjonctive,

M. Bourneville a vu aussi, chez un épileptique qui avait, à la suite de chutes sur la face, des éraflures, celles-ci devenir le siège d'hémorrhagies à la suite d'un accès; le sang giclait.

Ces faits sont de nature non seulement à faire comprendre la genèse des hémorrhagies cutanées des épileptiques, mais aussi celle des stigmates des hystériques.

M. Crocq cite un fait qui vient se joindre à ceux que M. Bourneville a communiqué. Un épileptique de 75 ans, de bonne santé, présenta, après chaque accès, un tel purpura du visage qu'il n'osait plus sortir, tellement son aspect était étrange. Puis il fut pris d'hématurie, et un chirurgien diagnostiqua une tumeur cancéreuse de la vessie. On fit prendre alors au malade quelques gouttes de perchlorure de fer chaque jour; au bout d'un certain temps, les hématuries s'arrêtèrent et le purpura ne reparut plus.

M. Doutrebente. — On peut être épileptique avéré et hémophile ignoré. C'est ce qui est arrivé à un épileptique qui faillit mourir à la suite de l'avulsion d'une dent. Rentré dans sa famille, il succomba à la suite d'une extraction dentaire faite par le médecin auquel on avait laissé ignorer les antécédents du malade.

Des mouvements graphiques en miroir.

M. Meige. — L'écriture en miroir s'exécute très facilement lorsqu'on laisse la main gauche écrire en divergeant ce qu'écrit simultanément la main droite. Ce fait étant à peu près général, il serait utile d'apprendre l'écriture en miroir par la main gauche seule, sans l'aide de la main droite. Cette écriture pourra notamment être utilisée chaque fois où le bras droit sera mis dans l'impossibilité de se mouvoir (fracture, crampe des écrivains), soit pour remplacer l'écriture ordinaire, soit pour opérer la rééducation de la main droite par les mouvements en miroir de la main gauche. A noter aussi que les mouvements en miroir de la main gauche, se faisant en même temps que les mouvements en sens inverse de la main droite, permettent d'exécuter plus rapidement et plus correctement les dessins symétriques.

M. Gilbert Ballet. — Il y a avantage à apprendre l'écriture en miroir lorsqu'on veut se servir de la main gauche pour écrire. La chose est généralement très facile pour les personnes qui ont une grande habitude d'écrire; pour celles, au contraire, qui écrivent difficilement et qui sont obligées de copier les images visuelles des mots qu'elles désirent noter sur le papier, l'apprentissage de l'écriture en miroir avec la main gauche doit être plus difficile.

M. Meige. — Pour arriver à écrire en miroir, il est de toute nécessité de faire abstraction de l'image visuelle et de laisser aller la main gauche spontanément.

Quand on écrit des deux mains dans le sens divergeant, l'écriture perd généralement ses caractères graphologiques.

Un cas de psychose post-opératoire.

M. Devay. — Un soldat, atteint de kyste dermoïde de la queue du sourcil, demande, peu avant sa libération, à être débarrassé de cette petite difformité au sujet de laquelle il était plaisanté par ses camarades.

Chloroformisation. L'opération dure 20 minutes. Au réveil, pleurs abondants. Les jours suivants, la plaie s'infecte et on est obligé de couper les sutures.

Cet homme, qui n'avait aucun antécédent héréditaire ou personnel, est pris, au 8e jour après l'opération, de nostalgie, de délire nocturne. Renvoyé dans sa famille, il a des hallucinations, des crises de menace. La nécessité de l'enfermer s'impose et actuellement il est dans cet état de confusion mentale que M. Régis a signalé comme propre aux psychoses post-opératoires.

M. Régis. — C'est évidemment là un cas de psychose post-opératoire, car cette dénomination doit s'entendre, non pas des vésanies évoluant chez les prédisposés à la suite d'une opération, mais des psychoses se montrant à la suite d'intervention chirurgicale chez des non prédisposés. Le choc traumatique ne détermine pas de psychose chez les enfants, parce qu'ils ont des émonctoires tout neufs qui leur permettent d'éviter l'auto-infection; mais celle-ci se produit facilement — notamment après la cataracte — chez les vieillards si bien prédisposés à l'auto-infection.

Le personnel secondaire des asiles d'aliénés.

M. H. Taguet. — « Dans les asiles les plus sévèrement dirigés, a dit le Dr Dagron il y a 20 ans, les infirmiers passent comme des voyageurs à travers une auberge. Ont-ils quelque honnêteté et tant soit peu l'amour du travail, ils se dégoûtent vite de leur position, à laquelle ils ne se sont résignés momentanément que comme pis aller ». Et le Dr Dagron a proposé contre cet état de choses la seule mesure rationnelle : augmenter le salaire des serviteurs et leur assurer, en cas de bons services, une retraite pour leur vieillesse.

Le département de la Seine est entré largement dans la voie indiquée par le Dr Dagron, et, en quelques années, le traitement du personnel secondaire a presque doublé. Ce personnel n'est pas admis à la caisse des retraites du département. Il n'a droit qu'à une indemnité de repos réglée d'après un arrêté préfectoral du 12 juillet 1887.

L'indemnité de repos n'est pas réversible sur la tête des veuves; c'est un tort, car il arrive assez fréquemment que le mari et la femme ne sont pas employés tous les deux dans les asiles. Aussi, pour remédier à cette situation, le personnel secondaire s'est formé en association amicale, subventionnée par le département. Malgré tous les avantages attachés à la situation, bien supérieure à celle qu'ils auraient pu trouver dans une administration quelconque, le recrutement continue à être très difficile.

Pour un grand nombre d'infirmiers des deux sexes, le passage dans les asiles continue à n'être qu'un épisode dans leur existence : dans une statistique de 1900 relative à l'asile de Villejuif, on constate 34 mutations dans une seule année. Les asiles de province se trouvent dans la même situation, sinon pire. Cela n'a rien d'étonnant, car le métier d'infirmier est particulièrement dur et insuffisamment rémunéré.

Voici les propositions du rapporteur pour améliorer l'état de choses actuel dans tous les asiles de France :

1° En ce qui concerne le nombre des infirmiers par rapport à la population traitée, on peut adopter la proposition suivante de la sous-commission nommée par le préfet de la Seine :

1° Le personnel des infirmiers de jour sera d'un agent par 12 malades. Dans ce nombre ne seraient compris ni les sous-surveillants, ni les veilleurs. La proportion de 1 gardien pour 12 malades sera établie sur le chiffre réel de la population, et non sur les effectifs budgétaires prévus. Il sera créé, dans chaque service, un poste de sous-surveillant ou sous-surveillante de remplacement;

2° La durée du stage pour les infirmiers et les infirmières et assimilés des services généraux ne peut se prolonger au delà de 3 mois. Le titulaire dont l'instruction, après cette période, serait jugée insuffisante, ne serait pas conservé dans le personnel de surveillance (proposition tirée du règlement de l'Asile d'Aix);

3° Chaque asile établira un service de veille suivant ses convenances et les nécessités du moment;

4° La situation de reposant ou reposante sera supprimée et remplacée, après 25 ans de service, par une indemnité de repos qui devrait être, comme dans la Seine, la moitié du traitement intégral en argent et des indemnités représentatives diverses de nourriture, de logement et d'habillement.

(On désigne sous le nom de « reposant » l'infirmier qui jouit dans l'établissement d'une sorte de retraite.)

5° Pour les agents ne comptant pas 25 années de services, une indemnité proportionnelle, en cas d'infirmités, pourra leur être accordée après 10 ans au moins de services;

6° En cas d'infirmités contractées à l'occasion du service et qui mettront l'agent dans l'impossibilité d'être conservé, l'indemnité de repos sera liquidée quelle que soit la durée de ses années de service. Dans aucun cas cette indemnité ne sera inférieure à 500 francs;

7° En cas de décès, la moitié d'indemnité de l'ayant droit est réversible sur la tête de la veuve en tant qu'elle ne jouit pas elle-même d'un traitement d'activité comme infirmière ou préposée;

8° Le traitement de début des infirmiers des deux sexes ne devrait jamais être inférieur à 30 francs par mois.

DISCUSSION

Après discussion de ce rapport, le Congrès a adopté le vœu suivant :

1° La dénomination de « gardiens » et de « gardiennes » devra être remplacée par celle de « infirmiers » et « infirmières »;

2° Il sera créé des écoles pour infirmiers et infirmières dans chaque ville, siège d'une faculté ou d'une école de médecine.

Il y aura un programme minimum uniforme, conforme à celui qui a été élaboré par le conseil supérieur de l'Assistance publique.

A la suite de ces cours un examen aura lieu et il sera délivré aux candidats l'ayant subi avec succès un certificat ou diplôme.

Le jury de ces examens sera constitué des éléments déjà indiqués par le conseil supérieur de l'Assistance publique.

Les infirmiers et infirmières ne pourront être nommés aux emplois supérieurs, surveillants ou surveillantes des services médicaux, que s'ils possèdent le certificat ou diplôme prévu ci-dessus.

Dans les services généraux les emplois de surveillants ou surveillantes seront attribués de préférence au personnel provenant des services médicaux;

3° Le personnel sera, autant que possible, logé en dehors de l'asile, sous la réserve que le service de nuit soit assuré;

4° Le nombre des infirmiers doit être calculé à raison de 1 pour 10 malades, en dehors des veilleurs, des surveillants et sous-surveillants;

5° Un service permanent de veille, complètement distinct du service de jour, sera établi;

6° A défaut de retraite il sera attribué, au personnel qui ne voudra pas de la situation de reposant, une indemnité qui ne pourra être inférieure à la moitié du traitement intégral en argent et des diverses indemnités représentatives;

7° Le traitement de début des infirmiers ne devra jamais être inférieur à 30 francs par mois et comprendre des indemnités en rapport avec ses charges de famille.

La lécithine dans le traitement des affections nerveuses.

M. Hartemberg (de Paris) expérimente depuis 3 ans ce médicament, qu'il emploie en injections hypodermiques en le dissolvant dans le sérum artificiel : 20 grammes de lécithine pour 100 de sérum.

Ses observations sont au nombre de 24 portant sur des affections de nature diverse. Dans tous les cas, il a obtenu une amélioration plus ou moins durable. Dans 8 neurasthénies, il a obtenu 5 guérisons et 3 améliorations; dans 6 hystéries il a eu 5 guérisons et 1 amélioration.

L'effet produit par la lécithine a paru porter surtout sur l'état général; ce n'est pas un spécifique du système nerveux.

A quelque chose qu'on l'emploie elle est sans inconvénients.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, hypnotique du groupe des uréthanes.

MM. Roubinovitch et Philippet (de Paris). — D'une part, des expériences faites au laboratoire de pathologie expérimentale du professeur Chantemesse, à la Faculté de médecine de Paris, et, d'autre part, des recherches cliniques poursuivies dans le service du Dr Landrieux, à Lariboisière, nous ont amenés aux constatations suivantes :

1° En ce qui concerne son action physiologique :

a) L'hédonal détermine, aussitôt après l'absorption, une hyperthermie de de 2 à 5 dixièmes de degré; puis, après une période stationnaire, il produit, au contraire, une hypothermie de 2 à 3 dixièmes de degré, toujours par rapport à la température primitive. Nous croyons que ce fait n'a pas été signalé jusqu'à présent. Il mérite d'autant plus d'attirer l'attention que l'hydrate de chloral, auquel on le compare, abaisse toujours la température, soit immédiatement après l'absorption, soit au réveil;

b) L'hédonal a, relativement au chloral, très peu d'action sur la respiration et la pression sanguine; pour ralentir la première et diminuer la seconde, il faut employer des doses environ 10 fois plus fortes du nouvel hypnotique que si on se servait du chloral.

c) La toxicité mortelle de l'hédonal semble être de 1 gramme par kilogramme d'animal; mais il faut tenir grand compte du mode d'introduction du médicament dans l'organisme; c'est ainsi que nous avons pu, sans déterminer la mort, faire, à un chien de 9 kilog., une injection intra-musculaire de 2 gr. 66 par kilog., soit 24 grammes d'hédonal en solution huileuse.

d) L'hédonal augmente le taux de l'urée;

2° En ce qui concerne son action hypnotique :

a) L'hédonal, quand il endort, le fait assez rapidement, en moyenne 1 h. 1/2 ou 2 heures après l'absorption, sans phase préalable d'agitation. Le sommeil produit est calme; il n'est pas de très longue durée, au maximum 4 heures, du moins à la dose de 1 ou 2 grammes; le réveil ne s'accompagne d'aucun malaise;

b) L'action de l'hédonal est plus sûre contre l'insomnie des affections dans lesquelles n'entre pas d'éléments mentaux; ainsi, un rhumatisant aigu, un tuberculeux, un choréique, un tabétique ont profité de l'action hypnotique de ce médicament, tandis que de tous les aliénés soumis à son action (délirant chronique, hyponchondriaque, mélancolique, circulaire, un seul (persécuté hystérique) a eu, grâce à l'hédonal, quelques nuits de sommeil.

En somme, nous avons dans l'hédonal un hypnotique inoffensif.

A dose égale, il paraît moins actif que le chloral et le sulfonal.

Mais, à cause même de sa très faible toxicité, la comparaison ne devrait pas se faire à dose égale, et des expériences ultérieures plus hardies donneraient, sans doute, des résultats plus probants.

M. Crocq. — J'étais arrivé aux mêmes conclusions que M. Roubinovitch. A la dose de 3 grammes l'hédonal donne de bons résultats chez les nerveux, mais est inactif chez les aliénés. Or, un de mes confrères m'a engagé à abandonner chez ces derniers la dose de 3 grammes et à prescrire d'emblée 6 grammes. J'ai obtenu alors le résultat cherché.

Un cas d'amélioration du caractère au début de la paralysie générale.

M. Pailhas. — Un contre-maître, âgé de 55 ans, ancien paludéen, syphilitique, alcoolique, violent, dépensier, est victime d'un accident à la suite duquel on l'ampute du bras. A partir de sa convalescence, son caractère change; peu à peu il devient sobre, calme et économe. Mais, au bout de deux ans, l'intelligence faiblit, et la paralysie générale s'affirme bientôt avec une netteté indiscutable.

Des tumeurs fantômes de l'abdomen chez les enfants.

M. Justin Lemaitre (de Limoges). — Ces tumeurs chez les enfants sont rares, en voici cependant un exemple :

Une fillette de 13 ans, en conduisant un attelage de vaches, est serrée contre un arbre, le timon de la voiture comprimant le creux épigastrique; elle perd connaissance. Depuis elle se plaint de douleur au creux de l'estomac, où apparaît, au bout de 3 mois, une tumeur. Les divers traitements institués demeurent sans résultat, et la malade m'est conduite.

Je constate une tumeur, grosse comme une tête d'enfant, soulevant l'appendice xyphoïde, elle est mate en haut et sonne en bas. La digestion des solides est impossible. Je pense à un kyste traumatique ou hydatique. L'intervention est décidée.

La malade étant chloroformée, la tumeur disparaît; je pense à un kyste pédiculé qui serait descendu dans le ventre, et j'ouvre l'abdomen, où je ne trouve rien d'anormal.

En réalité, il s'agissait d'une tumeur gazeuse développée dans l'intestin et ayant atteint un volume assez considérable pour soulever le foie.

Dans les cas de ce genre, les coupables sont les fibres lisses

de l'intestin, qui se contractent aux deux extrémités d'un segment d'intestin et enserrent les gaz, dont la production est d'autant plus considérable qu'il préexiste d'ordinaire des troubles digestifs et que le sujet est hystérique. Les contractions des muscles de l'abdomen peuvent venir se surajouter aux précédents phénomènes pour produire les tumeurs fantômes en question.

Sur la théorie de l'obsession.

M. E.-L. Arnaud (de Vanves). — On a appliqué à l'obsession l'une et l'autre des deux théories principales de l'émotion, la théorie intellectuelle et la théorie physiologique. Ces deux théories paraissent également insuffisanses pour expliquer cet état morbide.

La théorie intellectuelle néglige presque absolument les symptômes organiques, elle admet que tout vient d'en haut, c'est-à-dire de l'idée, dont les autres symptômes sont de simples réactions. On lui objecte que l'idée ne devient obsédante que grâce à l'existence d'un trouble préalable : les obsédés sont des malades avant d'avoir des obsessions précises. En outre, dans certaines obsessions, les symptômes émotifs précèdent et annoncent l'apparition de l'idée. D'un autre côté, la marche de l'obsession par accès, le défaut de rapports constants entre la nature de l'idée obsédante et l'intensité de l'angoisse, la variabilité de l'idée (dans les cas de panophobie, par exemple) comparée à l'identité des symptômes émotionnels, et tout cela s'accorde mal avec l'hypothèse qui attribue à l'idée un rôle toujours prépondérant dans l'obsession.

Inversement, la théorie physiologique ou émotive (Lange, E. James, Ribot, etc.) exagère l'influence des troubles vasomoteurs et de l'expression émotive, au détriment des centres cérébraux supérienrs. Il n'est pas du tout prouvé que, toujours, nous soyons tristes parce que nous tremblons ; il s'en faut qu'il y ait toujours parallélisme entre l'intensité de l'émotion et son expression. Dans bien des cas, il paraît évident que l'émotion naît de l'idée ; à plus forte raison pour l'obsession, dans laquelle l'élément intellectuel est plus important que dans l'émotion simple.

Nous pensons que le rôle essentiel, dans la genèse de l'obsession, appartient aux troubles de la volonté. Si l'on étudie l'état des obsédés en dehors de leurs crises angoissantes, on reconnaît que ces malades sont tous des abouliques, qu'il s'agisse des mouvements ou des idées. L'étude des mouvements volontaires est, à cet égard, très instructive chez les obsédés. On retrouve ces troubles moteurs dans la folie du doute, type des obsessions dites intellectuelles, aussi bien que dans les diverses phobies. C'est la perte ou l'amoindrissement considérable du contrôle de la volonté qui permet la formation de systèmes psychologiques, produits de l'automatisme, qui s'imposent à la conscience et qui l'obsèdent.

En résumé, l'obsession morbide est un phénomène très complexe, dont la condition fondamentale est un trouble primitif et généralisé, affectant les éléments communs à la volonté et à l'intelligence ; ce trouble est une aboulie permanente qui préexiste aux obsessions et les prépare. L'influence des idées et des émotions se fait sentir dans le développement, dans l'orientation et dans l'intensité de l'obsession, ainsi que dans l'apparition et le rappel des accès. Mais l'obsession est, avant tout, une maladie de la volonté.

Traitement des douleurs du tabes par l'aspirine et la rachicocaïnisation sous-arachnoïdienne.

M. Marchand. — L'aspirine, dans quatre cas sur cinq de douleurs d'origine tabétique certaine, nous a donné une sédation presque complète de la douleur. On peut donner 1 gramme et aller jusqu'à 3, 4 et 5 grammes. L'intolérance gastrique ne s'est en général montrée qu'après un long emploi. Nous pensons que l'aspirine pourra rendre de grands services dans les douleurs fulgurantes du tabes et prendre place à côté de l'antipyrine, de l'exalgine et médications analogues, dans l'arsenal thérapeutique du neurologiste.

Dans deux cas de tabes viscéral, nous avons employé l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne à 1/200e, suivant le procédé de Tuffier. Dans ces deux cas, nous avons obtenu un résultat complet et la sédation absolue de la douleur immédiatement après l'injection. Ni vomissements, ni céphalée, ni accidents d'aucune sorte, dans le premier cas. Dans le second, un léger vomissement, dix minutes après l'injection ; pas de céphalée, aucun accident général.

Nos deux observations contribuent à montrer la puissance analgésiante de doses minimes de cocaïne, diffusée dans le liquide céphalo-rachidien. Ce résultat est explicable, si l'on songe que la cocaïne agit ainsi sur le point de départ même de l'évolution tabétique, les racines postérieures, qui seraient aussi l'origine des troubles sensitifs et douloureux du tabes (Déjerine). Or, MM. Tuffier et Hallion ont démontré que l'action paralysante de la cocaïne s'exerce précisément et presque exclusivement sur ces racines postérieures. Il s'agit donc là d'une action presque locale sur la source même du mal. Il nous semble que l'on pourrait s'expliquer ainsi la rapidité, la sûreté de son action sur les manifestations douloureuses du tabes.

La nécessité d'une asepsie absolue, les difficultés que peut parfois présenter la ponction, nous paraissent restreindre l'usage de la rachicocaïnisation sous-arachnoïdienne dans le tabes.

On ne pourra songer à l'employer dans les cas de douleurs banales, fréquentes, passagères. Nous pensons qu'il faudra réserver cette méthode pour les cas, assez rares, où survient une crise atroce qui dure cinq, dix quinze jours, et que rien ne calme.

De l'éducation des idiots.

M. Bourneville montre des tableaux photographiques très suggestifs. Chacun d'eux est consacré à un idiot, le prend à son entrée dans le service et le suit jusqu'au jour où il sort. Ces tableaux démontrent qu'il est possible d'améliorer ces enfants et d'en conduire quelques-uns jusqu'à guérison. Pour obtenir ces résultats il est indispensable de commencer le traitement de très bonne heure, à deux ans, et de ne pas l'interrompre.

Les succès sont naturellement plus complets chez les enfants qui sont simplement imbéciles, *a fortiori* chez les arriérés.

Troubles-mentaux toxi-infectieux. Lésions cellulaires corticales.

M. Laignel-Lavastine, chez deux malades qu'il a observés, l'un dans le service de M. le professeur Gilbert Ballet, l'autre dans le service de M. Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine a constaté pendant la vie les symptômes suivants : fièvre, pouls rapide, état saburral du tube digestif, facies hagard, perte des notions de temps et de lieu, délire avec hallucinations et refus d'alimentation.

A l'autopsie, les lésions macroscopiques étaient banales ; mais l'examen de l'écorce cérébrale, à l'hématoxyline-éosine, au picro-carmin et par la méthode de Nissl, a montré, en même temps que l'absence d'inflammation, des altérations cellulaires des grandes cellules pyramidales, décrites pour la première fois par M. Ballet et consistant essentiellement dans la forme globuleuse de la cellule, la chromatolyse et la migration périphérique du noyau.

Ce syndrome anatomo-clinique paraît relativement fréquent.

Observation de sein hystérique.

M. Lannois présente la photographie d'une femme atteinte de sein hystérique. Tandis que le sein gauche est relativement petit et flasque, en rapport avec l'âge et l'aspect extérieur de la malade, le droit est volumineux, piriforme et tendu avec aréole très développée. La pression en masse et le pincement de l'aréole sont hystérogènes. La malade éprouve dans l'organe des sensations de pesanteur, des lancées parfois si violentes qu'elle entra dans un service de chirurgie où la question d'intervention pour tumeur fut discutée et d'ailleurs résolue par la négative.

Une zone hystérogène banale avait donc pris ici une importance capitale et constitué une hystérie presque mono-sympathique. Les faits de ce genre sont connus, mais, portés à un

degré aussi marqué, ils sont fort rares et méritent de fixer l'attention des neurologistes et des chirurgiens.

Sur les troubles unilatéraux de la mimique faciale (hémi-mimie) chez les nerveux.

MM. Lannois et **Pautet**. — Après avoir montré l'importance que les aliénistes et les neurologistes attachent à ces troubles en leur donnant une origine centrale, montrent qu'il est une cause plus simple, à savoir, les altérations du nerf facial dans l'oreille moyenne. Ils rappellent la fréquence des paralysies et aussi, et c'est là le côté intéressant de la question, des parésies et des contractures systématisées, dues à une lésion de l'oreille moyenne, lésion pouvant, dans bien des cas, passer inaperçue.

MM. Lannois et Pautet présentent de nombreuses observations avec photographies à l'appui.

Les auteurs concluent en disant que la fréquence des paralysies, des parésies et des spasmes d'origine otique enlève une grande valeur aux troubles unilatéraux de la mimique en tant que signe de dégénérescence ou symptomatique d'une inégalité des hémisphères cérébraux.

En tout cas, lorsqu'on aura à examiner des malades qui présentent ces troubles, fussent-ils hystériques, il est indispensable de noter chez eux l'examen de l'oreille.

De la paralysie générale juvénile.

M. Devay (de Lyon) relate 4 cas de paralysie générale juvénile qu'il a observés chez des malades âgés de 17 à 25 ans. Un de ces sujets présentait des stigmates manifestes d'hérédo-syphilis, un autre était tuberculeux; quant aux deux derniers, ils avaient contracté eux-mêmes la syphilis, l'un 3 et l'autre 4 années avant le début des accidents paralytiques. Chez tous, la méningo-encéphalite avait affecté la forme démentielle d'emblée, sans phénomènes délirants.

M. Régis trouve exagéré d'étendre jusqu'à la 25e année, comme vient de le faire M. Devay, les limites de la paralysie générale dite juvénile. On sait, en effet, que cette affection reconnaît pour cause presque exclusive l'hérédo-syphilis; il est donc assez important de ne pas trop en élargir le cadre, sous peine d'y faire rentrer des cas où ce ne sera plus la syphilis héréditaire, mais une syphilis acquise, qui en serait le facteur étiologique. C'est pour cette raison que M. Régis avait autrefois, fixé à 20 ans la limite extrême auquel une paralysie générale peut être qualifiée de juvénile. Il est vrai qu'à cet âge on peut être déjà en puissance de syphilis personnelle, témoin le cas rapporté par Westphall d'une petite fille qui contracta la syphilis à 7 ans et devint paralytique générale 10 années plus tard; mais ce sont là des faits exceptionnels et, jusqu'à 20 ans, on peut dire qu'en règle générale c'est l'hérédo-syphilis qui intervient dans l'étiologie de l'affection.

M. Ballet relève dans la communication de M. Devay une autre particularité : c'est le peu de temps qui s'est écoulé chez 2 malades entre le début de la syphilis et l'apparition de la paralysie générale. On admettait, il y a seulement quelques années, qu'un intervalle de 10 ou 12 années était nécessaire pour qu'une infection syphilitique se terminât par une méningo-encéphalite ou un tabes; il est certain qu'actuellement cet intervalle tend à se raccourcir. M. Ballet connaît pour sa part nombre de cas de tabes et de paralysie générale qui se sont manifestés 5 ans, voire même 3 ans, après le début d'une infection syphilitique.

M. Brissaud tient à dire que ses propres observations confirment d'une manière générale celles de M. Ballet. M. Fournier, que M. Brissaud a interrogé à ce sujet, a, de son côté, fait la même remarque. Il n'est donc pas téméraire d'affirmer que la syphilis subit en ce moment une évolution en vertu de laquelle les accidents de la période secondaire semblent se montrer de plus en plus bénins, au fur et à mesure que ceux de la phase tertiaire deviennent plus nombreux et plus redoutables.

M. Régis s'est attaché depuis longtemps à déterminer avec précision la date des infections syphilitiques pré-tabétiques ou pré-paralytiques; l'intervalle le plus court qu'il ait observé est de 6 ans; en moyenne, c'est 12 années après le chancre spécifique qu'on voit apparaître la méningo-encéphalite.

Puisqu'il est question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis, M. Régis tient à déclarer qu'il ne croit pas du tout que la syphilis soit le seul facteur étiologique de la paralysie générale. Il estime, au contraire, qu'une infection quelconque peut jouer le même rôle; pour ne citer qu'une de celles qui interviennent le plus fréquemment, il invoque les cas nombreux où l'on ne trouve que la tuberculose dans les antécédents des paralytiques.

M. Marchand fait remarquer à l'appui de ce qu'a dit M. Devay au sujet de la physionomie clinique qu'a revêtue la paralysie générale chez ses malades, que chez les 3 paralytiques généraux juvéniles qu'il a observé, le diagnostic porté au début avait été respectivement celui d'idiotie, d'imbécillité et d'épilepsie. Ce dernier était justifié par les attaques épileptiformes qui avaient caractérisé le début de la paralysie générale chez un de ces sujets.

De l'absence de microbes dans le liquide céphalo-rachidien et le sang des malades atteints d'affections nerveuses ou d'infections variées.

M. Faure a examiné, avec **M. Laignel-Lavastine** (de Paris), le liquide céphalo-rachidien retiré pendant la vie, par ponction lombaire, chez 64 malades atteints d'affections diverses du système nerveux (paralysie générale, tabes, tumeurs cérébrales, etc.).

Dans aucun de ces cas, sauf 12 qui doivent être exclus parce que des erreurs de manipulation ont été commises, ils n'ont obtenu de cultures microbiennes. Ils peuvent donc affirmer que le liquide céphalo-rachidien de tous ces malades était stérile, et cependant, chez plusieurs d'entre eux, les conditions nécessaires pour obtenir des résultats positifs semblaient se trouver réunies (fièvre, agitation, délire, coma, phlegmons, eschares, etc.) au moment même où lis ont recueilli le liquide.

Dans 4 cas (1 purpura et 1 endocardite ulcéreuse mortels, 2 infections puerpérales suivies de guérison), ils ont mis en culture — aérobie et anaérobie — le sang retiré de l'avant-bras mais également sans succès.

D'autre part, M. Rosenthal a systématiquement ensemencé le sang de 40 malades atteints d'infections diverses (fièvre typhoïde, pneumonie, purpura, rhumatisme articulaire aigu, etc.) dans le but d'y rechercher une infection microbienne primitive ou secondaire. Dans un seul cas de fièvre typhoïde, d'ailleurs bénigne, il a trouvé le bacille d'Eberth dans le sang. Tous les autres essais de culture ont échoué.

De l'ensemble de ces recherches, il résulte que, pas plus chez les malades atteints d'infections variées que chez les aliénés dont l'état mental paraît d'origine infectieuse, ils n'ont rencontré, soit dans le tissu cérébral, comme ils l'avaient précédemment exposé, soit dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans le sang, un élément microbien pouvant être incriminé au point de vue de la genèse de l'affection.

Il semble que ces faits constituent un nouvel argument en faveur de la théorie d'après laquelle les troubles mentaux dits infectieux sont, en réalité, de nature toxique. C'est grâce aux poisons sécrétés au niveau du foyer infectieux — où qu'il siège et répandus dans tout le milieu intérieur — ou encore par l'intermédiaire des toxines fabriquées dans d'autres parties de l'organisme sous l'influence de l'infection (fièvre, troubles digestifs, insuffisance hépatique et rénale, troubles circulatoires, etc.) que prennent naissance et se développent les troubles mentaux. Cette conception, du reste, rend bien compte des analogies qui existent entre la physionomie clinique des psychoses toxi-infectieuses et celle des psychoses toxiques.

Du rôle respectif de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur le développement des maladies du système nerveux chez les enfants.

M. Bourneville (de Paris). — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'hérédo-syphilis est assez rare chez les enfants

idiots, imbéciles, épileptiques, etc. : je ne l'ai constatée que chez 1 p. 100 des petits malades que j'ai observés, ce qui tient sans doute à ce qu'un grand nombre des enfants issus de syphilitiques viennent au monde mort-nés. Par contre, il m'a été possible de m'assurer que plus de 40 p. 100 des parents des enfants idiots, paralytiques, etc., étaient des alcooliques avérés.

Parmi les causes des affections nerveuses en question figurent aussi, avec raison, les professions insalubres exercées par les géniteurs. Au premier rang se placent celles où l'on emploie la céruse, le mercure, le phosphore, le cuivre, etc., etc. Il résulte d'une statistique que j'ai dressée que 87 familles dans lesquelles l'un ou l'autre des conjoints, quelquefois les deux, exerçaient une de ces professions, ont fourni 420 enfants, dont 220 sont décédés (52 p. 100); sur les 200 survivants, 87 (21 p. 100) sont devenus idiots ou épileptiques. On peut donc dire que 73 p. 100 environ des enfants dont les parents exercent une profession insalubre, sont atteints mortellement ou grièvement.

Crises épileptiformes comme seule manifestation d'une tumeur cérébelleuse.

M. Marchand a observé récemment un cas de tumeur du cervelet qui offre un certain intérêt, parce que, malgré son volume et sa situation bulbo-protubérantielle, le néoplasme ne s'était manifesté pendant la vie que par des crises épileptiformes.

Il s'agit d'un homme, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui eut une première crise d'épilepsie à 30 ans. Pendant plusieurs années, les accès restèrent très rares. A l'âge de 38 ans, ce malade succomba après avoir présenté une série d'accès convulsifs accompagnés de délire violent.

A l'autopsie, on trouva une tumeur cérébelleuse de la grosseur d'une noix, située au niveau du lobule du pneumogastrique et comprimant le bulbe et la protubérance. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules fusiformes, sans traces de glycogène. La glycogenèse étant une des fonctions les plus constantes des cellules en voie de multiplication, on peut en conclure que le néoplasme avait dû croître lentement et mettre plusieurs années pour atteindre son volume définitif. La lenteur de ce développement explique l'absence de phénomènes paralytiques par compression des nerfs crâniens, ceux-ci ayant été refoulés progressivement par la tumeur.

Développement du système pileux chez les enfants.

M. Dupré (de Paris) dit qu'il résulte de l'examen comparatif du système pileux d'un très grand nombre de femmes aliénées et non aliénés, que c'est chez les premières que le système pileux s'est montré le plus développé; ce phénomène est surtout marqué chez les démentes séniles, chez les paralytiques générales et chez les démentes précoces. Il a été considéré jusqu'ici comme rentrant dans la catégorie assez vague des stigmates de dégénérescence physique; d'après l'orateur, il faudrait en chercher la véritable cause dans un trouble du fonctionnement de la glande thyroïde ou de l'ovaire.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Leven (Gabriel). *De l'obésité.* N° 342. (Steinheil.)

M. Guieysse (A.). *La capsule surrénale du cobaye, histologie et fonctionnement.* N° 182. (F. Alcan.)

M. Debret (Fernand-Jules). *La sélection naturelle dans l'espèce humaine. (Contribution à l'étude de l'hérédité convergente).* N° 370. (Steinheil.)

M. Léculier (Henri). *Considérations à propos des syphilis d'emblée.* N° 362. (L. Boyer.)

M. Bergenstein (A.). *Contribution à l'étude de la forme apyrétique et de la forme fébrile prolongée de l'endocardite maligne.* N° 341. (L. Boyer.)

Mlle Braoudé (Nehama). *Contribution à l'étude de l'obésité chez les enfants.* N° 381. (Boyer.)

Dans un très important travail, M. Leven étudie successivement la pathogénie et l'étiologie de l'obésité.

Il montre que l'obésité relève de causes autres que l'augmentation des recettes et la diminution des dépenses.

L'obésité est un symptôme morbide et non une maladie. Ce symptôme morbide a sa raison d'être dans une nutrition troublée : comme la nutrition est sous la dépendance du système nerveux, il est logique de chercher si le système nerveux peut avoir une influence directe sur l'engraissement.

Or, des preuves cliniques très nombreuses viennent confirmer cette hypothèse.

C'est ainsi que l'on peut voir l'adipose localisée se produire à la suite de lésions nerveuses, de névralgies anciennes; on observe l'adipose généralisée à la suite d'émotions morales, de traumatismes (à rapprocher des diabètes traumatiques), de maladies du système nerveux, de névroses, etc.

De plus, les symptômes de neurasthénie et de névrose se retrouvent toujours chez les obèses.

On doit considérer, chez l'obèse, le malade dont la nutrition est troublée; l'accumulation de graisse n'est qu'un symptôme secondaire qui ne mérite pas de fixer seul l'attention.

A propos de l'étiologie de l'obésité, M. Leven montre que tous les obèses sont dyspeptiques. La dyspepsie peut être méconnue, si l'on ne recherche pas avec soin les symptômes secondaires (toux et dyspnée gastriques, névralgies intercostales, etc.) qui peuvent se substituer aux symptômes gastriques proprement dits, lorsque la dyspepsie est ancienne.

Etudier les coefficients urinaires chez les obèses dont l'obésité n'est pas compliquée d'une lésion rénale, cardiaque, hépatique ou autre, M. Leven a trouvé, des coefficients analogues aux coefficients normaux.

Les malades dont il a analysé les urines ont été soumis à une alimentation d'épreuve composée de lait, de sucre et d'œufs dont les quantités variaient avec les besoins et les dépenses des sujets en expérience.

M. Leven signale aussi la constance des symptômes gastro-intestinaux et des symptômes de névrose ou de neurasthénie, dans l'obésité et dans l'engraissement pathologique simple.

Il appelle engraissement pathologique simple l'augmentation brusque du poids (4 à 5 kilogrammes) en un temps très court (quelques semaines), chez un sujet adulte non amaigri.

Il a observé la succession de l'amaigrissement et de l'engraissement chez un même sujet, en dehors de toute intervention thérapeutique et de toute modification de régime, lorsque toutes les causes habituelles capables de provoquer l'amaigrissement font défaut (tuberculose, diarrhée, anorexie, etc.).

Ces alternances d'une part, les symptômes gastro-intestinaux et nerveux que l'on retrouve dans cette variété d'amaigrissement pathologique simple d'autre part, l'influence heureuse d'une même thérapeutique dans l'engraissement et l'amaigrissement en dernier lieu, permettent de supposer qu'il n'y a pas un abîme infranchissable entre ces deux symptômes d'une nutrition troublée.

En terminant, M. Leven passe en revue tous les régimes conseillés aux obèses et propose un traitement fondé sur sa conception de l'obésité. Ce traitement a réussi chez ses malades; ils ont maigri en se nourrissant à leur gré d'aliments d'une digestion facile de féculents essentiellement ils ont maigri en diminuant l'exercice physique, alors qu'ils engraissaient en se fatiguant beaucoup. Une fois amaigris l'amaigrissement est resté définitif, parce que leur nutrition était restaurée, et parce que les divers autres troubles (dyspepsie, surmenage, etc.) ont été combattus parallèlement.

Dans un très important travail. M. Guieysse a étudié la capsule surrénale du cobaye. Chez cet animal, l'écorce doit être divisée en quatre couches, qui sont en allant de l'extérieur à l'intérieur : la couche glomérulaire, la couche spongieuse, la couche fasciculée (divisible elle-même en deux parties lorsque l'activité de la sécrétion est augmentée) et la couche réticulée. M. Guieysse n'a pu savoir quel est le produit de sécrétion de la couche glomérulaire. La couche spongieuse produit un liquide très aqueux; la production de ce liquide s'étend jusque dans la partie externe de la couche fasciculée, lorsque la sécrétion est active.

La couche fasciculée surtout dans sa partie interne, est remarquable en ce que ses cellules contiennent en plus ou moins grande quantité de corps différenciés dans leur protoplasma. Plus la sécrétion est active, plus ces corps sont nombreux. Le produit de sécrétion, invisible dans cette couche, doit être dilué par le liquide produit dans la couche spongieuse.

La couche réticulée produit des grains zymogènes déversés tels quels dans les vaisseaux : cette couche produit aussi du pigment; on observe dans ses cellules des pelotons de filaments protoplasmiques qui se colorent surtout par le rouge Magenta.

Le produit complet de sécrétion de l'écorce est l'ensemble des produits de ces différentes couches et vient dans les énormes sinus au contact de la moelle, mais M. Guieysse n'a pu savoir s'il est modifié par l'adjonction d'un nouveau produit de sécrétion médullaire. Rien ne prouve, en effet, que la moelle ait un travail actif.

A côté des cellules ordinaires de la moelle, on note de petits amas de grandes cellules nerveuses qui représentent de petits ganglions intra-capsulaires.

L'activité sécrétoire, faible chez le mâle, est plus forte chez la femelle et très énergique chez la femelle pleine. Dans ce cas, elle semble augmenter jusque vers la moitié de la gestation, puis rester stationnaire jusqu'à la mise bas et rétrograder ensuite très lentement, mais comme, dès la mise bas, la femelle est presque toujours fécondée de nouveau, il n'y a point d'interruption dans l'activité de sécrétion; la capsule doit donc acquérir une hypertrophie d'excès de travail.

La thèse de M. Guieysse apporte dans un ensemble de documents précis destinés à éclairer l'histoire anatomique et physiologique des capsules surrénales, et à servir de base aux recherches expérimentales portant sur celle-ci.

La sélection naturelle peut être définie : la conservation, le développement et la transmission héréditaire des organes qui paraissent les plus aptes à aider les individus dans la concurrence vitale, dans la poursuite de leurs fins, c'est-à-dire dans la vie.

Son influence ne peut être niée.

Par son action élective, mais brutale, elle devient un moyen des plus puissants de la conservation de l'espèce.

Dans l'espèce humaine, un des aspects sous lesquels elle se présente est cette sorte d'attraction en vertu de laquelle les dégénérés se recherchent et s'unissent entre eux.

Le moyen principal par lequel elle agit alors sur l'espèce, c'est l'hérédité convergente qui transmet, en les accumulant, les tares morbides des parents et finit par rendre ces individus impropres à la reproduction de l'espèce. M. Debret qui consacre un intéressant travail à ce sujet montre que sélection naturelle et hérédité convergente sont ainsi les termes d'un même processus : l'une est la loi, l'autre le moyen.

La sélection naturelle lui paraît seule pouvoir expliquer ces unions de nature à créer l'hérédité convergente qui se retrouve dans une même famille, à toutes les générations, plusieurs fois chez le même individu, dans des unions légitimes ou libres, et dont il rapporte plusieurs observations.

A l'action directe de l'hérédité convergente dans la sélection naturelle, il convient d'ajouter l'action indirecte par le milieu : les individus dégénérés, en vertu de leur état même, recherchant, par une sorte d'affinité élective, toutes les circonstances qui développent, au lieu de les combattre, les tendances spéciales de leur organisation défectueuse.

En face de ces faits, le rôle du médecin doit être d'opposer à cette sélection naturelle une sélection artificielle s'inspirant des mêmes procédés : par des conseils sur le choix judicieux des alliances, par l'éducation, l'hygiène physique, intellectuelle et morale, et en éclairant les foules de telle façon que chacun puisse savoir que les dégénérescences de l'espèce humaine ne sont pas le fait d'un hasard, mais la résultante de lois naturelles.

M. Léculier a rassemblé les faits qui établissent l'existence de véroles sans accidents primitifs; ce qui n'a rien d'étonnant, car le processus syphilitique se manifeste ainsi dans la syphilis conceptionnelle, dans la syphilis placentaire.

Dans tous ces cas, infection d'emblée, infection conceptionnelle, infection placentaire on a voulu voir, des syphilis sanguines. Mais l'infection normale qui serait d'après les auteurs une syphilis purement lymphatique, paraît à M. Léculier progresser par les deux voies, sanguine et lymphatique.

Les syphilis d'emblée se produiraient dans trois circonstances :

a) Lorsque la place de l'inoculation a été réséquée.

b) Lors d'une inoculation profonde, inoculation sanguine du virus.

c) Enfin, l'imprégnation spermatique serait en cause dans les autres observations.

Dans le premier de ces cas, l'inoculation étant normale, l'évolution, en dehors de l'absence du syphilome primitif, ne doit pas différer du processus ordinaire.

Dans les deux autres, étant donnée l'absence de défense lymphatique, le pronostic doit être plus sévère.

Malgré l'absence de chancre, l'infection n'existe donc pas moins; il est également à ce point de vue de peu d'importance que les accidents secondaires se manifestent; d'autre part tous ces signes varient suivant l'état de la peau ou de la muqueuse où ils siègent, ils semblent en un mot dépendre de facteurs extrinsèques à la syphilis : pour toutes ces raisons on peut se demander si les insuccès des inoculations aux animaux ne tiennent pas à ce que l'on s'est attaché à rechercher chez eux les mêmes accidents cutanés que chez l'homme.

Et à ce point de vue, M. Léculier pense qu'il aurait intérêt à diriger les recherches sur les lésions et les signes constants de la syphilis : sur le sang et les artères des animaux, sur les lésions viscérales et osseuses.

A côté des formes typhoïde et pyémique communes de l'endocardite, qui sont brèves, hyperthermiques, et entraînant toujours un pronostic fatal, il y a d'autres formes anormales étudiées par M. Bergenstein.

Ce sont des formes fébriles anormales avec fièvre d'intensité moyenne, à allure moins rapide, à pronostic grave mais pas toujours. Dans ces formes anormales on peut faire rentrer la forme continue hyperthermique; la forme continue fébrile paroxystique; la forme intermittente. C'est aussi une forme à poussées successives avec périodes de fièvre et d'apyrexie à marche lente, à pronostic grave mais non fatal. C'est, enfin, une forme apyrétique à marche très lente, à pronostic relativement bénin, mais pas toujours.

Les cas d'obésité chez les enfants ne sont pas très rares et Mlle Nehama Braoudé en rapporte un grand nombre d'exemples. Dans la plupart des cas il faut invoquer, comme cause, l'hérédité arthritique. Le lymphatisme, la scrofule semblent aussi jouer un rôle important dans l'étiologie de l'obésité chez les enfants. Il est possible que les deux diathèses, arthritique et lymphatique, se combinent.

Les maladies infectieuses aiguës, la chlorose, l'anémie, le rachitisme, l'atrophie des glandes séminales, peut-être aussi la syphilis héréditaire, semblent jouer un rôle prédisposant dans quelques cas d'obésité chez les enfants. Il en est encore de même des troubles du système nerveux.

Dans quelques cas, rares il est vrai, l'on ne peut trouver aucune cause appréciable de ce développement exagéré du tissu cellulo-adipeux.

Etant donné le rôle important de l'hérédité, il faut instituer, chez les descendants des arthritiques dès leur naissance, un régime et une hygiène propres à prévenir le développement ultérieur de cette diathèse.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les cardiopathies chez l'enfant.

Les travaux sur les affections de cœur chez l'enfant ne sont pas nombreux. Non pas que le sujet soit épuisé; mais il semble qu'il soit délaissé, du moins pour le moment. Aussi nous a-t-il paru intéressant de réunir ici, dans une analyse d'ensemble, les très intéressantes leçons que M. Marfan a faites, dans le courant du dernier semestre, sur les cardiopathies chez l'enfant. C'est pour nous une excellente occasion de mettre la question au point et de faire connaître ce qui, depuis plusieurs années, a été fait dans ce domaine de pathologie infantile.

I

Parmi les affections qui frappent le cœur de l'enfant, l'endocardite (1) est la plus fréquente.

Dans son étiologie, le rhumatisme articulaire joue un rôle prépondérant. Même lorsqu'il est léger, il s'accompagne très souvent de complications cardiaques. Il frappe le cœur plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Tandis que chez l'adulte, l'endocardite complique le rhumatisme 25 fois p. 100 chez l'enfant elle se montre 60 fois p. 100. Tandis que chez l'adulte, la péricardite complique le rhumatisme 10 fois p. 100, de 15 à 20 ans elle apparaît 20 fois p. 100; et au-dessous de 15 ans, 33 fois p. 100.

Dans l'immense majorité des cas, l'endocardite se localise, chez l'enfant, sur la valvule mitrale et détermine ordinairement une insuffisance mitrale. Le rétrécissement mitral coexiste quelquefois avec l'insuffisance; mais cette coexistence paraît rare à M. Marfan qui ne l'a rencontrée que quatre fois. Quant au rétrécissement mitral pur, il est exceptionnel chez l'enfant, et M. Marfan ne l'a, pour sa part, jamais constaté. Dans quelques cas très rares, l'endocardite, comme nous le verrons plus loin, atteint, chez l'enfant, les valvules sigmoïdes de l'aorte ou la tunique interne de la crosse de l'aorte; elle crée alors soit l'insuffisance aortique, soit l'aortite.

Quant à la localisation de l'endocardite acquise sur les orifices du cœur droit, elle est chez l'enfant aussi exceptionnelle que chez l'adulte.

Au début, l'endocardite aiguë se traduit par l'assourdissement des bruits du cœur qui prennent un caractère voilé, éteint ou enroué. Contrairement à l'opinion ancienne, les souffles que l'on entend parfois à cette période initiale sont, en général, comme l'a montré Potain, des souffles extracardiaques. Ce n'est qu'assez longtemps après le début qu'apparaît le véritable souffle organique qui trahit la lésion, ordinairement une insuffisance mitrale. Potain a avancé que, chez l'adulte, le souffle organique n'est entendu qu'après 3 ou 4 semaines; dans l'enfance, l'apparition du souffle organique peut être plus précoce; mais elle ne se produit que bien rarement avant le 15e jour.

Dans l'insuffisance mitrale infantile, l'absence de troubles fonctionnels est fréquente, et quand il y a des troubles de la circulation et de la respiration, ceux-ci sont ordinairement peu accusés. Cette remarquable tolérance est accusée par un phénomène caractéristique : l'absence d'arythmie. Tandis que, chez l'adulte, l'insuffisance mitrale détermine presque toujours de l'arythmie du cœur, chez l'enfant elle ne trouble pas la succession régulière des battements.

Cette bénignité de l'endocardite infantile et des lésions valvulaires qui en découlent dépend, pour une part, des caractères spéciaux de l'appareil circulatoire dans le jeune âge : énergie cardiaque proportionnellement plus grande; artères relativement plus larges et indemnes de cette rouille de la vie qu'on appelle l'athérome; veines plus étroites et à parois plus solides. De plus, l'enfant en croissance a une puissante faculté de rénovation des tissus; il renouvelle ses fibres myocardiques avec facilité; il s'adapte sans effort aux conditions pathologiques. On comprend donc que la compensation des lésions valvulaires s'opère bien, sans troubles, sans même exiger une hypertrophie appréciable du cœur. Cet équilibre durera jusqu'à l'âge adulte, jusqu'au moment où le cœur perdra ses qualités infantiles et juvéniles.

Une circonstance rend le pronostic de l'insuffisance mitrale infantile encore plus favorable : chez l'enfant, cette lésion peut guérir, alors qu'elle est ordinairement incurable chez l'adulte. Des faits de guérison ont été cités par Roger, Peter, Cadet de Gassicourt. Un des malades de M. Marfan présente un exemple de guérison à l'abri de la critique.

Un garçon de 13 ans fut pris, il y a environ 3 mois, de douleurs dans les articulations (les deux articulations tibio-tarsiennes et les deux genoux). Ce rhumatisme fut traité par le salicylate de soude. Un mois et demi après le début des arthropathies, l'enfant est entré à l'hôpital, et à l'examen du cœur, on trouva deux souffles bien distincts : un souffle systolique de la pointe qui avait tous les caractères d'un souffle organique d'une insuffisance mitrale; ensuite un souffle sus-apexien, mésosystolique, qui disparaissait dans la station verticale, et qui était par conséquent un souffle anorganique. On a ensuite assisté d'abord à la disparition du souffle anorganique, puis, peu à peu le souffle caractéristique de l'insuffisance mitrale a diminué d'intensité et a fini par disparaître.

1. Marfan, L'endocardite aiguë et l'insuffisance mitrale chez l'enfant (*Bull. méd.*, 1901, n° 18).

Donc, l'endocardite mitrale n'est pas, chez l'enfant, une lésion incurable. Après combien de temps le souffle organique de l'insuffisance mitrale, toujours entendu, manifeste-t-il une lésion désormais incurable? Roger a avancé que la guérison est encore possible tant que deux années ne sont pas écoulées depuis l'apparition du souffle. M. Marfan croit que c'est le terme extrême. Ajoutons que ces faits de guérison n'ont été observés que pour l'insuffisance mitrale pure, isolée, non compliquée de rétrécissement mitral ou de lésions aortiques.

En résumé, l'endocardite qui a déterminé une insuffisance mitrale isolée, sans autre lésion, surtout sans péricardite, est curable quelquefois chez l'enfant; quand elle ne guérit pas, quand la lésion est indélébile, elle ne détermine que peu ou pas de troubles fonctionnels. Tant que dure l'enfance, presque jamais les lésions mitrales isolées ne donnent naissance à des accidents asystoliques. C'est si vrai que lorsqu'un enfant porteur d'une lésion valvulaire présente des accidents asystoliques, il doit être soupçonné d'avoir autre chose qu'une endocardite : le plus souvent une symphyse du péricarde, quelquefois une lésion congénitale du cœur.

Il y a quelques années, M. Marfan a soigné, à la salle Bouchut, un enfant de 2 ans qui était entré avec une insuffisance mitrale, de l'asystolie et un foie énorme. M. Marfan avança que cet enfant avait une autre lésion cardiaque que son insuffisance, peut-être une symphyse, peut-être autre chose. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas de lésion du péricarde; mais elle fit découvrir qu'une endocardite mitrale s'était développée récemment à côté d'une communication interventriculaire d'origine congénitale.

Dans un autre cas observé par M. Marfan, il s'agit d'un enfant de 3 ans, fils d'un père alcoolique et d'une mère bien portante. Cet enfant a été pris de douleurs dans le ventre et dans les articulations des pieds. A l'examen, on trouva le petit malade un peu pâle, mais bien développé, sans fièvre, sans œdème. Après son entrée à l'hôpital, il ne se plaignit plus de ses douleurs. Il présentait une intumescence très accusée du foie et des signes classiques, indubitables d'une insuffisance mitrale droite.

Il y avait lieu de se demander pourtant si l'insuffisance mitrale était la seule lésion cardiaque que présentait cet enfant; en effet, il semblait que le souffle avait un second maximum, moins fort que le premier, dans la région moyenne du cœur, sur le sternum, au niveau du 3e espace intercostal.

La question qui se posait était donc celle-ci : l'insuffisance mitrale dont il est certainement atteint, était-elle la seule lésion organique du cœur? M. Marfan était persuadé que non, parce qu'il restait de l'intumescence et de la dureté du foie et une dilatation des cavités droites. Il s'arrêta à l'idée d'une lésion congénitale du cœur, d'abord parce que la mère avait déclaré avoir perçu, dès le début de la vie, des battements cardiaques violents; ensuite parce qu'il existait une diffusion du souffle systolique à une grande étendue de la région précordiale.

L'autopsie confirma les prévisions, en montrant qu'il existait : 1° une endocardite mitrale récente avec des végétations, et une perte de substance de la valve gauche; 2° une persistance du trou de Botal dans sa totalité.

L'histoire de ce malade est intéressante encore à un autre point de vue. On peut se demander notamment quelle était la cause de l'endocardite mitrale qui est survenue récemment et dont une poussée nouvelle a sans doute entraîné la mort. Ce fait semble se rapporter à ce qu'on appelle l'endocardite infantile idiopathique, cette dernière épithète signifiant qu'on ne connaît pas de cause à cette maladie. Cette endocardite idiopathique s'observe surtout chez les enfants très jeunes avant 4 ou 5 ans; elle paraît plus grave que celle qui survient après cet âge. Cheadle suppose qu'elle est d'origine rhumatismale, et qu'avant cet âge, ou bien les arthropathies sont si légères et si fugaces qu'elles passent inaperçues, ou bien qu'il peut y avoir une infection rhumatismale aiguë sans arthropathies. A ces notions, M. Marfan ajouterait celle-ci : l'endocardite dite idiopathique du jeune âge frappe fréquemment des sujets qui ont déjà une lésion congénitale du cœur.

II

Les lésions acquises de l'orifice aortique et de l'aorte sont très rares dans l'enfance. M. Marfan en a observé 3 cas (1) et en y ajoutant ceux qui ont été publiés, il arrive à un total de 24 cas qui lui servent de base pour une étude d'ensemble.

Les lésions chroniques et acquises de l'aorte peuvent, d'après M. Marfan, se grouper en deux catégories : la première renferme les lésions aortiques qui sont la suite d'une endocardite aiguë, principalement d'une endocardite rhumatismale, c'est le type rhumatismal; la seconde comprend les lésions qui sont sous la dépendance de l'athérome artériel : c'est le type athéromateux.

De même que chez l'adulte, ces deux formes de lésions aortiques doivent être séparées et opposées, et on peut même dire que, chez l'enfant, leur distinction est encore plus nette et plus accusée que dans l'âge mûr.

Dans le premier groupe, nous trouvons quatre variétés cliniques. La première est représentée par l'insuffisance aortique pure; celle-ci paraît assez rare; elle se révèle par les mêmes signes physiques que chez l'adulte, mais les troubles fonctionnels sont peu marqués; quelques palpitations, l'essoufflement facile, la pâleur du visage sont, en général, les seuls symptômes qui accompagnent cette lésion. Elle semble donc mieux tolérée par l'enfant que par l'adulte. Il est probable que cette tolérance dure tant que le cœur garde ses qualités de cœur infantile et juvénile et qu'elle cesse à l'âge adulte, lorsque l'énergie de la fibre cardiaque diminue sous l'influence du surmenage et des intoxications.

L'insuffisance aortique associée à l'aortite constitue une seconde variété des lésions du type rhumatismal. Ces faits sont ordinairement désignés à tort sous le nom de rétrécissement avec insuffisance, de l'orifice aortique à tort d'après M. Marfan, car le véritable rétrécissement de l'orifice aortique paraît exceptionnel en dehors des lésions congénitales. L'aortite qui accompagne l'insuffisance aortique peut être limitée à la zone des valvules sigmoïdes de l'aorte; il suffit de quelques rugosités siégeant à la surface de ces valvules ou dans leur voisinage pour déterminer le souffle systolique de la base. Elle peut s'étendre à la membrane interne de l'aorte ascendante et même s'accompagner de dilatation cylindroïde, comme dans un cas observé par M. Marfan.

Cette forme, dans laquelle l'existence d'un double souffle à la base révèle une aortite avec insuffisance aortique, est beaucoup plus sérieuse que la précédente, dans laquelle l'insuffisance aortique est isolée, sans doute parce que les lésions sont diffuses au lieu d'être limitées.

1. Marfan, Des lésions acquises de l'orifice aortique et de l'aorte dans l'enfance (*Sem. méd.*, 27 mars 1901).

En tout cas, les enfants qui en sont atteints peuvent présenter une série d'accidents, analogues à ceux que l'aortite provoque chez l'adulte. Si l'on ne rencontre pas avant la puberté la véritable angine de poitrine, on peut observer des douleurs sternales sans angoisse et sans irradiation. L'accident le plus fréquent est l'accès de suffocation; tantôt, comme dans un cas observé par M. Marfan, il revêt les apparences d'une crise asthmatiforme; tantôt, comme dans le fait relaté par Cadet de Gassicourt, c'est un paroxysme de dyspnée accompagné de pâleur de la face, de vomissements, de cris de détresse qui ne dure que quelques secondes. Ces lésions complexes peuvent aussi déterminer la mort subite.

La troisième forme de lésions aortiques du type rhumatismal est celle où les lésions sont associées à des altérations de l'orifice mitral. Elle est assez fréquente et presque toujours grave; elle détermine ordinairement une dyspnée vive et assez souvent des accidents d'asystolie.

Dans une dernière variété, les lésions aortiques sont accompagnées de symphyse du péricarde; alors elles passent au second plan, la symphyse amenant en règle générale, quand il s'agit d'un enfant, une asystolie à répétition qui se répète avec de courtes rémissions jusqu'à la crise terminale.

Telles sont les lésions du type rhumatismal.

En regard, il faut placer les lésions du type athéromateux. Mais ici se pose une question : l'athérome existe-t-il dans l'enfance? On peut répondre par l'affirmative. Cette altération des artères est extrêmement rare chez l'enfant; mais il en existe des cas incontestables qui se sont présentés avant la puberté.

En 1869, M. Blache, dans sa thèse sur les maladies du cœur dans l'enfance, mentionne un fait relaté par Hodgson où il s'agissait d'une ossification de l'artère temporale chez un enfant de 15 mois, et un autre d'Andral où des plaques osseuses incrustaient les parois de l'aorte chez une fillette de 8 ans.

M. Sanné a publié, en 1887, un travail sur l'athérome et l'anévrysme de l'aorte chez l'enfant; il en a rassemblé 4 cas, les 3 premiers observés par Fenomenov, Moutard-Martin, Roger, le 4ᵉ par lui-même :

Le cas de Roger concerne un garçon de 10 ans qui avait un anévrysme de l'aorte ascendante, de cause inconnue; pas d'autopsie. Celui de Moutard-Martin a trait à un enfant de 2 ans qui mourut asystolique, et à l'autopsie duquel on trouva de l'athérome de la crosse aortique et des valvules sigmoïdes, et une péricardite sèche. Dans le fait de Sanné, il s'agit d'un garçon de 13 ans 1/2, chez lequel on rencontra, à l'autopsie, de l'athérome de l'aorte et des valvules avec anévrysme commençant et insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte. Enfin M. Fenomenov a relaté une observation d'anévrysme de l'aorte abdominale chez un fœtus; ce fait doit être rapproché de celui que M. Durante a communiqué à la Société anatomique, en janvier 1899, et que cet auteur considère comme un cas d'athérome congénital de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Pour compléter cette énumération, il faut encore signaler un cas d'anévrysme non traumatique de l'aorte abdominale chez une fillette de 10 ans, publié, il y a 3 ans, par M. Alexeïev.

Donc, l'athérome peut s'observer chez l'enfant, et même il pourrait avoir une origine congénitale.

La forme qu'il semble revêtir le plus fréquemment est celle de l'aortite chronique se manifestant par un souffle systolique de la base qu'on rapporte à tort à un rétrécissement de l'orifice aortique. Pure, isolée, cette aortite athéromateuse est assez bien tolérée; elle peut ne s'accompagner d'aucun trouble de la respiration et de la circulation; le seul symptôme noté chez le jeune malade de M. Marfan a été une névralgie du nerf phrénique; encore n'est-il pas sûr qu'elle fût liée à l'aortite. Mais il est probable que cette tolérance cesse quand arrive l'âge adulte; et de plus, même dans la période infantile, nous avons vu que la lésion en question peut donner naissance à un véritable anévrysme ou se compliquer d'asystolie mortelle. Quant aux causes de cet athérome aortique de l'enfance, elles nous échappent entièrement.

III

Des rapports intimes unissent l'asystolie à la symphyse du péricarde. On a même établi (Cadet de Gassicourt) comme loi que chez l'enfant l'asystolie est presque toujours le symptôme d'une symphyse. M. Marfan (1) estime que cette loi comporte des exceptions, puisque, comme nous l'avons vu du reste, l'asystolie peut être provoquée par la coexistence d'une lésion congénitale du cœur avec une lésion valvulaire. Aussi estime-t-il que si loi il y a, elle doit être formulée de la façon suivante :

« Les lésions valvulaires résultant d'une endocardite isolée, sans coexistence de péricardite et d'anomalie congénitale du cœur, ne donnent presque jamais naissance à l'asystolie chez l'enfant; cette immunité dure, en général, jusqu'à l'âge adulte. L'asystolie, chez l'enfant, reconnaît ordinairement pour cause la symphyse cardiaque, plus rarement une endocardite acquise compliquant une anomalie congénitale du cœur; après 6 ans, chez les grands enfants, l'asystolie est presque toujours la conséquence d'une symphyse du péricarde ».

L'asystolie présente chez l'enfant les caractères qu'on trouve dans celle de l'adulte. Chez l'un et chez l'autre, elle est caractérisée par la faiblesse des battements du cœur, la diminution de la pression artérielle et l'augmentation de la pression veineuse, la dyspnée, la cyanose, la turgescence des jugulaires, les œdèmes plus ou moins généralisés, les stases viscérales du poumon, du foie, du rein, les hydropisies des séreuses (hydrothorax, ascite). Mais, chez l'enfant, elle se distingue par divers caractères : 1° l'ordinaire conservation du rhythme cardiaque, tandis que, chez l'adulte, l'arythmie est la règle; 2° la rareté des signes de l'insuffisance tricuspidienne (souffle systolique xyphoïdien, pouls veineux, pouls hématique); 3° la rareté relative de l'apoplexie pulmonaire; 4° la prédominance des phénomènes hépatiques.

La marche de l'asystolie infantile est aussi assez particulière; les crises se répètent à brefs intervalles et, pendant les périodes intercalaires, les phénomènes caractéristiques de l'asystolie ne disparaissent pas tous; ainsi, le foie reste presque toujours gros durant ces phases d'amélioration relative.

Mais le fait qui domine l'histoire de l'asystolie infantile, c'est que, comme nous l'avons dit, elle est presque toujours la conséquence d'une symphyse péricardique.

Dans l'enfance, la symphyse cardiaque paraît plus fréquente que dans l'âge adulte, et elle reconnaît deux causes principales : la péricardite rhumatismale et la péricardite tuberculeuse. Dans les 2 cas, la cavité péricardique a disparu, comblée par des adhérences plus ou moins épaisses qui unissent les deux feuillets de la

1. Marfan. La symphyse cardiaque et l'asystolie chez l'enfant (*Bull. méd.*, 1901, n° 32).

séreuse. Mais, dans la symphyse rhumatismale, le cœur est gros et ses cavités sont dilatées; il y a hypertrophie excentrique; la lésion coexiste ordinairement avec de l'endocardite, et souvent avec des altérations du myocarde; elle se voit donc dans ces cas où le rhumatisme a frappé profondément le cœur, atteignant ses diverses parties, et représentant ce que Durozier appelait le grand cœur rhumatismal (pancardite rhumatismale).

La symphyse tuberculeuse, au contraire, ne détermine pas d'hypertrophie du cœur; celui-ci reste normal ou même il diminue de volume; dans les adhérences qui unissent les deux feuillets, on trouve des nodules tuberculeux, fibreux ou fibro-caséeux; la lésion coexiste presque toujours avec des lésions bacillaires des ganglions suspéricardiques et trachéobronchiques, souvent avec des altérations du même ordre de la plèvre ou du péritoine. Les lésions tuberculeuses du poumon sont ordinairement minimes.

Ces données anatomiques permettent de prévoir que les deux formes de symphyse, rhumatismale et tuberculeuse, différeront par quelques particularités cliniques.

Dans la symphyse rhumatismale, le cœur est gros; dans la symphyse tuberculeuse, il garde son volume normal ou même devient plus petit. Dans la première, une dyspnée plus ou moins vive s'observe presque toujours; dans la seconde, la dyspnée fait défaut ou est à peine marquée. Les palpitations, en général fortes dans la forme rhumatismale, sont peu accusées ou absentes dans la forme tuberculeuse. Mêmes différences pour le choc de la pointe. Dans la première, les bruits cardiaques sont forts; dans la seconde, les bruits sont faibles et le rhythme fœtal est la règle. Dans la symphyse rhumatismale, on entend, en général, des souffles valvulaires, organiques ou fonctionnels, tandis que, dans la symphyse tuberculeuse, les souffles manquent presque toujours.

Mais les deux formes ont ce caractère commun de déterminer de l'asystolie. Les œdèmes, la cyanose, le foie cardiaque appartiennent à toutes les deux et devront toujours faire penser à l'existence d'une péricardite fibroadhésive; les caractères différentiels indiqués, surtout le volume du cœur, permettront de distinguer la forme rhumatismale de la forme tuberculeuse.

Parmi les caractères communs aux deux formes de symphyse, il en est un qui est particulièrement important pour attirer l'attention : c'est la prédominance des phénomènes hépatiques dans l'asystolie péricardique des enfants, l'asystolie infantile, et elle donne parfois à celle-ci une physionomie très spéciale, bien mise en lumière par Hutinel, Pick et Moisard.

La symphyse cardiaque de l'enfant détermine très vite le gonflement du foie et, celui-ci établi, on ne constate plus un retour à l'état normal; l'hépatomégalie augmente pendant les crises asystoliques, diminue dans leur intervalle, mais elle ne disparaît presque jamais. Lorsque plusieurs crises se sont succédées, le foie reste définitivement très gros; en outre, il devient dur, lisse, son bord inférieur s'arrondit, comme dans les cirrhoses hypertrophiques; alors le foie cardiaque évolue vers la cirrhose.

L'ascite, qui coexiste ordinairement avec les modifications du foie, vient accuser cette tendance à la cirrhose; plus tard, le développement exagéré des veines sous-cutanées de l'abdomen se joint à l'ascite. Celle-ci est parfois assez abondante pour exiger des paracentèses répétées.

Peu à peu, d'autres symptômes viennent, en général, compléter le syndrome cirrhotique : l'hypertrophie de la rate; les caractères des urines, qui sont rares, contiennent souvent de l'urobiline et quelquefois de l'albumine, surtout à une période avancée de la maladie; enfin, l'existence de la glycosurie alimentaire.

On a alors sous les yeux un tableau clinique qui peut égarer le diagnostic, surtout dans le cas d'une symphyse tuberculeuse où les symptômes cardiaques sont très effacés; on peut alors penser à une péritonite tuberculeuse ou à une cirrhose alcoolique.

La symphyse cardiaque de l'enfance se termine presque toujours par la mort. Si la symphyse est tuberculeuse, la durée des accidents ne dépasse guère une année; si elle est rhumatismale, la marche est plus lente; mais l'issue n'en est pas moins fatale.

Les lésions constatées à l'autopsie sont celles de la symphyse, de l'asystolie et, parfois, de la tuberculose. Parmi elles, celles du foie ont particulièrement attiré l'attention.

Quand il s'agit de symphyse rhumatismale, on trouve les lésions du foie cardiaque ou de la cirrhose cardiaque; ces altérations sont les mêmes que chez l'adulte.

Mais si la symphyse est tuberculeuse, on constate d'abord les altérations du foie cardiaque, ensuite celles du foie tuberculeux visibles à l'œil nu ou seulement au microscope : sclérose périportale, plus rarement, une dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique, et alors se trouve réalisée la cirrhose hypertrophique graisseuse.

Enfin, aussi bien dans le cas de symphyse rhumatismale que dans celui de symphyse tuberculeuse, une nouvelle altération peut être constatée : la périhépatite, qui rend les lésions encore plus complexes. En pareil cas, comme MM. Gilbert et Garnier l'ont montré, il y a une véritable « symphyse péricardopérihépatique »; la périhépatite détermine une sclérose du foie plus marquée à la périphérie.

Telles sont, en résumé, les notions cliniques et anatomiques qui suffisent pour se rendre compte de ce qu'on a appelé cirrhose cardiaque ou cardio-tuberculeuse chez l'enfant.

IV

Deux mots au sujet du traitement de l'asystolie, dont la cause la plus fréquente est, comme nous venons de le voir, la symphyse du péricarde.

Dès que les signes d'asthénie cardiaque se montrent, dès qu'on constate l'œdème des jambes, la tuméfaction du foie, la stase du poumon, la rareté des urines, il faut administrer la digitale.

La macération de poudre de feuilles de digitale est, d'après M. Marfan, supérieure à toutes les autres préparations, même à la digitaline cristallisée. La teinture est infidèle; quant à l'infusion, souvent prescrite pourtant, elle est peu efficace, comme toutes les préparations à chaud; il semble que la chaleur détruit un des principes actifs de la digitale. En ce qui concerne la macération, les doses sont, pour un enfant au-dessus de 5 à 6 ans, de 20 centigrammes à 40 centigrammes de poudre de feuilles de digitale pour 60 ou 100 grammes d'eau froide. On laisse macérer vingt-quatre heures; puis on passe dans un linge fin, et on fait boire le liquide le matin à jeun, en une seule fois. On renouvelle cette dose tous les matins pendant 5 ou 6 jours au plus.

On ne doit presque jamais poursuivre cette médication au delà du 5e jour. A ce moment, si la diurèse ne s'est pas établie, si les œdèmes n'ont point disparu, si le ventre ne s'est pas dégonflé, on s'adresse à un des succé-

danés de la digitale dont l'action peut être poursuivie plus longtemps sans inconvénients. C'est la théobromine (donnée en paquets à la dose de 75 centigrammes par jour au-dessous de 6 ans, de 1 gramme à 1 gramme par jour au dessus de 6 ans) qui, d'après M. Marfan, réussit le mieux. La théobromine est surtout un diurétique. Elle a l'avantage de stimuler à un haut degré les fonctions rénales. On peut d'ailleurs revenir à l'usage de la digitale après une dizaine de jours.

La digitaline cristallisée se donne en une seule dose massive qu'on ne renouvelle qu'après un intervalle de quelques jours. La dose est de 1/4 de milligramme au-dessus de 5 ans (soit 12 gouttes des solutions officinales). Dans l'intervalle, on peut administrer la théobromine.

Quant celle-ci ne réussit pas à maintenir une diurèse abondante, on pourra recourir à la caféine; pendant 2 ou 3 jours on pourra faire une injection sous-cutanée de 10 à 20 centigrammes de caféine. Il ne faut pas prolonger l'usage de ce remède, car il détermine parfois une excitation cérébrale qui confine au délire.

Le strophantus s'administre à la dose de 1/2 à 1 milligramme d'extrait de 5 à 10 ans. Il est assez bien supporté. Cependant il provoque parfois une diarrhée qui oblige à en suspendre l'emploi. La spartéine est un médicament très infidèle. Je n'ai aucune expérience de l'emploi du convallaria chez l'enfant.

Le repos absolu au lit et le régime lacté, mitigé par quelques plats sucrés et féculents, sont de rigueur pendant la durée des accidents asystoliques.

Quelques médecins commencent ordinairement le traitement de l'asystolie en donnant, avant la digitale, un purgatif; cette pratique me paraît devoir être rejetée; elle occasionne parfois une diarrhée qu'il est ensuite très difficile d'arrêter.

Il arrive parfois que l'ascite est si abondante qu'elle nécessite la paracentèse; souvent même la diurèse ne s'établit que lorsqu'on a pratiqué cette opération, sans doute parce qu'elle décomprime le rein et lui permet de mieux fonctionner.

Quand les accidents asystolique ont disparu pour un temps, il faut soumettre les enfants à l'hygiène des cardiopathies compensées; mais celle-ci doit être bien plus rigoureuse; ainsi, le repos physique et intellectuel doit être presque absolu; il faut considérer et traiter les malheureux atteints de symphyse et d'asystolie comme de véritables infirmes, incapables de mener la vie commune. Il est utile de pratiquer et de répéter la révulsion sur la région précordiale; on la réalise avec le chlorure de méthyle, les vésicatoires volants (s'il n'y a pas d'albuminurie) et les pointes de feu. Cette pratique éloigne parfois les crises d'asystolie.

Contre la tendance du foie cardiaque à évoluer vers la cirrhose, on administrera tous les 15 ou 20 jours du calomel à doses faibles et fractionnés (5 centigrammes en cinq prises à une 1/2 heure d'intervalle, dans une matinée) (1).

Romme.

1. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1901, p. 367.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Gliome du cervelet. — Extirpation. Fistule méningée.

Par M. Jaboulay (1).

Un homme de 40 ans éprouvait depuis un an et demi des douleurs de tête, principalement occipitales, qui restaient rebelles à tous les traitements. La vue avait baissé progressivement. Il y a trois mois, il eut de nouveaux symptômes ; c'étaient des vertiges, des vomissements, de la titubation, chaque fois qu'il voulait seulement se lever de son lit ; puis il eut des sifflements dans l'oreille gauche, et devint à peu près sourd de ce côté. A son entrée dans le service, il y a deux mois et demi, la symptomatologie était la suivante : céphalalgie très vive, surdité gauche, vertiges et titubation, œdème papillaire intense, bilatéral, avec des hémorrhagies rétiniennes, un peu de parésie du facial inférieur gauche et des membres du côté droit.

Nous n'hésitâmes pas à porter d'emblée le diagnostic de tumeur de l'hémisphère gauche du cervelet : il y avait en effet les signes généraux d'une tumeur encéphalique, œdème papillaire et céphalalgie ; les vertiges, la surdité gauche, avec la compression de la protubérance du même côté (parésie alterne de la face et des membres), la localisaient dans l'hémisphère gauche du cervelet.

J'ai trépané la face occipitale inférieure gauche le 5 juin, au milieu d'une ligne réunissant la pointe de la mastoïde et la protubérance occipitale externe; après incision de la dure-mère, du liquide céphalo-rachidien s'écoulait en grande abondance, et des adhérences blanchâtres apparurent entre les méninges et la surface du cervelet. Pendant 8 à 10 jours, la plaie, qui avait été recousue après cette incision méningée, laissa suinter une grande quantité de liquide céphalo-rachidien ; puis l'écoulement se tarit et la plaie fut cicatrisée. Or, pendant toute cette période de traitement, la céphalalgie disparut, et la vue parut s'éclaircir, comme si la tension intra-cranienne avait véritablement diminué; mais elle reparut immédiatement après, aussi violente.

Le 1er juillet, deuxième opération : réouverture de la cicatrice ; la surface cérébelleuse est herniée et s'est sphacélée ; elle est détachée avec le doigt, qui met ainsi à nu une tumeur rouge formée de deux masses principales : leur excision aux ciseaux a permis de faire des préparations au laboratoire d'anatomie pathologique, où l'on a trouvé un gliome à grandes cellules.

Le soir de l'intervention, le malade se lève pour la première fois depuis trois mois ; le lendemain il est descendu se promener dans les cours de l'Hôtel-Dieu, le mal de tête et les vertiges avaient disparu. Seules avaient persisté la névrite optique et la diminution de la vision, surtout pour l'œil gauche, la surdité à gauche et la parésie alterne.

Cette observation montre que l'on peut obtenir de bons résultats dans certaines affections cérébelleuses, et qu'il ne faut pas les abandonner toutes à elles-mêmes. Nous conseillons d'opérer par temps successifs, qui permettent de limiter l'étendue et la profondeur des désordres opératoires ; les tumeurs sont souvent accouchées par la hernie cérébelleuse en dehors du crâne, où il n'y a qu'à les cueillir quelques jours après l'incision de la dure-mère. Si les statistiques pour opérations de tumeurs cérébelleuses sont si mauvaises (Allen Starr, Chipault), c'est que les chirurgiens ont voulu tout enlever d'un coup, produisant ainsi du schock et des hémorrhagies. La récidive des douleurs est une indication à réouvrir les cicatrices opératoires ; au bout de trois semaines, la céphalalgie ayant fait sa réapparition, nous avons dû réinciser une troisième fois, sous anesthésie locale, et examiner à nouveau le cervelet. Rien d'anormal au toucher ni à la vue ne s'étant présenté, nous avons suturé les téguments ; or, au bout d'une huitaine de jours, une fistulette s'est formée sur le milieu de la suture et a laissé couler le liquide céphalo-rachidien, au fur et à mesure de son hyper-production. La conséquence de cet écoulement a été, comme la première fois, la

1. *Lyon médical*, 11 août 1901.

cessation de la céphalée et encore l'amélioration de la vision. Déjà, j'ai insisté sur l'utilité et même la nécessité de ces cicatrices à filtration (*Arch. prov. de chirurgie*, 1893 et *Lyon Médical*, 1900 : *Traitement de l'ascite et de la cirrhose atrophique : cicatrice à filtration*), où est rappelée l'observation d'une fillette atteinte de tumeur cérébrale, qui fut soulagée et même guérie par cette exsudation prolongée. Elle vit encore, mais elle est aveugle. Il n'y a pas à craindre de méningite par infection extérieure, du moins c'est ce que je n'ai pas observé. L'hyperproduction du liquide céphalo-rachidien est donc bien la cause immédiate des phénomènes de compression intra-cranienne signalés dans les tumeurs; elle explique que les trépanations blanches, mais avec incision de la dure-mère et cicatrice à filtration, peuvent amender considérablement les symptômes, presque autant que si le néoplasme avait été extirpé en totalité. D'ailleurs, notre opérée du gliome du cervelet se comporte vis-à-vis de la trépanation comme la fillette au néoplasme du cerveau ; la vision baisse peu à peu, parce que la névrite optique a succédé à l'œdème papillaire, et que l'opération a été trop tardive pour agir contre ce symptôme ; mais les phénomènes cérébelleux, vertiges, titubation, céphalalgie et parésie alterne, vont en diminuant.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Bluysen (Raymond). *Contribution à l'étude clinique des streptococcies généralisées chez l'homme.*

M. Lecerf (André). *De l'opsiurie.* N° 579. (Imp. P. Dupont.)

M. Duchesne (J.). *Forme rénale de l'ictère acholurique simple.* N° 580. (Carré et Naud.)

M. Dodet (Louis-Etienne). *Des hémorrhagies dans l'urémie.* N° 406. (J. Rousset.)

M. Markel (Henri). *L'asthme chez les enfants.* N° 524. (J. Rousset.)

Dans une importante étude, M. Raymond Bluysen trace l'histoire complète des streptococcies généralisées, c'est-à-dire des infections à streptocoques propagées à tout l'organisme par la voie sanguine.

L'invasion du sang se fait de deux façons différentes :

1° Le plus fréquemment, le système lymphatique est envahi d'abord, puis l'infection se généralise au système veineux par le canal thoracique. Il y a infection lymphatico-sanguine ;

2° D'autres fois, l'infection est sanguine primitivement. Ce sont les capillaires ou vaisseaux de la porte d'entrée qui charrient le streptocoque dans le système vasculaire, et propagent l'infection à tout l'organisme.

Dans les streptococcies lymphatico-sanguines le point de départ est souvent un accident local streptococcique, constatable objectivement.

Dans les streptococcies sanguines primitives, il se peut que rien de semblable ne soit observé : une simple « fissure » du système vasculaire suffit à donner entrée à l'infection.

Streptococcie et streptococcémie ne sont pas termes synonymes :

1° Dans les cas les plus nombreux, on ne retrouve pas le streptocoque dans le sang ;

2° La streptococcémie est cependant relativement fréquente.

L'évolution de la streptococcie généralisée peut être schématiquement représentée par deux formes très distinctes : pyohémie et septicémie.

En clinique, les symptômes paraissent s'associer diversement, et donnent lieu au tableau des pyo-septicémies et des septico-pyohémies, selon que prédomine l'un ou l'autre facteur.

Les streptococcies sanguines primitives semblent se rattacher aux pyo-septicémies.

L'existence de la streptococcémie ne semble pas avoir une signification pronostique exacte. Elle présente une valeur diagnostique indiscutable.

Parmi les symptômes objectifs de la streptococcie, M. Bluysen, qui rapporte sept observations inédites suivies par lui, signale comme étant les plus fréquents : les localisations articulaires ; les pleurésies suppurées, seules ou accompagnant une péritonite ; l'ostéomyélite à streptocoques ; les nodules cutanés infectieux ; l'envahissement fréquent du liquide céphalo-rachidien et des méninges par le streptocoque lui-même, fait réputé rare naguère encore.

Le diagnostic des streptococcies peut présenter quelques difficultés :

1° Dans la phase de début, les symptômes peuvent aussi bien être rapportés à toute autre maladie infectieuse (grippe) ;

2° Les symptômes objectifs de la période aiguë peuvent en imposer pour d'autres maladies ;

3° La streptococcie dûment diagnostiquée, il peut être difficile d'établir la filiation des accidents ;

4° Enfin, la porte d'entrée de l'infection, souvent très apparente, peut être difficilement discernée. Parfois même, le mode d'infection demeure inconnu.

La thérapeutique est à peu près impuissante : pourtant les bains froids constituent un antithermique puissant ; les injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérum artificiel luttent contre le collapsus, l'adynamie ; quant à la sérothérapie antistreptococcique elle semble demeurer jusqu'à ce jour sans résultats.

L'opsiurie est un symptôme récemment étudié et décrit par MM. Gilbert et P. Lereboullet dans les affections hépatiques. Il consiste en un retard de l'élimination aqueuse de l'urine après les repas, mis en évidence par l'examen fractionné.

M. Lecerf, dans sa thèse, accompagnée de nombreux tableaux démonstratifs décrit en détail ce nouveau symptôme.

Pour pratiquer cet examen, il convient de faire aux malades en observation deux repas par jour (à midi et à 8 heures du soir, par exemple), sans absorption de boissons ni d'aliments dans l'intervalle, et de recueillir régulièrement les urines toutes les quatre heures, pendant 24 heures consécutives.

Dans les cas les plus nets, l'oligurie digestive est très marquée, de même que la polyurie de la période de jeûne. Souvent, s'il y a ictère, peut s'y surajouter l'inversion du rythme colorant normal des urines, inversion que MM. Gilbert et P. Lereboullet ont signalée, mais qui ne se superpose pas fatalement à l'opsiurie. Les urines digestives sont alors rares et foncées, celles du jeûne, claires et abondantes. S'il est des cas intermédiaires, où surtout, du fait de l'oligurie permanente, le phénomène est moins évident, le plus souvent on peut facilement se rendre compte de son existence.

L'opsiurie se rencontre dans les affections du foie les plus diverses : cirrhoses alcooliques avec ou sans ascite, cirrhoses biliaires, cirrhoses pigmentaires, congestions passives du foie de divers ordres, etc. Mais, dans la règle, elle ne s'observe que dans les affections susceptibles de s'accompagner d'hypertension portale. Lorsque l'opsiurie fait défaut, c'est : soit que le degré déjà avancé de l'affection hépatique empêche de se rendre compte de son existence, soit que l'hypertension portale fait nettement défaut.

Les affections des autres organes, et notamment les affections du cœur et des reins, ne semblent pas s'accompagner de ce symptôme ; il n'apparaît que lorsque, simultanément, existe une affection du foie susceptible d'expliquer sa présence.

Divers arguments, basés sur la clinique, l'évolution, les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide du massage direct du foie, montrent qu'il s'agit bien, ici, d'un symptôme dû au retard de l'absorption aqueuse au niveau de l'intestin du fait de l'hypertension portale. Ce retard entraîne le retard de l'élimination aqueuse et, parallèlement, celui de l'élimination azoturique ;

L'opsiurie est un symptôme précoce de l'hypertension portale qui permet de la reconnaître alors même que les autres symptômes sont nuls ou peu accentués. Il peut coexister avec la splénomégalie, la circulation supplémentaire, les hémorrhagies gastro-intestinales. Plus tard, lorsque l'ascite traduit une plé-

thore portale plus marquée, pléthore qui peut entraîner secondairement le syndrome de l'hypotension artérielle (oligurie, tachycardie), l'oligurie et l'état cachectique du malade peuvent empêcher de le constater, mais alors, il n'est plus besoin de ce signe pour reconnaître l'hypertension portale.

L'opsiurie devra donc être recherchée dans tous les états où l'on soupçonne la pléthore portale, puisqu'elle permet de constater facilement et de manière précise le degré de l'hypertension portale, et d'agir sur elle en conséquence.

Le massage abdominal et surtout le massage direct du foie, pratiqué avec prudence, le régime lacté et le régime lacto-végétarien, le repos sont les moyens les plus propres à faire disparaître l'hypertension portale ou à la diminuer, l'amélioration obtenue pouvant être constatée par la diminution ou la disparition de l'opsiurie.

L'ictère acholurique simple (ou cholémie simple familiale) décrit par MM. Gilbert et Lereboullet, et dû à une angiocholite chronique légère, peut s'accompagner d'accidents rénaux variés, qui autorisent à admettre une forme rénale de l'ictère acholurique.

C'est cette forme sur laquelle MM. Gilbert et Lereboullet ont récemment insisté que M. Duchesne étudie complètement dans sa thèse.

Dans la plupart des cas, on retrouve : d'une part, des antécédents biliaires nets, soit héréditaires, soit personnels, d'autre, part, des antécédents rénaux démontrés par l'existence, dans la même famille, d'albuminuries intermittentes ou de néphrites avérées. Ces antécédents portent à admettre une prédisposition individuelle, qui, comme pour les autres complications de l'ictère acholurique, explique la prédominance des accidents rénaux chez certains malades.

Au point de vue clinique, on observe surtout une albuminurie intermittente, au cours de l'ictère acholurique, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte. Elle s'accompagne dans certains cas de petits signes de brightisme, de l'existence d'une légère imperméabilité au bleu dénotant une minime lésion rénale.

Dans d'autres cas on peut observer une albuminurie continue avec imperméabilité et signes de néphrite plus accentués, qui pourrait être susceptible d'avoir une terminaison fatale. Souvent alors, elle passe au premier plan du tableau clinique.

Enfin il est des faits, où, des crises d'hémoglobinurie paroxystique peuvent survenir au cours d'un ictère acholurique, avec cholémie chronique marquée.

Au point de vue pathogénique on peut établir un lien entre l'ictère acholurique ou cholémie familiale et ces divers accidents rénaux. Si l'on peut concevoir l'existence d'un trouble fonctionnel du foie, à l'origine de ces accidents, il semble plus vraisemblable d'admettre le rôle de la toxi-infection due à l'angiocholite. Cette affection amène la production d'une lésion rénale minime ou intense, de même que certaines angiocholites graves peuvent provoquer secondairement des néphrites biliaires graves (Gilbert et Lereboullet).

La cholémie ne semble jouer qu'un rôle effacé. Il faut peut-être aussi faire intervenir l'action des troubles secondaires à l'ictère acholurique : dyspepsie, nervosisme, etc.

Le traitement est basé sur l'emploi du régime lacté et du régime lacto-végétarien, associé à l'usage des eaux alcalines et diurétique (Evian, Pougues, Vichy). Ce traitement permet d'agir à la fois sur l'ictère acholurique et sur les accidents rénaux qu'il a créés.

Les hémorrhagies conclut M. Dodet, font assez souvent partie de la symptomatologie de l'urémie ; elles se produisent principalement au début et à la période terminale de l'insuffisance rénale.

Elles revêtent deux formes principales : la forme localisée, la forme diffuse.

La forme hémorrhagique diffuse se réalise ordinairement à la période terminale de l'insuffisance rénale.

Les mécanismes de la production de ces hémorrhagies consistent en la destruction, soit de l'équilibre nerveux cardio-vasculaire, soit de l'intégrité histologique des vaisseaux, soit de l'équilibre de coagulabilité; soit en l'association ou la somme de ces déséquilibres.

La part qui revient à chacun de ces mécanismes dans la production des hémorrhagies est variable suivant les cas; la destruction de l'équilibre de coagulabilité caractérise particulièrement la forme hémorrhagique diffuse.

Les mécanismes déterminants de ces hémorrhagies sont sous la dépendance de l'auto-intoxication par insuffisance rénale ; et l'intensité de l'hémorrhagie paraît proportionnelle à la toxicité du sérum sanguin.

Le coefficient séro-toxique de certains urémiques se constitue donc, pour une partie de sa valeur, d'éléments toxiques hémorrhagipares.

L'insuffisance rénale créant souvent l'insuffisance hépatique, certaines hémorrhagies de l'urémie rentrent dans le groupe des hémorrhagies par insuffisance hépatique.

Le pronostic des hémorrhagies localisées est ordinairement bénin ; celui de la forme hémorrhagique diffuse est la plupart du temps, fatal à bref délai.

L'asthme s'observe assez souvent dans la seconde enfance et même dans la première. Pour M. Markel, c'est une névrose pneumo-bulbaire reconnaissant, comme toute autre manifestation névropathique, des causes prédisposantes, le névro-arthritisme par exemple, conséquence du ralentissement de nutrition.

La prédominance anatomique et fonctionnelle de la moelle sur le cerveau dans les premiers temps de la vie font de l'enfant un prédisposé à tous les troubles, aux spasmes toniques comme la tétanie, ainsi qu'aux spasmes cloniques comme l'éclampsie.

Les enfants chétifs, rachitiques, syphilitiques, sont les plus aptes à devenir asthmatiques.

Le froid humide, l'eczéma et en général les maladies cutanées, le mauvais fonctionnement de la peau, les irritations gastro-intestinales, les réflexes d'origine nasale, pharyngienne, amygdaliennes bronchique génitale, l'intoxication de quelque origine qu'elle soit, la malaria, la syphilis héréditaire provoquent l'asthme chez les prédisposés.

La forme bronchique est la plus fréquente.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Kohler (Pierre-Daniel). *De l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur en thérapeutique chirurgicale.* N° 48.

M. Monmayou (Charles-Anatole-Henri-Théophile). *De la séro-réaction tuberculeuse extemporanée par le procédé du sang desséché.* N° 50.

M. Gentès (Michel). *Morphologie et structure des îlots de Langheraus chez quelques mammifères. Evolution et signification des îlots en général.* N° 49.

M. Lescarret (Marc-Jean). *Des scotomes par éclipse solaire.* N. 43.

M. Sarrabezolles (Etienne-Charles-Louis). *Contribution à l'étude des fistules vésico-utérines.* N° 41.

M. Ménier (Marius-Honoré). *Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie.* N° 54.

M. Susbielle (Emile-Pierre). *Contribution à l'étude de la contusion herniaire.* N° 42.

M. Guérin (Pierre-Auguste-Eugène-Armand). *Des conjonctivites pseudo-membraneuses chroniques.* N° 47.

Le bleu de méthylène doit être employé chimiquement pur, sinon on s'expose à de fâcheux mécomptes.

Il résulte du travail de M. Kohler, qu'en solution saturée (à 4 grammes, 57 p. 100) il détruit le gonocoque, le staphylocoque, le streptocoque, la bactéridie charbonneuse, le bacille de Lœffler et le bactérium coli commun.

Le bacillus subtilis, le bacille d'Eberth, le bacille de Friedlander résistent à son action.

C'est un antiseptique indolore, non toxique, non caustique et inodore.

Il a donné d'excellents résultats dans certaines affections chirurgicales. Dans le cancer, au point de vue palliatif, et dans les cancroïdes de la face, c'est un traitement à recommander.

En oculistique, on s'en sert couramment pour les ulcérations cornéennes, les conjonctivites, les blépharites et même pour les kératites parenchymateuses.

On l'emploie encore avec succès dans la blennorrhagie, la cystite, la pyélite, les fistules ostéopathiques, l'empyème tuberculeux, les stomatites mercurielles et ulcéro-membraneuses, dans les plaques muqueuses.

Employé à l'état pulvérulent et associé à la glycérine, le bleu de métylène amène très rapidement la sédation des phénomènes douloureux de la vaginite blennorrhagique. Ce résultat est obtenu en dix jours en moyenne.

Dans le traitement des métrites on l'emploie en solution saturée ou à l'état pulvérulent. Il fait très vite disparaître la métrorrhagie et la ménorrhagie, il atténue la leucorrhée et diminue quelquefois la douleur, surtout dans la dysménorrhée liée à une altération de la muqueuse.

Les lésions annexielles et paramétritiques sont souvent heureusement influencées par ce traitement.

Le seul inconvénient qu'on puisse reprocher à ce médicament, c'est de laisser des traces trop persistantes.

M. Monmayou a constaté que le sang des tuberculeux recueilli sur un papier stérilisé et desséché conserve la propriété agglutinative.

Il l'emploie dilué dans la proportion de une goutte d'eau stérilisée pour une goutte de sang et il obtient le séro-diagnostic de la tuberculose en mettant une à deux gouttes de cette dilution en contact avec une goutte de bacilles tuberculeux mobiles.

Le phénomène se produit entre 15 et 30 minutes.

L'âge des cultures propices à la réaction varie entre 4 et 16 jours.

Ce procédé permet aux praticiens d'avoir un élément de plus pour établir le diagnostic dans les cas douteux.

M. Gentès a étudié les îlots de Langheraus chez la souris, le rat blanc, le cobaye, le lapin, le chien, le chat, le bœuf, le mouton, le porc et enfin chez l'homme. Il les a retrouvés chez toutes ces espèces animales avec des caractères communs et des caractères différentiels.

Chez l'homme, les îlots persistent avec quelques modifications pendant toute la vie et même jusque dans l'extrême vieillesse.

Leur signification a été longtemps obscure. Il faut rejeter l'opinion qui en fait du tissu lymphoïde, comme aussi celle qui les considère comme des points morts de la glande pancréatique.

L'auteur se rattache à la théorie du professeur Laguesse qui les considère comme des organes glandulaires à sécrétion interne. A toutes les raisons qu'on en a données, on peut ajouter qu'il existe des lésions des îlots dans les cas d'insuffisance de la sécrétion interne du pancréas, dans le diabète maigre par exemple.

Le scotome par éclipse solaire (*scotoma helieclipticum*) a une physionomie particulière, qui a engagé M. Lescarret a en faire le sujet de sa thèse.

L'affection se rattache à l'éblouissement rétinien, mais son mode d'apparition, sa symptomatologie et sa marche en font une des plus intéressantes manifestations de cet éblouissement.

Il guérit le plus souvent parce qu'il ne s'accompagne que rarement de troubles graves des membranes profondes, mais les malades que voit le médecin appartiennent à ces cas graves.

Les lésions ophthalmoscopiques sont variées et aucune ne paraît spéciale et pathognomonique au *scotoma helieclipticum*.

Toutes les radiations émanant de la source solaire semblent jouer un rôle dans la production de l'affection. On ne peut admettre exclusivement une altération de l'élément nerveux sensoriel pas plus que de l'élément vasculaire. Ces deux sortes de lésions peuvent coexister et dépendre l'une de l'autre.

A la suite de vibrations lumineuses trop intenses, le processus de défense rétinienne est vaincu. Il se produit une altération de l'organe récepteur sensoriel soit directement, par altération du neurone périphérique, soit indirectement, par abolition de la migration physiologique du pigment et décomposition trop intense du pourpre rétinien.

Par action réflexe, il peut se produire, d'après l'auteur, des troubles vasculaires, mais ceux-ci arrivent rarement à une suffusion sanguine capable de causer une lésion appréciable à l'ophthalmoscope.

Le traitement de cette affection consiste d'abord dans le repos absolu de l'organe visuel. Les troubles congestifs seront combattus par les émissions sanguines.

En cas d'échec de ce traitement, on aura recours à la strychnine, aux courants continus et aux divers excitants nervins.

La majorité des fistules vésico-utérines reconnaissent pour causes des accidents obstétricaux ou des manœuvres obstétricales. Leurs symptômes aujourd'hui bien déterminés permettent de porter facilement un diagnostic au moyen du spéculum et d'injection, dans la vessie, d'un liquide coloré.

Le pronostic de ces fistules est bénin, lorsqu'elles sont soignées assez tôt.

Le traitement est surtout la partie qui a été étudiée par M. Sarrabezolles.

Lorsque l'orifice fistuleux est petit, si le repos ne suffit pas à le faire cicatriser, on aura recours à la cautérisation.

On devra laisser de côté le procédé par avivement et suture directe de Jobert de Lamballe et de Simon, ainsi que celui de Seins et de Bozeman.

La méthode par dédoublement ou cystoplastie de Folet-Champneys réussit bien mieux, surtout quand le vagin est assez large et l'utérus facilement attiré à la vulve.

Ce n'est que dans les cas compliqués qu'on aura recours à la méthode transvésicale de Trendelenburg, lorsque, par exemple, l'utérus est inabordable par le vagin ou bien lorsque la vessie offre des phénomènes inflammatoires.

L'hystérocleisis n'est utile que dans les cas rebelles où les autres méthodes ont échoué.

Lorsqu'on voit la vie misérable que mènent les malades atteintes d'incontinence d'urine à la suite de ces fistules, l'état de malpropreté où elles vivent, malgré tous les soins de propreté qu'elles peuvent prendre, on comprend qu'on doit tout tenter pour soulager ces malheureuses, même au prix de la suppression d'une fonction aussi importante que la reproduction.

Le travail de M. Ménier a été divisé en deux parties. Dans la première, après un très court historique, il étudie la vapeur d'eau chaude dans son action sur l'être vivant. Il passe ensuite en revue les diverses théories émises sur le mode d'action de l'air chaud. Cettre première partie se termine par la description des appareils employés pour le traitement, soit à la vapeur d'eau chaude, soit à l'aérothermie.

Dans la deuxième partie, l'auteur étudie plus spécialement l'emploie de l'air chaud en rhinologie; d'après les résultats obtenus à la clinique du Dr Lichtwitz. Ces résultats sont surtout remarquables dans le traitement des rhinites spasmodiques et subaiguës, ainsi que dans certaines obstructions à bascule.

C'est un moyen terme entre le traitement chirurgical, trop violent et trop radical, et le traitement radical trop anodin. Il est inoffensif et presque indolore.

Il peut y avoir des cas bénins de contusion herniaire, mais ces cas sont peu nombreux, car ils ne sont pas publiés.

La plupart du temps la contusion herniaire est grave au point de vue du pronostic.

Le diagnostic est facile, la seule difficulté consiste à apprécier le degré des lésions. De là doit résulter le traitement.

Un bon bandage est un excellent moyen prophylactique.

Lorsque la lésion existe, on doit savoir qu'il ne faut jamais pratiquer le taxis.

M. Susbielle admet le traitement médical accompagné de l'expectation armée, pour les cas légers, sans complications.

Si les accidents locaux prédominent, la herniotomie peut suffire; mais si, après l'ouverture du sac, le moindre doute subsiste sur l'état des viscères, il faut continuer l'incision, ouvrir largement l'abdomen, et opérer vite sur les viscères. Aussi fera-t-on plus souvent la suture simple de Martinet ou l'anus artificiel que l'entérorrhaphie circulaire de Lembert, surtout lorsque les phénomènes généraux l'emportent.

La conjonctivite pseudo-membraneuse chronique peut être considérée, pour M. Guérin, comme une entité morbide à rapprocher des bronchites pseudo-membraneuses chroniques.

Cliniquement, il en existe deux formes analogues aux formes interstitielle et croupale de la conjonctivite à fausses membranes aiguës. Elles peuvent aussi se compliquer d'accidents graves pour l'œil.

La conjonctivite pseudo-membraneuse chronique n'est pas unique, mais multiple au point de vue bactériologique. La virulence des microbes est moindre, quels qu'ils soient, que celle des microbes de la conjonctivite pseudo-membraneuse aiguë.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par le Dr Albert Martin (*Revue médicale de Normandie*, 25 juillet 1901, p. 289). — L'auteur, en moins d'un an, a eu l'occasion d'opérer trois femmes victimes de cet accident, et chez toutes, un kyste de l'ovaire déjà volumineux ne s'était encore révélé en rien à leur attention.

Il pense que même si le diagnostic ne peut être affirmé franchement, il faut intervenir quand même. Il n'y a pas d'hésitation possible à cet égard. Les dangers d'une laparotomie exploratrice précoce sont, en effet, incomparablement moindres que ceux que fait courir à la malade une trop longue temporisation.

1er Cas. — Femme, 42 ans, n'ayant jamais présenté d'accidents antérieurs particuliers, a été prise, 8 jours avant notre examen, douleurs violentes dans le bas-ventre avec vomissements, fièvre (38° à 39°), pouls 110 à 120.

La palpation du ventre, assez difficile à cause de la douleur, fait percevoir une tumeur molle siégeant plutôt à droite de la ligne médiane, et ayant au moins le volume d'une tête de fœtus.

Laparotomie. — Ovariotomie, le 21 juin 1900. — On tombe sur une tumeur molle, manifestement liquide, que la main ne peut contourner sans détruire au préalable toutes les adhérences périphériques.

Une ponction, sur la face antérieure du kyste, retire 1 lit. 3/4 de liquide hématique. La tumeur est ensuite facilement attirée hors du ventre et enlevée après angiotripsie et ligature de son pédicule au catgut. Celui-ci est tordu une fois sur son axe dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Les parois du kyste sont violacées, friables, couvertes d'adhérences qui viennent d'être rompues. Guérison.

2e Cas. — Femme, 21 ans, réglée d'une façon régulière depuis l'âge de 15 ans. Jamais de ménorrhagies; jamais de douleurs; aucune maladie grave avant l'affection actuelle.

Depuis un an, la malade accuse quelques petites douleurs dans le ventre; toujours à gauche. Le ventre ne grossit pas.

En juillet 1900, la malade est prise brusquement de douleurs, à gauche, dans le bas-ventre et dans l'aine. Ces douleurs durent, dit-elle, environ 10 minutes; puis cessent pour revenir au bout de quelques heures, et persistent de cette façon et avec ces caractères, pendant 8 à 10 jours. Après quoi, accalmie d'une durée de deux semaines jusqu'au 16 août. A cette date, la malade est reprise de nouveau et brutalement, de douleurs vives siégeant toujours à gauche du bas-ventre. Ces douleurs très vives durent une semaine et s'accompagnent de vomissements. Fièvre; pouls petit et accéléré.

En septembre, l'auteur constate au palper l'existence d'une tumeur abdominale siégeant surtout à gauche de la ligne médiane, de consistance molle et ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire.

Laparotomie. — Ovariotomie, le 2 octobre 1900. — Dès que le ventre est ouvert, la main détache de nombreuses adhérences au pourtour de la tumeur.

Sur la face antérieure du kyste qui apparaît au fond de la plaie pariétale, ponction avec le trocart de l'appareil de Potain. Evacuation d'un litre environ de sang noirâtre.

La tumeur étant complètement attirée hors du ventre, on voit que son pédicule présente une torsion de un tour et demi de spire dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Examen des annexes droites et résection sur l'ovaire droit d'un kyste du volume d'une noix. Conservation des 2/3 de cet organe.

Le kyste de l'ovaire gauche avait le volume d'une tête d'enfant; il renfermait, outre de volumineux caillots, un litre et demi de liquide hémorrhagique très foncé. Les parois étaient noirâtres et très friables. Le pédicule avait le volume du pouce. Guérison.

3e Cas. — Femme, 53 ans, depuis 2 ans: ménopause sans troubles spéciaux.

C'est seulement en septembre dernier, c'est-à-dire il y a 10 mois, que pour la première fois, la malade remarque que son ventre grossit et se plaint d'une douleur permanente, mais de peu d'intensité, à gauche du ventre.

A deux reprises, crise douloureuse.

Au bout de 15 jours, la malade se relève et de nouveau reprend, pendant trois semaines, sa vie habituelle. Mais, alors, une nouvelle crise brutale survient. Vers 4 heures du matin, sans que rien ait pu faire prévoir ce nouvel accident, la malade est reprise de douleurs extrêmement vives dans le bas-ventre. Ces douleurs durent sans rémission pendant plusieurs jours et s'accompagnent d'une extrême sensibilité du ventre, de fièvre, avec température élevée (39° à 39°5), et pouls fréquent (100 à 110). Le sommeil n'est obtenu qu'avec de multiples administrations d'opium.

Laparotomie. — Ovariotomie, le 22 mai 1901. — Ponction sur la face antérieure de la tumeur mise à découvert; il s'écoule un litre et demi de liquide hémorrhagique.

Le pédicule du kyste, ayant le volume du petit doigt, présente une torsion sur lui-même de un tour et demi de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Ablation de la tumeur. Guérison.

Traitement opératoire du cancer du rectum (Beiträge zur operativen Behandlung der Mastdarmkrebses), par Prutz (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIII, p. 591). — Sur 68 cas de cancer du rectum observés par l'auteur, 45 (66,1 p. 100) seulement ont subi une opération, et sur ce nombre on a noté 5 morts (11,11 p. 100). Comme opération radicale on a fait 9 amputations avec 3 morts, 15 résections avec 2 morts et 1 excision de la tumeur de la paroi antérieure du rectum.

38 fois on a été obligé de faire une opération préparatoire, à savoir 19 fois la résection définitive du sacrum, 11 fois la désarticulation du coccyx, 8 fois la résection temporaire du sacrum. L'opération a été faite 4 fois par la voie périnéale, 4 fois par la voie vaginale.

Parmi les malades observés pendant plus de 3 ans après l'opération, un cinquième n'avait pas encore de récidive.

MÉDECINE

La méningite tuberculeuse dans la tuberculose génito-urinaire de l'homme (Ueber Meningitis tuberculosa bei Tuberkulose des männlichen Genitalapparates), par Simmonds (*München. med. Wochenschr.*, 1901, n° 19, p. 743). — L'auteur a été frappé de la fréquence de la méningite tuberculeuse, chez les hommes, présentant de la tuberculose génitale. Ainsi sur 60 cas de tuberculose génitale réunis par l'auteur, 19, soit 30 p. 100, se sont terminés par la méningite tuberculeuse. Cette proportion apparaît d'autant plus grande que chez les phtisiques, la méningite tuberculeuse ne se déclare ordinairement que dans 5 p. 100 de cas.

D'un autre côté, l'auteur a examiné l'appareil génital chez 37 enfants, 8 femmes et 35 hommes ayant succombé à la méningite tuberculeuse. Sur ces derniers, 16 avaient de la tuberculose génitale. Or, chez les phthisiques, les lésions tuberculeuses de l'appareil génital ne se rencontrent que dans 10 p. 100 de cas.

La méningite tuberculeuse comme complication de la tuberculose génitale est rare chez les enfants avant la puberté. Elle ne se rencontre fréquemment que chez les hommes. Il semble

qu'on puisse incrimer les rapports sexuels qui provoquent les congestion des organes malades et peut-être, de cette façon, la dissémination des bacilles tuberculeux.

NEUROPATHOLOGIE

Dermographisme chez des épileptiques atteints d'helminthiase intestinale, par Lannois (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, fasc. 3, p. 207, mai-juin, 1901). — Il s'agit d'une malade ayant des oxyures depuis l'enfance, dermographique depuis l'âge de 13 ans, et présentant une épilepsie relativement tardive puisqu'elle avait débuté à 24 ans. La question se posait chez cette malade d'une pseudo-épilepsie vermineuse, affection singulière, mais dont l'existence a été cependant démontrée par les résultats extraordinaires qu'a souvent donnés le traitement authelmintique; elle est d'ailleurs explicable, sinon par l'irritation intestinale, du moins par l'auto-intoxication qui dépend de la présence des parasites.

On avait chez cette femme les conditions les plus favorables au développement du dermographisme : d'une part, un système nerveux particulièrement susceptible; d'autre part, un toxique agissant sur les vaso-moteurs, soit à la périphérie, soit au niveau des centres médullaires. Mais la femme était bien une épileptique vraie, et les oxyures ne faisaient que favoriser une auto-intoxication qui eut aussi bien pu se produire par les divers mécanismes connus, troubles généraux de la nutrition, dépuration urinaire insuffisante, etc.

L'observation n'est d'ailleurs pas isolée et l'auteur donne l'histoire d'une autre épileptique dermographique, atteinte de tœnia, mais chez laquelle il n'y avait pas lieu de songer à l'épilepsie par l'helminthiase intestinale. Il y avait en effet hérédité similaire et les premières crises avaient apparu bien avant le développement du tœnia.

Les difformités du système nerveux central dans le spina bifida (Hydropisie du 4e ventricule), par N. Solovtzoff (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, fasc. 2, p. 118-127, et fasc. 3, p. 251-265; février-mars et mai-juin, 1901). — Etude anatomo-histologique complète de cinq moelles appartenant à des cas de spina bifida. Il ressort de ce travail que le spina bifida est souvent accompagné de l'hydropisie du 4e ventricule, laquelle refoule en bas le tissu nerveux qui en constitue les parois; il peut même résulter de cette hydropisie une dislocation complète du bulbe.

Quelquefois l'hydropisie du 4e ventricule a pour conséquence l'abaissement de la partie postérieure seulement de la moelle allongée; alors cette moitié postérieure du bulbe descend dans le canal vertébral suspendue en arrière de la moelle cervicale. A cause de la dislocation de la moelle allongée celle-ci est partagée en deux parties; chacune, la partie antérieure comme la partie postérieure, se développe indépendamment de sa congénère jusqu'au niveau de l'entre-croisement des fibres sensitives, où elles se rattachent l'une à l'autre.

MÉDECINE PRATIQUE

Thérapeutique générale des maladies du foie.

D'après M. le Dr Bommier (Arras) (1).

Le foie, par la place importante qu'il occupe dans l'organisme, mérite, au point de vue thérapeutique, une étude spéciale. Savoir le bien soigner ne serait, en somme, que lui accorder une compensation bien méritée. Les affections dont il peut être atteint ne sont jamais primitives. Elles dérivent toujours d'un trouble organique voisin ou éloigné et, pour comble de malheur, les voies anatomiques par lesquelles l'agent pathogène peut être amené au foie sont aussi nombreuses que possible. C'est d'abord :

1° L'artère hépatique; sa ligature, sa compression produit de la nécrose cellulaire en vastes foyers; une diminution considérable de la fonction uropoéitique (l'urée, au lieu d'entrer pour 83 p. 100 dans l'azote urinaire, arrive parfois à 20 p. 100; un peu de glycosurie.

L'artère hépatique amène au foie les poisons élaborés dans l'organisme (abcès métastatique dans les pyémies chirurgicales, les lésions syphilitiques, artérites, endartérites oblitérantes).

2° La veine-porte amène surtout le produit des infections et des intoxications gastro-intestinales;

3° La veine splénique amène les poisons accumulés dans la rate, car malgré l'opinion de Charrin, qui voit dans la splénomégalie la conséquence d'un rôle antitoxique compensateur, on peut croire, avec Chauffard, que l'intoxication est primitivement cantonnée, exagérée peut-être dans la rate et va de là impressionner le foie (maladie de Banti = splénomégalie avec anémie progressive se compliquant ultérieurement de cirrhose du foie; — hépatie paludéenne consécutive à la splénopathie);

4° Les veines sus-hépatiques font retentir sur le foie des troubles cardiaques;

5° La capsule périhépatique participe fréquemment aux lésions péritonéales;

6° Le tractus biliaire, insuffisamment balayé par la bile, laisse des microbes intestinaux envahir le foie tout entier.

De tous côtés, la glande hépatique est menacée et nous avons pourtant le plus grand intérêt à ce qu'elle puisse fonctionner normalement. Elle a toujours à lutter, soit :

a) Contre les microbes. — Je sais bien que pour quelques-uns d'entre eux, le foie nous rend de détestables services en exaltant leur virulence, et qu'il constitue un excellent milieu de culture pour le streptocoque, le microbe de la tuberculose, de la morve et de la diphthérie. Ces messieurs ont démoli la théorie du foie = barrière, mais ils ne peuvent nous faire oublier que le foie tue la bactéridie charbonneuse, qu'il est capable de neutraliser 64 fois la dose mortelle de charbon, 6 à 8 fois la dose mortelle de staphylocoque; qu'il rabaisse les prétentions exagérées du bacille d'Eberth et qu'enfin, unique en son genre, il nous offre des abcès volumineux parfaitement stériles.

Et quand on examine de plus près cette exaltation coupable des propriétés de certains rares microbes, on s'aperçoit qu'elle est fonction de la glycogénie et qu'en somme rien n'est plus simple de diminuer, par le jeûne, et la glycogénie et l'hypertoxémie;

b) Contre les toxines microbiennes et contre les poisons minéraux et végétaux, le foie conserve intacte sa réputation de vieux lutteur. Il exerce son action d'arrêt et d'accumulation sans exception; son fiel est salutaire; sa bile est un baume d'une action immunisante très nette, qui va jusqu'à neutraliser le venin de la vipère!

Mais ce pouvoir antitoxique de la cellule hépatique n'est pas seul à intervenir, il faut y joindre son pouvoir oxydant, le plus élevé avec celui du poumon et de la rate.

Comment s'étonner que le foie se perde à lutter ainsi? Tout dépend, du reste, du degré de concentration des poisons qui l'attaquent en vertu des lois de la chimiotaxie qui domine la phagocytose. Si l'agent irritant est faible, si la solution de poison n'est pas trop concentrée, la diapédèse, qui n'est que la figuration histologique d'une active chimiotaxie positive, aura pour but d'absorber le poison et de l'atténuer complètement, si c'est possible, ou incomplètement. L'agent irritant, le poison, est-il, au contraire, trop concentré, trop puissant, les cellules seront, malgré une chimiotaxie négative, envahies de force, rongées, transformées, détruites; c'est la stéatose aiguë, la dégénérescence granuleuse, etc. (hypertoxémie des poisons de l'ictère grave, de la fièvre jaune).

Ainsi donc, voilà bien établie la première partie de notre introduction : le foie, menacé de tous côtés, lutte de son mieux et ne succombe que devant des forces supérieures.

Si les lésions des organes voisins retentissent fréquemment sur lui, toutes les parties de notre organisme éprouvent le contre-coup de ses souffrances. La peau aura ses éruptions variées, le prurit, le xanthélasma; le tube digestif traduira par l'anorexie, les nausées, les vomissements, le météorisme, les hématémèses, les phénomènes de putridité intestinale, la déco-

1. *Journ. méd.* de Bruxelles, 25 juillet 1901.

loration des fèces, le catarrhe gastrique, traduira, dis-je, l'état anormal de l'une de ses glandes les plus importantes; le système circulatoire sera frappé d'hypotension, de bradycardie : dans la petite circulation, nous observerons de l'hypertension due à un réflexe vaso-constricteur à point de départ biliaire, et nous pourrons constater à l'auscultation, depuis l'accentuation du second bruit pulmonaire jusqu'à l'insuffisance tricuspidienne par dilatation du ventricule (allant parfois jusqu'à l'asystolie), en passant par le dédoublement du second bruit à la base, avec précession pulmonaire! L'appareil glandulaire révèle une hyperactivité fonctionnelle du corps thyroïde assez intéressante, puisqu'elle met en lumière un des nombreux mécanismes de compensation que possède notre organisme. Quand le foie ou la glande thyroïde fonctionnent mal, c'est une hypertrophie, un ralentissement de la nutrition avec abaissement de la température qui se produit à coup sûr; rien d'étonnant alors à ce que, lorsque l'une de ces deux glandes s'affaiblit l'autre entre en hyperactivité.

Le rein est surtout frappé; il a non seulement à éliminer les toxines causales primitives, mais bien souvent de l'albumine, des poisons intestinaux passés intacts à travers un foie impuissant. Les urines des cirrhotiques sont très convulsivantes et tuent, en général, à des doses minimes.

Le rein est donc troublé, soit au point de vue fonctionnel, soit anatomiquement; tout dépend de la gravité de la lésion hépatique et de sa durée, mais une des conséquences les plus habituelles est l'oligurie, qui va parfois jusqu'à l'anurie, et il semble que ce phénomène est surtout un réflexe d'inhibition. On a dit avec raison que l'état du rein faisait le pronostic dans les lésions hépatiques.

Le système nerveux ne réagit pas en général. Les manifestations nerveuses sont d'ordre dépressif : somnolence, narcolepsie, psychopathie par auto-intoxication. C'est en somme la notion traditionnelle de l'influence des maladies du foie sur les fonctions psychiques qui fait d'un hépatique un atrabilaire (Pierret). La xanthopsie, l'héméralopie, la rétinite pigmentaire, l'amblyopie, l'asthinopie accommodative sont des manifestations nerveuses fréquentes.

Sur la nutrition générale, c'est l'hypothermie, l'amaigrissement.

En résumé : hypotension vasculaire, hyposthénie nerveuse, hypothermie, amaigrissement, ne sont que les formes d'un trouble général caractérisé par l'état du foie et on revient tout doucement à l'antique conception de nos pères qui considéraient le foie, « d'où venait le sang », comme l'organe ayant un rôle primordial dans la calorification et pour la vie.

Quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur la pathologie du foie, on constate qu'en somme la thérapeutique doit obéir à certaines indications, qui sont :

1° Empêcher l'introduction des poisons dans le tube digestif par la diététique;

2° Réduire la toxicité du milieu intestinal;

3° Entreteir l'asepsie biliaire en assurant l'écoulement normal de la bile, en prévenant son infection;

4° Décongestionner le foie;

5° Maintenir son pouvoir antitoxique.

1° Empêcher l'introduction des poisons dans le tube digestif par la diététique. Les viandes comme le poulet de grain, le veau, l'agneau, le porc frais et maigre, le bœuf, le mouton en plus petite quantité sont les aliments de choix. Le lait, s'il est bien digéré, assurera une asepsie relative de l'intestin; on y ajoutera les œufs aussi peu cuits que possible.

Toutes les viandes faisandées ou grasses (les graisses augmentent la toxicité intestinale) seront rejetées, le gibier, les poissons gras, le thon, le saumon, le maquereau, l'anguille, les crustacés.

Si la glycogénie est normale, on permettra les féculents en quantité modérée et proscrira de préférence le sucre, l'alcool. Les petits pois (cholestérine végétale) doivent être particulièrement exclus du régime des lithiasiques.

Les cures de raisin auront le meilleur effet. Ce sont là des règles générales susceptibles d'être modifiées selon les idiosyncrasies, dont il faut tenir le plus grand compte.

2° Réduire la toxicité du milieu gastro-intestinal. Après s'être jeté à « corps perdu » dans les antiseptiques intestinaux : bétol, benzo-naphtol, salol, etc., on s'est aperçu que le véritable moyen d'aseptiser l'intestin était de provoquer la sécrétion du suc intestinal et d'empêcher la stagnation des matières fécales. Mais entre les purgatifs, il est nécessaire de choisir. Le purgatif est une arme d'exception, bonne, tout au plus, quand il faut agir vite. Le laxatif arrive au même but, provoque une irritation moins intense, et n'est pas suivi d'une réaction (presque fatale avee le purgatif) sous forme de constipation d'une durée de trois à quatre jours, qui nécessitera une nouvelle purgation violente. Tout ce qui congestionnera l'intestin agira sur le foie. Acceptons la purgatif salin dans les cas de congestion aiguë pour provoquer une copieuse saignée blanche du système porte et de la glande hépatique, mais usons du laxatif dans les cas torpides ou chroniques.

Du reste, les purgatifs ne doivent pas être employés indifféremment.

Les drastiques, pour les raisons énoncées plus haut, seront rejetés; c'est dire qu'il y a contre-indication de l'aloès, de la coloquinte, de l'huile de croton, de la gomme-gutte, du jalap, de la scammonée, etc.

Pour ne citer que les principaux, il me semble que la rhubarbe, le podophyllin, la cascara et l'évonymine sont les plus indiqués.

La rhubarbe est « doucement laxative à petites doses », ne fatigue ni l'estomac ni l'intestin, sans diminuer l'appétit et relève plutôt qu'elle ne déprime l'économie. Le principe purgatif est, en effet, uni au tanin et à un principe amer. Elle convient donc plutôt aux affections chroniques du foie et pas du tout aux accidents aigus. Les anciens l'appelaient un « purgatif chaud » et la défendaient dans les processus inflammatoires.

Le podophyllin a l'avantage de ne pas provoquer de constipation consécutive, mais, à haute dose, il agit comme le jalap : c'est un drastique. Les doses qu'il faut employer sont de 2 à 5 centigrammes. Il agit plus sur l'élément glandulaire que sur l'élément musculaire de l'intestin.

La cascara et l'évonymine sont dans le même cas.

Le calomel est un antiseptique intestinal de premier ordre; aussi mérite-t-il une place « réservée ». On a noirci des volumes pour chanter ses louanges ou discuter ses mérites. Lorsque son nom est écrit dans un chapitre traitant de l'antisepsie intestinale, il n'y a qu'à s'incliner.

Donné à doses faibles, 5 à 10 centigrammes fractionnés en cinq à six prises espacées d'une heure, il a une action laxative sûre, douce et qui se prolonge.

Il ne faudra pas oublier que l'antisepsie intestinale, aussi parfaite que possible, dépend en partie d'une digestion stomacale normale, et que des matériaux à peine ou mal élaborés par l'estomac imposeront à l'intestin un surcroît de travail, pour n'arriver que difficilement à une transformation parfaite. De là une congestion intestinale, la formation de toxines, un dégagement de gaz. Prévenons donc les troubles intestinaux, en redressant, étape par étape, les différentes perturbations digestives. Recommandons une mastication lente et parfaite, qui assurera une insalivation suffisante.

Traitons la dyspepsie. La formule suivante possède de multiples indications :

Teinture d'ipéca.	ãã 5 grammes.
— de boldo.	
— de gentiane. . . .	
— de noix vomique. .	

15 à 20 gouttes après le repas dans un peu de tisane de camomille chaude.

En cas d'embarras gastrique, recourons facilement à l'ipéca, dont l'action bienfaisante est signalée sans cesse dans cette étude.

Les eaux de Vichy réussiront, surtout quand l'estomac souffrira, avec un fonctionnement intestinal satisfaisant.

Les eaux de Carlsbad, au contraire, s'adressent aux malades pléthoriques à veinosité abdominale développée et sujets à la constipation.

Les lavements, enfin, peuvent souvent rendre de grands services. L'eau bouillie salée ou boriquée froide (de 12° à 15°) réveillera le péristaltisme intestinal, douchera l'intestin et réalisera une antisepsie satisfaisante.

C'est depuis bien peu de temps, en somme, que l'usage de la sonde molle, longue de 30 centimètres environ, s'est répandu chez les habitués du lavement. Beaucoup n'osent encore s'en servir. Suivant le conseil de Lasègue, pour faire pénétrer le liquide au delà de l'ampoule rectale, qui se dilate très facilement, il faut dire au fervent de la canule d'os, d'avaler son lavemont, non pas héroïquement, debout, droit comme un I, ou couché sur le dos comme un roi fainéant, mais bien dans l'attitude d'un mahométan en prière, le front dans la poussière. C'est dans cette situation, pleine d'humilité, que la déclivité est la plus grande et la pénétration la plus profonde. En un mot, le lavement demande à être vénéré. Ne sait-on pas, du reste, que cette attitude est conseillée contre la rétroversion utérine et fait appel à la pesanteur. La poudre d'ipéca peut, avec avantage, être ajoutée à l'eau du lavement, à la dose de 50 centigrammes, 1 gramme ou 1 gr. 50 et agit d'une façon très favorable sur le foie.

En résumé, pas d'antiseptiques intestinaux autres que les laxatifs et de préférence le calomel, la rhubarbe, etc., que l'on pourra remplacer de temps à autre par le lavement d'eau bouillie à l'ipéca.

3° Assurer l'asepsie biliaire en assurant l'écoulement normal de la bile, en prévenant son intefection. Cette proposition thérapeutique touche de très près la précédente.

Les laxatifs cités sont tous cholagogues à des degrés divers et la formule suivante est une des meilleures :

Podophylline	5 à 10 centigr.
Evonymine	5 —
Extrait de jusquiame . .	25 milligr.

Galliard fait remarquer que l'action de l'évonymine s'épuise assez vite, mais en revanche celle de la podophylline se maintient. La jusquiame est ajoutée pour combattre le spasme supposé des canaux biliaires.

Quant au calomel, sur ce point, *grammatici certant!* Est-il réellement bilio-excréteur? N'est-il, au contraire cholagogue qu'indirectement, en supprimant le catarrhe des voies biliaires? Expulse-t-il les bouchons muqueux? Stimule-t-il la périastase du dudodénum et de l'iléon et consécutivement celle de la vésicule? Agit-il intact ou parce qu'il se décompose en sulfure noir de mercure? Que m'importe, puisqu'il agit admirablement sur les processus chroniques du foie et qu'il y joint une action diurétique !

Le boldo est un cholagogue faible, mais c'est un stimulant hépatique incontestable, et l'on a vu le foie devenir douloureux sous son influence.

Le bicarbonate de soude améliore non seulement les fonctions digestives, mais excite encore les fonctions hépatiques. Il augmente la vascularisation, le glycogène, et expulse, grâce à la bile, les déchets qui encombraient l'organe.

Le salicylate de soude a été placé au premier rang des cholagogues, Il accroît incontestablement la quantité de bile excrétée en 24 heures. Il ne mérite pourtant pas le premier rang et reste un médicament d'exception pour les raisons suivantes :

a) Il trouble les fonctions stomacales;

b) Il est rarement bien supporté dans les troubles hépatiques si fréquemment accompagnés de torpeur gastrique;

c) Il touche le rein;

d) Il provoque parfois, même à doses faibles, des troubles cérébraux chez les hépatiques avancés : vertiges, bourdonnements, amblyopie (obs. pers.), céphalée;

e) Il congestionne le foie, d'après Lépine, et ne doit être donné qu'avec prudence dans les cas torpides.

De sorte qu'en résumé, entre le calomel et le salicylate de soude, mon cœur ne saurait balancer au souffle d'une vogue nouvelle et éphémère. Ceci est si vrai que l'on tend à lui substituer le benzoate de soude, qui ne présente pas une somme d'inconvénients respectable et suffisante pour vous faire douter de ses avantages. Le benzoate de soude obtenu par synthèse est mal toléré, il faut exiger le benzoate de soude du benjoin. Les timides, ceux qui veulent contenter tout le monde sauf leurs pères en thérapeutique, prescrivent :

Benzoate de soude du benjoin. .	10 grammes
Salicylate de soude	20 —

en 30 cachets, 3 par jour aux 3 repas.

La bile, enfin, est le meilleur des cholagogues *similia similibus curantur!* La préparation doit en être récente; on administre en général de 40 centigrammes à 1 gramme par jour, quoique l'on ait pu atteindre 10 grammes sans inconvénient :

Extrait de fiel de bœuf. .	àâ 3 grammes
Savon médicinal. . . .	àâ 3 grammes
Rhubarbe en poudre. . .	àâ 3 grammes
Extrait de pissenlit. . .	Q. S.

pour 100 pilules, 5 à 10 par jour.

L'huile d'olive est elle-même très active et remarquablement fluidifiante. Elle doit être prise le matin; avoir soin de se rincer la bouche avec une petite gorgée de rhum ou de kirsch. Si l'absorption en est difficile, on doit se servir de la sonde. Elle est utile en lavements additionné d'une cuillerée à bouche d'huile de ricin.

Les lavements froids d'eau à 12° ou 15° trouvent ici leur complément d'indication. Ils réveillent le péristaltisme intestinal ce qui justifie leur place dans l'asepsie intestinale; mais ils excitent la sécrétion de la bile, provoquent une véritable chasse biliaire, une diurèse abondante; ils vident le système porte et augmentent la tension artérielle.

Les moyens mécaniques comprennent :

Le massage, vanté dans l'ictère chronique ou catarrhal; il consiste en compression rythmique de la région hépatique au moment de l'inspiration. Le malade peut pratiquer cette manœuvre lui-même, trois fois par jour durant 10 minutes.

L'électricité faradique avec Gerhardt-Secrétan; une électrode sur la vésicule, l'autre sur la colonne vertébrale ou dans le rectum, à 8 centimètres de profondeur. Labadie-Lagrave préfère le courant continu.

Donc, le calomel, la bile, l'huile d'olive, les lavements froids, aidés du massage, alterneront avec les laxatifs et l'usage de benzoate de soude si, malgré la thérapeutique, la bile s'écoule incomplètement.

4° Décongestionner le foie. — Le foie s'engorge très rapidement; le sang, avant de lui arriver, traverse un réseau capillaire qui diminue sa tension veineuse; sa vitesse est amoindrie par la direction verticale de la veine porte et par l'absence des valvules. Elle justifie ainsi, mécaniquement comme cliniquement, la fameuse phrase : *vena porta, porta malorum.*

Les veines sus-hépatiques sont béantes, adhérentes au parenchyme, et un excellent moyen de décongestionner le foie est de favoriser l'aspiration du sang par les larges inspirations, ce qui condamne absolument toute constriction thoracique (corset ou autre).

Le péristaltisme intestinal favorisera, comme toute contraction musculaire, la circulation veineuse portalé (grands lavements froids). Pour les mêmes raisons, l'ipéca décongestionnera le foie par expression (contractions diaphragmatiques).

Les moyens plus éloignés consisteront en ventouses scarifiées *loco dolenti*, en sangsus à l'anus. Le médecin devra surveiller lui-même les émissione sanguines; chez les hépatiques, on a parfois de la peine à arrêter les hémorrhagies consécutives;

Dans les congestions passives, d'origine cardiaque ou d'origine péricardique, il faut employer les toniques cardiaques : digitale, caféine, strophantus, spartéine ou les pilules de Huchard :

Extrait aqueux d'ergot de seigle. .	4 grammes
Poudre de scille.	3 —
Calomel.	2 —
Poudre de digitale.	1 —

Pour 40 pilules, 3 par jour pendant 30 jours.

5° Maintenir le pouvoir antitoxique du foie. — Sur ce point peu de chose à dire : il faut s'abstenir d'introduire, dans la médication, les médicoments capables de stupéfier le foie, comme l'opium, ou susceptibles de s'accumuler comme les alcaloïdes. Il ne faut pas que le foie ait à lutter contre le médecin; tout ce qui aura pour résultat de paralyser ou de détourner une activité glandulaire dont l'organisme a le plus grand besoin, doit être soigneusement écarté, et c'est en thérapeutique surtout qu'il est nécessaire d'ériger en principe directeur la phrase banale : « Dans le doute, abstiens-toi. » La foi qui n'agit pas est bien souvent une foi sincère.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

OPHTHALMOLOGIE

Paralysie faciale et paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires du même côté. Examen électrique,

Par MM. Alphonse Péchin et Félix Allard (1).

Qu'il s'agisse de paralysie des mouvements oculaires associés de latéralité seulement, ou que ce symptôme soit accompagné d'autres phénomènes paralytiques, on se trouve généralement en face de réelles difficultés pour établir un diagnostic topographique, difficultés dues en partie à ce que nos connaissances sur les centres coordinateurs des globes oculaires ne sont pas précises.

Quand les phénomènes paralytiques, paraissant dériver d'une lésion organique, s'éloignent cependant du tableau clinique habituel et de plus évoluent chez un sujet hystérique, alors la difficulté d'interprétation du syndrome devient très grande.

C'est précisément un cas analogue que nous avons pu étudier dans le service de notre maître, M. le professeur Brissaud, et que nous devons à son obligeance de pouvoir vous rapporter en vous présentant la malade.

Observation. — Femme de 46 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts. Rien à noter dans ces antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de 3 ans, abcès aux bras et au cou. Des cicatrices subsistent; on en remarque une derrière l'oreille, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche.

1. Communication faite à la *Société de neurologie de Paris*, séance du 4 juillet 1901.

En 1870, son mari est malade. Elle-même devient hypochondriaque; ne veut ni rire, ni causer.

En 1873, à Strasbourg, troubles mentaux qui ont duré 3 mois. Elle ne savait, dit-elle, ce qu'elle disait ni ce qu'elle faisait. A cette époque, elle est abandonnée par son mari. Les chagrins domestiques l'ont beaucoup éprouvée. Crises de larmes fréquentes. Souvent sommeil insurmontable.

En 1881, abcès du sein.

En 1883, opérée à Laënnec pour prolapsus utérin. Trois fausses couches. A eu six enfants dont un seul vivant. Les autres sont morts en bas âge à la suite de méningite et de convulsions.

En octobre 1899, trouble subit de la vision pendant qu'elle tricotait. Elle dut quitter son ouvrage parce qu'elle ne pouvait compter les mailles. Quelques jours après, elle remarque une déviation de la bouche. Depuis contractions involontaires des lèvres chaque fois qu'elle éprouve une impression pénible.

Le 20 novembre 1899, elle entre à la Pitié dans le service de M. Babinski; elle y reste environ 7 mois. Pendant ce laps de temps, elle aurait eu des crises nerveuses fréquentes, 10-12 fois par semaine, avec hallucinations visuelles et auditives.

En 1900, vers le 15 juillet, elle entre à l'Hôtel-Dieu; elle y séjourne environ 15 jours, puis va consulter à la Salpêtrière pour rentrer à l'Hôtel-Dieu en mars 1901.

Etat actuel. — Paralysie faciale gauche, complète, totale. La peau du front et de la joue est absolument lisse, l'œil gauche plus ouvert que le droit; la bouche légèrement déviée à droite et attirée en haut. La contraction du frontal et du sourcilier est impossible à gauche; l'occlusion complète de l'œil gauche ne peut se faire; pendant le sommeil une partie du globe oculaire reste découverte et malgré cette lagophthalmie partielle, il n'y a pas eu de kératite neuro-paralytique.

Pas d'épiphora. Légère déviation de la langue et de la luette à gauche (côté paralysé).

L'examen électrique a donné les résultats suivants :

Aucune modification dans les membres et le tronc.

A la face, augmentation considérable des excitabilités faradique et galvanique du tronc nerveux du facial, de ses trois branches et de tous les muscles de la face.

Diminution de la sensibilité farado-cutanée.

Céphalée fréquente. Bourdonnements d'oreille, surtout à droite. Hémianesthésie du côté gauche s'étendant à la face. Anesthésie pharyngée. Point ovarien à droite.

Marche spéciale, spasmodique; la malade frotte le sol avec ses pieds qu'elle a peine à soulever.

Pas de modifications des réflexes rotuliens. Réflexe du *fascia lata* conservé. Absence du signe de Babinsky.

Examen oculaire. — Paralysie du mouvement associé de latéralité dans le regard à gauche. Les globes oculaires ne dépassent pas la ligne médiane. On doit mentionner que pour l'œil droit une modification s'est produite dans ces derniers jours. Cet œil entre un peu en adduction par des mouvements nystagmiformes. L'œil gauche s'arrête toujours dans l'axe dit primaire; il n'y a pas d'abduction. Conservation de la convergence. Lorsque la malade ferme l'œil droit et qu'elle regarde une ligne tracée sur une feuille de papier blanc, elle ne tarde pas à avoir de la diplopie, puis de la polyopie. Elle a, en outre, de la vision colorée; une ligne noire lui apparaît bordée d'un liséré rouge et jaune; elle voit avec intermittence deux arcs-en-ciel superposés. La diplopie monoculaire avec troubles du sens chromatique (érythropsie et xanthopsie) et vision d'arcs-en-ciel (iridopsie) s'est manifestée constamment à des examens répétés.

Anesthésie tactile cornéenne complète. Hypoesthésie conjonctivale palpébrale et bulbaire de l'œil gauche.

Le champ visuel paraît rétréci, mais son examen est rendu très difficile parce que la malade a une crise chaque fois qu'on procède à cet examen. Cette crise est caractérisée par une douleur frontale suivie de contractions des membres supérieurs, rejet de la tête en arrière; elle se termine par des bâillements et des hoquets; on la fait cesser en frappant les régions latérales du cou avec la main.

Cette crise apparaît également lorsqu'on fixe l'attention de la malade et lorsqu'on électrise la région frontale gauche.

Fonds d'œil normal. Pas de névrite optique. Pas d'amaurose, ni d'amblyopie.

Malgré les stigmates généraux de l'hystérie, et la diplopie monoculaire, nous ne sommes pas disposés à admettre qu'il s'agisse ici d'une paralysie faciale hystérique. La participation du facial supérieur n'exclut pourtant pas absolument l'hystérie. Dumontpallier (1) disait en 1891 : « A une autre époque, on niait l'existence de paralysies hystériques. Aujourd'hui, on l'admet pour le segment inférieur de la face. Un jour peut-être on observera cette paralysie pour le segment supérieur et pour les deux segments inférieur et supérieur simultanément. »

Or, cette prévision s'est réalisée et on peut citer entre autres observations celles d'Oppenheim (2), un cas de Lépine (3) et un cas de Gnauck (4).

Cependant dans la paralysie faciale hystérique, il s'agit plutôt de parésie portant sur le facial inférieur, parésie souvent bilatérale (Chantemesse) (5), en tous cas paralysie moins accusée que ne l'est ordinairement la paralysie faciale, surtout de cause périphérique, parésie mobile, très marquée un jour, beaucoup moins accusée le lendemain ou quelques jours après (Ballet) (6).

Nous ne retrouvons pas ces caractères chez notre malade dont la paralysie totale est très accentuée et s'est maintenue telle dès le début jusqu'à maintenant. Elle offre de plus une exagération de la contractilité électrique, alors que dans l'hystérie il n'y a pas de modification de cette contractilité.

Pour la paralysie oculaire, comme pour la paralysie faciale, nous rejetons l'étiologie hystérique, non pas que l'hystérie ne puisse donner naissance à une paralysie associée. Parinaud, qui a fait une étude très complète de ce sujet, admet cette paralysie, mais il n'en rapporte pas d'observations et nous n'en connaissons pas nous-mêmes. Les troubles musculaires oculaires de l'hystérie consistent en blépharospasme, ptosis pseudo-paralytique, troubles de l'accommodation et de la convergence, nystagmus et strabisme par contracture ou paralysie des droits externes ou internes. La paralysie de tous les muscles intrinsèques et extrinsèques a été signalée par Boeder (7); l'ophthalmoplégie hystérique étant caractérisée par la perte des mouvements volontaires et la conservation des mouvements réflexes et devenant ainsi une paralysie systématique (Ballet, Babinsky) (8).

Si nous envisageons maintenant l'hypothèse d'une lésion organique, nous avons à rechercher si cette paralysie est périphérique ou cérébrale et dans ce dernier cas centrale ou corticale.

Bien que nous ayons en faveur d'une origine périphérique : 1° l'aspect clinique d'une paralysie totale intéressant la totalité des muscles de la face et le peaucier du cou, et 2° le signe de Bell (quelle que soit d'ailleurs l'interprétation pathogénique que nous donnions à ce signe, que nous le considérions avec Campos (9) et Koster (10) comme un phénomène physiologique plus

1. Dumontpallier, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 janvier 1891.
2. Oppenheim, Cité par Gasnier, *in Thèse*, Paris, 1892-1893.
3. Lépine, *Lyon médical*, 1897, p. 449.
4. Gnauck, *Soc. de méd. de Berlin*, 30 janvier 1899.
5. Chantemesse, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 octobre 1890.
6. Ballet, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 octobre 1890.
7. Boeder, Zur Kasuistik der hysterie (*Klin. Monatsb. für Augenheikunde*, 1891, p. 361).
8. Ballet et Babinsky, *Soc. méd. des hôpit.*, oct. et nov. 1892.
9. Campos, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 14 novembre 1897.
10. Köster, *Münchner med. Wochenschrift*, 1898, p. 1203, et *Progrès médical*, 12 février 1898.

apparent dans la paralysie faciale, ou que nous voyons en lui, avec P. Bonnier (1), un désarroi dû à une irritation nucléaire des oculo-moteurs, irritation provenant elle-même d'une irritation labyrinthique), cette origine périphérique se trouve nettement en désaccord avec l'exagération des contractilités électriques, avec l'absence de modifications qualitatives de l'excitabilité galvanique (réaction de dégénérescence) dans une paralysie datant de 1 an 1/2 ; et, enfin, avec l'absence de névralgies qui, souvent, accompagnent la paralysie d'origine périphérique.

Il n'y a pas lieu de nous arrêter à l'hypothèse d'une lésion siégeant au niveau de la cicatrice que nous avons signalée derrière l'oreille. Cette cicatrice est large, mais la peau en cette région est très mobile, non adhérente ; il ne peut être question d'une lésion ayant intéressé le facial en cet endroit. Et d'ailleurs, il faudrait, en outre admettre un second siège pour une autre lésion qui expliquerait les troubles oculaires. Tout cela est bien invraisemblable.

Une lésion centrale ne va pas avec l'absence d'hémiplégie et avec la paralysie du facial supérieur.

Enfin, la paralysie totale, jointe à l'absence d'hémiplégie, est exclusive d'une lésion siégeant dans l'écorce, bien qu'en faveur de l'origine corticale nous ayons la contractilité électromusculaire qui est conservée et même exagérée.

Nous nous trouvons donc ainsi amenés à admettre que cette paralysie faciale totale, offrant l'aspect clinique de la paralysie faciale périphérique et évoluant chez une hystérique, est due à une lésion cérébrale non centrale, ni corticale, mais à une lésion siégeant dans les tubercules quadrijumeaux ou leur voisinage.

Et ce qui va nous confirmer ce diagnostic topographique, c'est que le même siège mésocéphalique nous expliquera également, et par une seule lésion, la paralysie associée dans le regard à gauche, l'hémiophthalmoplégie horizontale, pour employer l'heureuse expression de M. Brissaud.

Cette paralysie oculaire s'expliquerait mal par une lésion nucléaire, par cette raison que le caractère fondamental des paralysies appelées nucléaires est d'être non pas associées, mais dissociées. De plus, une lésion destructive du noyau commun du facial et du moteur oculaire externe et du noyau propre du facial entraînerait la dégénérescence du nerf et se traduirait du côté des yeux par du strabisme permanent et du côté de la face par des modifications qualitatives et quantitatives des excitabilités électriques.

La lésion doit intéresser les centres coordinateurs, régulateurs des mouvements associés; ces centres sont extranucléaires, supranucléaires.

Ce centre mésocéphalique est démontré par les descriptions anato-pathologiques de Wernicke et Steffen (2), Henoch (3), Thompsen et Bristow (4).

Tout récemment, MM. le professeur Raymond et Cestan (5) vous rapportaient deux observations anatomo-cliniques dans lesquelles il s'agissait d'un tubercule de la partie supérieure de la protubérance. Dans la seconde observation, on a noté une névrite œdémateuse, névrite

1. P. Bonnier, *Gaz. hebd.*, 19 nov. 1897 : Troubles oculo-moteurs dans la paralysie faciale périphérique, et *Revue neurologique*, 1898, p. 236 : Le signe de Bell dans la paralysie faciale périphérique.
2. Wernicke et Steffen, *Berl. klin. Woch.*, 1876, n° 227.
3. Henoch, Cité par Teillais, in *Congrès d'ophthalmologie de Paris*, 1899, p. 405.
4. Bristow, *Brain.*, July 1883.
5. Raymond et Cestan, *Revue neurologique*, 1901, p. 70.

qui fait défaut chez notre malade. Cependant, ici aussi, nous admettons une lésion compressive sur la nature de laquelle on ne peut être affirmatif, peut-être de nature tuberculeuse (les antécédents personnels nous permettent d'y penser), intéressant les faisceaux longitudinaux postérieurs.

Les données anatomo-pathologiques, la clinique et l'anatomie sont d'accord sur ce point. Nous sommes donc autorisés à placer là le siège de la lésion qui expliquera à la fois la paralysie faciale et la paralysie oculaire.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 24 avril 1901.

Désarticulation inter-scapulo-humérale pour ostéo-sarcome de l'humérus.

M. Weiss présente un malade chez qui il a été amené à pratiquer la désarticulation inter-scapulo-thoracique.

Cet homme s'était présenté à lui il y a un an pour un ostéosarcome de la tête humérale ne datant que de 2 à 3 mois. Voulant faire un essai de chirurgie conservatrice, M. Weiss pratiqua une résection de l'épaule qui fut suivie de guérison opératoire et thérapeutique pendant 8 mois. La récidive survint à ce moment, et, vu l'extension du néoplasme au col de l'omoplate, M. Weiss se décida à faire le sacrifice total du membre supérieur.

L'opération fut pratiquée il y a trois semaines, suivant les règles posées par Berger et Farabeuf.

Les suites immédiates de l'opération ont été très bonnes. Le choc opératoire n'a pas été bien violent et sauf un petit abcès survenu au voisinage de la clavicule, la réunion s'est faite dans toute l'étendue de la plaie.

Le malade se trouve actuellement en bon état de santé, sans qu'on puisse malheureusement rien préjuger au point de vue de l'avenir.

M. Guillemin rappelle la fréquence des localisations sarcomateuses secondaires du côté des poumons et en relate plusieurs exemples observés par lui au cours de sa carrière médicale.

M. Th. Weiss croit devoir faire toutes ses réserves au sujet de l'apparition des récidives sarcomateuses, cet accident n'étant pas rare et, au cas particulier, s'étant déjà produit une fois chez son opéré à la suite de la première intervention, sans toutefois intéresser le poumon,

Chancres syphilitiques des paupières inférieures.

M. Rohmer présente deux malades atteints de chancres syphilitiques des paupières inférieures.

L'un d'eux est un garçon de 8 ans, vivant dans sa famille, qui s'est présenté à l'hôpital avec une rougeur de la conjonctive palpébrale inférieure droite et, au milieu de la surface conjonctive, une petite fausse membrane qui rappelait une brûlure superficielle. Au bout de quelques jours cette fausse membrane ne tarda pas à se fondre et à s'ulcérer, puis tous les caractères du chancre dur apparurent très nettement : induration, aspect spécial de l'ulcération, ganglion préauriculaire. Sous l'influence de frictions mercurielles, le mal qui avait déjà détruit le bord palpébral est en voie de s'arrêter et de rétrocéder. Rien sur l'étiologie.

Le second cas a trait à un homme de 27 ans, opéré six semaines auparavant de chalazion de la paupière inférieure gauche, et qui prétend que 15 jours après cette opération, il s'est développé un abcès de la paupière opérée. En effet, un mois après l'opération, le malade se présente de nouveau à la clinique et on constate que la paupière a un aspect phlegmoneux. Elle n'est nullement douloureuse, et la pression ne fait pas sourdre de pus par la petite ulcération qui siège sur la face conjonctivale, au niveau de l'ancienne incision du chalazion. On traite pendant quelque temps la lésion comme un phlegmon véritable par des applications humides, puis, un beau jour, au moment où l'on veut faire une incision pour vider le phlegmon, on s'aperçoit qu'il s'agit d'un chancre syphilitique de la paupière. Ici encore tous les caractères y sont. A partir de ce moment, le malade est soumis à des injections d'huile grise et la lésion ne tarde pas à rétrocéder. Le malade qui est marié et père de famille n'a rien pu ou voulu indiquer sur l'étiologie de la maladie constatée.

Paralysie obstétricale due à une inflexion de la voûte acromio-claviculaire et à une fracture de la tête du radius.

M. Frœlich présente un enfant de 6 mois dont le bras gauche dut être extrait manuellement au moment de l'accouchement. Celut-ci s'était effectué par le sommet.

L'enfant eut une paralysie complète du bras, les doigts seuls remuent.

Au moment où le sujet lui fut présenté, le bras était plus court de 2 centimètres et moins gros de 1 cm. 1/2 que celui du côté opposé. Ce bras est allongé en extension forcée le long du corps; il existe de l'intertrigo dans l'aisselle; l'abduction du membre est impossible et provoque quand on l'essaie les cris cris de l'enfant. Le coude ne peut être fléchi et est douloureux. La main est fléchie sur l'avant-bras, mais peut être facilement portée dans l'extension; le pouce est plié dans la paume de la main.

M. Frœlich pensa à un décollement épiphysaire.

L'examen radioscopique pratiqué par M. Guilloz ne confirma pas cette hypothese et montra qu'il y avait eu une fracture par inflexion au niveau de la voûte acromio-claviculaire qui, dans sa totalité, s'était infléchie vers en haut en faisant avec l'épine de l'omoplate et d'une part et avec la partie moyenne de la clavicule d'autre part, un angle ouvert en haut. Mais de plus il existait au coude une fracture de la tête du radius du col. Cette tête radiale s'était infléchie en dedans à angle droit et croisait l'apophyse coronoïde du cubitus.

L'examen électrique montre que tous les muscles sont encore vivants mais diminués dans leur excitabilité; celle-ci est presque nulle dans les radiaux.

Le traitement institué par M. Frœlich a consisté dans la flexion forcée du coude et la mobilisation de l'épaule. Après trois semaines de massage et de mobilisation, les mouvements de l'épaule et du coude se sont rétablis, mais ils encore paresseux. Quant à la paralysie des radiaux, elle ne semble pas avosr rétrocédé. M. Frœlich pense, si cet état persiste, essayer ultérieurement de la guérir par une greffe tendineuse.

L'auteur fait remarquer que les paralysies obstétricales du membre supérieur sont généralement dues ou au moins attribuées soit à des pressions du forceps sur le bas du cou au niveau du plexus brachial, soit à des tiraillements et à des arrachements des racines du même plexus par des tractions sur les bras. Ces paralysies guérissent très souvent. M. Frœlich pense qu'un assez grand nombre d'entre elles sont attribuables à des décollements épiphysaires de la tête de l'humérus ou à des fractures dans le genre de celles qu'il vient d'observer; mais leur diagnostic exact n'est possible que grâce à la radiographie.

De la vaccination anti-tuberculeuse intra-utérine.

M. E. Magnant (de Gondrecourt). — S'appuyant sur de nombreux documents recueillis dans une pratique de plus de 35 années, M. Magnant tend à démontrer que l'enfant conçu et mis au monde par une mère tuberculeuse est réfractaire à la phtisie dans tout le cours de sa vie, même jusque dans sa descendance.

Il considère que c'est là une loi naturelle qu'il appelle loi d'immunité, véritable sauvegarde qu'emploierait la nature pour

mettre obstacle à la destruction de l'humanité qu'une maladie aussi redoutable et aussi disséminée que la tuberculose serait capable de mettre en péril.

Il ajoute que si ses prévisions venaient à se confirmer et à entrer dans le domaine de la réalité, les conclusions qu'il faudrait en tirer seraient dss plus importantes.

Le fatalisme de l'hérédité se trouverait ainsi condamné et les faits auxquels il sert d'explication rentreraient dans le domaine de la contagion, tout au moins en ce qui concerne la tuberculose.

La sérothérapie antituberculeuse, application artificielle et scientifique de la vaccination intra-utérine, puiserait dans cette immunisation de l'enfant par la mère, les arguments les plus sérieux et les indications les plus propres à encourager la continuation des essais déjà tentés dans cet ordre d'idées.

M. Haushalter insiste sur l'intérêt de la communication précédente et fait remarquer que les nombreuses observations de M. Magnant corroborent la manière de voir en vertu de laquelle le fatalisme héréditaire apparaît comme de moins en moins admissible en matière de tuberculose. Il est aujourd'hui démontré que les enfants de tuberculeuses ne naissent qu'exceptionnellement tuberculeux et que la tuberculose qui s'observe parfois chez eux après la naissance doit être attribuée à la contagion.

Les statistiques des Enfants assistés de Paris ont établi en effet que, parmi ces enfants, les sujets nés de femmes tuberculeuses mais élevés par l'Assistance publique dans de bonnes conditions d'hygiène ne devenaient généralement pas tuberculeux, tandis que les enfants de tuberculeuses élevés dans leur famille étaient souvent infectés par leurs mères par suite de leur cohabition avec elles. Les faits observés chez les animaux conduisent aux mêmes conclusions. Ainsi les veaux provenant de vaches tuberculeuses ne sont qu'exceptionnellement tuberculeux, les statistiques établissant que la proportion des veaux tuberculeux aux non tuberculeux est de 1/15000 alors que celle des vaches tuberculeuses aux non tuberculeuses s'élève à 1/5.

La rareté de la transmission intra-utérine de la tuberculose trouve d'ailleurs son explication dans la localisation extra-génitale habituelle des bacilles de Koch chez les tuberculeuses, dans l'infection bacillaire exceptionnelle du sang des malades et, enfin, dans les obstacles apportés par le filtre placentaire au passage éventuel des éléments microbiens du sang de la mère à celui du fœtus.

Toutefois, si la transmission intra-utérine de la tuberculose est aujourd'hui considérée comme une rareté, on est cependant porté à penser qu'en général les enfants de tuberculeuses sont prédisposés à contracter la maladie au cours de leur existence et c'est ici que les idées de M. Magnant diffèrent de l'opinion courante, l'auteur émettant l'hypothèse que non seulement une tuberculeuse ne transmet pas la maladie à son enfant de par la gestation mais encore que la tuberculose maternelle peut conférer à l'organisme fœtal une véritable immunité vis-à-vis de l'infection bacillaire. En tout état de cause, les observations sur lesquelles M. Magnant étaye sa manière de voir sont à rapprocher des cas si fréquents de tuberculoses chirurgicales qu'on est disposé à considérer actuellement comme des bacilloses atténuées, peut-être du fait de l'hérédité.

M. G. Étienne rappelle que les recherches les plus récentes démontrent que les tuberculoses chirurgicales locales sont des bacilloses très atténuées.

M. Stoeber se demande ce qu'il faut penser de l'allaitement des enfants de tuberculeuses par leur mère au point de vue de la contagion.

M. Haushalter fait observer que la transmission de la tuberculose de la vache au veau par allaitement paraît due à l'existence de lésions tuberculeuses localisées aux mamelles des vaches nourricières.

Luxation spontanée coxo-fémorale au cours d'une fièvre typhoïde.

M. Richon. — Une jeune fille de 13 ans 1/2 sans antécédents pathologiques, est amenée au service de M. le professeur Bernheim au 20e jour environ d'une fièvre à continuité classique, à début insidieux, aggravée dès le 8e jour par l'apparition d'une diarrhée profuse avec selles involontaires et délire. La température est, à son entrée, de 38°,5, le pouls bat à 140; taches rosées, congestion des bases, eschares fessières et malléolaires; ataxo-adynamie assez prononcée.

Nous passons raptdement sur l'histoire de l'évolution fébrile marquée cependant par deux phénomènes intéressants : un état démentiel avec loquacité extrême, conceptions enfantines, hallucinations calmes, état qui persista longtemps dans la convalescence, et une fréquence extrême du pouls, battant à 140, 180 et même 200, et cela encore actuellement, c'est-à-dire deux ans après le début de la maladie, sans que la respiration ou les fonctions urinaires indiquent une diminution quelconque du travail du cœur.

Après une rechute entre le 37e et 53e jour de la maladie, les eschares guérissent complètement; les masses musculaires des membres inférieurs sont très amaigries, los pieds équins avec de faibles mouvements d'extension et de flexion.

Cinq mois environ après le début, on s'aperçoit par hasard, pendant un examen de la malade nécessité par la surveillance de ses eschares, de la présence de la tête fémorale dans la fosse iliaque droite. La jambe, considérablement raccourcie, est en adduction avec rotation interne, à peine fléchie. Le grand trochanter est oscillant, la tête perceptible dans la fosse iliaque.

Une tentative de réduction est faite, après mobilisation, environ un mois plus tard et entraîne une fracture diaphysaire du fémur à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen.

Après extension continue, la consolidation est parfaite, les deux fémurs parfaitement égaux, mais il y a entre les deux lignes allant de la malléole interne à l'épine iliaque antéro-supérieure une différence de 6 centimètres; la ligne de Nelaton-Roser passe du côté luxé à 9 centimètres au-dessous du grand trochanter; l'adduction et surtout la rotation interne sont diminuées.

Ces faits sont anciennement connus et depuis la statistique de Vreen jusqu'au travail de Prummer, aux thèses de Degez et de Caboche, de nombreux exemples de luxations dites spontanées (ou pathologiques ou secondaires) ont été cités, soit après la fièvre continue soit à la suite du rhumatisme, de la scarlatine, de la rougeole. La pathogénie en est encore très obscure, bien que de récentes interventions chirurgicales aient ouvert l'article et montré souvent l'existence de lésions osseuses de l'acétabulum ou de la tête fémorale.

Nous nous bornerons à faire remarquer, à propos de notre cas, que la surveillance incessante des escharres entraîna forcément celle des membres inférieurs et qu'à aucun moment on ne constata ni un symptôme d'inflammation du côté de l'articulation, ni une localisation quelconque de la douleur qui se produisait dès qu'on essayait de mobiliser l'une ou l'autre des deux jambes et qui était en relation avec les lésions cutanées. L'amaigrissement était considérable, la fonte musculaire accentuée et il n'y eut jamais ni contracture, ni attitude vicieuse prolongée du membre luxé. Enfin, nous ferons remarquer que la tête fut trouvée d'emblée dans la fosse iliaque sans qu'on ait pu observer une phase intermédiaire de la luxation.

Ces remarquables succintes laissent donc complètement irrésolue la question de la pathogénie dans notre cas. Si les lésions articulaires sont très probablement les causes nécessaires et primordiales de la luxation, ne semble-t-il pas cependant que, dans la typhoïde, qui atteint quelquefois si gravement le système musculaire et qui est l'origine de la majorité des luxations spontanées, la déchéance du muscle puisse être placée en première ligne parmi les lésions secondaires dont le rôle pathogénique n'est pas négligeable?

Ceci semble surtout vrai pour l'articulation coxo-fémorale, dans laquelle les muscles péri-articulaires jouent, grâce à l'insertion de leurs tendons, un rôle de contention très important.

M. Spillmann père considère les luxations de la hanche dans la fièvre typhoïde comme relativement assez fréquentes et rappelle que M. G. Etienne en a observé un cas dans son service il y a quelques mois à peine. Dans son service également se trouve à l'heure actuelle un autre malade atteint depuis longtemps de la même infirmité à la suite d'une dothiénentérie contractée pendant son enfance.

M. Vautrin est d'avis que ces luxations doivent être réduites le plus tôt possible, l'intervention était d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce. Avant de réduire, le chirurgien devra s'assurer qu'il n'a pas affaire à une luxation ischiatique transformée en luxation iliaque car cette variété, qui n'est pas absolument rare, nécessite des manœuvres spéciales consistant, d'une façon générale, à retransformer d'abord la luxation iliaque en luxation ischiatique puis à réduire cette dernière. Quand, pour une raison ou pour une autre, la réduction n'est pas possible, on aura avantage à recourir à la résection de la hanche toutes les fois que la luxation s'opposera à la marche du patient ou à la station debout sans canne et sans béquilles. On pourra d'ailleurs, la plnpart du temps, se contenter de réséquer la tête du fémur quand l'accident n'est pas trop ancien mais on devra prévoir la nécessité de sacrifices osseux plus étendus si l'intervention est tardive, et dans ces conditions le chirurgien ne pourra compter sur un résultat aussi satisfaisant.

M. Vautrin relate trois observations personnelles dans lesquelles la résection fut suivie du rétablissement fonctionnel du membre inférieur.

Il s'agissait dans la première d'une luxation traumatique de la hanche qui datait de 3 à 4 années et empêchait le sujet d'appuyer son pied à terre. L'opération permit de juxtaposer le moignon osseux à la cavité cotyloïde et, des adhérences s'étant établies consécutivement à ce niveau, le patient put utiliser son membre pour la marche et reprendre son travail. Dans les deux autres cas la restitution fonctionnelle fut aussi obtenue, mais avec un raccourcissement notable du membre inférieur.

L'auteur est convaincu que le malade de M. Richon pourrait retirer les plus grands bénéfices d'une intervention analogue.

M. Gross père croit qu'il importe d'établir, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, une différence tranchée entre les luxations traumatiques de la hanche et les luxations pathologiques. Dans les premières, l'arthrotomie et la résection peuvent donner de bons résultats, mais dans les luxations pathologiques telles qu'on en rencontre à la suite des maladies infectieuses, fièvre typhoïde, rougeole, etc., il existe fréquemment des lésions profondes, des destructions articulaires et périarticulaires plus ou moins importantes, des altérations osseuses, des décollements épiphysaires qui s'opposent à ce qu'une résection, à moins de délabrements opératoires notables, puisse facilement remédier à l'état anormal du membre. Aussi, indépendamment de l'arthrotomie commandée par des circonstances spéciales telles que la présence de pus ou de séquestres osseux au niveau de l'article, paraît-il préférable de recourir dans les luxations pathologiques d'origine infectieuse à l'ostéotomie sous-trochantérienne, en particulier s'il s'agit de luxations anciennes consécurives aux ostéo-myélites infectieuses.

M. Vautrin partage la manière de voir précédente en ce qui concerne l'opportunité éventuelle de l'arthrotomie, par exemple s'il existe du pus dans l'articulation ou encore des décollements épiphysaires, mais il estime qu'en présence d'une luxation iliaque ancienne, d'origine pathologique ou traumatique, fixée solidement par des adhérences, le chirurgien n'a pas à intervenir en général. Tout au plus peut-il être amené en cette occurence à pratiquer une ostéotomie sous-trochantérienne pour redresser le membre lorsque la tête fémorale est fixée très haut dans la fosse iliaque et lorsqu'il existe une rotation accentuée du fémur. L'intervention chirurgicale est au contraire indiquée quand la tête fémorale est ballante dans la fosse iliaque, quand la hanche remonte au moindre mouvement, et l'on doit alors tenter la réduction ou, à son défaut, pratiquer une résection qui permette au moignon fémoral de se fixer au niveau de l'acetabulum.

M. G. Gross fait remarquer que la réduction échoue souvent, comme il est arrivé chez la malade de M. Richon et, d'autre part, qu'elle expose à des accidents de fracture du col même si elle est exécutée avec toutes les précautions désirables. Un fait de ce genre s'est aussi produit il y a quelques années chez un enfant du service d'Heydenreich.

M. Vautrin reconnaît que le col du fémur se fracture très facilement au moment des réductions, surtout quand il s'agit de luxations ischiatiques transformées en luxations iliaques, parce que dans cette variété la capsule articulaire se trouve tordue autour du col à la façon d'une sangle et en favorise la rupture, mais il est d'avis que la crainte de cet accident doit d'autant moins retenir le chirurgien que la fracture, si elle se produit, peut faciliter le redressement au même titre que l'ostéoclasie qu'on a par ailleurs préconisée à cet effet.

M. G. Etienne déclare que le cas d'ostéoclasie accidentelle auquel il vient d'être fait allusion par M. G. Gross, a eu en définitive un résultat très heureux, l'enfant ayant beaucoup mieux marché après qu'avant.

Quant au malade qu'il a présenté en octobre, et dont a parlé M. Spillmann, il n'a pu, comme il le désirait, faire pratiquer la résection conseillée par M. Vautrin, le sujet lui ayant filé entre les mains.

Il fait ensuite remarquer que les trois cas signalés à la Société se sont produits au cours d'une fièvre typhoïde de l'enfance ou de l'adoleseence, et qu'il en est de même de la plupart des cas publiés.

Il est très probable que la pathogénie de ces luxations est très complexe et variable. Dans certains cas, il s'agit de lésions originellement osseuses, d'une ostéite de la cavité acétabulaire ou de la tête fémorale, analogues à celles qu'on constate fréquemment au cours de la fièvre typhoïde lorsqu'on les recherche. L'hypertrophie très considérable du grand trochanter dans le cas présenté en octobre fait penser à la probabilité de ce processus. Mais d'autres fois, il s'agit très vraisemblablement d'une arthrite non suppurée du type mono-articulaire de Volkmann, lésant la capsule en refoulant la tête fémorale, d'où le nom de luxation spontanée donné à cette variété.

Il est probable cependant qu'un mouvement quelconque entraîne alors la luxation. L'accident se produisant au cours de la fièvre thyphoïde, passe presque toujours inaperçu; et lorsqu'on le constate, parfois en essayant de faire marcher le malade, on ne trouve plus trace de l'arthrite originelle.

Il paraît alors ne pas exister de lésion, mais il y en a une, tout à fait comparable à celles qui sont connues sous le nom de pseudo-rhumatismes infectieux de Bouchard et Bourcy.

C'est ce processus que M. Etienne a vu intervenir dans une luxation spontanée de l'épaule au cours d'un rhumatisme aigu dont l'histoire est tout à fait typique.

Il s'agissait d'un jardinier d'une quarantaine d'années, ayant déjà eu plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire. Il eut une nouvelle crise, avec gonflement très considérable des poignets, du bras gauche, puis du genou droit, puis du cou-de-pied; la température était à 39°,5; pas de blennorrhagie; en un mot, rhumatisme articulaire aigu franc bien caractérisé. Un jour l'épaule gauche fut prise à son tour, très tuméfiée; le surlendemain, M. Etienne revit le malade qui se plaignit d'avoir éprouvé, la nuit précédente, une vive douleur dans son épaule en se retournant dans son lit, aussi doucement que possible, étant données ses articulations douloureuses. En enlevan l'enveloppement ouaté, on constata la présence d'une luxation de l'épaule. La luxation fut réduite, par un rebouteur, sans aucun accident ultérieur.

Il est très probable que c'est dans des conditions semblables que se fait la luxation spontanée au cours de la fièvre typhoïde, mais masquée par l'adynamie, ainsi qu'il arrive fréquemment pour des accidents plus redoutables encore.

M. Gross père considère les luxations spontanées iliaques d'origine infectieuse, produite par transformation d'une luxation ischiatique primitive, comme tout à fait exceptionnelles.

M. Vautrin en observe en ce moment même un exemple chez un ancien rhumatisant qu'il soigne avec M. Guillemin.

M. Richon rappelle que la luxation de sa malade était passée complètement inaperçue et que c'est par hasard, en pansant les eschares de la patiente, qu'on nota la présence de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe.

Gros reins blancs chez un enfant de 12 ans.

M. Haushalter montre les reins d'un garçon de 12 ans atteint d'une vieille coxalgie avec fistule, et mort d'une affection aiguë intercurrente. Ces reins présentent, à un degré extrême, les altérations du gros rein blanc; chacun d'eux a un poids de 280 grammes, alors que le rein normal d'un enfant à cet âge est de 60 à 80 grammes environ et celui de l'adulte de 140 grammes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIETE BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séances du 14 Juin 1901.

La coccidiose du lapin.

M. Gratia présente le foie d'un lapin atteint de coccidiose. Il montre plusieurs préparations microscopiques relatives à cette affection parasitaire.

A la surface de l'organe, on constate la présence de granulations grisâtres dont le volume peut varier de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Ces granulations correspondent à des dilatations de canaux biliaires. Ceux-ci sont distendus par un produit boueux, puriforme, composé de granulations graisseuses ou albuminoïdes, de leucocytes et de cellules épithéliales desquamées, ainsi qu'un nombre énorme de coccidies; ce sont de véritables kystes par rétention bourrés de sporozoaires. Ceux-ci affectent la forme de petites masses ovoïdes à protoplasme granuleux ressemblant à des œufs d'oxyure. Ces coccidies s'introduisent dans les cellules cylindriques des canaux biliaires; le plus souvent, chaque cellule renferme une coccidie; quand elle en renferme deux, la deuxième coccidie ne provient pas d'une multiplication de la première, mais s'est introduite dans une cellule déjà infectée.

Une fois dans la cellule, la coccidie se développe au point de faire éclater la cellule. A ce moment, le parasite a pris la forme d'un œuf et est entouré d'une coque à double contour; plus tard, le protoplasme s'agglomère en une masse centrale de forme sphérique. L'évolution du parasite dans l'organisme est alors terminée. Les coccidies rejetées avec les matières fécales continuent leur évolution dans l'eau ou la terre humide. Le noyau protoplasmique central se divise alors en spores, le plus souvent au nombre de quatre, et celles-ci se divisent à leur tour chacune en deux corps falciformes qui, avalés par des herbivores, arrivent dans les voies biliaires et recommencent leur cycle. Les cellules des voies biliaires non infectées par le parasite prolifèrent, se desquament et contribuent à l'obstruction du canal, et forment ainsi les kystes par rétention décrits plus haut.

En passant dans l'intestin, les coccidies peuvent déterminer une entérite grave. Le lapin atteint de coccidiose gagne un ventre volumineux, grâce aux dimensions de son foie et à l'ascite concomitante.

La coccidiose du lapin ne se propage que difficilement à un autre organe que l'intestin.

On a cru reconnaître des cas où la coccidiose du lapin avait infecté le foie de l'homme; la chose n'a cependant jamais été démontrée d'une façon péremptoire. On a constaté des formes coccidiennes dans la maladie de Paget, le *molluscum contagiosum*, l'entérite coccidienne (coccidie perforante).

Il est à remarquer que les carnassiers qui mangent le lapin ne contractent pas la coccidiose. On a cité cependant des cas exceptionnels de coccidiose hépatique chez le chien.

On a voulu faire du cancer une maladie à coccidies, mais cette théorie n'a jamais reçu de démonstration.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 11 Juin 1901.

Traitement chirurgical de l'entéroptose.

M. Lambotte consacre la première partie de son étude à l'étiologie de l'affection: la seconde, à l'intervention chirurgicale qu'il préconise, avec une statistique personnelle portant sur une douzaine de cas.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la maladie de Glénard signalent un rétrécissement de l'intestin au niveau du jéjunum. Plusieurs estiment que cet étranglement résulte de la compression ou de la traction exercée par l'artère mésentérique supérieure qui se courbe au sortir de l'aorte pour passer sur ce segment d'intestin. M. Lambotte ne se rallie pas à cette interprétation. La ptose entraîne, d'après lui, une chute verticale de l'intestin grêle avec relâchement des ligaments de soutien qui, normalement, assurent la régularité de son calibre en remplaçant les angles par des courbes.

L'intervention chirurgicale a pour but de remédier à la chute partielle ou totale du côlon et à la gêne qu'en éprouve la progression des fèces. L'opération consiste essentiellement en la fixation dans les deux flancs des angles du côlon transverse. Cette entéropexie s'assure par une série de sutures pratiquées au travers de la paroi abdominale.

M. Lambotte aurait obtenu jusqu'ici d'heureux résultats dans la majorité des cas opérés.

SOCIETE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 27 Avril 1901.

Dacryoadénite palpébrale suppurée.

M. Lor (de Bruxelles) a vu une série de 5 cas en 1896-1897 à la clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-Jean. En se basant sur les seules observations authentiques d'abcès isolé de la glande palpébrale, celles de Sgrosso, de Sourdille et les siennes, il résume le tableau clinique de la maladie, bien décrite déjà par ces auteurs: tumeur inflammatoire comme une petite fève dans le tiers externe de la paupière supérieure; chémosis partiel localisé à l'angle externe et présentant bientôt une fistule purulente (pyo-chémosis); engorgement fréquent du ganglion préauriculaire correspondant; peu de retentissement du côté de la conjonctive et du globe oculaire; douleurs modérées et état saburral léger. La maladie évolue en quelques jours comme un simple abcès; le pus se fraie une issue par la conjonctive.

L'étiologie est souvent inconnue; on a incriminé le traumatisme, les corps étrangers, les inflammations de voisinage (blépharite, orgelet). Au point de vue pathogénique, il s'agit sans doute d'une infection ascendante, par le staphylocoque notamment, le long des canalicules glandulaires et se propageant au tissu périacinien, hypothèse que semblent confirmer les recherches histologiques de Sourdille. Le diagnostic est, en somme, facile, surtout si l'on songe à la possibilité de l'adénite, et on ne la confondra certainement ni avec la périostite orbitaire ni avec d'autres abcès glandulaires (orgelet, chalazion enflammé).

Quant au traitement, Lor déclare que la dacryoadénite palpébrale suppurée demande avant tout un traitement médical (lotions et cataplasmes antiseptiques), n'exige aucune intervention chirurgicale (ponction) et ne réclame certainement pas l'excision de la glande malade, comme cela a été préconisé récemment.

M. Nuël (de Liège) se rappelle avoir vu deux cas semblables, dont le premier en date n'a été reconnu qu'après coup; il est probable qu'on méconnaît généralement cette affection à cause de sa bénignité.

Photophobie et troubles oculo-moteurs à la suite d'un traumatisme de la région occipitale.

M. Bettremieux (de Roubaix). — Un homme de 38 ans reçoit pendant son travail un violent traumatisme, produit par la chute d'une lourde barre de fer, qui lui fait à droite et en haut de la région occipitale une plaie avec enfoncement des parois osseuses.

Malgré une trépanation, il persiste des maux de tête, de la faiblesse générale; le sujet accuse de l'hyperacousie; l'acuité visuelle, le sens des couleurs, le champ visuel, les réflexes pupillaires, l'accommodation paraissent à l'état normal; le suje tient la tête légèrement fléchie et immobile; son facies est sant

expression; il accuse de l'hyperesthésie oculaire sensorielle et sensitive; la lumière vive, le vent froid lui produisent une impression pénible. Les mouvements des yeux ne sont pas normaux; ils ont le plus souvent leur étendue habituelle, mais paraissent pénibles; il semble que le sujet doit s'y reprendre à plusieurs fois pour mouvoir ses yeux dans la direction indiquée.

Les mouvements volontaires ne semblent pas sensiblement plus faciles que les mouvements réflexes, ou inversement; la convergence paraît en déficit. Il existe un léger ptosis un peu plus marqué à gauche. D'après le sujet, les mouvements oculaires vers la droite seraient plus faciles.

L'ensemble de l'examen exclut, à mon avis, l'hypothèse de la simulation et celle de l'hystéro-traumatisme.

M. Bettremieux croit à une lésion corticale droite dans la région du pli courbe et du lobe pariétal inférieur, lésion descendant jusqu'à la première temporale, centre auditif, et qu'il faut peut-être considérer comme se prolongeant du lobe occipital au lobe frontal pour expliquer l'irritation des centres sensitivo-moteur ou antérieur et sensorio-moteur ou postérieur.

Il est probable que cette lésion (épaississement des méninges, encéphalite superficielle) est la suite d'un épanchement sanguin.

Ces troubles oculo-moteurs sans diplopie peuvent échapper à un examen superficiel; ils cont comparables aux troubles parésiques légers qu'on observe chez les hémiplégiques dans le domaine du facial supérieur.

Leur étude poursuivie dans ce cas-ci et dans ceux qui pourraient se présenter à l'observation des médecins, est intéressante au point de vue de l'étude de l'innervation corticale oculo-motrice et au point de vue médico-légal, peut-être dans quelques cas mènera-t-elle à une intervention chirurgicale efficace.

Il n'y a pas lieu de s'étonner qu'une même cause pathologique produise des phénomènes hyperesthésiques et des phénomènes parésiques; cette action différente sur les fibres centrifuges, au moins pendant un certain temps, est conforme aux données acquises de la neurologie.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 29 Juin 1901.

Les fièvres d'Europe dans les pays chauds.

M. Firket a montré, dans une précédente communication, les ravages que cause la variole chez les indigènes des pays chauds. Il est à noter que, malgré la fréquence des formes graves, confluentes, hémorrhagiques, etc., les récidives y sont plus fréquentes qu'en Europe. La diffusion de la maladie est facilitée par l'incurie, l'absence d'isolement sérieux, l'abondance des mouches qui transportent le virus variolique comme elles propagent les ophtalmies. La pratique de la variolisation préventive contribue plutôt à étendre la contagion qu'à l'enrayer, ainsi qu'on a pu s'en assurer en Algérie, au Sénégal, etc.; cette méthode, encore usitée en Chine, tend de plus en plus à y être remplacée par la vaccination, mais il est plus difficile de la déraciner dans les pays musulmans.

En ce qui concerne la vaccination, une des difficultés que rencontre son application réside dans l'altération assez rapide du vaccin animal expédié d'Europe; sur les grands paquebots pourvus de glacière, la conservation est facile, mais l'activité du produit se perd vite quand il doit être transporté par voie de terre. C'est ainsi qu'au Congo belge, on obtient, avec le vaccin expédié de Bruxelles, 94 p. 100 de succès à Léopoldville, cité située à 400 kilomètres du point terminus de la navigation maritime, parce que le chemin de fer franchit cette distance en 2 jours, tandis que sur le haut Congo et ou Tanganika, régions desservies par des voies lentes, on n'arrive que rarement à de bons résultats. De là l'utilité des stations vaccinogènes établies par diverses puissances européennes (France, Angleterre, Belgique, Hollande) dans certaines de leurs colonies.

Une particularité intéressante de l'histoire de la vaccine est la courte durée de l'immunité qu'elle confère dans les pays chauds; c'est ainsi que M. A. Plehn déclare que, pour les indigènes des colonies allemandes où il a fait ses observations, cette immunité ne persiste guère plus de 2 ans. Quoi qu'il en soit, les effets de la vaccination n'en ont pas moins été très favorables dans l'Indo-Chine française, où ils se sont traduits par une augmentation sensible de la population.

Outre le paludisme et les fièvres éruptives, les pneumococcies jouent un grand rôle dans la pathologie coloniale, surtout parmi les indigènes, et notamment les nègres. Non seulement la pneumonie est fréquente chez eux, mais elle a une tendance manifeste à se généraliser aux diverses séreuses, envahissant presque toujours la plèvre, souvent le péricarde et les méninges. On a signalé aussi, notamment au Sénégal, des méninges cérébro-spinales à pneumocoques, sans lésion pulmonaire antérieure. Ces infections affectent souvent une marche insidieuse, avec symptomatologie peu bruyante, rappelant ainsi les allures de notre pneumonie des vieillards; même des lésions étendues de méningite peuvent rester latentes presque jusqu'à la mort.

Quant au rhumatisme, il est relativement commun dans les pays chauds et humides; chez les Européens, il se présente parfois sous la forme de polyarthrites aiguës ayant peut-être plus de tendance aux complications cardiaques et aux récidives qu'en Europe; néanmoins, dans la plupart des cas, les attaques sont légères. Les indigènes sont fréquemment atteints de « rhumatismes » abarticulaires, subaigus ou chroniques; mais il est probable que beaucoup de douleurs vagues désignées sous ce nom relèvent de ces polynévrites tropicales que l'on englobe sous le nom de béribéri et dont l'étiologie est encore si obscure.

Enfin, un grand nombre de pyrexies non paludéennes des colonies dépendent d'infections intestinales, qu'il s'agisse du catarrhe fébrile banal ou de la vraie fièvre typhoïde. Celle-ci a été longtemps méconnue et qualifiée de fièvre palustre contiuue ou rémittente. Toutefois, à mesure que l'on étudie mieux les fièvres des pays chauds, on tend à faire la part plus grande aux colibacilloses et à l'infection éberthienne. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que le diagnostic est parfois rendu difficile par l'évolution anormale de la maladie, dont le début souvent brusque éloigne tout d'abord l'idée d'une fièvre typhoïde; la marche de la température peut aussi s'écarter singulièrement du schéma classique; enfin, les phénomènes abdominaux sont fréquemment peu marqués et les lésions intestinales peuvent à l'autopsie, se trouver réduites au minimum. Cependant, il ne saurait y avoir de doute pour les cas où l'on a pratiqué soit la recherche du bacille d'Eberth, soit le séro-diagnostic.

Quant à la fièvre sudorale ou fièvre ondulante de Malte, elle paraît bien différente des formes sudorales de la vraie dothiénentérie; l'étendue de son aire de distribution, qui semble assez grande, impose une étude plus complète de cette affection.

Le typhus exanthématique, la fièvre récurrente, ne jouent, sauf exception — comme dans les épidémies d'Algérie — qu'un rôle secondaire dans la pathologie des pays chauds.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS BRITANNIQUE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Londres 21-26 Juillet 1901.

Le rôle des fosses nasales dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Mignon. — Lorsqu'on envisage la question de la prophylaxie de la tuberculose, on ne manque pas de reconnaître que la contagion se fait surtout par l'air; il est le véhicule des microbes qui envahissent l'organisme, beaucoup plus fréquemment que les aliments, qui peuvent, du reste, être stérilisés par la cuisson. Lorsque l'air est encore nocif, malgré l'usage des crachoirs, malgré les pratiques de désinfection, malgré toutes les précautions destinées à empêcher la propagation de la maladie, les fosses nasales peuvent encore arrêter le danger qui nous me-

nace. Les microbes en passant avec l'air sont en grande partie arrêtés par les cils vibratiles du vestibule nasal et par la surface très étendue et très irrégulière de la muqueuse. On peut aussi tenir compte du rôle bactéricide du mucus nasal, bien qu'il soit discuté par certains auteurs. La clinique nous montre enfin que les fosses nasales sont beaucoup plus réfractaires à la tuberculose que tout le reste de l'arbre respiratoire et même que la cavité bucco-pharyngée. On doit donc considérer comme un danger d'infection tuberculeuse le fait d'avoir une perméabilité nasale insuffisante (obstruction nasale par déviations ou crêtes de la cloison, par rhinite hypertrophique ou congestive, par kystes, végétations adénoïdes, etc.).

Au point de vue du traitement, l'état des fosses nasales n'a pas moins d'influence. Comme le nez laisse passer plus d'air que la bouche, l'insuffisance nasale entraîne l'insuffisance de l'hématose et l'on sait combien l'air est nécessaire au tuberculeux. En passant par la bouche, l'air entraîne de nouveaux microbes, qui avec les premiers fovorisent la maladie. De plus, cet air insuffisant et nocif n'est modifié ni dans sa température ni dans sa pression ; il provoque des inflammations bucco-pharyngées, laryngées, trachéo-bronchiques, qui entravent l'action du traitement.

Il est donc de toute nécessité de s'assurer que les sujets se présentant à notre examen (spécialement les prédisposés à la tuberculose et les tuberculeux eux-mêmes) ne sont atteints d'aucune cause d'insuffisance nasale. Au cas contraire, on doit s'empresser d'y remédier et recommander aux malades de respirer exclusivement par le nez dès qu'ils le peuvent, car l'habitude joue souvent un rôle. Ce conseil devrait être joint à ceux que l'on s'efforce de répandre dans tous les milieux sociaux.

Étude anatomique et expérimentale touchant l'influence de l'alimentation par la viande crue sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.

MM. Cornil et **Chantemesse** (de Paris). — Les animaux nourris à la viande cuite ou à la viande crue recevaient en 24 heures le même poids d'aliment. Les chiens étaient partagés en lots de deux, chaque unité dans les lots ayant même apparence et même poids. L'un des animaux de chaque couple avait à satiété de la viande cuite; la quantité qu'il dévorait était mesurée chaque jour ; et le second chien recevait le lendemain une quantité de viande crue égale à celle que le premier avait mangée cuite la veille. Dans chaque couple, le régime du second animal était réglé par le régime du premier. La seule différence alimentaire résidait donc dans la cuisson et dans la non cuisson de la viande. Encore est-il à remarquer que pour obtenir un kilogramme de viande cuite, il faut environ 1 250 grammes de viande pesée avant la cuisson ; il en résulte que les chiens nourris à la viande cuite absorbaient pour ce poids égal de nourriture une masse de viande plus considérable que celle fournie à leurs camarades soumis au régime de la viande crue.

Les inoculations de tuberculose ont été pratiquées dans la veine des animaux avec une culture très virulente, tuant le cobaye en six semaines, par inoculation sous-cutanée, à la dose d'une anse de fil de platine. Tous les chiens ont été inoculés le 18 juin 1900 dans la veine de la patte avec une dose égale d'une même culture.

Les résultats de ces expériences ont été décisifs. Les chiens nourris à satiété avec de la viande cuite ont succombé dans un espace de temps variant entre 4 semaines et 3 mois. A l'autopsie ils présentaient des lésions de tuberculose généralisée avec nodules caséeux plus ou moins volumineux. Le foie était frappé de dégénérescence graisseuse avancée.

Le second animal de chaque couple, celui qui mangeait de la viande crue, était sacrifié aussitôt que mourait son compagnon nourri à la viande cuite. Dans tous les cas l'autopsie montrait la conservation d'un notable embonpoint, une dégénérescence graisseuse du foie modérée et aussi de nombreuses productions de tuberculose. Cependant les tubercules que l'on constatait étaient moins nombreux, moins volumineux et moins caséeux que ceux présentés par les chiens nourris à la viande cuite.

Nous avons gardé pendant un an, en continuant à ne le nourrir qu'avec de l'eau et de la viande crue, environ 750 grammes par jour, un de ces chiens dont le compagnon qui mangeait de la viande cuite avait succombé au bout de 5 mois. Pendant toute l'année, ce chien avait conservé sa force, son embonpoint et une santé en apparence parfaite.

Il a été tué par le chloroforme. Nous avons trouvé des lésions de la plupart des organes, du poumon, du foie, de la rate et des reins.

Le rein est de tous les organes le plus profomdément altéré, non seulement par la présence de grosses granulations tuberculeuses, visibles à l'œil nu et contenant des bacilles, mais aussi par l'existence d'une néphrite chronique généralisée.

Dans tout le rein, les lésions de néphrite chronique sont des plus évidentes. Ainsi dans les parties superficielles affaissées, on voit des glomérules très rapprochés les uns des autres, presque en contact, presque tous avec une capsule propre très épaisse, fibreuse, se colorant très fortement en rouge par le réactif de Greeson. Le bouquet glomérulaire toujours modifié dans le sens de la dégénérescence fibreuse est parfois représenté seulement par un bouton fibreux. Dans d'autres parties du rein, on voit des îlots de tubes ayant conservé leurs dimensions normales entourées de bandes sclérosées dans lesquelles les tubes sont atrophiés.

Les pyramides de ces reins présentent aussi quelques granulations tuberculeuses interposées entre les tubes droits ou les englobant dans leur tissu néoplasique. Les vaisseaux sanguins de la base et de pourtour des pyramides, qu'il s'agisse d'artérioles ou de veines, sont tous atteints d'une sclérose très manifeste portant sur leurs tuniques externe et interne.

En résumé, d'après l'autopsie de ce chien, en apparence très bien portant, on peut dire que sa tuberculose était en excellente voie de guérison, mais qu'il avait conservé à la suite de la tuberculose du rein une néphrite double chronique avec atrophie glomérulaire partielle et avec des lésions conjonctivo-vasculaires incurables qui auraient mis ses jouts en danger au moindre accident pathologique survenu ultérieurement.

Nous avons tenté chez des animaux frugivores le traitement de la tuberculose expérimentale par l'ingestion de viande crue. Deux singes ont reçu dans les veines une culture de tuberculose très virulente. L'un a été laissé à son régime ordinaire; il a succombé au bout de 23 jours à une tuberculose généralisée. Le second avait pris 15 jours avant l'inoculation et avait continué depuis ce moment à ne manger que de la viande crue. Cette nourriture ne lui souriait pas et il n'en prenait chaque jour qu'une petite quantité. Cependant, grâce à son régime alimentaire, il a survécu à l'inoculation pendant 49 jours.

Il résulte de ces expériences que l'utilité du régime de la viande crue utilisé pour le traitement de la tuberculose ne réside pas dans un phénomène de suralimentation pur et simple, mais qu'il repose sur une quantité particulière anti-tuberculeuse de l'aliment.

Sur la technique de l'application des rayons de Röntgen au diagnostic de la tuberculose.

M. A. Béclère (de Paris). — On ne peut plus mettre en doute les services rendus au diagnostic de la tuberculose pulmonaire par l'emploi des rayons de Röntgen, mais, pour tirer de cette nouvelle méthode d'exploration et particulièrement de l'examen radioscopique le meilleur parti possible, il est bon de réaliser certaines conditions dont l'expérience m'a appris l'utilité.

Ces conditions concernent le sujet examiné, l'observateur et le matériel employé à l'exploration.

Le sujet examiné, pour éviter la fatigue et conserver la liberté des mouvements respiratoires, particulièrement la liberté des mouvements respiratoires, particulièrement la liberté des mouvements du diaphragme, doit être couché sur le dos ou, de préférence, assis sur un siège élevé, de hauteur réglable, comme les tabourets de piano, et avant la forme d'une selle de bicyclette, de manière à permettre l'extension presque complète des cuisses sur le bassin.

L'observateur, pour être en possession d'une très grande sensibilité rétinienne à la lumière, doit demeurer pendant quel-

ques minutes dans l'obscurité avant de commencer l'examen radioscopique. Des mensurations précises m'ont appris qu'après 10 minutes de séjour dans l'obscurité la sensibilité de la rètine à la lumière de l'écran fluorescent est devenue 50 à 100 fois plus grande qu'elle n'était primitivement; elle devient environ 200 fois plus grande après 20 minutes d'obscurité et, passé ce temps, elle grandit encore.

Il est préférable que le générateur d'énergie électrique chargé d'alimenter l'ampoule de Crookes ait une certaine puissance : cependant il n'est pas nécessaire que cette puissance soit très grande. En effet, peu importe une différence du simple au double dans la longueur de l'étincelle que peut fournir une machine statique ou une bobine d'induction, quand c'est au centuple et 2 fois au centuple que le séjour dans l'obscurité fait grandir la sensibilité lumineuse de l'observateur. J'ai décrit et j'emploie journellement nne petite machine statique de Wimshurst, à 4 plateaux, simplement mise en mouvement à la main, avec une manivelle, et assez peu volumineuse pour être très facilement transportable : elle suffit pour donner, sur l'écran fluorescent, à des yeux convenablement préparés par quelques minutes de séjour dans l'obscurité, une excellente image des organes thoraciques.

En revanche il est indispensable que le pouvoir de pénétration des rayons de Röntgen, variable avec la résistance électrique de l'ampoule de Crookes, soit, toutes choses égales, exactement adapté à la sensibilité lumineuse de l'observateur. Au cours d'un examen radioscopique prolongé, la résistance électrique de l'ampoule doit diminuer à mesure que la sensibilité lumineuse de l'observateur devient plus grande. Mesurée par la longueur de l'étincelle équivalente, au moyen du spintermètre, le petit instrument que j'ai fait construire dans ce but, elle peut descendre de 9 centimètres environ à 3 centimètres et audessous.

Pour cette raison, les ampoules munies d'un régulateur de vide qui permet de faire varier à volonté, avec leur degré de vide, leur résistance électrique et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elles donnent, sont de beaucoup préférables aux autres. Rien ne vaut, à ce point de vue, les ampoules munies de l'osmo-régulateur imaginé par mon compatriote M. Villard.

Il n'est pas moins indispensable que l'ampule, très facilement mobile, puisse être, au cours de l'examen radioscopique, placée par l'observateur en regard de tel ou tel point du thorax examiné. Cette condition est réalisée par le châssis porte-ampoule que j'ai fait construire dans ce but.

Mais il est utile surtout de pouvoir resserrer à volonté le faisceau divergent des rayons de Rontgen qui traversent le thorax de manière à restreindre la surface illuminée de l'écran; c'est le moyen d'augmenter beaucoup, sur l'image radioscopique de la région plus particulièrement examinée, la précision des contours et la netteté des détails.

Dans ce but, j'ai fait construire un diaphragme de plomb, à ouverture variable, qui est une simplification du diaphragme-iris des microscopes. Ce diaphragme-iris, fixé au-devant de l'ampoule et mobile avec elle, est complété par un petit instrument, l'indicateur d'incidence, qui montre à chaque instant, au cours de l'examen radioscopique, quelles que soient la position de l'ampoule et l'attitude du malade, le point de l'écran perpendiculairement frappé par les rayons de Rontgen : c'est au voisinage immédiat de ce point dit point d'incidence normale que l'image radioscopique se rapproche le plus, par la forme et des dimensions, de celles de l'organe correspondant.

C'est ainsi que, dans l'examen radioscopique d'un malade atteint ou soupçonné de tuberculose, on commence par prendre une vue d'ensemble des organes thoraciques en élargissant au maximum l'ouverture du diaphragme-iris, puis on déplace l'ampoule de manière à ce que le rayon d'incidence normale traverse le sommet de la poitrine et on rétrécit l'ouverture du diaphragme-iris jusqu'à ce qu'on n'aperçoive plus sur l'écran que l'image des régions sus-claviculaires des deux poumons. Enfin, on fait varier la résistance électrique de l'ampoule et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elle donne de manière à obtenir le plus grand contraste possible entre les parties claires et les parties sombres de l'image radioscopique.

Telles sont les conditions qui rendent plus précise et plus sûre la radioscopie appliquée au diagnostic de la tuberculose pulmonaire à ses débuts.

Sur l'emploi des rayons Röntgen pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

M. Léon Bonnet (de Paris). — L'auteur présente des conclusions basées sur plus de 600 observations personnelles. La plupart des cas observés, de 1897 à ce jour, ont été, au préalable, soumis à l'auscultation de plusieurs confrères. Par l'emploi unique de l'écran fluorescent les diagnostics ont été conformés 98 fois sur 100 et très fréquemment précisés même au début de la maladie.

Cette méthode très sûre et très rapide est donc à recommander surtout lorsqu'il s'agit d'examiner un grand nombre de sujets à la fois, dans un milieu bruyant comme celui des dispensaires, des conseils de revision, etc.

Le D[r] Bonnet décrit en outre un procédé nouveau permettant le diagnostic facile et à peu près général de la période prétuberculeuse.

Dans cette période l'examen à l'écran, la radiographie, l'auscultation, les moyens habituels et le microscope ne peuvent déceler ni la moindre opacité, ni la petite modification du murmure vésiculaire, ni le bacille.

On trouve un moyen de diagnostic dans l'étude attentive, par la radioscopie, du fonctionnement du diaphragme et des muscles inspirateurs. Si l'on examine un sujet en état de bonne santé apparente ou simplement atteint d'affaiblissement, d'un état dyspeptique ou neurasthénique par exemple, il faut suivre les mouvements de la cage thoracique, le degré d'éclairement des poumons et principalement le jeu du diaphragme pendant les deux temps de la respiration.

Trouve-t-on des anomalies dans ce fonctionnement, dans le synchronisme et l'étendue du déplacement des deux parties diaphragmatiques, dans leur ascension ou leur descente, dans leur courbure, on peut, en l'absence de tout autre signe, porter le plus souvent le diagnostic de prédisposition tuberculeuse ou de début de la tuberculose, à moins que l'on ne découvre une cause évidente à ces anomalies.

En dehors d'une cause étrangère, il s'agit presque toujours de pleurésies diaphragmatiques méconnues, d'altérations bacillaires imperceptiblus du tissu pulmonaire ou de parésie provoquée par la toxine issue de tubercules disséminés.

Un grand nombre de personnes de bonne santé apparente, examinées de 1897 à 1900, et ayant présenté uniquement les anomalies en question, sans qu'on ait pu les attribuer à une cause évidente, ont été revues portant, quelques mois ou quelques années plus tard, des opacités et des signes manifestes de tuberculose, soit du côté correspondant au trouble fonctionnel, soit des deux côtés.

Le D[r] Williams, de Boston, a signalé l'abaissement amoindri du diaphragme correspondant au côté d'une lésion pneumonique ou tuberculeuse, sans signaler la valeur des autres anomalies et en décrivant cet abaissement diminué comme contemporain à l'altération déjà visible du poumon.

Un schéma de ces anomalies est exposé au Musée du Congrès sur le plan du dispensaire de Montmartre, présenté par le professeur Landouzy.

Les mêmes troubles fonctionnels sont nettement visibles dans la tuberculose avancée et fournissent des indications précieuses pour le pronostic. Des malades porteurs de lésions restreintes, mais n'ayant qu'une respiration insuffisante, sont victimes d'une marche rapide de la maladie, tandis que d'autres malades avec des lésions étendues jouissent d'une santé relativement florissante, lorsque le fonctionnement du diaphragme est à peu près normal. Ces cas, bien différents, s'observent fréquemment.

Le D[r] Léon Bonnet en conclut au point de vue diagnostique que l'on doit procéder à un examen radioscopique de tous les sujets exposés à la tuberculose par hérédité, alcoolisme, contagion ou milieu — et, au point de vue thérapeutique, qu'il faut prescrire l'exercice méthodique du diaphragme et des muscles inspirateurs par une gymnastique respiratoire appropriée aux données de l'examen radioscopique.

L'expérience a déjà prouvé l'importance de ces conclusions.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Caboche (H.). *La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation.* (L. Boyer.)

M. Lepage (Henri). *Persistance de la membrane pupillaire et pigmentation congénitale de la cristalloïde antérieure.* (L. Boyer.)

M. Rollet (Marcel). *De l'extraction de la cataracte par le procédé à pont kérato-conjonctival.* (L. Boyer.)

M. Rascalou (P.). *De la compression et de la ligature de la carotide primitive dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile.* (Jules Rousset.)

M. Thoumire (Ernest). *Considérations anatomiques sur le sinus maxillaire.* (L. Boyer.)

M. Caboche distingue 2 variétés de hernies cérébrales pouvant se présenter au cours de la trépanation.

A) La hernie immédiate, survenant dès que le crâne est ouvert (le cerveau chassant devant lui la dure-mère pour former une méningo-encéphalocèle), ou dès que la dure-mère est incisée (encéphalocèle proprement dite).

B) La hernie secondaire ou consécutive, qui survient plus tardivement, à une époque variant entre quelques jours et quelques semaines.

La hernie immédiate reconnaît comme cause unique l'excès de tension intra-crânienne produit par la présence d'une tumeur ou d'un abcès volumineux dans le cerveau, ou par un néoplasme cérébelleux amenant l'hydrocéphalie, etc.

La hernie consécutive ne reconnaît pas une cause unique : si, le plus souvent, elle relève de l'infection, il est un certain nombre de cas où cette cause ne saurait être invoquée, mais bien l'excès de tension, l'élasticité du tissu cérébral qui tend à combler la cavité opératoire dont il dépasse les limites, l'œdème par décompression, le ramollissement par compression des vaisseaux voisins de la tumeur.

Au point de vue anatomique, elle est constituée, dans l'immense majorité des cas, par du tissu cérébral.

Pour M. Lepage les formes typiques de la persistance de la membrane pupillaire :

a) Membrane pupillaire entière, ou incomplète;

b) Tractus capsulo-pupillaires,

sont rares et constituent des anomalies congénitales pathologiques.

En examinant la cristalloïde antérieure sur des yeux n'ayant jamais souffert d'iritis (éclairage latéral, loupe cornéenne sphérique aplanétique de Hartnack), on observe souvent à sa surface, dans le champ pupillaire, une pigmentation punctiforme, que sa fréquence peut faire considérer comme normale.

Cette pigmentation a été interprétée par Schubert comme se rattachant à la persistance de la membrane pupillaire; mais, si les cas rares où elle coexiste avec une forme typique de membrane pupillaire persistante, démontrent qu'elle est congénitale, son extrême fréquence et le fait de n'être représentée quelquefois que par un seul point pigmenté, indiquent qu'il n'y a que coïncidence, et qu'il s'agit là d'un état presque physiologique.

La pigmentation punctiforme congénitale de la cristalloïde antérieure peut prêter à confusion avec les dépôts pigmentaires d'origine iritique, dont elle diffère toutefois par la situation, la forme, le volume, l'aspect.

A l'heure actuelle, trois procédés de cataracte restent en présence :

1° L'extraction simple de Daviel.

2° L'extraction combinée de de Graef.

3° L'extraction sous-conjonctivale de Desmarres.

M. Rollet pense que les deux premiers procédés, malgré la rapidité de leur exécution, offrent moins de garantie de réussite que celui de Desmarres. En effet, ils n'empêchent pas le renversement du lambeau, les hernies de l'iris. Ils sont moins faciles à exécuter pour les débutants, parce qu'ils exposent aux pertes du vitré en cas de contractions involontaires violentes des paupières, et qu'ils obligent à enlever le blépharostat.

En face d'un exophtalmos pulsatile, quelle sera donc la conduite à tenir?

Pour M. Rascalou il faut essayer en premier lieu le traitement par la compression directe de la carotide, et l'iodure à l'intérieur, d'abord parce que ce traitement a donné des guérisons : 10,28 p. 100 de guérisons complètes et 20,51 p. 100 de guérisons incomplètes.

Ensuite parce que, même dans le cas où le résultat est nul et où on a recours à la ligature de la carotide ultérieurement, la compression préalable donne le temps à la circulation collatérale de se développer et habitue le cœur au travail supplémentaire qu'il aura à fournir après la ligature.

Si la compression ne donne pas la guérison, il faut faire la ligature de la carotide primitive, du côté correspondant à l'œil malade, si le bruit de souffle disparaît par la compression de cette carotide, en faisant naturellement une antisepsie et une asepsie absolument rigoureuess.

Le trop grand âge du malade ou son état cardiaque ou trop cachectique sont les seules contre-indications à l'opération.

Exiger après l'opération le repos absolu au lit pendant quinze jours au moins.

L'empyème latent du sinus est d'une grande fréquence. Or, si les signes classiques d'empyème latent sont nombreux, aucun d'eux n'est pathognomonique. Seule, est pathognomonique, la reconnaissance du pus dans la cavité sinusienne elle-même. Cette reconnaissance, dit M. Thoumire, ne peut se faire que par l'exploration de la cavité suspectée, et le procédé le plus rationnel est le lavage explorateur à l'aide du cathétérisme. La valeur diagnostique du cathétérisme est donc considérable.

En cas d'insuccès, on aura recours à la ponction par le méat moyen, ou mieux par le méat inférieur.

La valeur thérapeutique du lavage par l'orifice naturel doit être prise en très sérieuse considération.

A moins d'indications pressantes, on devra toujours commencer par traiter l'empyème latent du sinus maxillaire par la voie naturelle.

Les autres méthodes de traitement : la perforation du méat inférieur (Krause), la trépanation alvéolaire (Cowper), la trépanation de la fosse canine (Desault), et surtout les grosses interventions chirurgicales dont on a abusé dans ces dernières années, seront réservées aux seuls cas rebelles pouvant faire penser à quelque complication (fongosités, carie, nécrose des parois).

FEUILLETON

Pratiques et croyances médicales des Malgaches,

D'après M. Gershon Ramisiray (1).

M. Ramisiray a eu l'heureuse inspiration de nous faire connaître dans sa thèse inaugurale les croyances et les pratiques médicales de ses compatriotes. On pourra juger, par les extraits que nous allons donner de ce travail, de la ressemblance qu'elles présentent avec celles dont la tradition populaire conserve encore fidèlement le souvenir au milieu de notre civilisation européenne.

Le Malgache, obéissant à ce besoin impérieux qui pousse l'esprit humain à tout expliquer, fait une large place au surnaturel dans l'interprétation des faits dont la cause lui échappe. C'est ainsi qu'il attribue en général les maladies à l'influence des sorciers (*mpamosavy*), des faiseurs

1. *Thèse de Paris*, 1900-1901.

d'amulettes (*mpanao ody*), à celle des ancêtres (*razana*), enfin, à celle des *vazimba* : d'après la tradition, ceux-ci seraient les habitants autochtones de l'île qui, chassés par les Hovas, se seraient réfugiés dans les forêts, les rochers, les eaux. Ce sont, assure-t-on, des êtres de petite taille, mesurant à peine 50 centimètres de hauteur, très agiles, avec une figure mignonne et très bien faite, et des cheveux qui traînent à terre (cette description fait songer aux Pygmées rencontrés par Stanley dans les forêts du centre de l'Afrique).

Pour lutter contre les maladies, il est nécessaire d'en connaître exactement la provenance. C'est pour cela qu'on va trouver les *mpisikidy* (devins ou astrologues), qui remontent à une très haute antiquité. Les devins se servent du *sikidy*, terme dont l'étymologie est inconnue; le *sikidy* se compose d'un nombre de pièces différentes, disposées en rangées et en colonnes suivant des règles déterminées, et qu'on manie comme les pièces d'un jeu d'échecs ou de dames, en laissant la part du hasard. Les combinaisons obtenues donnent la réponse à la question posée. En cas de maladie, au début d'une entreprise, avant de commencer un voyage, ou quand on croit qu'un malheur va survenir, on consulte le devin pour qu'il indique la conduite à tenir. La pratique du *sikidy* est très compliqué; l'on se sert habituellement des graines de la plante nommée *Fano*.

Les Malgaches savent reconnaître un certain nombre de maladies, semblables aux nôtres, et pour lesquelles ils emploient des remèdes particuliers.

Maladies générales.

La fièvre (*tazo*). — On sait que la grande île de Madagascar est un pays fiévreux, mais surtout sur les côtes; le centre de l'île est sain et la fièvre y est inconnue par les indigènes.

Les *hova* se croyaient invincibles, car ils avaient une grande confiance en la puissance de la fièvre des côtes pour arrêter les Européens. Aussi, au moment de la déclaration de guerre de la France, le général en chef des troupes malgaches, s'adressant à ses soldats leur dit : « Ayez confiance ! Ne craignez rien ! Nous avons avec nous et pour nous défendre, un général bien plus redoutable que les généraux français : la fièvre ».

D'après les Malgaches, la fièvre est l'odeur même de la terre, qui s'exhale plus particulièrement après une grande pluie suivie d'un soleil ardent. La fièvre est comme une bête invisible qui entre dans le corps par toutes les ouvertures : bouche, narines, pores, etc. Pour la vaincre, le Malgache livre un combat corps à corps avec un être impalpable et imaginaire, et le traitement qu'il suit nous en donnera la preuve.

Etiologie. — Pendant l'hiver, la fièvre dort, impuissante, et l'on peut sortir sans crainte; pendant les autres saisons, la fièvre est très féroce. C'est pourquoi on choisit de préférence l'hiver pour voyager. La fièvre vient encore quand on sort à jeun; elle est occasionnée aussi par des fruits trop sucrés, gâtés; elle vient souvent par les blessures, quelles qu'elles soient, par les piqûres de bêtes, la fatigue extrême, la vie déréglée. Elle attaque plutôt les femmes et les enfants que l'homme, le blanc plutôt que le noir : le blanc n'est pas l'Européen, c'est celui qui est anémique et pâle.

Symptômes. — Courbature extrême après la marche, surtout le soir, soif très intense, bouche amère, dégoût du riz et de toute nourriture, désir de mets très épicés, nausées, vomissements, maux de tête, vue brouillée, bourdonnements d'oreille, urine colorée en jaune ou rougeâtre, frissons de froid, odeur marécageuse, essoufflement, envie de dormir, tels sont les nombreux symptômes qui précèdent la fièvre.

Prophylaxie. — Quand il part en voyage, le Malgache emporte avec lui une certaine quantité de terre prise au milieu de la porte d'entrée de sa propriété; s'il traverse un pays qu'il suppose fiévreux, il sent cette terre qui lui rappelle l'odeur de son pays natal.

Les indigènes ne boivent jamais de l'eau dans un pays suspect, car, disent-ils, elle renferme la fièvre en dissolution; ils ne mangent pas non plus les fruits, comme les oranges, les bananes, la canne à sucre, surtout quand ils sont gâtés : ils renferment la fièvre également et peuvent la communiquer. Cependant, si l'on veut absolument manger des fruits, on les passe dans la cendre chaude et cela suffit pour tuer la fièvre.

Ils courent très vite, en se fermant les narines et la bouche, s'ils traversent un endroit douteux, car la fièvre entrerait avec l'air dans les poumons et dans l'estomac. Ils évitent toute fatigue, le travail, la vie déréglée, car le corps, devenu faible, n'a plus la force de lutter contre la fièvre. On marche avec précaution, pour éviter les blessures au pied, car la fièvre pénètre avec la terre qui se mélange au sang.

Les indigènes croient qu'il est très rare d'avoir une seconde attaque de fièvre; mais si le cas se présente, c'est qu'on mène une vie déréglée. On n'est homme que lorsqu'on a eu la fièvre : celui qui ne la connaît pas est considéré comme un enfant, comme une femme. Aussi pour devenir homme, les jeunes gens vont quelquefois volontairement dans les pays fiévreux pour gagner la maladie.

Hygiène. — Prendre un bain froid tous les matins en ayant soin de *antsitrika* (piquer une tête).

Manger beaucoup pour avoir plus de force dans la lutte; ne jamais se mettre au lit si l'on sent venir la fièvre.

Alimentation. — Manger du riz jusqu'à satiété et boire du bouillon chaud, ainsi que de l'eau et du lait chauds également pour provoquer la transpiration et activer la sortie de la fièvre.

Médications. — On emploie les os de crocodile (*Taolamamba*) en fumigations, qui provoquent la sueur et le vomissement par leur odeur très désagréable. Il faut aussi boire de ce liquide.

On fait aussi des fumigations avec les os de canard (*vorombazaha*).

La fièvre fait maigrir d'une façon très rapide; il faut donc remplacer la graisse perdue par du saindoux liquide (*mena-kisoa*) que l'on fait boire au malade en le forçant à absorber des quantités considérables de viande de porc.

On emploie encore des décoctions de diverses plantes.

Traitement symptomatique. — Contre le frisson, il faut se couvrir de trois ou quatre couvertures et prendre de l'eau chaude, quand on ne peut plus marcher, car on vous force à rester debout jusqu'au complet épuisement.

Le vomissement doit être respecté, car la fièvre est vomie en même temps que le contenu de l'estomac.

Les Malgaches connaissent l'hypertrophie de la rate; ils l'appellent œuf de la fièvre (*atdin-tazo*) croyant que c'est l'œuf que la fièvre a déposé dans le corps de l'homme; s'il ne se développe pas, c'est qu'il était stérile ou que le terrain de lui est pas favorable.

Les Malgaches emploient des moyens très bizarres et très curieux, dont le but est de faire crever cet œuf et d'en débarrasser le malade au moyen de purgatifs.

On couche le malade sur le dos. Le rebouteux s'enduit

alors les deux mains avec de la graisse, il les présente au feu pour que cette graisse soit bien chaude, et il pratique des compressions dans tous les sens sur la rate, afin de l'écraser, de la faire rentrer en elle-même et de la rendre plus petite. Il répète cette manœuvre deux ou trois fois par jour et administre des médicaments purgatifs pour rejeter au dehors, les débris de l'œuf qui, dit-il, est brisé.

Ou bien on enduit le ventre de graisse et on expose le malade au soleil afin que le ventre et l'hypertrophie se ramollissent.

Ou bien encore, le matin de très bonne heure, on conduit le patient dans un endroit où il y a des pierres énormes ou des canons, on l'applique contre une de ces pierres ou un de ces canons et la sensation de froid le soulage momentanément; quand la pierres est échauffée, il en prend une autre et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ait embrassé avec son ventre, ou plutôt son hypertrophie, toutes les pierres présentes ou tous les canons; le malade est ramené chez lui, et on lui roule sur le ventre des bouteilles remplies d'eau glacée : tout cela parce que la rate comme tous les corps se contracte par le froid et devient plus petite.

Pour combattre la dyspnée attribuée à la grosseur de la rate, on prend le malade par les bras, on le soulève et on le secoue en l'air pour que la rate descende entraînée par son propre poids. Ou bien on couche encore le malade sur le dos, on passe une main sous les reins à la hauteur de la rate, on met l'autre dessus et on opère de manière à ramener la rate vers le bassin et à dégager ainsi le diaphragme.

Variole (*nendra*). — La variole est une maladie venant du vent. Elle est considérée comme très dangereuse; aussi la loi malgache obligeait les parents à isoler le malade, à le conduire dans un endroit clos et à l'abri du vent, et permettait au peuple de lapider le malade s'il se refusait à quitter le village. On devait brûler le linge, les meubles, la maison même et tout ce qui était susceptible d'avoir été touché.

Les Malgaches distinguent deux *nendra*, la *nendra* normale et la *nendra* anormale; la normale correspond tout à fait à ce qu'ici on appelle la forme commune, et l'anormale, à la forme maligne. La *nendra* comprend la forme blanche et la forme aveugle. Les boutons de la forme blanche sont remplis de pus de couleur blanche et très liquide; ceux de la forme aveugle sont un peu rougeâtres et cette forme peut se communiquer à ceux qui ont déjà eu la variole.

Etiologie. — Cette maladie attaque de préférence les gens malpropres, mais elle attaque aussi les craintifs qui, voyant un malade, s'affectent et tombent eux-mêmes malades. Aussi, pour éviter la contagion, le varioleux doit prévenir de sa présence, en criant le long du chemin : *nendra ! nendra !* comme autrefois en France, les lépreux agitaient leurs cliquettes. On peut aussi tomber malade si l'on passe près d'un varioleux et que le vent vienne de sa direction.

Une autre cause de la contagion est dans cette tradition malgache ce que l'on appelle *mamadika* (transfert des morts). Quand une famille vient à perdre un de ses membres, on l'enterre très souvent dans un tombeau provisoire; si la famille prospère, elle veut donner une nouvelle demeure à celui qu'elle a perdu et on l'exhume pour le mettre dans un tombeau en rapport avec sa fortune. Si le défunt est mort de la variole, cela suffit pour que ceux qui l'approchent prennent le germe de la maladie, quoique cette exhumation soit une fête et l'occasion de réjouissances pour toute la famille.

Les *mpihady fasana* (violateurs de tombeaux), forment dans tous les pays une véritable bande de voleurs qui, en dépouillant de leurs riches *lamba* les cadavres de varioleux et en allant les revendre, propagent la maladie.

En outre, il arrive parfois que les parents, pour éviter la ruine, ne se conforment pas à la loi qui ordonne de brûler tout ce qui a appartenu au varioleux : ils distraient tout ce qu'ils peuvent de l'incendie et vont le vendre assez loin pour que l'on ignore la provenance de leurs marchandises.

Les malades sont isolés, mais ils ne sont pas livrés à eux-mêmes, ils sont soignés par des gardes-malades qui ont déjà eu la variole et qui ne craignent rien. Ces gardes-malades ne doivent pas entrer en communication avec le public, et ils doivent venir chercher les médicaments et les vivres qu'on a déposés à distance pour leur usage et celui des malades. Malgré cela, ils trompent bien souvent la surveillance dont ils sont l'objet et vont faire leurs emplettes eux-mêmes. Cela, d'après les Malgaches, suffit bien souvent pour transporter la variole et la répandre dans le village.

Symptômes. — Les Malgaches mettent en première ligne la céphalalgie, puis la courbature, viennent ensuite les frissons, les nausées, les vomissements, des douleurs lombaires atroces qui durent à peu près 4 ou 5 jours.

C'est pendant la période d'éruption que le Malgache prétend bien connaître la forme de la maladie en examinant les boutons; mais malheureusement il confond presque toujours la rougeole avec la variole et met les gens qui n'auraient eu que la rougeole avec les varioleux; ils ont alors les deux maladies en même temps.

Variolisation. — Bien avant que Jenner eut découvert le vaccin, les Malgaches pratiquaient la variolisation à leur manière et obtenaient des résultats merveilleux. Ils se servaient de la croûtre grisâtre qui se détache des pustules des individus de tout âge, enfants, femmes ou hommes que l'on voulait préserver. Il se développait alors quelques boutons en différents endroits du corps et vous étiez immunisé contre une plus violente attaque de la maladie.

Alimentation. — Elle consiste à avaler du riz cuit à l'eau, mais très dur. On ne doit pas le mâcher pour qu'il crève les pustules de la bouche et du gosier. On boit du bouillon chaud et de l'eau avec du sucre mélangé de gingembre pour améliorer la voix enrouée. Si la personne a de l'appétit, on lui donne tout ce qu'elle désire.

Traitement. — A la *période d'invasion*, fumigations à l'eau de Poulet pour que l'éruption aboutisse.

A la *période d'éruption*, enduire tout le corps de graisse, et continuer les fumigations; pour l'éruption bucco-pharyngienne, avaler sans le mastiquer un morceau de viande attaché avec une ficelle; tirer ensuite fortement pour faire crever les boutons et faire expectorer le pus.

A la *période de suppuration*, crever les boutons avec une aiguille; coucher le malade sur une nate très dure pour qu'en se roulant sur cette couche, il crève lui-même les boutons qui couvrent son corps.

A la *période de dessiccation*, enduire le corps de graisse, rouler le malade sur une natte ou enlever les croûtes avec l'ongle.

Pendant tout le traitement, si le malade veut se gratter on lui lie fortement les mains au dos.

(A suivre.)

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La pseudo-tympanite nerveuse ou ventre en accordéon.

D'après M. Kaplan (1).

On observe chez les hystériques ou nerveux, des ventres volumineux par distension gazeuse totale ou partielle : c'est la tympanite nerveuse qui peut être générale ou se localiser dans l'estomac, dans l'intestin grêle, dans le gros intestin, dans la région du côlon, quelquefois se greffer sur une tumeur utérine, ou des annexes. Ces cas constituent la tympanite nerveuse, due à l'accumulation de gaz dans le tube digestif.

Chez d'autres nerveux ou hystériques, le gonflement total ou partiel n'est pas dû à une distension gazeuse, ni à aucune tumeur abdominale. Ce qui le démontre c'est que sous le chloroforme, le ventre s'affaisse sans aucune émission gazeuse, pour se gonfler de nouveau une fois l'anesthésie terminée; ce qui le démontre encore, c'est que ce gonflement survient brusquement et peut se résoudre rapidement, en quelques secondes, soit spontanément, soit sous l'influence de la suggestion. M. Kaplan a vu à la clinique du professeur Bernheim, de gros ventres qu'on aurait dit distendus par des gaz, ressemblant à des ventres aux derniers moments de la grossesse, se relâcher en quelques secondes, au plus tard en une ou deux minutes, par simple affirmation, et se gonfler de nouveau comme un ballon de caoutchouc, par simple affirmation; et cela sans aucune émission gazeuse ni par en haut ni par en bas. Il ne s'agit donc pas là d'une vraie tympanite; aussi M. le professeur Bernheim a-t-il proposé de désigner ce symptôme sous le nom de *pseudo-tympanite nerveuse* ou *ventre en accordéon*.

Trois phénomènes sont constants chez tous les malades : ce sont l'augmentation de volume du ventre, l'abaissement du diaphragme et l'absence de gaz.

1) Ce qui frappe à la vue de ces malades, c'est l'*augmentation de volume de l'abdomen*. La circonférence du ventre mesurée chez quelques malades au moment du gonflement et du dégonflement montre une différence de 8, 10 et 15 centimètres.

A la percussion le ventre rend un son tympanique très marqué, la matité hépatique descend pendant le gonflement à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Le *diaphragme est abaissé* de 4 à 5 centimètres ainsi que le montrent la percussion, la radiographie et la radioscopie.

2) L'abaissement du diaphragme peut se faire avec ou sans douleur. En effet, un grand nombre des malades éprouvent, au moment du gonflement du ventre, une sensation de pesanteur, de lourdeur, et accusent des douleurs vives dans le creux épigastrique, dans les régions sus-inguinales et hypogastriques. Cependant la palpation abdominale n'évoque aucune sensation douloureuse. Dans d'autres cas les malades n'accusent aucune douleur abdominale pendant le gonflement.

Chez la plupart des malades la pseudo-tympanique n'est accompagnée d'aucun trouble digestif; l'appétit est conservé, la digestion est bonne, les selles sont régulières. Quelques-uns présentaient cependant divers troubles digestifs : diminution de l'appétit, constipation, nausées et vomissements. Ceux-ci sont parfois incoercibles comme chez certaines femmes enceintes.

Pendant que le ventre est ballonné, la respiration devient généralement accélérée. De 16 qu'elle est normalement, elle monte à 30, 40 et 60 respirations par minute, suivant le degré d'abaissement du diaphragme. Elle est superficielle et présente le type costal supérieur, très affaibli, le diaphragme est alors en inspiration forcée. L'air pulmonaire se renouvelle peu et le malade essaye de compenser le manque d'ampliation par la fréquence de mouvements respiratoires. L'oppression est très marquée.

Lorsque sous le chloroforme ou par la suggestion on arrive à dégonfler le ventre, le diaphragme remonte peu à peu et prend de plus en plus part à la respiration qui devient plus ample et prend le type costo-diaphragmatique. A la percussion on constate une sonorité exagérée dans toute la hauteur, à l'auscultation un affaiblissement du murmure vésiculaire. Toutefois dans certains cas, la respiration reste absolument normale. Tous les malades qui présentent des troubles respiratoires, accusent en même temps des troubles dans la circulation. Le pouls comme la respiration est, pendant le gonflement, très fréquent. De 80 pulsations par minute il monte à 96, 112 et 140 pulsations. Il est petit, mais régulier. La face est congestionnée, vultueuse, les lèvres bleuâtres, les veines du cou sont d'habitude dilatées. En somme, la circulation se fait mal.

L'abaissement du diaphragme peut s'accompagner en même temps de phénomènes hystériques. Dans un cas, au moment du gonflement du ventre, la malade était excitée, portait les deux mains sur son abdomen, avait les yeux hagards, la voix altérée, la respiration haletante, se raidissait, se renversait en arrière, se plaçait en opisthotonos et présentait tous les symptômes de la crise hystérique.

Au moment du ballonnement de l'abdomen, la température reste normale. Il n'y a pas de fièvre, à moins toutefois que sur la pseudo-tympanite ne vienne se greffer ou accompagner une autre affection fébrile. Cependant dans un seul cas, la pseudo-tympanite a débuté

1. Thèse de Nancy, 1900.

par une fièvre qui dura 4 jours et disparut; mais le tympanisme resta d'une façon persistante. En général, la pseudo-tympanite nerveuse n'est pas une affection fébrile.

Lors de l'affaissement du ventre, soit spontanément, soit par anesthésie chloroformique ou par suggestion, il ne se produit jamais d'*émission gazeuse* ni par la bouche ni par l'anus.

La pseudo-tympanite nerveuse peut être générale ou partielle.

Lorsqu'elle est générale, l'augmentation du ventre est uniforme, toutes les parties de l'abdomen sont également distendues, l'ombilic proéminent. Le ventre a l'aspect d'un ballon ne présentant aucune bosselure, et peut à première vue simuler une grossesse, et la simuler à tous les mois de la gestation. La palpation donne une sensation de dureté, d'élasticité de tout l'abdomen. Les viscères se trouvant comprimés entre le diaphragme abaissé et la ceinture abdominale distendue résistent à la pression des mains. Cette sensation de rénitence se fait sentir également dans tous les points de l'abdomen.

Il n'en est pas ainsi dans la pseudo-tympanite partielle où les symptômes ne sont pas toujours semblables et varient pour ainsi dire avec chaque cas. On trouve alors un gonflement hémilatéral ou bien un ventre conique : la partie supérieure de l'abdomen étant proéminente et dure, tandis que la partie inférieure au-dessous de l'ombilic ne prend pas part à la dilatation et est au contraire rétractée. Dans d'autres cas la moitié supérieure de l'abdomen reste sonore et dépressible, tandis que la région sous-ombilicale est mate, rénitente à la palpation et forme une voussure comme dans une tumeur ovarienne.

La pseudo-tympanite nerveuse peut être permanente ou intermittente. Dans le premier cas l'augmentation du ventre persiste toute la journée et toute la nuit, ce gonflement peut varier de volume, mais ne s'affaisse jamais complètement. Cependant sous l'anesthésie chloroformique on arrive toujours à dégonfler la pseudo-tympanite permanente. Dans certains cas on arrive à affaisser rapidement le ballonnement de l'abdomen par simple affirmation. Dans deux cas où la pseudo-tympanite permanente a persisté pendant 9 mois et a fait croire à une grossesse, l'affirmation a suffi pour la faire disparaître.

Dans la pseudo-tympanite intermittente le gonflement ne se produit que par moment, tantôt le matin, le plus souvent vers le soir, dure 3 ou 4 heures, puis tout rentre dans l'ordre.

Pendant le sommeil, le gonflement du ventre diminue généralement, mais sans disparaître complètement.

Le début comme la disparition de la pseudo-tympanite nerveuse peut être brusque, sans aucune cause apparente, d'autres fois s'installer progressivement. Sa durée peut être variable. Dans cinq cas, la guérison complète s'est faite au bout de plusieurs mois (de 2 à 10 mois). Chez une autre malade cette affection dure depuis 20 ans. Les autres malades sont partis au bout de plusieurs mois de traitement sans guérison.

Les femmes sont plus prédisposées à la pseudo-tympanite nerveuse que les hommes. En effet, sur les 18 observations réunies par M. Kaplan, on trouve 16 femmes et 2 hommes.

La pseudo-tympanite nerveuse se produit tantôt chez des sujets ayant déjà présenté des phénomènes hystériques, tantôt chez des gens simplement nerveux et dont cette pseudo-tympanite constitue le seul symptôme hystérique. Une seule fois on l'a rencontré chez un sujet non nerveux et dans ce cas le tympanisme était toujours provoqué volontairement.

La pseudo-tympanite peut être provoquée par une lésion organique du ventre, une arthralgie coxo-fémorale. Ici la contracture nerveuse des muscles oblique et transverse droit, liée à la coxalgie hystérique, et le relâchement du grand droit seul, expliquent la constitution du tympanisme.

La pseudo-tympanite peut survenir sous l'influence d'une émotion vive, par imitation psychique chez les hystériques. Elle peut être provoquée par la crise d'hystérie elle-même et n'exister que pendant la crise. Dans d'autres cas, la pseudo-tympanite peut remplacer les crises ou alterner avec d'autres manifestations hystériques.

Le diagnostic de la pseudo-tympanite présente certaines difficultés. Il s'agit en effet d'éliminer un certain nombre de maladies qui ont comme symptôme commun un gonflement plus ou moins considérable de l'abdomen.

Les tympanites vraies diffèrent de la pseudo-tympanite nerveuse par plusieurs caractères bien marqués.

Que ces tympanites soient d'origine hystérique, ou d'origine organique, elles reconnaîtront toujours comme cause première un développement anormal de gaz dans le tube digestif. La tympanite vraie chez les hystériques est toujours en somme due à une production anormale de gaz, ce qui n'est pas dans les pseudo-tympanites nerveuses. Dans les tympanites vraies hystériques ou organiques nous aurons donc, au moment du dégonflement du ventre, une émission gazeuse par le rectum, ou encore des renvois nombreux par la bouche. Nous aurons encore des borborygmes parfois excessivement bruyants, s'entendant à plusieurs mètres de distance et survenant d'habitude après les repas ou à la suite d'une émotion vive. Puis, la tympanite vraie présente parfois des bosselures bien accusées, par suite de la plus ou moins grande distension gazeuse de certaines anses intestinales. La constipation est en outre un symptôme presque habituel du tympanisme. La malade a parfois des débacles pendant lesquelles le ventre s'affaisse, mais bientôt après la constipation reparaît avec un nouveau ballonnement du ventre. La percussion du reste ne nous donne pas les mêmes indications dans la pseudo-tympanite et dans la tympanite vraie. Dans la première, la matité hépatique déborde les fausses côtes, dans la seconde, elle est normale ou même réduite.

Certains individus, par déglutition répétée d'air, arrivent à gonfler leur ventre au point de simuler un météorisme abdominal parfois considérable. On a vu des conscrits simuler par ce mécanisme une vraie tympanite, pour se faire réformer. Le diagnostic sera facile pour tout médecin au courant de la question. La percussion thoracique indiquant l'ascension du diaphragme suffira au besoin pour le résoudre. Au besoin, le simulateur supposé sera placé en observation, l'évacuation gazeuse, par un purgatif, remettra le ventre au point.

La pseudo-tympanite nerveuse peut être aussi confondue avec certaines péritonites et en particulier avec la péritonite tuberculeuse.

M. Courtois-Suffit, parlant de cette dernière affection, s'exprime ainsi : « L'embarras peut être extrême dans d'autres cas. Lorsqu'il n'existe aucun symptôme thoracique appréciable, on peut hésiter avec des manifestations abdominales présentées par les névropathes et surtout les hystériques. L'hystérie, la grande simulatrice de toutes les affections organiques du système nerveux,

peut aussi prendre le masque de presque toutes les affections viscérales et, en particulier, celui de la péritonite tuberculeuse ».

Toutefois dans la péritonite tuberculeuse, nous avons de la matité dans les parties déclives, de la fluctuation. On sent parfois à travers la paroi des indurations qui sont dues à l'agglutination d'anses intestinales entre elles. Le ventre est douloureux et par l'auscultation on peut entendre des bruits de frottement. L'état général est mauvais. Enfin, l'emploi du chloroforme lèvera au besoin tous les doutes.

La pseudo-tympanite nerveuse peut encore simuler certaines *tumeurs* abdominales. Potain cite une observation où le diagnostic est resté pendant quelque temps hésitant entre un kyste hydatique et une pseudo-tympanite hystérique. Le chloroforme a résolu la question. Certaines tumeurs ovariennes peuvent aussi arrêter un certain moment, mais le point d'interrogation que l'on s'était posé disparaît rapidement après un examen détaillé. L'emploi du chloroforme peut encore ici nous servir de critérium. La palpation, la percussion nous donneront aussi des signes autres que dans la pseudo-tympanite.

On pourrait aussi confondre la grossesse survenant chez une hystérique avec une pseudo-tympanite nerveuse. Mais ici encore nous avons la palpation qui nous permettra de délimiter la tumeur utérine, la percussion qui au lieu de sonorité tympanique nous révélera de la matité; l'auscultation dans la dernière moitié de la grossesse fera percevoir les battements fœtaux. De plus les autres symptômes de la grossesse et surtout le toucher vaginal réuni, nous feront diagnostiquer une grossesse.

Dans l'*ascite* nous aurons un ventre volumineux, mais il y aura de la fluctuation évidente, la matité sera très nette dans les parties déclives, si le son est parfois tympanique vers la région ombilicale. De plus, en faisant changer le malade de position, la matité change de place elle aussi.

En résumé beaucoup d'affections peuvent simuler au premier abord, la pseudo-tympanite nerveuse, mais un examen minutieux pourra dans la plupart des cas lever les doutes qui pourraient exister. L'emploi du chloroforme, la non émission gazeuse, l'intermittence du ballonnement et la présence de stigmates hystériques permettront d'affirmer avec certitude que l'on se trouve réellement en présence d'une pseudo-tympanite nerveuse.

Le pronostic de la pseudo-tympanite nerveuse est bénin en lui-même, abstraction faite des autres manifestations associées.

Le ventre en accordéon est certainement moins grave que le ventre gonflé par des gaz. Avec celui-ci en effet nous avons de l'anorexie, des vomissements, de la constipation, de la gêne, de la circulation et de la respiration, de la douleur abdominale, des symptômes d'étranglement interne, etc. L'asphyxie et la mort peuvent en être parfois la conséquence.

Si d'un autre côté on parcourt les observations de pseudo-tympanite, on est frappé de la bénignité des symptômes chez la plupart des malades. Quelques-uns ne paraissent même présenter aucun trouble digestif ni respiratoire. Ils peuvent marcher, se nourrir et respirer à leur aise, et même courir sans trop de gêne; il est probable que dans ces cas le ventre est soumis à des alternatives de gonflement et d'affaissement et que la tension abdominale n'est pas permanente, irréductible.

Mais si le ventre en accordéon n'est pas un état en général grave, il n'en constitue pas moins une incommodité fâcheuse par sa durée et sa tendance à récidive; nous avons vu combien dans certains cas, comme tous les symptômes hystériques, celui-ci est tenace, résistant à tous les traitements physiques et moraux, persistant ou se reproduisant par un mécanisme nerveux ou psychique parfois irréductible.

Le traitement de la pseudo-tympanite nerveuse doit s'appliquer aussi bien à l'état général qui est le terrain qu'à la manifestation locale.

Au terrain, c'est-à-dire à l'hystérie, s'applique le traitement habituel de cette névrose. Quant au traitement local on essaya les purgatifs, l'électricité, l'hydrothérapie, etc., les résultats ont toujours été incertains. Ce qui réussit encore le mieux, c'est la suggestion.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Landard. *Fistules consécutives aux suppurations hépatiques (abcès, kystes hydatiques)*. N° 630. (C. Naud.)

M. Lhomme (Henri). *De l'actinomycose des parois thoraciques et abdominales*. (L. Boyer.)

M. O'Neill (Gaston). *Etude sur la nature et l'origine des tumeurs conjonctives bénignes de la paroi abdominale*. (A. Dugas.)

M. Lœvy (Robert). *Méthode des greffes péritonéales*. (G. Steinheil).

M. Defossez (Joseph). *Des résultats éloignés de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac*. N° 477. (G. Steinheil.)

M. Junqua (Fernand). *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde*. (Jules Rousset.)

M. Arsonneau (Alexandre). *Réunion par première intention des fistules à l'anus*. (L. Boyer.)

M. Jacquot (Alfred). *Du prolapsus rectal irréductible ou étranglé*. (Jules Rousset.)

M. Courmontagne (F.). *De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des cancers utérins*. (E. Witski et Cie.)

M. Jamaux (Ed.). *Rapports des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein*. (L. Boyer.)

M. Ruffier (James-Edward). *Un procédé de curage de l'aisselle au cours de l'amputation du sein cancéreux*. (L. Boyer.)

M. Damotte (Louis). *Contribution à l'étude clinique des pleurésies traumatiques non purulentes*. N° 679. (Jules Rousset.)

M. Rolle (Gaston). *Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la veine-cave inférieure*. (L. Boyer.)

M. De Frumerie (Gustave). *Le massage direct du foie et des voies biliaires. Etude physiologique, thérapeutique et clinique*. N° 404. (Vigot frères.)

M. Lalande (Luc-Barthélemy). *Contribution à l'étude des tumeurs ostéoïdes du sinus maxillaire*. (L. Boyer.)

M. Hautière (E.). *Contribution à l'étude des nodules vocaux ches les chanteurs*. (Jules Rousset.)

Les fistules consécutives aux abcès du foie ne sont pas une rare exception comme on semble le croire.

Pour M. Landard elles sont presque la règle dans les kystes hydatiques suppurés, à peu près certaines et plus rebelles dans les variétés antéro-supérieure et postéro-supérieure.

Les causes qui les entretiennent semble être par ordre de fréquence : la rigidité des parois thoraciques, les mouvements

du diaphragme, le défaut de parallélisme des parois, l'absence de toute compression possible, une cicatrisation cutanée trop hâtive, un clapier purulent, la carie des côtes, enfin un mauvais état général.

Les moyens employés pour hâter la guérison des fistules sont suivant les cas : le simple crayon d'iodoforme qui a donné de bons résultats, le grattage des parois, la cautérisation au galvanocautère, l'excision du trajet fistuleux, la contre-ouverture lombaire ou autre, l'opération de Lannelongue et, enfin, mais extraordinairement, l'opération de Letiévant-Estlander.

M. Lhomme divise les lésions actinomycosiques des parois en lésions primitives :

1° Par inoculation directe; 2° par embolies : le parasite pénètre sans s'y arrêter, sans y laisser de traces pas une érosion ou à travers une muqueuse, est emporté par le courant sanguin ou lymphatique et vient se localiser loin du point d'entrée sans qu'on puisse retrouver ce dernièr.

Pour M. O'Neill, les tumeurs bénignes de la paroi abdominale sont le plus souvent des tumeurs exclusivement conjonctives, se développant aux dépens des muscles et des aponévroses de l'abdomen.

Elles subissent quelquefois des dégénérescences muqueuses (fibrome muqueux), kystiques (fibro-kystes), calcaires (fibromes calcifiés).

Elles pourraient, d'après certains auteurs, emprunter des fibres musculaires lisses au ligament rond chez la femme et constituer alors de véritables fibromyomes, mais ces faits nous semblent exceptionnels.

Elles reconnaissent le plus souvent comme cause le traumatisme pris dans un sens très général, traumatisme de la grossesse et de l'accouchement chez la femme, traumatismes accidentels ou opératoires chez l'homme et chez la femme vierge.

Dans beaucoup de cas, la véritable cause de ces tumeurs reste inconnue, et on est obligé d'invoquer, pour expliquer leur origine, l'existence de maladies antérieures, ou une constitution prédisposante à la diathèse néoplasique.

La méthode des greffes péritonéales consiste dans l'application, au niveau des solutions de continuité des viscères, de plaques ou tampons péritonéaux séparés de leurs insertions.

Pour M. Lœvy, le procédé peut être employé dans la pratique journalière des opérations abdominales, pour assurer l'étanchéité des sutures dans les cas de plaies de l'intestin, du foie, de la vessie, etc.; pour créer ou compléter l'hémostase; pour oblitérer des orifices; pour créer des cloisonnements artificiels, péritoniser les moignons, des surfaces dénudées, etc.

C'est un procédé de sécurité dans les cas ordinaires où les sutures sont possibles, un procédé de choix dans les cas difficiles.

Cette méthode présente comme avantages de n'exiger aucun préparatif spécial, aucune technique particulière; elle est pratique, sûre, et constitue un procédé d'urgence.

M. Defossez, élève de M. Hartmann, pense que les résultats de la pylorectomie sont supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie au point de vue de :

1° La survie moyenne.

a) Dans la gastro-entérostomie elle est de 7 mois environ.

b) Dans la gastrectomie, Dreydorf donne comme survie moyenne 11 mois et 4 jours; Mickulicz, 16 mois et 1/4; Krönlein, 1 an et 5 mois; dans nos 22 observations, nous avons obtenu une survie moyenne de plus de 17 mois, chiffre moyen qui s'élèvera certainement avec le temps, un certain nombre de nos malades étant actuellement vivants et leur prolongation d'existence devant par là même augmenter nos moyennes de survies;

2° L'amélioration post-opératoire immédiate.

Tout cancer de l'estomac doit être opéré dès qu'il est diagnostiqué, à moins que l'état général du malade, où l'extension trop grande de la lésion, constituent une contre-indication à l'intervention.

Pour M. Junqua la perforation intestinale, dans la fièvre typhoïde, doit être, malgré les quelques guérisons spontanées que l'on signale, considérée comme une complication extrêmement grave de cette maladie et dont le terme presque habituel est la mort.

Le seul mode de traitement qui semble devoir donner des succès est le traitement chirurgical.

Ce traitement donne une proportion de guérisons de 26 p. 100.

Le traitement chirurgical aura d'autant plus de chances d'amener la guérison que la perforation est plus récente d'une part, que l'état du malade est d'autre part moins grave.

Le traitement chirurgical est absolument inutile et tout à fait contre-indiqué, chez les typhiques adynamiques, et lorsque la péritonite septique a déjà déterminé un état général d'une gravité telle, que la mort n'est plus qu'une question d'heures.

M. Arsonneau défend sa thèse de la cure des fistules à l'anus par l'excision et la suture.

Au lieu des six semaines, des trois et six mois demandés pour avoir une guérison complète, une cicatrisation parfaite, il faut une moyenne d'une vingtaine de jours, par conséquent la durée du traitement est considérablement diminuée.

L'excision, suivie de réunion par première intention, n'expose jamais à la récidive.

Les complications sont inconnues et les accidents inflammatoires nuls.

La suture assure le rétablissement fonctionnel intégral du sphincter. Elle n'expose donc pas à l'incontinence.

S'il y avait un échec de la réunion immédiate, ce qui tiendrait à une mauvaise technique opératoire, la réunion se fait par seconde intention et la plaie cicatrise en 40 ou 50 jours, sans accidents, comme dans les autres procédés opératoires.

90 p. 100 des fistules étant tuberculeuses, il convient donc de les opérer toutes à moins que l'état trop avancé d'une tuberculose pulmonaire ne soit une contre-indication formelle.

Pour M. Jacquot le prolapsus rectal irréductible ou étranglé est souvent l'indication d'une opération d'urgence, et malgré tous les reproches qu'on a pu lui adresser, l'amputation de la portion prolabée semble être l'opération de choix, l'opération la plus facile, la plus prompte et la meilleure au point de vue des résultats ultérieurs. Elle offre l'avantage de supprimer totalement la tumeur procidente dont la réduction est en général impossible, et serait souvent dangereuse si toutefois elle pouvait s'accomplir, étant donné l'état plus ou moins précaire de la muqueuse intestinale.

Les hémorrhagies ne sont pas à craindre, car il est aisé de faire au fur et à mesure des sections, une hémostase absolue.

M. Courmontagne admet que l'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix dans la cure radicale des cancers utérins.

Elle seule permet de se rendre compte de la nature et de l'étendue du néoplasme et de son envahissement aux organes voisins.

Elle donne la possibilité d'enlever le plus de tissu malade et d'extirper les ganglions altérés.

Elle permet aussi d'éviter le morcellement dans les cas d'utérus cancéreux volumineux, et par conséquent d'éviter les péritonites consécutives et les récidives sur place.

Intervenir le plus rapidement est une des meilleures conditions de succès.

Depuis que Paget a attiré l'attention sur cette question, on a décrit, sous le nom de maladie de Paget, un certain nombre de faits pathologiques dissemblables et qu'il importe de distinguer les uns des autres.

Pour M. Jamaux, dans un certain nombre de cas, il s'est agi d'eczémas chroniques du mamelon et de l'aréole qui se sont accompagnés au bout d'un temps variable d'un cancer du sein à distance d'origine glandulaire, ou d'une dégénérescence néoplasique, d'origine cutanée, sur place sans qu'il y ait lieu d'invoquer de liens étiologiques particuliers entre les deux affections.

A côté de ces cas, on a décrit sous le nom de maladie de Paget une affection cutanée rare, très exceptionnellement observée, avec une très grande prédominance au niveau du ma-

melon et de l'aréole, mais que ses caractères permettraient de retrouver en d'autres endroits du corps.

Les rapports qui existent entre cette affection cutanée spéciale, et le cancer qui peut venir aggraver son évolution, sont interprétés différemment suivant l'interprétation qu'on donne aux lésions que présente la première.

Pour les uns, ces lésions en font une affection spécifique, sans rapport étroit avec le cancer, pas plus qu'avec l'eczéma, à laquelle on peut donner le nom de maladie de Paget, mais chez laquelle le cancer n'est qu'une complication qui n'a pas de raison particulière de se produire; pour les autres il s'agit de lésions qui peuvent être considérées comme rentrant dans le groupe de lésions eczémateuses et la maladie de Paget n'aurait pas d'existence propre en tant qu'affection cutanée, elle ne serait qu'une variété d'eczéma.

Suivant d'autres auteurs, au contraire, les cellules de Darier doivent être considérées comme des cellules de nature déjà cancéreuse et l'affection de la peau dans laquelle on les rencontre doit être envisagée comme une affection pré-cancéreuse, pouvant dégénérer en véritable cancer, si elle ne constitue pas un épithélioma vrai, au début.

La conduite à tenir variera suivant la théorie acceptée.

En tout cas, au point de vue pratique, il sera indiqué toutes les fois qu'on constatera une affection ancienne et rebelle de la peau au niveau du mamelon, de quelque nature qu'elle soit, d'explorer avec le plus grand soin la glande mammaire et l'aisselle pour voir s'il ne s'y est pas développé de tumeur.

Pour M. Ruffier, dès le diagnostic du cancer mammaire établi, sauf quelques contre-indications dues à des formes rares de marche foudroyante, à l'extension considérable ou à la généralisation du néoplasme, il faut opérer en sacrifiant : assez souvent, les muscles pectoraux; toujours, la totalité de la glande, beaucoup de peau, l'aponévrose pectorale, le tissu adipo-lymphatique de l'aisselle.

Il faut manipuler et couper le moins possible les tissus condamnés, qu'ils apparaissent sains ou dégénérés.

La rapidité, utile en toute opération dans les limites où elle est compatible avec la sécurité, est particulièrement à rechercher dans l'amputation du sein, puisqu'elle peut aider à éviter la réinoculation dans la plaie de germes cancéreux.

Le procédé de M. Halma-Grand nous paraît répondre à ces desiderata.

Si le sacrifice cutané n'a pas été trop considérable, on peut réunir les lèvres de la plaie, comme celles de toute autre, par le surjet en « points de machine à coudre ».

Pour M. Damotte, la pleurésie traumatique non purulente s'observe à la suite des fractures de côtes avec ou sans lésions pulmonaires, des contusions légères du poumon ou des simples contusions du thorax. Elle survient d'ordinaire entre le 2e et e 15e jour après le traumatisme. L'hémoptysie et l'emphysème en sont souvent les signes précurseurs.

La pleurésie est sèche ou avec épanchement, unilatérale ou double, siégeant le plus souvent du côté traumatisé, parfois du côté opposé. Le liquide est séreux, séro-fibrineux, hémorrhagique. La plèvre présente les lésions banales de la pleurésie commune.

La marche de la pleurésie traumatique diffère sensiblement de celle de la pleurésie commune. Le début est moins brutal, fréquemment insidieux ; les réactions sont moins vives, sa durée plus courte. La terminaison ordinaire est la guérison. Elle est cependant susceptible de se compliquer. La congestion pulmonaire, la transformation purulente de l'épanchement, la mort subite ont été observées.

Les lésions traumatiques de la veine cave inférieure sont rares. M. Rolle les divise en deux catégories : 1° celles qui entraînent la solution de continuité des parois (piqûres, coupures, déchirures et ruptures); 2° celles qui déterminent l'oblitération du vaisseau par la formation d'un caillot.

Dans les faits de la première catégorie, la mort est très rapide, par hémorrhagie interne, à moins qu'il ne s'agisse de plaie chirurgicale faite au cours de l'extirpation de tumeur, 'hémorrhagie pouvant être arrêtée.

Les cas d'oblitération fournissent des symptômes variables suivant que l'obstacle occupe le tiers inférieur, le tiers moyen ou le tiers supérieur du vaisseau.

On n'a jamais vu de thrombose de la veine cave inférieure guérir; mais quelques malades ont pu vivre pendant longtemps avec leur infirmité.

Le traitement idéal des plaies de ce vaisseau consiste dans la suture, lorsqu'elle est réalisable (plaie latérale).

Ce traitement ne paraît pouvoir répondre qu'aux plaies chirurgicales; les plaies accidentelles entraînant par hémorrhagie une mort généralement trop rapide pour qu'on ait le temps d'intervenir.

M. De Frumerie préconise le massage isolé et direct du foie.

Ce massage direct se pratique par un certain nombre de manipulations empruntées au massage vulgaire.

Le massage du foie peut être fait dans un double but :

1° Pour favoriser la circulation extra-hépatique et diminuer, par conséquent, la gêne portale;

2° Pour exciter le fonctionnement de la cellule hépatique lorsqu'il y a insuffisance hépatique aiguë ou chronique.

Le massage du foie peut donc trouver son indication dans certains états morbides s'il est rationnel d'invoquer un trouble fonctionnel du foie, et il est certains cas de diabète par anhépatie chronique dans lesquels, sous l'influence du massage isolé du foie, associé ou non au massage général, on peut voir le sucre disparaître en même temps que s'améliorent les symptômes consécutifs. Quant aux cas de diabète où l'hyperfonctionnement semble plutôt en cause (diabète par hyperhépatie), le massage isolé du foie, au moins sous la même forme que précédemment, semble moins applicable.

La goutte, pour laquelle certains auteurs incriminent une insuffisance fonctionnelle du foie, pourrait sans doute être aussi justiciable dans quelques cas du massage isolé du foie.

Indiqué pour activer la rétrocession de certaines congestions passives du foie (foie cardiaque), à condition qu'il soit manié avec prudence; indiqué aussi dans certains cas de congestion hépatique d'origine palustre, le massage isolé du foie peut l'être dans certains cas de cirrhoses veineuses, de cirrhoses biliaires et même de cirrhoses pigmentaires. Non qu'on obtienne sous sa seule influence une rétrocession marquée de tous les symptômes, mais on peut au moins voir survenir une diminution très nette du volume du foie.

Certains cas d'ictère catarrhal, si la cellule hépatique tarde à reprendre ses fonctions, semblent également justiciables de ce traitement.

La lithiase biliaire, une fois la crise aiguë de colique hépatique passée, certaines formes d'ictère acholurique simple semblent pouvoir être améliorées par le massage du foie, joint, il est vrai, au régime.

Le massage du foie est naturellement contre-indiqué dans tous les états du foie non susceptibles d'amélioration, comme les cancers du foie, comme certains cas de cirrhose graisseuse et de dégénérescence amyloïde. De même les kystes hydatiques du foie, les abcès du foie peuvent être aggravés par un massage intempestif, et en revanche on ne saurait en retirer un résultat favorable.

D'après M. Lalande, à côté des tumeurs osseuses nées de l'os et méritant le nom d'ostéomes, il existe d'autres tumeurs du sinus maxillaires produites par la calcification du fibrome.

L'ensemble de ces tumeurs ne doit plus être décrit sous le nom d'ostéomes de l'orbite, car ce serait baser la classification des tumeurs sur des signes absolument secondaires.

Cette dénomination a conduit bien des chirurgiens à des conclusions opératoires fausses : le danger est bien à l'œil, mais il est surtout au cerveau.

Le chirurgien moderne, muni de l'antisepsie et de procédés opératoires précis, doit opérer tous les ostéomes quel que soit leur développement.

Les nodules vocaux sont des tumeurs spéciales survenant principalement chez des professionnels de la voix, chez ceux qui surmènent leur larynx ou plutôt le malmènent.

D'après M. Hautière, ce sont des tumeurs à siège toujours

identique : bord libre de la corde vocale inférieure, à l'union un tiers antérieur et des deux tiers postérieurs.

Ils occasionnent des troubles vocaux graves.

Aussi conviendra-t-il de les prévenir par une hygiène rigoureuse et par une bonne éducation de la voix.

Une fois constitués, ils sont justiciables uniquement du traitement chirurgical. Le repos, les topiques ne serviront que d'adjuvants.

L'extirpation est le traitement rationnel du nodule constitué; et la pince sera préférée au galvano-cautère.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de cysticercose cérébrale multiple, par A. Rizzo (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 14 juillet 1901, p. 873). Trouvaille d'autopsie. Il y avait des cysticerques calcifiés dans presque tous les muscles; il y en avait dans les reins, mais pas dans le cœur, le foie ni les poumons. — *Cerveau :* dans l'hémisphère droit, on trouve un premier cysticerque dans la première frontale, au bord supérieur de l'hémisphère, un autre dans la deuxième frontale, un troisième dans la frontale ascendante, à 15 millimètres du bord supérieur de l'hémisphère; il y a un cysticerque dans la partie antérieure de la scissure interpariétale, un autre dans la première occipitale, un dernier dans la partie moyenne de la circonvolution de l'hippocampe. L'hémisphère gauche en contient sept distribués comme suit : un dans le pied de la troisième frontale, un dans la circonvolution olfactive interne, un dans la portion antérieure de la circonvolution orbitaire externe; dans la capsule interne il y en avait deux, dont l'un intéressait aussi la portion antérieure du noyau lenticulaire; un cysticerque dans la substance blanche sous-jacente à l'insula, un dans la substance blanche du lobe occipital.

Tous ces cysticerques avaient une dimension variant de celle d'un pois à celle d'un gros noyau de cerise et contenaient un liquide un peu trouble avec des crochets. Il est remarquable que, malgré la grosseur des kystes et malgré les fonctions importantes des régions du cerveau sur lesquelles ils étaient implantés, ils n'aient donné lieu, chez un homme de 45 ans et qui mourut de broncho-pneumonie, à aucun symptôme capable d'attirer l'attention sur la possibilité de lésions encéphaliques.

CHIRURGIE

Gangrène des membres par occlusion des vaisseaux (Zur Pathologie und Therapie der durch Gefässverschluss bedingten Formen der Extremitätengangrän), par Dunge (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIII, p. 46). — Les recherches que l'auteur communique dans son travail ont été faites dans le but de voir si dans les formes de gangrène qu'on observe chez les jeunes gens ou les individus âgés sans qu'il existe des modifications athéromateuses des vaisseaux, la lésion est produite par une forme particulière d'endophlébite ou d'endartérite (Winiwarter), ou bien par une thrombose due à une artério-sclérose des parois vasculaires.

Pour élucider ce point, l'auteur a donc examiné histologiquement 15 cas de gangrène (5 cas de gangrène sénile, 5 cas de gangrène diabétique, 5 cas de gangrène spontanée) et dans tous ces cas il a trouvé que la lésion initiale était une artériosclérose des parois vasculaires.

L'occlusion du vaisseau se réalise par le concours de deux facteurs. Il y a tout d'abord un épaississement sclérotique de la tunique interne, épaississement diffus ou circonscrit, qui aboutit au rétrécissement de la lumière du vaisseau. En second lieu, derrière le point rétréci, un thrombus se forme grâce aux troubles inévitables de la circulation.

Recherches anatomiques sur les lymphatiques du sein (Anatomische Untersuchungen über die Lymphwege der Brust mit Bezug auf die Ausbreitung der Mammacarcinoms), par Œlsner (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIV, p. 134). — En s'appuyant sur ses recherches anatomiques, l'auteur arrive à conclure que dans l'extirpation du cancer du sein, il faut toujours enlever la portion sternale du grand et du petit pectoral, afin de pouvoir sûrement extirper la totalité des ganglions axillaires, sous-pectoraux et sous-claviculaires. De plus, si le processus est tant soit peu avancé, il ne faut pas hésiter à pratiquer la résection temporaire de la clavicule dans le but d'extirper les ganglions sus-claviculaires qui, souvent, sont déjà infectés.

Opération radicale des fistules stercorales et de l'anus contre nature (Kasuistischer Beiträge zur Radicaloperation der Kothfistel und des Anus præternaturalis), par P. Clairmont (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol, LXIII, p. 670. — Ce travail s'appuie sur l'étude de 29 cas de fistules stercorales traités 9 fois par l'incision faite dans le voisinage de la fistule, 20 fois par la laparotomie avec incision faite loin de la fistule. Ces incisions ont servi à faire 18 fois la résection de la paroi de l'intestin, 4 fois l'excision cunéiforme, 13 fois la résection de l'intestin. Comme résultat on a obtenu 23 guérisons, 2 échecs, 4 morts.

D'après l'auteur, le procédé idéal est la laparotomie avec résection et suture de l'intestin. La pince de Dupuytren ne trouve sa place que lorsque la fistule occupe le gros intestin dont la suture n'est pas sûre.

Pour ce qui est des indications de l'anus contre nature en cas de hernies gangrénées, l'auteur estime que l'anus artificiel est indiqué chaque fois que le mésentère et les anses intestinales paraissent suspects ou bien encore quand on opère sous l'anesthésie locale. La résection primitive doit être limitée aux cas où les anses ont un bon aspect, où l'état général est satisfaisant et où l'on opère sans le chloroforme.

De la suture de la vessie après la taille hypogastrique (Die Blasennaht beim hohen Steinschnitte auf Grund bacteriologischer Untersuchungen des Harnes), par Kukula (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIV, p. 1). — En commentant ses recherches cliniques et bactériologiques sur la suture de la vessie, l'auteur arrive à conclure que, dans les cas où l'urine est stérile, la suture de la vessie à deux étages constitue la méthode la plus rationnelle. Chez les enfants, chez lesquels on peut craindre l'infection des sutures par des germes extérieurs, il est en outre indiqué de faire la suture complète de la paroi abdominale. Cette suture de la paroi abdominale peut se faire encore chez les adultes dont les voies urinaires sont normales et qui ne présentent pas de développement abondant de tissu adipeux dans la cavité de Retzius. Toujours et dans tous les cas, il faut éviter la sonde à demeure, à laquelle, quand l'indication existe, il faut préférer le cathétérisme.

Dans les cas où l'urine renferme des bactéries tout dépend de la nature de celles-ci. S'il s'agit d'une mono-infection à bactéries avirulentes ou plus pathogènes, on peut tenter la suture ; si les bactéries sont très pathogènes, il faut renoncer à la suture Il faut également renoncer à la suture quand il s'agit de cystite avec infection mixte de la vessie.

Chirurgie des poumons (Beiträge zur Lungen-Chirurgie), par Borchert (*Arch. f. klin. Chir.*, 1001, vol. LXIII, p. 400). — De 1890 à 1900, M. Körte a eu l'occasion d'intervenir 29 fois pour des affections pulmonaires. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les abcès du poumon : sur 12 cas dont 9 avec empyème, on a eu 11 guérisons. Les résultats ont été encore satisfaisants dans la gangrène du poumon (2 guérisons sur 3 cas), tandis qu'ils ont été médiocres dans la bronchectasie avec formation de cavernes (4 morts sur 5 cas). Par principe; M. Körte n'opérait pas les tuberculeux.

En étudiant ces faits observés à la clinique de M. Körte, l'auteur arrive à conclure que l'ouverture chirurgicale des cavernes non tuberculeuses est une opération parfaitement justifiée dans lesquels le traitement médical a échoué.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des colites aiguës muqueuses et dysentériformes chez l'enfant par le sulfate de soude,

D'après M. E.-C. Aviragnet (1).

Les colites aiguës constituent un type clinique qu'il convient de séparer des gastro-entérites; elles offrent, en effet, une symptomatologie qui se différencie nettement de celle des gastro-entérites.

Les colites aiguës sont ou primitives ou secondaires ; dans ce dernier cas, elles succèdent à une gastro-entérite aiguë ou se montrent au cours d'une maladie infectieuse, d'une fièvre typhoïde, par exemple.

La pathogénie des colites est la même que celle des gastro-entérites, c'est-à-dire qu'elles sont sous la dépendance d'agents infectieux, ceux-ci provenant soit de l'extérieur (infection ectogène), ou bien du tube digestif lui-même (infection endogène, facilitée par un mauvais état général ou une altération du tube digestif : dyspepsie chronique, indigestion par des fruits verts, etc.).

Dans la symptomatologie des colites, il convient de considérer des phénomènes généraux (fièvre plus ou moins vive selon les cas; troubles nerveux divers; éruptions variées, etc.) et des phénomènes locaux (douleurs spontanées ou provoquées le long du gros intestin avec maximum au niveau du colon iliaque; ténesme rectal; selles fréquentes, pénibles, muqueuses, glaireuses, sanglantes). Suivant le caractère des selles, il est possible de diviser les colites aiguës en deux variétés :

1° Les colites muqueuses, glaireuses ou muco-glaireuses;

2° Les coliques dysentériformes.

Il existe des formes légères, des formes de moyenne intensité et des formes graves avec fièvre vive ou, au contraire, avec tendance à l'algidité.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail de la symptomatologie, nous ferons remarquer seulement que les symptômes de la variété dysentériforme de la colite sont les mêmes que ceux de la dysentérie vraie : mêmes phénomènes locaux; douleur du gros intestin, ténesme rectal, selles muqueuses et sanglantes rappelant les frais de grenouilles ou la raclure de boyaux.

La dysentérie produit, au niveau du colon, des altérations peut-être plus intenses, plus nécrotiques et, de ce fait, plus durables que celles de la colite vulgaire, mais ce sont des lésions du même ordre. Il est vraisemblable cependant, on peut même dire il est certain que, si l'effet est le même dans les deux cas, la cause n'est pas la même : la colite dysentériforme diffère, au point de vue de la pathogénie, de la dysentérie vraie.

La similitude des symptômes nous permet de comprendre comment les méthodes de traitement employées avec succès dans la dysentérie réussissent dans les colites dysentériformes; le traitement de la dysentérie n'a rien de spécifique, en effet, il est dirigé contre l'inflammation du gros intestin, contre la colite, en un mot contre l'effet et non contre la cause (inconnue jusqu'ici) de la dysentérie.

C'est le traitement de la dysentérie que nous avons à traiter : colites dysentériformes ou simplement muqueuses. Nous en avons retiré le plus grand bénéfice.

Voici comment nous le comprenons :

1° Repos au lit ; diète à l'eau et au lait.

2° Calmer les douleurs abdominales par des applications de cataplasmes ou de compresses humides et chaudes.

3° S'abstenir de pratiquer les grands lavages de l'intestin qui, en produisant la distension de l'organe malade, provoquent des douleurs vives, parfois intolérables, et risquent d'augmenter le processus inflammatoire.

4° Diminuer la fréquence parfois excessive des selles et le ténesme rectal. Les petits lavements laudanisés répondent à cette indication et doivent être préférés aux suppositoires calmants.

5° Combattre l'inflammation de la muqueuse du gros intestin. Plusieurs procédés ont été conseillés :

A. — *Introduction dans le gros intestin de substances modificatrices,* sous forme de lavements à base d'ipéca, de bi-borax, d'hyposulfite de soude, etc., ou à base d'iodoforme, de résorcine, d'extrait d'hammamélis.

Ces moyens doivent être rejetés dans les formes aiguës; 1° parce que ces lavements et suppositoires, efficaces peut-être dans les cas bénins, sont manifestement insuffisants dans les cas graves; 2° parce qu'il y a le plus grand intérêt d'ailleurs à ne pas mobiliser le gros intestin enflammé et très douloureux.

B. — *Administration de l'ipéca par la bouche, soit à dose massive, soit à doses fractionnées.* — Avec l'ipéca, on obtient de bons résultats dans la dysentérie, quand on l'administre dès les premiers jours, et à condition d'en donner de fortes doses.

Les enfants, surtout les plus jeunes, supportent mal l'ipéca à dose élevée, et nous ne croyons pas que ce soit un remède à conseiller dans les colites aiguës. On ne doit le prescrire que lorsqu'il y a un état saburral très prononcé des premières voies digestives, c'est-à-dire contre l'embarras gastrique qui accompagne la colite plutôt que contre la colite elle-même.

C. — *Purgatifs.* — Ce sont les véritables agents curatifs de la dysentérie; ce sont également ceux qui donnent les meilleurs résultats dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. Ces médicaments modifient avantageusement les sécrétions de l'intestin et diminuent l'inflammation de la muqueuse.

Le calomel, qui est le médicament par excellence des infections gastro-intestinales, est utile dans les colites légères, mais ne rend peut-être pas les mêmes services dans les colites graves. Certes, quand on l'administre, les selles se modifient avantageusement, mais cette action est passagère et l'on peut, à juste titre, craindre en renouvelant chaque jour la dose, qui doit être assez forte pour être active, d'amener de l'irritation de la muqueuse intestinale.

Nous préférons avoir recours aux sulfates de soude ou de magnésie. C'est le sulfate de soude que nous avons employé et les résultats obtenus ont été absolument remarquables.

Le sulfate de soude agit d'une façon merveilleuse et constante sur les sécrétions du gros intestin; à dose forte il les exagère, comme tous les purgatifs; mais à dose faible il les diminue et fait disparaître l'hypersécrétion glaireuse et sanguinolente. (Les propriétés hémostatiques du sulfate de soude ont été bien mises en évidence par les expériences de M. Reverdin, de Genève.)

Les doses que nous conseillons sont les suivantes : 10 à 15 grammes le premier jour (dose légèrement purgative, utile quand l'état suburral des voies digestives est très prononcé); petites doses les jours suivants : 5 grammes, par exemple, chez un enfant de 12 à 14 ans; 2 grammes chez un enfant de 2 ans. Ces doses n'ont rien d'absolument fixe. La médication doit être continuée plus ou moins longtemps, pendant 8 jours en moyenne.

Le sulfate de soude s'administre dissous dans un verre d'eau sucrée; la dose est prise dans le courant de la matinée en trois ou quatre fois.

Sous l'influence de ce médicament on constate la disparition rapide du ténesme rectal; la diminution de la fréquence des selles, sauf le premier jour si on a donné une dose forte; la disparition rapide du sang; la diminution graduelle des glaires et bientôt l'apparition de selles bilieuses diarrhéiques; enfin des selles moulées et de la constipation en certains cas.

En même temps, les douleurs spontanées ou provoquées, observées au niveau du gros intestin, disparaissent et l'état général s'améliore rapidement.

Dans certains cas, il convient de compléter le traitement par l'administration de bains. Le bain frais a son indication dans quelques formes hyperthermiques; le bain tiède est donné avec avantage chez la plupart des malades; le bain chaud est indispensable dans les cas où les symptômes cholériformes apparaissent. Enfin, on se trouvera bien des injections de sérum artificiel chez les malades déprimés.

Nous avons appliqué ce traitement avec un succès constant chez des enfants d'âge différent, observés à l'hôpital des Enfants-

1. *Echo méd. de Lyon,* 15 mai 1901.

Malades dans le service de M. Moizard, que nous avions l'honneur de remplacer pendant les vacances, et chez plusieurs malades de notre clientèle. Nous rapporterons seulement ici l'observation du dernier malade que nous avons traité : elle est des plus caractéristiques. Il s'agissait d'un enfant de 18 mois atteint d'une gastro-entérite des plus graves, compliquée au bout de 4 jours de colite aiguë dysentériforme. L'enfant était malade depuis 25 jours quand nous le vîmes pour la première fois ; la colite avait résisté à tous les traitements conseillés par le très distingué médecin qui soignait le petit malade. Les selles étaient fréquentes, très douloureuses, glaireuses et sanglantes, les selles typiques de la colite dysentériforme, en un mot. L'enfant prit, le premier jour, 5 grammes de sulfate de soude et 2 gr. 50 les jours suivants.

Du jour au lendemain, pour ainsi dire, il s'opéra un changement radical dans l'état du petit malade : le ténesme, qui était véritablement pénible, disparut ; le sang apparut encore dans les glaires pendant un jour et ne se montra plus dans la suite ; les selles, qui étaient très fréquentes, diminuèrent très rapidement ; le troisième jour l'enfant était constipé et l'on dut recourir à de petits lavements d'huile d'olive. L'amélioration persista les jours suivants, la guérison s'est maintenue depuis.

Le sulfate de soude, donné à dose faible, constitue donc un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. C'est un mode de traitement qui n'est pas nouveau, mais il n'est généralement pas mis en usage. Nous pensons avoir rendu service en attirant l'attention sur lui.

Traitement de l'hépatisme paludéen (1).

D'après M. le Dr Lemanski.

Dans le syndrome clinique complexe qui forme l'hépatisme paludéen, M. Lemanski (de Tunis) conseille le traitement suivant :

En premier lieu, il faut absolument imposer aux malades la suppression complète et radicale de l'alcool sous toutes ses formes.

Cette condition de traitement est primordiale, car la plupart des paludéens sont des éthyliques atteints de cet alcoolisme insidieux, si bien décrit récemment par M. Glenard.

Les alcalins, le quinquina et l'arsenic sont les principaux éléments de l'intervention thérapeutique.

Cacodylate de soude.	0 gr. 01
Poudre de quinquina	50 centigrammes.
Bicarbonate de soude.	50 —

Pour un cachet, trois par jour.

On se trouve encore bien de la méthode des purgatifs fréquents d'après la formule suivante :

Calomel	0 gr. 80
Cascara.	0 — 60
Rhubarbe.	0 — 60
Belladone.	0 — 50

Pour trois cachets à prendre le matin à jeun, de quart d'heure en quart d'heure, tous les huit jours.

L'hydrothérapie sera indiquée dans tous les cas, mais devra faire l'objet, de la part du médecin, d'un soin spécial.

Il faut prescrire, chez les sujets nerveux ou impressionnables, la douche chaude en pluie, courte, progressivement refroidie, chaque jour.

Si le foie n'est pas trop douloureux, douche locale hépatique avec appareil spécial ; jet froid sur les jambes, mais jamais sur l'abdomen. Deux douches par jour sont nécessaires. La douche hépatique doit être froide, excessivement courte, ou encore alternativement chaude et froide. Il est très important que la percussion sur cet organe ne soit pas trop violente. Elle sera suivie de la douche générale.

Un très bon adjuvant à ce traitement général sera l'opothérapie hépatique qui se prescrit de la façon suivante :

Chaque jour le malade prendra à un de ses repas 30 à 100 grammes de foie de veau cuit.

1. *Bull. de l'hôp. fr. de Tunis.*

FEUILLETON

Pratiques et croyances médicales des Malgaches,

D'après M. Gershon Ramisiray (1).

Maladies générales.

La lèpre (*boka*). — La lèpre, assez fréquente à Madagascar, présente trois périodes dans son développement. La première période est caractérisée par l'apparition de taches qui deviennent des tubercules dans la deuxième. La troisième période amène l'ulcération et parfois la chute des membres.

Ces trois phases de la maladie peuvent exister simultanément sur différents points du corps.

Etiologie. — On croit généralement qu'une alimentation exclusive de poissons prédispose à cette maladie. En effet, près de Tananarive, se trouve un village dont les habitants ne mangent que du poisson de rivière ; leur peau devenue plus blanche fait dire aux Malgaches qu'ils sont plus sujets que d'autres à la lèpre.

Il est difficile de préciser à quelle époque remonte l'invasion de la lèpre à Madagascar ; son origine est aussi problématique que l'origine même des différents peuples de l'île, et il est probable que ce sont les diverses races noires qui l'envahirent et qui amenèrent avec elles le fléau.

Elle peut se communiquer par contagion, et de nombreux exemples en font foi, mais les Malgaches la croient surtout héréditaire.

Tout d'abord la peau devient boursouflée et l'on éprouve une certaine démangeaison. C'est alors que les taches de couleur rougeâtre contrastent fortement avec la couleur noire de la peau saine ; ces taches augmentent peu à peu et il n'y a plus de doute, c'est la lèpre qui poursuit son œuvre.

Les pieds et les mains présentent des lésions précoces, les ongles se déforment et les doigts se recourbent en forme de griffes, sans qu'il soit possible de les redresser. Au pied, les doigts conservent leur forme habituelle, la forme en griffe est très rare.

Plus tard il survient des ulcérations au niveau des phalanges des doigts ou des orteils ; ces ulcérations creusent les chairs, arrivent jusqu'aux articulations qu'elles détruisent et les phalanges se détachent. Ces ulcérations se remarquent sur tout le corps, mais plutôt vers les extrémités ; aussi il n'est pas rare de rencontrer des lépreux privés des mains, des pieds, des bras ou des jambes, de voir même des êtres humains manchots et cul-de-jatte tout à la fois. Ces mutilations les rendent très maladroits et comme ils n'ont personne pour les servir, il leur arrive d'ajouter à leurs souffrances d'autres souffrances occasionnées par les brûlures qu'ils se font en préparant leurs aliments.

Symptômes. — Tout en affectant la peau, les cheveux, les membres, on a remarqué aussi que la lèpre provoque des troubles dans les fonctions essentielles de la vie, troubles du système respiratoire, troubles dans les organes et troubles dans le système nerveux.

Prophylaxie. — La prophylaxie de la lèpre était ainsi déterminée par la loi malgache : « Les lépreux doivent être placés dans des endroits qui leur sont réservés. Si les personnes connaissent des lépreux vivant dans leur voisinage, elles doivent en informer le gouvernement,

1. Voir *Gazette*, n° du 29 août 1901.

sous peine de se voir condamner à une amende d'un Bœuf et de 5 francs. A défaut de paiement le délinquant devra être emprisonné jusqu'à ce qu'il ait payé l'amende, chaque jour de prison équivalant à 60 centimes.

Hygiène. — Manger le plus possible et ce qui vous plaît. Malheureusement les lépreux appartiennent à la classe misérable et il ne leur est pas souvent facile de suivre cette ordonnance, car les offrandes sont rares et le lépreux ne peut pas travailler pour satisfaire ses besoins.

Traitement. — Au début et dès que les plaques rougeâtres commencent à paraître, on applique sur la peau des plantes pouvant produire l'effet d'un vésicatoire.

On racle la peau avec un couteau ou un morceau de cruche en terre, mais quand les membres tombent, on abandonne tout traitement et le malade est livré à son sort. La plante la plus généralement employée comme vésicatoire est le *Fanoroboka*. C'est une herbe droite dont le suc a, dit-on, la propriété de cautériser; aussi chez les Malgaches et principalement chez les Betsiléo, ce remède est-il donné aux individus ayant le symptôme de la lèpre (peau rougeâtre), et appliqué sur toutes les parties du corps atteintes. L'épiderme s'exfolie ensuite.

La loi malgache citée plus haut, n'est plus guère en usage, car nous l'avons dit, on croit plutôt à l'hérédité qu'à la contagion.

Les lépreux sont tolérés sur les voies publiques, mais en dehors des villes où ils ne doivent plus pénétrer. Isolés complètement, dénués de tout, les malades sont encore très malheureux et cherchent à émouvoir les passants pour obtenir quelqus soulagement à leur infortune. Echelonnés sur le bord des routes, seuls, par petits groupes ou par famille, ils cachent sous leur *lamba* les ravages du terrible mal, et font entendre leur chant triste et lugubre. Que Dieu vous bénisse et que votre bonté devienne l'escalier qui vous conduira au ciel.

La langue malgache est remplie de proverbes dépeignant bien la misérable vie des lépreux : La jeune fille n'aime pas le garçon lépreux. Le garçon n'aime pas la fille lépreuse. Personne ne plaint le lépreux qui vient à mourir. Personne ne réclame le lépreux disparu. Le lépreux riche doit donner les restes de sa table à son chien. Si le lépreux devient riche, il sera toujours triste. Le lépreux, même riche, ne connaît pas le plaisir de manger certaines viandes, car privé de ses mains, il ne peut pas se nettoyer les dents.

La Rougeole (*kitrotro*). — La rougeole fait partie des maladies dangereuses et épidémiques connues des Malgaches. Malheureusement ceux-ci en confondent les symptômes avec ceux de la variole et les traitent de la même manière et en les envoyant dans les endroits affectés aux varioleux.

Etiologie. — Le Malgache sait parfaitement que cette maladie ne récidive jamais, et qu'elle peut se communiquer par la contagion. Le Malgache sait encore que cette maladie s'attaque plutôt à l'enfant de 2 à 8 ans, aussi, quand un adulte en est atteint, il ne le soigne pas du tout et laisse la maladie accomplir son œuvre et étendre sa contagion.

Symptômes. — Pendant la période d'invasion, si l'enfant a la fièvre et l'inflammation des muqueuses oculaires et nasales, on croit que ce n'est qu'un rhume qu'on traite comme tel.

Pendant la période d'éruption, le Malgache est fixé et sait qu'il se trouve en présence de la rougeole.

Le Malgache distingue deux formes de rougeole, la forme maligne et la forme bénigne. Celle qu'il appelle maligne est celle dont l'éruption disparaît aussitôt : c'est que la rougeole est entrée dans le corps et s'est mêlée au sang.

Prophylaxie. — Pendant la période d'incubation et d'invasion, les parents gardent tous leurs enfants à la maison, mais dès que l'éruption apparaît, ils renvoient ceux qui ne sont pas malades. Les adultes ne quittent pas la maison, car ils n'ont pas peur de cette maladie; ils vont partout, sauf chez les amis qui ont des enfants.

Hygiène. — Il ne faut jamais baigner les enfants, ni leur faire boire de l'eau froide; ne pas les exposer aux courants d'air; tenir la chambre chaude et allumer de grands feux de cheminée.

Alimentation. — Manger des choses liquides, lait chaud, bouillon également chaud.

Traitement. — Avant la période d'éruption, le Malgache laisse l'enfant en liberté, mais dès qu'elle apparaît, il faut entretenir une chaleur constante, faire prendre des fumigations et se servir de plantes médicinales.

Les fumigations pour enfants diffèrent sensiblement de celles employées pour les adultes. On fait bouillir, dans de l'eau, un canard et un poulet et certaines plantes possédant une odeur très forte. La vapeur est conduite par une natte roulée et recourbée sur l'enfant que l'on recouvre d'une étoffe. L'odeur du canard ou du poulet hâtera l'éruption, les plantes médicinales la guériront, la chair de la volaille sera pour... le médecin.

On maintient le lit de l'enfant à une température assez élevée. Pendant la période de desquamation, on enduit le corps de graisse et le lendemain on fait prendre un bain au malade. Deux jours après, l'enfant peut sortir et se promener.

La Varicelle (*nendram-boalavo*). — Le nom malgache veut dire variole du rat. On nomme ainsi cette maladie à cause de sa légèreté et de sa bénignité. On dit que la varicelle n'est jamais contagieuse ; aussi quand les symptômes de la rougeole commencent à apparaître chez un enfant, on garde les autres pour expérimenter et si la contagion ne se produit pas, ce n'est pas la rougeole, on a affaire à un cas de varicelle que l'on traitera pourtant comme la rougeole avec des fumigations et de la chaleur tout en laissant plus de liberté à l'enfant. On ne soigne pas les adultes.

Les Malgaches ne distinguent pas la scarlatine, ils la confondent toujours avec la rougeole et la varicelle et même la variole.

La Syphilis (*tety*). — Parmi les maladies qui sont communes à Madagascar, la syphilis est peut-être une des plus connues quoiqu'elle fût assez rare autrefois. Depuis quelques années cette maladie semble avoir étendu son action, et avoir répandu une plus grande terreur. On rencontre cette maladie plutôt chez les esclaves ou les domestiques que chez les maîtres; chez les personnes malpropres que chez celles qui suivent les règles de l'hygiène.

Etiologie. — On sait parfaitement que cette maladie peut se contracter par les rapports avec un syphilitique, aussi, on évitera de se commettre avec une personne qui passe pour telle et même qui aura la réputation de trop fréquenter le sexe opposé. On dit aussi que la maladie peut être communiquée par les domestiques qui se gardent bien de dire leur état et qui servent continuellement leurs maîtres, sans prendre aucune précaution antiseptique.

Quand la syphilis atteint les organes génitaux et que le chancre ronge la verge, le Malgache ne dit plus que c'est la syphilis qui produit ses ravages, mais que le mal

est occasionné par les *ody*, les *mosavy* et les gens, hommes ou femmes, qui vous en veulent.

Symptômes. — Les signes connus par les Malgaches sont la chute des cils et la voix rauque. Si ces deux symptômes ne se présentent pas, on traite les malades comme des ulcéreux. La figure marbrée et brillante est aussi un signe pour les Malgaches.

Prophylaxie. — Chez les *Betsileo*, on considère ce mal comme très grave. On ne garde jamais les syphilitiques dans la famille, on gardera plutôt un varioleux. Les domestiques syphilitiques sont renvoyés, chez les *Hova;* aussi quand un domestique veut obtenir quelques jours de congé, il dit qu'il est syphilitique et revient quelque temps après en se disant guéri.

Dans une famille, quand un des membres est atteint de la maladie, tous les autres prennent la membrane interne d'un gésier de poulet, le font brûler, le pulvérisent et l'avalent.

Traitement. — Au commencement, au lieu de laver le syphilitique, on l'entretient dans un état de saleté caractéristique ; plus tard on le lavera avec du savon noir tous les matins. On applique alors quelques médicaments externes : le *Tanink'andro*. On cueille les feuilles de cette plante avant le lever du soleil, quand elles sont couvertes de rosée ; on les pile, puis on en extrait le suc que l'on expose au soleil pendant plusieurs heures. Le résidu, devenu épais, est appliqué sur les parties atteintes que l'on a soigneusement lavées, et il se produit alors une souffrance atroce qui empêche de rester en place.

On emploie aussi le *Hanidraisoa*, le *Bonara*, le *Dingadingana*, arbustes dont les feuilles sont écrasées et appliquées.

Quand la maladie s'aggrave on emploie le *Rambiazina*, dont on prend les feuilles que l'on fait brûler pour appliquer les cendres sur la partie malade ; et le *Mandravasarotra* (étym. *mandrava*, qui détruit ; *sarotra*, difficulté), arbre auquel les Malgaches attribuent le pouvoir de préserver des calamités et des maléfices.

Les Oreillons (*donika*). — On sait que cette maladie est contagieuse et, dès qu'un cas se produit dans une famille, on s'attend à ce que plusieurs personnes en soient atteintes. Le Malgache dit que la personne atteinte de cette maladie à des joues de mouton ; aussi pour ne pas être la risée de tout le monde on reste à la maison, les jeunes filles surtout.

Traitement. — Cette maladie n'est pas très redoutée à Madagascar ; elle se guérit d'elle-même, sans qu'on fasse grand'chose ; on se contente de mettre une espèce de terre blanche, qui sert aussi à blanchir les maisons, et on entoure le tout d'un trait au charbon de bois.

La Rage (*romotra*). — Il y a beaucoup de chiens enragés à Madagascar. Les chiens sont nombreux et ils vivent en liberté. Dès qu'une personne a été mordue par un chien, on se met à la poursuite de l'animal jusqu'à ce qu'on s'en soit emparé, on le tue, on lui arrache les dents que l'on brûle et on met les cendres sur la blessure. Si on ne parvient pas à s'emparer du chien, on prend un couteau et l'on coupe le morceau entamé par les dents de l'animal. Ou bien s'il y a du feu, on prend un morceau de bois enflammé et l'on brûle les chairs.

Il y a aussi beaucoup de chats enragés dans l'île et ils causent encore plus de terreur que les chiens.

Dès qu'on aperçoit un chien enragé, on se garde bien de fuir ; on reste droit dans la rue ou dans la campagne, sans s'inquiéter si l'animal se dirige dans votre direction. Celui-ci va droit devant lui comme s'il ne voyait rien. S'il butte contre un obstacle, il mord. Il passe ainsi à quelques centimètres de vos genoux sans vous toucher pour aller mordre un arbre, une pierre ou un autre chien se trouvant sur son chemin. Il y a en effet du bon sens dans tout cela ; le chien se mettra à la poursuite d'une personne qui fuit.

Quand un homme est atteint de la rage, on lui attache solidement les bras et les jambes et on le laisse mourir dans de terribles souffrances.

La Blennorrhagie (*angatra*). — Cette maladie, si commune dans les pays civilisés, est aussi connue à Madagascar.

Traitement. — Dès que l'écoulement se produit, il faut que le malade marche, travaille, se fatigue afin de le faire avorter. Pour calmer la trop grande souffrance, on verse de l'eau chaude dans l'endroit où l'on écrase le riz, on y met de l'étoffe brûlée et on entretient une forte chaleur en y jetant des pierres chauffées au feu : le malade s'asseoit sur cette espèce de table et baigne la partie malade. Il mange des cervelles de bœuf et des tripes, et en boit le bouillon pour faire uriner. Il ne faut pas manger des choses sucrées.

On se sert aussi de certaines plantes comme médicaments.

Goutte et Rhumatisme (*Gaotra* et *Rohana*). — Le Malgache ne distingue pas ces deux affections et les soigne de la même manière. Elles sont très répandues dans l'île.

Chaque fois qu'on souffre au poignet, à l'articulation du pied on dit : c'est la goutte, ce sont les rhumatismes. L'on dit aussi que ces deux maladies, sont les « maladies des riches » ; ceux qui veulent paraître riches marchent comme les goutteux. Pour éviter ces maladies on recommande de ne pas manger trop de viande ni une nourriture trop recherchée.

Traitement. — S'il y a gonflement aux jointures, on prend un morceau de verre et on coupe pour faire saigner. On fait aussi un cataplasme de bouse de vache enveloppée dans une feuille de bananier et chauffée dans les cendres et on l'applique sur la partie douloureuse. On prend de même une plante que l'on appelle *Sodifafana*, on la pile et on l'applique comme cataplasme après l'avoir fait chauffer.

Maladies des organes.

Les Malgaches traitent les maladies d'après les symptômes et ils les nomment suivant l'endroit où la douleur est localisée. C'est ainsi que toutes les douleurs que l'on éprouve dans la tête sont appelées maux de tête ; les douleurs de la poitrine ; sont désignées sous le nom de maladies de poitrine ; ainsi pour la gorge, le ventre et les autres parties du corps. Ils ne font aucune différence que celle de la douleur entre une bronchite, une pneumonie ou une pleurésie ; pour eux c'est la même maladie à un degré plus ou moins grave, et ils attribuent toujours les cas sérieux à l'influence des sorciers, des *mpanao ody* et des *razana*.

Maux de Tête (*Aretin'andoha*). — Toutes les maladies qui se localisent dans la tête sont produites, d'après les Malgaches, par différentes causes et principalement par le sang qui afflue en trop grande quantité à la tête ; il faut donc le faire sortir ; c'est dans ce but que l'on frappe le derrière de la tête jusqu'à ce qu'il se produise un saignement de nez. Par conséquent, l'épistaxis n'est jamais arrêtée, et on la considère toujours comme favorable, à moins que le sang ne s'écoule en trop grande abondance.

Ces malaises sont aussi produits par les fortes chaleurs,

On applique alors des feuilles vertes très larges, capables d'envelopper entièrement la tête. Quand la douleur est intolérable, on serre fortement la tête avec une bande d'étoffe. On met aussi sur la tête toutes sortes de plantes odoriférantes et l'on prise des plantes qui, comme la graine du Poivrier, font éternuer.

Maladies de la Bouche (*aretim-bava*). — Les maux de dents, les affections de la langue, du palais, des lèvres, etc., forment la maladie de la bouche. L'herpès (*solohitra*) et la gingivite (*rano*) sont traités de la même façon; les Malgaches attribuent ce symptôme à la mauvaise qualité de l'eau, à la malpropreté; c'est pour cela qu'on l'a appelé *rano* qui veut dire eau. Ils se servent pour amener la guérison de différentes plantes dont ils font des pommades.

Maladies des dents (*areti-nify*). — Toutes les maladies des dents sont occasionnées par les sorciers ou par vos ennemis qui sont jaloux de vos belles dents blanches. Si une jeune fille possède une belle denture, il ne faut pas qu'elle refuse celui qui la demande en mariage, de peur de voir ses dents jaunir et la faire souffrir. Les Malgaches disent qu'ils ont les dents blanches et solidement plantées parce qu'ils ne se servent pas de couteau pour couper la viande. Ils mordent à même dans le morceau; les dents, à cet exercice, se fortifient dans leurs racines et acquièrent, par le frottement des fibres de la viande, cette belle couleur blanche qui fait l'admiration des Européens.

Carie des dents (*olitra*). — Ce mot veut dire larve. Il reste entre les dents, disent les Malgaches, des fibres de viande qui se décomposent et qui produisent des larves. Ce sont ces larves qui percent les dents.

Quand on éprouve une douleur, on frappe sur la dent malade, on l'ébranle, afin de faire sortir la petite bête qui la ronge. Si le trou de la dent est visible on y introduit une tête de mouche pour l'obstruer. Pendant que la petite bête mange cette proie inattendue, elle ne s'attaque pas à la dent, et l'on éprouve un soulagement momentané.

On prend aussi des inhalations de crotte de chien. Pour cela, on prend un petit morceau de ce produit et on le met dans un petit vase bien chaud. Il se dégage une légère vapeur que l'on aspire pour asphyxier la tenace petite bête (authentique).

Plantes employées :

1° *Ramy*, arbre dont la gomme très odorante sert à boucher les dents cariées et diminuer la douleur.

2° *Kinamena*, dont on prend les feuilles pour les appliquer sur les dents.

Dentition (*fanirianify*). — Si la dentition est retardée, on prend du riz blanc et on le jette dans un ravin profond; on prend alors le jeune enfant par les pieds et on le suspend au-dessus du précipice en invoquant les ancêtres, les *vazimba*, etc. : les dents, semblables à des grains de riz, sont appelées par ceux qui sont dans le ravin, et sortent.

On promène encore devant la bouche des petits enfants des grains de riz et comme « la matière attire la matière, » le riz appelle les dents et elles doivent apparaître s'il n'y a pas une force contraire qui s'y oppose.

La mère frotte aussi les gencives avec le doigt, et on donne à l'enfant des petits morceaux de bois qu'il mâchonne.

Maladie des yeux (*areti-maso*). — Les Malgaches ne connaissent que les maladies qui sont externes.

Conjonctivite (*menamaso*). — On attribue cette maladie à la poussière, au vent et aussi aux gifles du *lolo*, esprit malin. Comme traitement, se laver les yeux tous les matins avec la rosée déposée sur les feuilles des arbres. Si l'on éprouve des picotements, on presse un citron dans les yeux. Si les yeux le matin sont chassieux, il faut qu'une nourrice vous y fasse jaillir un filet de lait. S'il y a de la douleur, on applique un cataplasme de crottes de mouton enveloppé dans une feuille de Bananier et chauffé dans les cendres.

Corps étrangers. — On plonge la tête dans un ruisseau et on ouvre les yeux. On prend aussi le pétiole de la feuille de l'*Anamamy*, dont on enlève la peau et on frotte alors la conjonctive jusqu'à ce qu'on ait enlevé le corps étranger, poussière, sable ou épine. Les épines se piquent dans la tige et s'enlèvent. Si la conjonctive est blessée, on écrase les feuilles vertes du Tabac et on fait couler le jus dans l'œil. On prend aussi pour le même traitement la racine du *Manjidimanta*.

Maladies de la gorge (*aretin-tenda*). — Elles comprennent toutes les maladies de la gorge, sans distinction entre l'amygdalite, la pharyngite, la laryngite, les tumeurs, etc. Les inflammations de la gorge, sauf les tumeurs, sont produites, disent les Malgaches, quand on crache involontairement sur des excréments secs d'hommes, d'où vient le nom malgache qui désigne cette maladie *madrora tay maina*.

Comme traitement on crache dans un bol très chaud et on aspire les vapeurs. On se gargarise avec du citron et du miel. On met sur le cou des cataplasmes de *Fiandrilavenona*. Si le mal persiste, dans certaines parties de l'île, on danse autour de l'excrément sur lequel on a eu le malheur de cracher, et cela suffit pour dissiper la maladie.

Maladies de poitrine (*aretin-tratra*). — La toux, l'asthme, la coqueluche, la bronchite, la pneumonie, le point de côté, etc., sont des *aretin-tratra* que les Malgaches traitent symptomatiquement suivant la douleur.

La *toux* est arrêtée par des frictions de graisse de canard, de poulet, d'oie. On absorbe aussi autant de graisse qu'il est possible. On fait également chauffer une canne à sucre et on la mâche.

La *Sakantavilotra*, herbe très amère, est donnée en infusion. *L'Anamamy* se fait cuire avec de la viande ou du riz et soulage la toux.

Le *point de côté* (*tevika*) disparaît en appliquant de chaque côté les pointes du *fofy*, os pointu dont les femmes malgaches se servent pour faire leur raie, et en respirant fortement.

L'*asthme* (*sohika*, petit cri) est attribué à la poussière et aux poils de chiens et de chats que l'on a respirés et qui se sont arrêtés dans les bronches. Pour faire partir la poussière on absorbe beaucoup d'huile, pour faire disparaître les poils on avale la fumée de cigare.

La *coqueluche* (*kohadavareny*) est attribuée au froid ou aux vers intestinaux qui remontent dans l'œsophage (*lalan-kanina*, chemin de la nourriture) et qui chatouillent la luette. On soigne par absorption de graisse et par des frictions externes. On donne aussi des infusions de feuilles de figuier (*Aviavy*). On renvoie les autres enfants et on garde pour le soigner celui qui est malade; on entretient alors du feu dans la chambre et on ne prend que de la nourriture chaude. Quand la maladie s'aggrave on la traite par le *Tanghen* et le *Mandravasarotra* (qui détruit la difficulté); ces arbres ont la vertu de protéger des calamités et des maléfices.

On donne encore une plante que l'on appelle *Fanalasompatra* (*fanala*, enlèvement; *sompatra*, méchant) contre les entreprises des esprits et des sorciers méchants.

Quant aux autres maladies, bronchite (*bronsita*), pneumonie (*nemonia*), pleurésie (*plerozia*), elles ne sont connues que depuis l'occupation française et les Malgaches ne les traitaient pas autrement que les maladies dont nous venons de parler.

Maladies du Ventre (*aretin-kibo*). — Toutes les maladies qui se localisent dans la région de l'abdomen, maux d'estomac, maladies intestinales sont appelées *aretin-kibo*. Il faut excepter l'hypertrophie de la rate dont nous avons déjà parlé.

Toutes les douleurs que l'on ressent dans le ventre sont produites par la nourriture à laquelle les *mosavy*, *ody*, ou les personnes ennemis, par l'intermédiaire des domestiques, ont communiqué une vertu malfaisante. On nomme donc ces douleurs *voankanina* (nourriture empoisonnée). On évitera alors de donner quoi que ce soit, nourriture, bonbons, etc., à un enfant de peur de passer pour *mosavy* s'il était pris de douleurs intestinales. Avant de servir les mets sur les tables, ou de faire prendre des médicaments, les domestiques ou esclaves devaient les goûter pour montrer qu'ils n'étaient pas empoisonnés.

Pour le service de la reine, les précautions étaient encore plus minutieuses. Il pouvait se faire que l'empoisonnement des viandes fût produit par un autre, aussi quand les serviteurs revenaient du marché avaient-ils le soin de crier : *tanilà, tanilà!* (gare! gare!) et tout le monde s'écartait pour ne pas être soupçonné de jeter des *ody* sur la nourriture royale. D'ailleurs les serviteurs avaient le droit de tuer ceux qui refusaient de s'écarter.

Le principal traitement des *aretin-kibo* consiste en purgatifs et vomitifs et en médicaments capables de tuer les *ody* et de détruire l'œuvre des sorciers. Plusieurs plantes sont préconisées.

Parmi les maladies du ventre que les Malgaches traitent tout particulièrement il y a :

L'*indigestion* (*tsy fahalevonan-kanina*), pour laquelle on donne des plantes amères, odoriférantes et piquantes, telles que le Piment (*Sakay*) qui se mange au naturel ou mélangé avec une autre nourriture; le *Keli-mafana* (de *kely*, petit, et *mafana*, chaud) plante qui possède une vertu apéritive; le *Manavodrevo* (qui soulage), employé surtout par les Sakalaves.

Les *coliques* (*mandalo*, qui passe), attribuées à une chose qui passe dans le ventre et qui veut sortir. Pour la guérir on extrait avec un petit morceau de bois le cérumen des oreilles et on... le mange! On couche encore le malade sur le dos, on lui met le pied sur le ventre et on le soulève plusieurs fois par les bras.

Le malade peut encore se courber en avant et essayer de déraciner un jeune arbre; il fait pour cela de violents efforts et les coliques disparaissent.

L'*ascite* (*manirano*, beaucoup d'eau) vient quand on mange du poisson *fady*, interdit; ce poisson revient à la vie dans le ventre et produit l'eau. Ou bien quand on va dans la campagne pour satisfaire un besoin, si on ne choisit pas un endroit favorable, il y a des petites bêtes qui pénètrent par l'anus dans le corps, y demeurent, s'y multiplient et provoquent l'ascite. Si le malade meurt, ces animaux quittent le corps et vont chercher une nouvelle demeure. Aussi toutes les personnes présentes ont soin de serrer les fesses afin d'éviter l'envahissement. Pour guérir cette maladie, on ne donne que des purgatifs qui expulseront ces hôtes incommodes et notamment le *Vahona* (Aloès) que l'on prend en grande quantité sous forme de poudre pilée.

La *Dysenterie* (*mivalan-drà*, de *fivalanano*, matières fécales, et de *ra*, sang), s'attribue aux vers intestinaux ou aux sorciers, aux *ody'*, etc. Pour la guérir on mange des aliments très durs afin d'obstruer les perforations produites par les vers et empêcher le sang de se mélanger au contenu des intestins ou bien on donne diverses plantes.

La *Constipation* (*mitohana*) est combattue par pes purgatifs, de la graisse comme nourriture et des massages avec la main sur la région abdominale.

La *Diarrhée* (*manehitra*) est combattue par des plantes, d'un goût astringent et des aliments solides, durs.

L'*éructation* (*maimbo-rezatra* de *maimbo*, odeur fétide et *rezatra*, renvoi) est occasionnén par la nourriture prise en trop grande quantité, et par le froid. On la traite en appliquant le ventre contre une cruche pleine d'eau froide.

Maladies des organes génitaux. — Celles que connaissent les Malhaches sont: la syphilis, la gonorrhée que nous avons déjà mentionnées et le *fandika*, qui est l'orchite. Cette affection est occasionnée par les ennemis ou les femmes repoussées qui se vengent. Elle peut aussi paraître quand on a franchi une trace d'urine dans la rue ou dans la campagne. Si le chemin est barré par ce petit ruisseau il faut avoir soin de faire un détour. C'est pour cela que l'orchite est appelée *fandika* qui veut dire sauter par-dessus. On soigne par des cataplasmes de riz, bien chauds. Si la maladie est le fait d'une femme, il faut faire ce qu'elle désire, et lui enlever l'envie de nuire. Le remède est simple!

Vers intestinaux. — Les Malgaches ne connnaissent que deux sortes de vers intestinaux : les *kankana* qui renferment les Nématodes, les *sakoitra* qui renferment tous les Tænias.

Les Malgaches croient que les *kankana* sont des parasites inséparables de l'homme et que l'on ne peut vivre longuement sans eux. On respecte donc ces vers quand ils ne sont pas trop nombreux et ne troublent pas les fonctions de la vie. Dans ce cas, on lutte contre eux en ayant soin de ne pas agir trop radicalement pour en conserver au moins un, nécessaire à la vie.

Au moment de l'expulsion des vers, on regarde attentivement si l'on n'en trouve pas un plus large et plus long que les autres. Ce serait un très grand malheur; on serait en présence du *mpiandry aina* (gardien de la vie) et la mort du malade ne tarderait pas à venir.

Les Malgaches ne disent pas que les vers se reproduisent par des œufs. Ils proviennent de la viande fibreuse, du riz mal cuit, des fruits verts, etc.

Les *sakoitra* sont produits par la viande mal cuite, la promiscuité des chiens, des chats, les fruits verts et notamment le velouté de la pêche.

Symptômes généraux. — Chez les enfants, on reconnaît la présence des vers, quand ils se frottent le nez ou qu'ils ont le ventre ballonné. Mais on n'est bien fixé à cet égard que si les enfants rendent des vers.

Chez les adultes, la maigreur, l'appétit exagéré, sont des symptômes de tænias. Mais on n'en a la certitude que lorsqu'on rend des anneaux, soit dans le lit, soit dans les selles.

Pour combattre les vers, les Malgaches emploient les plantes suivantes : le *Taimborontsiloza*, herbe d'une odeur repoussante, amère. On pile les tiges, on presse dans l'eau et on avale. Dose : 250 à 500 grammes. — Le *Voan-tamenaka*, arbuste dont le fruit est employé comme vermifuge; dose : un fruit par ver.

(A suivre.)

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De la ligne brune abdominale,

D'après M. le Dr Raoul Lehman.

On donne le nom de « ligne brune » à un dépôt de pigment qui se forme sur la ligne médiane de l'abdomen, au niveau du revêtement cutané.

L'étude de cette pigmentation n'est pas aussi aisée qu'on serait tenté de le croire. Les auteurs contemporains et les maîtres les plus distingués la considèrent comme un signe tellement vague et inconstant qu'il n'est guère possible d'en tirer une conclusion, de quelque utilité qu'elle soit en clinique.

Du côté des malades, leur ignorance même, en ce qui concerne le début et le développement de leur ligne, l'incapacité où ils sont de dire s'ils en ont eu une antérieurement, soit qu'ils n'aient jamais remarqué ce signe, soit que, considérant son existence comme une chose normale et sans conséquence, ils n'y aient guère prêté grande attention, rendent très laborieuses les investigations qu'on peut entreprendre à ce sujet. Seule l'observation directe et personnelle était susceptible de fournir des documents sur lesquels M. Lehman a basé son intéressant travail (1) si l'on ajoute que les observations ont porté sur plus de mille lignes brunes, et que l'auteur s'est aidé pour apprécier exactement les modifications que peut subir la pigmentation avant, pendant et après, tel ou tel état physiologiste d'une échelle de teintes numérotées, obtenues par l'aquarelle et reproduisant des multiples colorations présentées par la ligne brune, depuis les plus pâles et les plus claires jusqu'aux plus foncées et aux plus sombres, en passant par tous les tons intermédiaires, on peut se rendre compte de la conscience et de la méthode avec lesquelles ont été entreprises les recherches de M. le Dr Lehman.

Or, voici très rapidement résumé par l'auteur luimême le résultat de cette patiente étude :

La ligne brune abdominale est un signe clinique. Elle s'observe à tout âge et dans les deux sexes.

Chez les filles, jusqu'à la puberté, elle coïncide fréquemment avec la constipation chronique. Jaune pâle et peu marquée, dans des cas où parfois rien ne semble la justifier en clinique, elle revêt souvent une vigueur spéciale, une teinte jaune roussâtre ou fauve : 1° dans les cas d'inflammation intestinale (constipation chronique, fièvre typhoïde, etc.) ; 2° dans la tuberculose générale ou même localisée (carreau, mal de Pott, bacillose pleuro-péritonéale, coxalgie, etc.) ; 3° à l'époque de la puberté.

Chez les filles, elle est toujours ombilico-pubienne. Mais dans des cas extrêmement rares de constipation chronique longtemps prolongée, par exemple, la ligne sous-ombilicale se prolonge au-dessus de l'ombilic en un trait fin très pâle et peu marqué.

Après la puberté, la ligne brune coïncide presque toujours avec l'aménorrhée, la dysménorrhée, les coliques utérines, les règles profuses et en général avec un trouble quelconque habituel de la menstruation.

La ligne brune disparaît chez les jeunes filles normalement réglées. Elle n'apparaît jamais au moment des époques pour disparaître sitôt après.

Dans l'état de puerpéralité, chez les primipares, c'est vers le 3e ou le 4e mois de la gestation que la ligne blanche commence à se pigmenter.

La ligne peut apparaître plus tardivement chez les blondes.

Aux premiers mois de la gestation, la ligne brune ne se distingue pas de celle d'une nullipare aménorrhéique.

Dans le cours de la grossesse, la ligne brune passe par toute une gamme de teintes, dont les principales sont : jaunâtre, jaune roussâtre, fauve, sépia, brun foncé, marron, chocolat, couleur de la peau de nègre. Ces dernières teintes s'observent surtout chez les femmes brunes.

A mesure qu'elle brunit, la ligne s'accroît en largeur. Elle atteint généralement chez la primipare de 4 à 5 millimètres, quelquefois davantage.

Au commencement du 7e mois de la gestation, la ligne ombilico-pubienne ayant contourné la cicatrice ombilicale, s'élève au-dessus de l'ombilic en un trait pâle et toujours plus étroit que la ligne ombilico-pubienne ; elle s'effile, pâlit et se perd le plus souvent à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, auquel elle aboutit peu souvent.

Chez les multipares, le début de la ligne brune est plus tardif que chez les primipares.

On peut observer une ligne pubo-xiphoïdienne au début de la gestation, chez les multipares dont la nouvelle grossesse a surpris la précédente ligne brune, dès les premiers mois de sa régression.

La ligne brune des multipares atteint généralement de 6 à 8 millimètres de largeur, quelquefois davantage.

Les grandes multipares n'ont pas de ligne brune ; quelquefois elles en ont une extrêmement atténuée, dans

1. R. Lehman, De la ligne brune abdominale (*thèse* de Paris 1901, n° 464. G. Steinheil, éditeur).

les derniers mois de la gestation seulement. Quelquefois aussi elles n'ont qu'une trace imperceptible de leur ancienne pigmentation. Les grandes multipares dont la dernière grossesse est déjà ancienne (8 ou 10 ans par exemple, et plus) et qui redeviennent enceintes, ont une ligne brune analogue à celle des primipares.

Lorsqu'une multipare a toujours antérieurement avorté et que, pour la première fois, sa grossesse va jusqu'à terme, sa ligne brune se développe comme chez une primipare.

La ligne brune n'est quelquefois pas rectiligne : ses déviations coïncident avec les derniers mois de la gestation.

Les états pathologiques autres que la tuberculose, qui l'exagère souvent (albuminurie, syphilis, cardiopathies, auto-intoxication gravidique, etc.), n'ont aucune influence sur la ligne brune.

La présence d'une ligne abdominale très foncée, de couleur brun sépia, marron, chocolat, etc., sur l'abdomen, est pathognomonique de grossesse, aucun état physiologique ou pathologique n'étant capable de provoquer une pigmentation aussi vigoureuse que l'état de puerpéralité.

Les femmes très grasses n'ont pas de ligne brune. Elles la dissolvent dans leur tissu adipeux.

La ligne brune se renforce encore après l'expulsion du fœtus. Ce renforcement est probablement dû à ce que la paroi abdominale, en revenant sur elle-même, rapproche les uns des autres les corpuscules pigmentaires que la distension tenait éloignés et rendait ainsi peu visibles.

La rapidité de la régression pigmentaire est en raison inverse de l'intensité de la ligne, du teint foncé de la femme, du nombre de grossesses et surtout de l'allaitement.

La régression de la ligne brune est rapide chez les femmes qui avortent, ainsi que chez les blondes.

Chez les primipares, malgré l'allaitement, la ligne sus-ombilicale disparaît généralement dans les 6 mois qui suivent l'expulsion du fœtus, et la ligne sous-ombilicale 8 ou 10 après l'accouchement. Mais cette dernière persiste quelquefois plus longtemps chez les femmes très brunes qui ont nourri leur enfant et dont le retour de la fonction ovarienne a été retardé.

Chez les multipares, la lenteur de la régression pigmentaire est principalement subordonnée à l'allaitement, la ligne gardant une intensité relative tant que dure l'aménorrhée, qui elle-même persiste pendant toute la durée de l'allaitement.

La ligne brune des multipares qui ne nourrissent pas disparaît, en général, en peu de temps.

Bien que la pigmentation ombilico-pubienne pâlisse toujours dans de notables proportions, les multipares en conservent le plus souvent la trace, ainsi qu'un tatouage jaunâtre et peu marqué, pendant le reste de leur vie, même après la ménopause. La ligne sus-ombilicale disparaît toujours; les exceptions à cette règle sont rares.

On peut activer la régression de la ligne brune par un savonnage à la brosse prolongé. L'élimination pigmentaire est ainsi favorisée par l'exagération de la circulation locale périphérique ainsi que par le décapage artificiel de l'épiderme.

La pigmentation de la ligne blanche n'a rien de commun avec celle des seins. Souvent celle-ci existe lorsque celle-là fait défaut, et *vice versa*. Le début, le développement, l'intensité, la régression, etc., de la ligne brune ne coïncident presque jamais avec ceux de la pigmentation mammaire. Il y a indépendance absolue entre ces deux stigmates.

Les tumeurs des organes génitaux de la femme ne produisent la pigmentation de la ligne blanche que lorsqu'elles provoquent l'aménorrhée ou la dysménorrhée.

La ligne brune existe chez l'homme. Elle a chez lui la même étendue entre l'ombilic et le pubis, ainsi que le même aspect que chez les nullipares.

Comme chez les petites filles, la ligne ombilico-pubienne revêt dans le sexe masculin, une intensité spéciale : 1° dans certains cas d'inflammation intestinale; 2° dans la tuberculose générale ou localisée; 3° à l'époque de la puberté.

La ligne sus-ombilicale ne s'observe chez l'homme que très rarement, et seulement dans des cas où la lésion qui en est la cause a une durée très prolongée.

Les sujets gras, ainsi que ceux qui ont de nombreux poils sur la ligne blanche, n'ont pas de ligne brune.

Les circonstances physiologiques ou pathologiques quelles qu'elles soient, qui ne produisent pas d'hyperhémie et de stase sanguine prolongée dans les capillaires de la peau, ne provoquent jamais la ligne brune.

La ligne brune paraît due à une hyperhémie abdominale favorisant la stase sanguine dans les capillaires de la peau.

La localisation du pigment sur la ligne médiane s'opère comme dans les cicatrices opératoires, la ligne blanche étant une cicatrice embryonnaire où les capillaires, rares et très fins, favorisent la mise en liberté de la matière colorante dont les cellules cutanées s'emparent pour élaborer le pigment.

La régression de la ligne brune s'opère par deux voies :

1° Par la circulation, lorsque la stase dans les capillaires est supprimée ;

2° Par desquamation épithéliale, lorsque les différentes couches de cellules ont subi la transformation cornée.

Le travail de M. Lehman est appuyé sur 460 observations personnelles dont les détails sont consignés dans huit tableaux où l'auteur a étudié successivement la ligne brune des filles avant la puberté, des nullipares, des principares enceintes, des multipares enceintes, des primipares non-enceintes, des multipares non-enceintes, des femmes ayant des tumeurs, et celle des hommes.

NEUROPATHOLOGIE

Acroparesthésie, tétanie, fluxion goutteuse,

D'après MM. E. Brissaud et P. Londe (1).

Les trois termes de ce titre indiquent suffisamment la complexité d'une observation clinique, dans laquelle l'association de troubles sensitifs, moteurs et vaso-moteurs forme un syndrome acropathologique.

Le malade qui a présenté ce syndrome complexe est un homme de 47 ans, *goutteux* et *névropathe*. L'affection qu'il présente aujourd'hui porte sur les extrémités, surtout sur les supérieures ; elle se reproduit par crises qui montrent les symptômes suivants :

Paresthésie d'abord, puis *douleur* et *contracture* des extrémités avec impotence consécutive, puis troubles vaso-moteurs avec *vaso-dilatation*, éréthisme vasculaire et œdème.

1. *Revue de médecine*, juillet 1901.

Parmi les affections qui rentrent dans l'acropathologie, il en est trois dont le cas présent se rapproche : c'est l'*acroparesthésie*, la *tétanie* et l'*érythromélalgie*. Par contre, il est un syndrome dont elle se distingue très nettement, c'est la *maladie de Raynaud*.

Le syndrome offert par le malade, comme l'*acroparesthésie*, frappe d'abord les extrémités supérieures, sous forme de picotements et survient la nuit, *dans la seconde moitié de la nuit*.

La ressemblance du cas avec la *tétanie* est indiscutable, car le malade présente l'attitude typique de la tétanie avec généralisation secondaire des contractures. On voit parfois aussi dans la tétanie la paresthésie du début et l'impotence, ainsi que l'œdème consécutif. Les contractures se généralisent de la même façon à partir des extrémités. On a pu, dans ce cas, réveiller la contracture par la ligature du bas (signe de Trousseau). Il y a augmentation de l'excitabilité électrique.

L'*érythromélalgie*, qui siège de préférence aux extrémités inférieures, est caractérisée par de la douleur suivie de gonflement affectant l'aspect phlegmoneux ; on y retrouve la sudation abondante qui marque la terminaison de la crise.

Il n'est donc pas douteux que le cas est en quelque sorte la synthèse de ces différents syndromes.

La question de la nature de la maladie est intéressante à résoudre. Tout porte à croire que chez le malade le syndrome est d'origine goutteuse, puisqu'il est goutteux. La goutte, d'ailleurs, aime les extrémités. Il ne serait pas nécessaire qu'il y eût dans ce cas dépôt d'urate de soude. Ce pourrait être un phénomène comparable à l'éréthisme veineux des goutteux, ou à la fluxion hémorrhoïdaire. On sait que chez les goutteux les crampes, les œdèmes sont fréquents. La fluxion qu'on rencontre chez le malade est très analogue à la fluxion goutteuse, mais il n'y a pas de douleur à la pression.

Deux analyses d'urine ont été faites, l'une en pleine période de crise, l'autre plus tard. La première donne une diminution remarquable de l'acide urique, de l'urée, de l'acide phosphorique ; dans la seconde, l'acide urique est fortement au-dessus de la quantité normale ; l'urée et les phosphates s'en rapprochent.

Cela est confirmatif de la goutte ainsi que les allures de la fluxion œdémateuse de la main avec la tension, la raideur, la rougeur livide, la douleur atroce. La tétanie, elle-même précédée d'acroparesthésie, aurait été prémonitoire de l'accès, à la façon des crampes dont parle Garrod.

Le critérium de la goutte, le dépôt d'urate de soude, existe-t-il ici ? L'épreuve radiographique a semblé le démontrer ; elle a révélé du moins une altération des articulations des segments digitaux de la main gauche.

Le syndrome paroxystique a abouti chez le malade à une *déformation* permanente de la main gauche. L'œdème s'est installé blanc et dur, donnant lieu à une sorte de sclérodermie limitée à l'extrémité des doigts. Les tentatives de flexion sont toujours douloureuses, et la flexion des doigts est impossible. La peau à ce niveau est collée à l'os, elle a perdu sa souplesse. L'impotence persiste avec une apparence blafarde de la peau qui rappelle certaines mains goutteuses. Enfin, au niveau des articulations phalango-phalanginiennes sont apparues des nodosités articulaires bilatérales et dorsales. Des nodosités analogues se sont montrées un peu plus tard aux articulations phalangino-phalangettiennes, véritables nodosités d'Héberden.

A la main droite, il y a aussi une certaine apparence sclérodermique moins marquée et sans déformation. Ces déformations sont en somme aussi bien celles d'un rhumatisme chronique que de la goutte, car il n'y a pas de tophus ; leur nature goutteuse ne peut être soupçonnée que par l'évolution.

L'observation est vraiment suggestive à plusieurs titres : elle offre un exemple unique d'acropathologie ; elle fait assister à un paroxysme goutteux, à disposition métamérique ; elle semble prouver que dans l'acroparesthésie les phénomènes vasculaires sont secondaires ; elle suggère enfin des rapprochements avec d'autres affections d'origine sympathique, en particulier, avec le rhumatisme chronique, affection dans laquelle les nerfs sympathiques sont certainement intéressés.

Le malade a été atteint d'une forme grave de tétanie, mais si la *tétanie* a reçu parfois le nom d'affection rhumatismale, elle ne paraît pas avoir jamais été qualifiée de goutteuse. Pourtant, à côté de la tétanie toxique (ergotisme), de la tétanie d'origine infectieuse, de la tétanie hystérique, il y a une tétanie par auto-intoxication. Celle-ci ne paraît pas douteuse : telle la tétanie strumiprive. Mais, dans bon nombre de cas de tétanie d'origine gastro-intestinale, par exemple, le phénomène paraît être sous la dépendance d'un simple réflexe plutôt que d'une intoxication. La tétanie d'origine vermineuse est certainement réflexe. Pour M. A. Robin, la tétanie d'origine gastrique elle-même serait d'origine réflexe. N'en serait-il pas de même chez le malade ? On pourrait considérer ici la tétanie comme une réaction spéciale individuelle à l'arthrite goutteuse ; la cellule de la corne antérieure de la moelle aurait réagi directement et localement à la sensation douloureuse causée par les dépôts uratiques.

Si la goutte n'a pas été notée dans l'étiologie de la tétanie, elle est citée parmi les causes de l'*acroparesthésie*, et, chez notre malade, l'acroparesthésie a été le prélude de la tétanie.

Dans l'étiologie de l'*érythromélalgie* la goutte n'est pas signalée. L'association de l'érythromélalgie et de la tétanie n'a pas été remarquée. Dans le syndrome qu'a présenté le malade, la fluxion goutteuse représente une phase érythromélalgique. R. Dehio rapporte un cas d'érythromélalgie qui se compliqua d'atrophie cutanée.

Enfin, il convient de remarquer que les syndromes qui représentent ce que nous savons aujourd'hui de l'acropathologie sont reliés les uns aux autres par des faits de transition. Le sujet présente une synthèse de l'acroparesthésie, de la tétanie et de l'érythromélalgie. Il y a plus : il est dans une certaine mesure sclérodermique, il a des déformations articulaires d'apparence rhumatismale dues à la goutte. Il ne manque ici que la maladie de Raynaud ; or, Potain l'a vue coïncider chez le même sujet avec l'érythromélalgie ; on a vu aussi la tétanie y aboutir.

Il est possible que la connaissance des affections des extrémités et du sympathique éclaire un jour la physiologie pathologique de la goutte, qui, elle aussi le plus souvent, est une maladie à manifestations acropathologiques non seulement du pied, de la main, mais aussi de la face, de l'extrémité céphalique (des oreilles, des paupières, du nez) et même de la verge.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 19 Août 1901.

Influence des couleurs sur la production des sexes.

M. C. Flammarion. — Le 12 juin 1898, nous avons placé sous diverses radiations, soigneusement examinées au spectroscope, des vers à soie récemment éclos. Cette première expérience a montré que, pour le poids des cocons, l'obscurité est défavorable, tandis que l'orangé et le rouge sont favorables. Les papillons sortis de ces cocons ont donné de nombreux œufs, desquels de jeunes vers sont sortis, du 28 avril au 23 mai 1899. 720 larves ont été placées dans 12 casiers recouverts d'un verre spécial examiné au spectroscoque. Je ne m'occuperai ici que des sexes des papillons.

A l'air libre et sous le verre incolore, la proportion est voisine de 50 p. 100, comme on pouvait s'y attendre. Il en est de même dans le rouge clair et dans le vert clair.

Les couleurs foncées paraissent agir notablement, au contraire, sur la proportion des sexes, ainsi que l'obscurité, en donnant aux mâles une prédominance marquée. Voici les résultats obtenus cette année, à la 3e génération les œufs de chaque année étant conservés, et les jeunes vers qui en éclosent étant mis en observation, chaque printemps suivant, dans les mêmes casiers coloriés.

	Mâles	Femelles
Bleu clair	57 p. 100	43 p. 100
Obscurité sous feuille d'étain	58 —	42 —
Violet clair	58 —	42 —
Violet foncé	62 —	38 —
Obscurité sous carton	63 —	37 —
Bleu foncé	63 —	37 —
Orangé	64 —	36 —
Rouge foncé	68 —	32 —

L'expérience a été faite pour chaque casier sur 66 individus. Les différences sont toutes dans le même sens et si marquées que, selon toute probabilité, elles ne sont pas dues au hasard.

Pendant toute la durée de l'expérience, les larves de Bombyx ont été nourries abondamment de feuilles de mûrier et exposées à la même température.

J'ai voulu savoir si quelque variation dans le mode d'alimentation agirait, et j'ai essayé l'albumine, les phosphates, le sucre et le sel, en imprégnant les feuilles de mûrier dans ces solutions. Les vers soumis à ces divers modes d'alimentation ont tous succombé au bout d'une dizaine de jours.

Un autre essai a, au contraire, confirmé la série précédente, en la variant un peu.

Nous avons soumis un certain nombre de vers à soie à un régime de nourriture restreinte, et voici les résultats observés :

	Mâles	Femelles
Violet foncé	58	42
Bleu clair	63	37
Bleu foncé	65	35
Violet clair	77	23

On voit que pour la dernière couleur la différence est considérable.

Aucun verre violet n'est achromatique. Ils laissent passer toutes les couleurs, notamment le rouge. D'un autre côté, un grand nombre d'insectes ayant succombé sous ce régime, l'expérience n'a été faite que sur 45 individus pour chaque couleur. Ces résultats ne sont donc présentés que comme préliminaires, intéressants par leur concordance.

Remarquons que, pour les deux séries, les individus en observation ont été au nombre de 111.

Ces deux séries concordantes en principe n'indiqueraient-elles pas que la surabondance des mâles peut être due tout simplement à ce que les couleurs tempèrent les larves et diminuent leur appétit?

Il serait assurément prématuré de tirer aucune conclusion de physiologie générale. Cependant, nous pouvons remarquer que, si l'œuf n'est pas sexué par la fécondation, et si le sexe peut être déterminé par des circonstances extérieures, l'antique problème de la production des sexes reçoit ici un commencement d'élucidation.

Des rapports du psoriasis avec la neurasthénie. Traitement par les injections d'orchitine.

M. F. Bouffé. — Le psoriasis est une trophonévrose ayant son siège dans les centres nerveux et notamment dans le grand sympathique.

Le psoriasis présente une grande analogie d'origine avec la neurasthénie, qui est surtout une conséquence des troubles du système nerveux cérébro-spinal.

Dans le psoriasis, de même que dans la neurasthénie, il existe constamment une diminution de l'activité nerveuse, caractérisée par une chute de la ligne urographique de l'acide phosphorique, laquelle peut descendre à 15, 14 et même 12 p. 100. Le psoriasis est une maladie éosinophilique.

Le traitement de choix, qui découle de l'observation de la neurasthénie et du psoriasis, doit consister dans l'envigoration sans stimulation du système nerveux par les injections d'orchitine, dont l'action élective s'exerce tant sur le système nerveux cérébro-spinal que sur le grand sympathique.

La dose d'orchitine par injection est en moyenne de 10 centimètres cubes à 12 centimètres cubes, trois fois la semaine. Elle doit, dans certains cas, être plus élevée.

La durée du traitement varie entre 3 et 5 à 6 mois, selon les cas, leur ancienneté, l'état moral du malade, ses tares héréditaires.

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 12 juillet 1901.

Cancer du foie.

M. Paul Delbet présente un cancer du foie secondaire à un cancer latent du pylore, et développé chez un individu qui avait présenté un kyste hydatique du foie 20 ans auparavant.

L'autopsie a permis de retrouver un kyste hydatique, et de constater en outre qu'un paquet de ganglions cancéreux comprimait les vaisseaux, ce qui explique le varicocèle qu'on observait pendant la vie.

Tuberculose du larynx.

M. Viollet montre des préparations de tuberculose laryngée, ayant évolué d'une façon torpide chez des gens âgés.

L'épithélium qui recouvre le derme muqueux atteint de tuberculose est végétant, papillomateux.

Kyste thyroïdien.

M. Cornil présente un kyste du corps thyroïde, enlevé chez un homme de 67 ans; la tumeur comprimait la trachée et déterminait des accès de suffocation.

Le contenu était constitué par un mélange de sang et de mucus; la paroi, d'une épaisseur de 1 centimètre, était formée de tissu conjonctif ancien, au milieu duquel on rencontre des alvéoles thyroïdiennes normales. On voyait, d'autre part, à côté de ces alvéoles, des régions creusées de cavités ne contenant plus de matière colloïde, et tapissées d'un épithélium cylindrique ou cubique et de végétations très minces.

A cause de l'enkystement, ainsi que de l'absence de ganglions au voisinage de la tumeur, M. Cornil a conclu qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, non récidivante.

Tumeur kystique de la peau.

M. Cornil apporte une tumeur kystique de la peau, qui ressemble, suivant les points examinés au microscope, à un myxome ou à un épithélium tubulé.

Or, c'est un kyste sébacé ancien, modifié par une inflammation chronique consécutive à l'intervention chirurgicale.

Ce cas, de même que le précédent, montre les difficultés qu'il y a parfois à diagnostiquer la nature bénigne ou maligne d'une tumeur, l'aspect de celle-ci étant très variable suivant les points examinés.

Ectopie testiculaire et phénomènes d'étranglement par torsion du cordon.

M. Bonamy présente le testicule et le cordon spermatique d'un enfant de 7 mois, qu'il dut opérer d'urgence à l'hôpital Goüin pour phénomènes graves d'étranglement herniaire.

L'enfant présentait une ectopie testiculaire gauche.

L'incision fit découvrir un testicule, haut situé dans le canal inguinal, congestionné, en voie de sphacèle.

Les phénomènes d'étranglement et de sphacèle étaient dus au cordon qui, ainsi qu'on peut nettement le voir, était plusieurs fois tordu sur lui-même en forme d'hélice.

Le testicule dut être réséqué, et la guérison fut obtenue en 8 jours.

Gangrène sénile; amputation; guérison maintenue au bout d'un an.

M. Bonamy apporte les pièces provenant d'une amputation de jambe, qu'il fit il y a 1 an à l'hôpital Goüin pour gangrène sèche, chez une femme âgée de 62 ans.

La gangrène intéresse tout le pied, au-dessous des malléoles.

L'amputation, bien que les battements de la poplitée ne pussent être sentis, fut faite sur la jambe au lieu d'élection.

La réunion se fit par première intention, et la guérison fut obtenue et maintenue au bout de 1 an, malgré l'athérome des vaisseaux qui, au moment de l'opération, ne donnèrent que quelques gouttes de sang.

Syphilis du nouveau-né.

M. A. Katz apporte les pièces de l'autopsie d'un nouveau-né dont les viscères sont farcis de gommes syphilitiques, et dont la vessie est le siège d'une anomalie congénitale.

Artérite tuberculeuse de l'artère pulmonaire chez le chien.

M. Cornil montre des préparations de la paroi de l'artère pulmonaire d'un chien, inoculé 1 an auparavant avec des produits tuberculeux, et traité depuis par la viande crue. L'animal paraissait bien portant lorsqu'on l'a sacrifié. Il portait cependant des lésions tuberculeuses multiples, et, en particulier, de l'artérite pulmonaire.

La tunique interne du vaisseau est très vascularisée, ainsi que la moyenne; les vaisseaux sont véritablement énormes dans la tunique externe. On voit des granulations multiples, mais pas de cellules géantes (il n'y en a d'ailleurs jamais dans la tuberculose du chien); les cellules endothéliales de la membrane interne sont proliférées comme dans la pleurésie, fait qu'on n'a jamais l'occasion d'observer chez l'homme.

Coloration des fibres élastiques dans les coupes.

M. Lefas expose un procédé fort simple pour mettre en évidence les fibres et fibrilles élastiques dans les coupes d'organes.

Il suffit de soumettre les préparations à l'action du triacide d'Ehrlich pendant une minute, de laver à l'eau, puis de décolorer dans un bain d'alcool absolu picriqué.

Carcinome mélanique; imprégnation pigmentaire de l'estomac et du gros intestin.

MM. F. X. Gouraud et de Lacombe présentent une tumeur mélanique du 5e orteil; cette tumeur, du volume d'un œuf, pour laquelle le diagnostic de sarcome mélanique avait été porté, a été prélevée à l'autopsie d'un vieillard mort à 76 ans, mort dans un état de cachexie avancée.

Au point de vue histologique, il s'agit de carcinome, rappelant tout à fait les figures qu'on appelait autrefois sarcome alvéolaire. Le pigment qui ne donne ni la réaction des pigments ferrugineux ni celle de la mélanine, paraît représenter un état intermédiaire entre l'hémosidérine et la mélanine.

Bien que la tumeur évoluât depuis 10 mois, il n'y avait pas d'autre généralisation que des ganglions inguino-lombaires, et un tout petit noyau cutané. Mais le pigment en circulation dans l'organisme avait imprégné l'estomac et le gros intestin, qui étaient noirs et comme injectés au nitrate d'argent, alors que l'intestin grêle était intact.

Il s'agit là, probablement, d'élimination purement gastro-colique sans participation de l'iléon.

Tumeur du sein.

M. Péraire montre une tumeur du sein enlevée chez une jeune fille.

Cette tumeur, survenue à la suite d'un rhumatisme, en dehors de toute hérédité, est intéressante en ce sens qu'elle a évolué en 6 mois.

Cette marche rapide de la tumeur, la présence de ganglions axillaires nombreux, et une éjaculation séro-sanguinolente abondante et fréquente par le mamelon, l'ont engagé à faire l'ablation large du sein dans toute son étendue, avec la résection de l'aponévrose du grand pectoral et le curage de l'aisselle.

La tumeur présentait à la coupe un aspect mélanique.

M. Lefas a fait l'examen histologique. Il s'agit d'un épithéliome. Les ganglions sont en hyperactivité fonctionnelle, avec des centres germinatifs volumineux; ils ne contiennent pas de cellules cancéreuses.

Ulcération de la vésicule biliaire.

M. Claude présente une ulcération de la vésicule biliaire chez une femme morte d'endocardite aiguë. Par la réaction des albuminoïdes, il croit avoir caractérisé la présence du sang dans la cavité de la vésicule.

Rein et poumon dans la syphilis héréditaire.

M. G. Durante apporte l'examen histologique des reins et poumons syphilitiques présentés à la dernière séance de M. Katz.

Les lésions pulmonaires avaient l'apparence macroscopique de pustules vidées ombiliquées.

Histologiquement, ces gommes sont constituées par un tissu nécrosé, ne se colorant plus.

A la périphérie existe une zone infiltrée de grains calcaires. Plus loin, le poumon présente au premier abord l'aspect d'une pneumonie. Les alvéoles sont pleins, remplis de grosses cellules globuleuses. Mais ceci n'est en somme que l'état normal du parenchyme n'ayant pas encore respiré.

Les vaisseaux, par contre, sont atteints d'une endopéri-arthrite intense expliquant jusqu'à un certain point les foyers de nécrose localisée qui constituent ces gommes macroscopiques.

En somme, il s'agit ici, non pas d'une pneumonie blanche, pas plus que d'une véritable gomme péri-vasculaire, mais essentiellement de larges foyers de nécrose par lésions vasculaires oblitérantes.

Dans le rein, les altérations sont de même ordre. Les gommes macroscopiques sont constituées par des îlots dégénérés, nécrosés, ne prenant plus les colorations, et paraissant relever des lésions artérielles sous-jacentes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 8 Juillet 1901.

Abcès du bulbe et de la protubérance annulaire.

M. Cassirer a observé un cas d'abcès du bulbe, affection excessivement rare, puisqu'il n'existe dans la littérature que trois cas authentiques.

Dans le cas de M. Cassirer il s'agit d'un homme de 39 ans, qui, le 8 janvier a été pris de fièvre et présenta le 22 une paresthésie limitée aux membres du côté gauche et le 24, de la diplopie. A son entrée à l'hôpital, on trouva une température dépassant 41°, une diminution de la sensibilité occupant toute la moitié gauche du corps et s'arrêtant net au niveau de la ligne médiane, une paralysie du muscle abducteur de l'œil et une paralysie faciale du côté droit. Le malade a succombé 4 jours après son entrée sans avoir présenté d'autres symptômes.

A l'autopsie on trouva dans la protubérance annulaire, au voisinage de l'origine du trijumeau un abcès gros comme une cerise, rempli de pus verdâtre. Un peu de pus se trouvait dans le quatrième ventricule. Pas de méningite.

L'examen histologique a montré la présence d'un foyer de suppuration dans le bulbe, tout près de son bord droit, à la hauteur du noyau du facial. Ce foyer entourait les noyaux d'ori-

gine et les filets du facial et s'étendait jusqu'à la protubérance annulaire.

M. Grawitz donne quelques renseignements sur l'évolution clinique de cet abcès du cerveau.

L'étiologie est restée obscure. Le malade avait une éruption qui faisait penser à la syphilis. D'après les symptômes observés on a pensé à des abcès multiples du cerveau. Ceux-ci furent en effet trouvés à l'autopsie, mais on découvrit aussi une suppuration du foie. L'intestin était intact, mais dans l'appendice se trouvait une arête de poisson. Il est donc possible qu'il se fût agi une appendicite latente avec suppurations multiples.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 22 Juin 1901.

Traitement de la fracture de la rotule.

M. Lebesgue (Bruxelles). — Le traitement des fractures de la rotule varie suivant la nature, l'importance de la fracture, les complications plus ou moins graves, l'âge du sujet ainsi que le degré d'ancienneté de la lésion. Ces différents facteurs doivent déterminer le choix de la méthode à suivre.

Dans le service de M. le professeur Thiriar, on applique ordinairement le bandage de Van Hoeter, dit « en nid d'hirondelle ». Il est formé de plusieurs pièces :

1° Deux coussinets allongés en forme de boudins de 10 centimètres de diamètre, formés de ouate bien tassée et roulée dans une feuille de gaze. Ces coussinets sont placés respectivement au-dessus et au-dessous des fragments rotuliens;

2° Une longue attelle de zinc placée en arrière de tout le membre inférieur;

3° Un coussinet qui élève le talon de façon à produire de la surextension;

4° Bandes.

A l'aide d'un huit, on rapproche les deux coussinets en agissant directement sur les fragments de la rotule.

Les observations rapportées par l'auteur démontrent que ce traitement donne des résultats satisfaisants.

De l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

M. Verneuil (de Bruxelles) a expérimenté un chlorure d'éthyle très pur que l'on trouve dans le commerce sous le nom de kélène. On se sert d'un masque spécial dont le bord est recouvert d'un coussinet en caoutchouc, gonflé d'air. L'appareil est pourvu, à sa partie supérieure, de deux soupapes très sensibles; sur l'une d'elles on adapte le récipient contenant le tampon imbibé de chlorure d'éthyle, l'autre sert à la sortie de l'air expiré. Il est très important que l'aide chargé de l'anesthésie, après avoir gonflé le coussinet, maintienne l'appareil avec force, bien adhérent sur la face.

Voici du reste comment on procède : le récipient qui surmonte le masque étant garni de coton hydrophile, on arrose celui-ci de 5 à 10 grammes de chlorure d'éthyle chez les enfants, de 10 à 15 grammes chez les adultes, puis ce masque étant appliqué sur la figure du patient, on engage celui-ci à souffler fortement dans l'appareil. Une inspiration profonde succède naturellement à cette action de souffler et le rhythme respiratoire s'établit normalement.

L'anesthésie est obtenue au bout d'une minute en moyenne, souvent sans aucune excitation appréciable; le masque étant laissé en place, l'anesthésie se prolonge pendant 5 à 6 minutes.

Le relâchement musculaire n'étant pas complet, la méthode n'est pas à recommander s'il s'agit de réduire une fracture ou une luxation.

Pour obtenir une anesthésie de longue durée, il suffit de projeter sur le coton une nouvelle dose de liquide toutes les 5 ou 6 minutes, mais il semble cependant qu'un agent dont les effets sont si rapides doit être dangereux à administrer pendant longtemps.

Pour de courtes opérations, l'auteur utilise l'anesthésie produite par la première et unique dose de chlorure d'éthyle; pour les opérations d'une certaine durée, au moment où le patient est profondément endormi, il fait remplacer vivement le masque à kélène par un masque imbibé de chloroforme, et l'anesthésie est continuée comme de coutume.

L'avantage énorme du procédé, c'est de déterminer très rapidement une narcose suffisante pour exécuter des opérations de courte durée, le réveil étant exempt des troubles ordinaires et se produisant très rapidement après que le masque a été retiré.

De plus, l'excitation que produit le chlorure d'éthyle est courte, même chez les alcooliques, et c'est pour cela que son emploi est si recommandable pour la première période de la narcose.

L'anesthésie s'obtient plus rapidement par le chlorure que par le bromure d'éthyle, les troubles gastriques sont moins fréquents, la cyanose beaucoup moins inquiétante; chez l'adulte, tandis que le bromure d'éthyle est dangereux à employer et n'amène l'anesthésie que fort difficilement, le kélène réussit aussi bien que chez l'enfant.

Dérivation opératoire de la circulation porte.

M. Willems (de Gand). — Sous le nom de traitement chirurgical de l'ascite, on a décrit des opérations destinées à créer des anastomoses entre le système de la veine cave inférieure et le système de la veine porte, dans certains cas (cirrhose du foie) où la stase veineuse portale joue manifestement un rôle dans la production de l'ascite. On ne fait ainsi que seconder l'effort de la nature qui se traduit souvent, comme on sait, par un développement abondant de veines sous la peau de l'abdomen.

Le moyen utilisé le plus souvent consiste à suturer l'épiploon à la paroi abdominale et à aboucher ainsi le riche réseau veineux épiploïque avec les veines abdomino-thoraciques. Les expériences de Tilman ont prouvé que, grâce à une forte vascularisation des adhérences ainsi obtenues, on provoque réellement une dérivation du sang de la veine porte.

L'auteur résume en un tableau les 14 observations publiées à ce jour; la mort survint dans 5 cas, la guérison se maintint sans récidive dans 4 cas, une amélioration des symptômes fut obtenue dans 2 cas et enfin l'ascite se reproduisit après l'opération dans 3 cas.

Les chirurgiens qui furent les premiers à pratiquer cette opération, suturaient simplement l'épiploon entre les lèvres de l'incision faite au péritoine pariétal; plus tard, on inséra le tablier épiploïque entre les muscles abdominaux et la peau; récemment, Schiassi a décrit un procédé qui consiste à étaler l'épiploon entre le péritoine et la couche musculaire de la région, et cela dans une incision transversale, de manière à pouvoir faire cet étalement sans torsion.

Jusqu'ici, l'opération n'a été appliquée qu'au traitement de la cirrhose du foie; mais on conçoit que la gêne de la circulation porte puisse dépendre d'un obstacle extra-hépatique et qu'il ne doive pas se produire nécessairement de l'ascite. C'est dans un cas de cette nature que M. Willems est intervenu.

Il s'agissait d'un enfant de 5 ans, devenu malade vers l'âge de 15 mois et présentant les signes du carreau indolent; un développement énorme du ventre; amaigrissement; teint subictérique; muqueuses cyanosées; tumeur occupant la région médiane profonde de l'abdomen; splénomégalie; foie débordant la cage thoracique de trois travers de doigts. Tête de Méduse très prononcée; pas d'ascite ni d'œdème des membres.

L'état général s'aggravant et les symptômes étant manifestement dominés par la compression qu'exerçait sur la veine porte la tumeur ganglionnaire, l'intervention chirurgicale fut décidée : incision verticale de 7 centimètres à partir du bord inférieur du foie et longeant le bord externe du muscle droit. Après avoir reconnu la tumeur mésentérique, volumineuse, en grappe de raisins, occupant le plan profond de la cavité abdominale, on attire hors du ventre une grande partie de l'épiploon et on en suture la base aux deux lèvres de la plaie péritonéale, en ayant soin de ne pas comprendre les vaisseaux dans les anses

de fil. La suture étant ainsi faite dans toute la longueur de l'incision, la cavité péritonéale se trouve refermée et le lambeau épiploïque exclu de l'abdomen. Au moyen des doigts, le chirurgien décolle ensuite le péritoine des muscles droits aussi loin que possible, en dépassant notablement la ligne médiane, et il introduit le tablier épiploïque bien étalé dans la fente péritonéo-musculaire ainsi produite. Suture musculo-aponévrotique, suture de la peau. Suites opératoires très simples; réunion solide au bout de 13 jours. A ce moment, le réseau veineux sous-cutané est très apparent, mais il offre moins de turgescence qu'avant l'intervention. La rate paraît diminuée de volume; le foie qui, avant l'opération, débordait la cage thoracique de trois travers de doigt, ne la dépasse plus que de deux travers de doigt. L'état général est excellent.

De l'autoplastie cutanée dans les cavernes osseuses consécutives aux ostéomyélites chroniques des os longs.

M. Depage (de Bruxelles), s'inspirant de l'opération d'Estlander dans les pleurésies, a employé avec succès un nouveau mode de traitement dans un cas d'ostéomyélite chronique du fémur. Le malade, dont l'affection remontait à 10 ans, avait subi, à différentes époques, plusieurs curettages de l'os. Malgré trois raclages pratiqués successivement le 8 octobre, le 30 novembre 1900 et le 11 janvier 1901, dans le service de M. Depage, la suppuration n'a pas tari; c'est pourquoi, le 22 mars, M. Depage pratiqua une autoplastie après avoir fait au préalable le curettage du foyer. Dans ce but, il disséqua de chaque côté de ce dernier un lambeau cutané qu'il enfouit dans la caverne au moyen d'un tampon de gaze. La surface dénudée de peau fut recouverte de greffes de Thiersch et la cicatrisation s'effectua très rapidement.

De la hernie ombilicale chez le nouveau-né et chez l'enfant.

M. Walravens (de Bruxelles), rapporteur, étudie l'étiologie et le traitement de cette affection aux différents âges. Il distingue deux groupes : 1° les hernies dues à une malformation ou hernies ombilicales de la période embryonnaire; 2° les hernies ombilicales vraies, dues à un relâchement ou à un manque de consolidation du tissu cicatriciel de l'ombilic.

A propos des hernies ombilicales de la période embryonnaire, il émet les conclusions suivantes :

1° La couche interne de la membrane-paroi abdominale primitive est de nature péritonéale;

2° Il y a lieu de distinguer : *a*) les hernies funiculaires vraies; *b*) les hernies par défaut de paroi;

3° L'opération de choix sera toujours la cure radicale avec laparotomie; la présence du foie dans le sac assombrit le diagnostic;

4° L'intervention doit être pratiquée aussitôt que possible, les premières 24 heures donnant 80 p. 100 de guérisons, alors que passé 48 heures, on n'a plus que 33 p. 100 de guérisons.

Pour les hernies ombilicales proprement dites, qu'il classe en : *a*) hernies fœtales; *b*) hernies acquises des nouveau-nés, l'auteur estime que la cure radicale opératoire est la méthode de choix. Comme procédé opératoire, il décrit dans ses détails, la méthode qu'emploie M. Lorthioir et qui consiste à faire une incision latérale à l'ombilic, à disséquer et à réséquer le sac, à suturer entre eux les bords des deux muscles droits et de leurs gaines aponévrotiques, à suturer la peau au moyen d'agrafes métalliques.

M. Walravens résume, en un tableau, 50 cas opérés par M. Lorthioir : on constate 3 décès, dont 2 sont de cause étrangère à l'opération (scarlatine, broncho-pneumonie) et dont le troisième est dû à une suppuration provoquée par l'inexpérience d'une infirmière.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 7 Juin 1901.

L'extrait de capsules surrénales en rhinologie.

M. Buys, lors d'une communication antérieure, a exposé les diverses causes d'obstruction nasale, représentées soit par les tumeurs, soit par une anomalie anatomique des organes, soit encore par des troubles purement vasculaires, comme on le voit dans le coryza chronique et la fièvre des foins. Dans le dernier genre d'obstruction, quelle que soit la cause réelle, même si celle-ci dépend d'un état général, il existe toujours une paralysie de l'appareil caverneux de la muqueuse nasale, et il est toujours indiqué d'y obvier par tous les moyens connus (badigeonnages, massage, vapeur d'eau et air surchauffés).

Le dernier remède préconisé dans ce but est l'extrait de capsules surrénales, d'abord employé avec avantage en oculistique, en raison de ses propriétés vaso-constrictrices énergiques. Il est à remarquer à ce sujet qu'à côté d'une substance à caractères nettement vaso-constricteurs, la sphygmogénine, cet extrait contiendrait aussi un paralysant de la fibre vaso-musculaire lisse. Employé depuis 2 ans par toute une série de praticiens d'Amérique, il a été utilisé depuis 1 an par M. Buys, qui confirme les résultats obtenus, notamment ceux publiés par M. Labarre.

La première application, souvent moins efficace, s'accompagne de picotements et d'une sécrétion muqueuse assez forte, avec anémie locale consécutive pouvant durer 24 heures. Mais l'action de l'extrait est très variable, très inégale, et l'on peut parfois observer une hyperhémie secondaire plus forte, et même une hémorrhagie assez intense. Aussi, en dehors du facteur idiosyncrasique, M. Buys se demande s'il ne faut pas chercher la cause de cette inégalité d'action dans la présence, en rapport variable et d'ailleurs mal connu, des deux substances chimiques indiquées plus haut et possédant des propriétés absolument contraires vis-à-vis de la musculature vasculaire.

Le meilleur mode d'emploi consiste dans les badigeonnages en frictions énergiques avec des tampons imbibés d'extrait. M. Buys a aussi fait préparer une poudre d'extrait au 1/10 avec sucre de lait, dont il s'est servi avec avantage; ce procédé était plus pratique, mais aussi moins énergique. Cet extrait est utile dans le coryza aigu et très efficace dans la fièvre des foins, le catarrhe nasal chronique et surtout dans les interventions nasales, notamment sur le sphénoïde et l'ethmoïde, grâce à l'accroissement du champ opératoire visible, qu'il procure à un degré beaucoup plus marqué que la cocaïne.

M. Philippen rappelle la communication faite par M. Nauwelaers sur les bons effets obtenus dans la fièvre des foins par l'ingestion de l'extrait de capsules surrénales et demande si l'administration interne ne serait pas également indiquée.

M. Puys estime que, pour agir sur des phénomènes locaux, il est dans ce cas-ci au moins inutile d'avoir recours à la circulation générale.

M. Puttemans confirme, par une auto-observation, les signes réactionnels de la première application de l'extrait, qui a provoqué un véritable coryza aigu avec picotements, céphalée modérée et agacement des dents de la mâchoire supérieure. Il est d'avis qu'on devrait recourir à la cocaïne au début du traitement.

Sarcome du rein.

M. Van Engelen a observé un enfant de 10 ans qui avait toujours été bien portant jusqu'en ces derniers jours, et qui, à la suite d'une chute, avait présenté de l'hématurie. On sentait à la région rénale gauche une tumeur volumineuse, mollasse, rénitente, qui fit poser le diagnostic de contusion rénale, eu égard aux commémoratifs. Une incision lombaire découvrit un foyer hémorrhagique, avec débris de tissu faisant croire à une néoplasie sarcomateuse, on tamponna et l'on draina. L'analyse microscopique révéla l'existence d'un sarcome; 8 jours plus tard, l'état s'aggrava, et l'enfant mourut au bout de 3 semaines. Ce cas montre au moins l'évolution rapide de ce genre de tumeur chez l'enfant, l'influence des commémoratifs sur le dia-

gnostic et la légitimité de l'intervention dans des cas semblables, où la néoplasie est limitée à un seul organe.

M. Vince veut compléter à ce propos l'observation de sarcome de la main qu'il a communiquée antérieurement. Le sujet, âgé de 23 ans, s'est bien porté pendant 6 mois après l'amputation, puis il est entré dans un service de médecine pour des lésions cutanées consistant en pustules ombiliquées couvrant le corps, sauf le moignon du membre amputé, et ayant fait penser à une défervescence de variole. Le malade est mort sans raison apparente, et, à l'autopsie, on a trouvé absolument tous les organes, sauf la substance cérébrale propre, farcis de pustules analogues à celles de la peau.

Septicémie placentaire et dédoublement utéro-vaginal complet.

M. Vince rapporte le cas d'une femme en proie à une fièvre intense, suite d'avortement et de rétention placentaire. Le curettage utérin fut pratiqué par un collègue, qui remarqua l'existence d'un septum vaginal vertical, limitant à droite un orifice conduisant directement à un museau de tanche normalement placé dans le plan médian. La septicémie néanmoins continua son cours, et la malade succomba. L'autopsie montra la présence de deux utérus et de deux vagins réunis en avant; l'utérus droit avait en partie suivi l'utérus gauche dans son hypertrophie gravidique.

M. Van Engelen a vu une septicémie continuer sa marche après un curettage utérin suivi de l'extirpation par voie vaginale d'un utérus couleur feuille morte et contenant un noyau gangrené. L'amélioration ne persista que quelques jours, et la malade succomba avec de l'hémiparésie et des phénomènes cérébraux.

Élongation nerveuse dans le mal perforant.

M. Vince a eu l'occasion, il y a quelque temps, de pratiquer dans le service du Dr Depage l'élongation du nerf plantaire chez un tabétique de 60 ans, atteint de mal perforant bilatéral. A droite, il ne put trouver le nerf plantaire, mais il put l'allonger à gauche, et la cicatrisation survint des deux côtés. Récemment, le malade s'est représenté avec une reproduction du mal du côté droit, la guérison persistant du côté de l'élongation.

Névrite traumatique.

M. Van Engelen est intervenu chez un sujet qui avait reçu une pleine décharge de plomb dans le bras; il se plaignait de brûlure intense dans la paume de la main et accusait de l'atrophie du bras et de l'avant-bras correspondants. M. Van Engelen mit à nu la gaine du nerf médian et en extirpa une série de 4 à 5 plombs. La plaie guérit rapidement, sans aucun soulagement immédiat des phénomènes subjectifs. Il a revu le blessé récemment, et la guérison est complète; le malade était resté 4 à 5 mois sans éprouver aucune amélioration.

Amputation avec rachi-cocaïnisation.

M. Vince a pratiqué dans le service du Dr Depage une amputatiou de la jambe au tiers supérieur chez un homme atteint de tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne. L'opération a eu lieu par anesthésie intra-rachidienne à la cocaïne et a été remarquablement aisée, exempte de douleurs, sans céphalée ni vomissement consécutifs.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS BRITANNIQUE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Londres 21-26 Juillet 1901.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le suc musculaire.

MM. Albert Josias et **J.-Ch. Roux** poursuivent depuis plus d'une année, leurs recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la viande crue et le suc musculaire. MM. Ch. Richet et Héricourt ont établi la valeur de la viande crue ou du suc, qu'on en exprime, pour arrêter l'évolution de la tuberculose sur le chien; le but de MM. Josias et Roux était d'appliquer à la clinique ces données expérimentales si séduisantes. Ces essais ont été commencés à l'hôpital Trousseau et continués à l'hôpital Bretonneau, uniquement sur des enfants. Ces enfants, quelle que fut la gravité de leur état, étaient mis aussitôt à ce traitement; toute autre médication était supprimée.

Depuis le mois d'octobre 1900 jusqu'à la fin de février 1901, ces malades ont reçu chaque jour le suc extrait de 500 grammes de viande crue. Depuis le mois de février 1901 jusqu'à juillet 1901, chacun des petits malades a reçu, en plus du sérum musculaire, 100 à 150 grammes de viande crue par jour, dans du bouillon froid. La viande cuite était complètement supprimée de leur régime. En dehors de ces prescriptions, l'enfant était soumis au régime ordinaire de l'hôpital. La température des enfants était notée chaque jour; leur poids était contrôlé chaque semaine. Sur trois malades, au premier degré une petite fille, suivie, longtemps, paraît guérie; les deux autres, en traitement depuis quelques semaines, sont en bonne voie et marchent vers la guérison.

Les auteurs ont observé un nombre plus considérable de malades au deuxième degré de la tuberculose pulmonaire. Dans l'ensemble les résultats sont très favorables, mais ils sont déjà inférieurs à ceux que l'on obtient dans la tuberculose au premier degré. Sur quatre de ces malades, une seule peut être considérée comme absolument guérie: les signes pulmonaires ont disparu, son poids a augmenté de 5 kilogrammes, l'état général est parfait. Au deuxième degré de la tuberculose pulmonaire le traitement est parfois excellent; mais, parfois aussi, il ne fait que retarder la mort.

Chez les tuberculeux au troisième degré, c'est-à-dire présentant une infiltration étendue avec des cavernes, les résultats sont plus douteux. Dans la majorité des cas le traitement n'a aucune action. Dans un seul cas, chez une petite malade qui se trouve sur la limite, entre le deuxième et le troisième degré, présentant une caverne qui s'est creusée pendant son séjour à l'hôpital, une amélioration assez nette s'est produite après un an de traitement persévérant. Chez les autres malades présentant une infiltration étendue avec caverne et un très mauvais état général, le traitement ne semble pas avoir prolongé la vie; tous ces malades, pendant le traitement, ont maigri ou sont restés au même poids.

Ces auteurs ont ainsi traité 16 tuberculeux; actuellement, il y en a 4 qui peuvent être considérés comme guéris, 3 qui sont en voie d'amélioration, 1 qui va mal, 8 sont morts.

En faisant des groupes, suivant le degré d'évolution de la tuberculose, les autres obtiennent les classements suivants:

Tuberculeux au premier degré: 1 guéri, 2 en voie d'amélioration.

Tuberculeux au deuxième degré: 2 guéris, 1 qui va mal, 1 mort.

Tuberculeux au troisième degré; 1 amélioré, 7 morts.

Tant qu'on a devant soi des lésions tenant seulement au bacille tuberculeux, le traitement par le sérum musculaire et la viande crue à haute dose améliore notablement les malades; le poids augmente, l'état général se relève, les signes d'auscultation révèlent un arrêt dans l'extension de la tuberculose, le malade guérit cliniquement, au temps de dire, ce que cette guérison peut durer, car l'avenir des malades est le seul critérium

de la guérison complète. Mais lorsque la lésion tuberculeuse est envahie par tous les microbes qui végètent dans des poumons en voie de ramollissement et dans les cavernes, quand l'organisme est profondément lésé par les poisons qui circulent dans le sang, le traitement améliore dans des cas très rares, mais le plus souvent, n'a aucune action appréciable. Dans ces cas avancés, c'est l'état général du malade qui paraît surtout régler le pronostic ; si l'état général est bon, malgré les lésions étendues, on peut encore espérer. Cette notion concorde avec les hypothèses que l'on peut faire sur le mode d'action du traitement par la viande crue. Il ne paraît pas que la viande crue jouisse d'une action directe sur les microbes de la tuberculose, ou sur leurs poisons « le meilleur argument que nous en puissions donner, disent MM. Josias et Roux, c'est l'évolution lente d'une ostéite tuberculeuse chez une de nos malades dont la guérison semble manifeste. Le sérum musculaire et la viande crue agissent en augmentant la résistance de l'organisme, en facilitant sa lutte contre la tuberculose : le malade est placé dans de meilleures conditions et guérit par les procédés habituels de la guérison de la tuberculose. L'augmentation rapide du poids, dès le début du traitement, est le meilleur indice de ce réveil de la résistance organique et, par suite, nous paraît être le signe le plus favorable pour le pronostic. »

Du cacodylate de gaïacol dans le traitement de la tuberculose.

M. Barbary (de Nice). — Le cacodylate de gaïacol, obtenu pour la première fois par nous et M. Rebec, est utilisé depuis 1899 dans le traitement de la tuberculose.

Produit chimiquement défini :



$$AS\,(CH^3)^2O^2 - (C^6H^4 - OCH^3),$$

nous l'employons en injection et dissous dans une préparation huileuse représentant, pour une ampoule de 10 grammes d'huile stérilisée, 0 0354 d'acide cacodylique correspondant à 0 05 de cacodylate de soude et 0 05 de gaïacol.

Nous injectons une ampoule tous les 2 jours. Le traitement est interrompu pendant 8 jours et repris.

Le cacodylate de gaïacol agit :

1° Sur la nutrition générale en renforçant l'organisme par l'acide cacodylique;

2° Sur la tuberculose elle-même, comme modificateur du terrain et comme aboutissant à l'évolution arthritique par le gaïacol.

Nous avons pu établir des comparaisons avec les traitements habituels sur 50 malades. Le traitement par le cacodylate de gaïacol, joint à l'hygiène antituberculeuse, nous a donné à la première et à la seconde période de la maladie, des résultats rapides et durables.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(*52e Session. 4-7 juin 1901*).

Importance de l'examen clinique microscopique, bactériologique et chimique dans la pratique chirurgicale.

M. J. H. Wyeth. — Le chirurgien expérimenté sait aujourd'hui que l'asepsie et la rapidité de l'exécution sont les conditions du succès opératoire. Il ne faut pourtant pas oublier les ressources que le laboratoire apporte au diagnostic et comment il peut donner au traitement des indications rationnelles avant, pendant et après l'opération.

L'analyse chimique, l'examen clinique et bactériologique doivent faire part de l'éducation chirurgicale. Les progrès de la bactériologie ont rendu possible la différenciation d'états pathogènes dont la clinique était impuissante à poursuivre l'analyse. Le laboratoire a rendu aisé le diagnostic et le traitement de l'actinomycose, de l'anthrax, de l'œdème malin, de la plaque bubonique et autres affections; les recherches bactériologiques ont donné la nature des troubles puerpéraux et en ont fourni les indications opératoires suivant les formes.

L'analyse chimique du suc gastrique et du contenu stomacal ont jeté un nouveau jour sur les affections de l'estomac. Dans la différenciation des microbes spécifiques de l'uréthrite, l'examen bactériologique est un moyen infaillible. Dans la pyélite, le microscope permet de séparer une infection pyogénique simple, d'une infection tuberculeuse. L'auteur rappelle en outre les progrès de l'hématologie, de l'helmintologie et de la parasitologie.

De l'appendicite.

M. John B. Deaver dit que l'appendice est le plus vulnérable de tous les organes abdominaux pour les raisons suivantes : Il présente les caractères d'un organe en transformation rétrogressive; il reçoit peu de sang, la circulation lymphatique et le système nerveux y sont peu développés, il est long et son calibre est étroit, d'où insuffisance de drainage; enfin, il est exposé au traumatisme par suite de ses rapports intimes avec le psoas. Pour ces raisons, l'appendice est le lieu d'élection des microbes qui y trouvent les meilleurs conditions pour leur développement. La pathogénie de l'appendicite s'explique ainsi : lorsque pour une raison ou pour une autre l'évacuation des sécrétions des glandes appendiculaires ne se fait pas normalement, il en résulte d'abord la rétention, puis la stagnation et la décomposition des matières contenues dans l'appendice; en second lieu, surviennent des phénomènes de compression sur les parois; en troisième lieu, les microbes, surtout les colibacilles augmentent en nombre et en virulence et donnent naissance à des phénomènes inflammatoires plus ou moins marqués.

L'auteur propose la classification suivante :

1° Appendicite aiguë : *a*) catarrhale; *b*) interstitielle; *c*) ulcérative; *d*) gangréneuse.

2° Appendicite chronique : *a*) catarrhale; *b*) interstitielle; *c*) oblitérante.

La maladie n'a aucune tendance à la guérison et son traitement est purement chirurgical.

Dans toutes les inflammations de l'appendice, il y a trois symptômes cardinaux : la douleur, l'empâtement, l'induralion.

M. Delancey étudie les conditions hématologiques de l'appendicite.

Examen clinique et microscopique du sang.

M. V. Taksch. — Le sérum sanguin contenant de la serine et de la globuline est sujet à des modifications chimiques dans la septicémie puerpérale et dans certaines maladies fébriles; la globuline change moins que la serine. Les variations pathologiques des phosphates sont faibles, et celles des chlorures peu marquées. Dans l'anémie le pourcentage des chlorures est élevé. Dans le plasma on trouve surtout des sels de soude. Le potassium contenu dans les hématies diminue dans les affections hydrémiques. Chauveau, Seegen, Cavazan, lui ont trouvé dans le sang normal des traces de glucose qui sont augmentées par une alimentation hydrocarbonée et diminuées par l'exercice musculaire. Dans les hématies on trouve une diastase et de même dans le sérum. Pour Precka elle aurait le pouvoir de coaguler le sang, elle est inhibée par la neucléine et augmentée par le sulfate et le chlorate de soude. La graisse a été trouvée dans le sang après un bon repas. L'acétone existe dans certaines fièvres. V. Taksch a trouvé des acides gras dans le sang au cours de la leucémie, dans l'atrophie jaune aiguë du foie, dans les maladies infectieuses.

Dans l'ictère on a rapporté les accidents toxiques aux acides biliaires. La tension isotonique et l'augmentation de résistance des hématies sont caractéristiques de la famille. Les acides biliaires modifient l'affinité de l'hémoglobine et du stroma, rendent l'hémoglobine plus soluble.

M. G. Douglas Head étudie les modifications quantitatives des leucocytes au cours des hémorrhagies. Les expériences faites sur les chiens au sujet de la leucocytose digestive correspondent aux résultats obtenus chez l'homme. On peut donc croire qu'il en est de même à la suite des hémorrhagies. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° chez le chien, une diminution dans le nombre des globules blancs est la con-

séquence de l'hémorrhagie; 2° cette leucopénie initiale est bientôt suivie d'une hyperleucocytose; 3° cette leucocytose hémorrhagique se continue les 7 jours suivants et souvent plus longtemps.

Anémie pernicieuse.

M. Th. Mc Cral lit un rapport sur l'anémie pernicieuse et rapporte 40 cas observés dans le service du Dr Osler, à l'hôpital Johns Hopkins, en l'espace de 10 ans. Dans le même temps, l'hôpital a reçu 12 500 malades médicaux. Sur ces 40 cas d'anémie pernicieuse, il y a 32 hommes et 8 femmes, 2 nègres. L'âge varie entre 10 et 70 ans, le plus grand nombre dans la 5e décade. Comme étiologie, le surmenage physique et intellectuel existait dans 3 cas, 1 fois il y avait en même temps grossesse. La pigmentation de la peau a été vue 8 fois, les pétéchies 4 fois. Au début, l'examen hémamétrique était en moyenne : hémoglobine 30 p. 100, hématies 1 560 000, leucocytes 6 929 par centimètre cube. Comme proportion moyenne on a : nucléaires polymorphes 61 p. 100; petits mononucléaires 31 p. 100; gros mononucléaires et formes de transition 4 p. 100; éosinophiles 2 p. 100, et myélocites 1 p. 100. La durée moyenne des 17 cas mortels a été de 12 mois.

De la pression osmotique et de ses rapports avec les manifestations urémiques.

M. Heinrich Stern dit que nous restons dans une fausse direction lorsque nous cherchons à établir l'origine de l'urémie et manifestations analogues sur une base purement physiologico-chimique. La plupart des produits en question sont en soi peu toxiques. Le potassium paraît être le plus toxique. L'injection intra-veineuse d'urine a montré que l'urémie est la conséquence de la rétention non d'une, mais de toutes les substances contenues dans l'urine. Dans l'urémie, on n'a donc pas d'autres éléments que ceux qui existent normalement dans l'urine. La seule différence est dans la quantité. L'urémie par conséquent est une anomalie d'ordre physique plus que chimique.

Étudiant la pression osmotique dans les liquides de l'organisme, l'auteur établit que toutes les matières organiques sont saturées d'eau, que les cellules du corps sont plus ou moins perméables à l'eau si l'organisme contient des sels solubles et que l'eau reste intacte, si bien que pendant une certaine période, il n'est introduit ou éliminé ni sels, ni eau, tous les éléments aqueux de l'organisme forment un liquide homogène et la même pression osmotique existe partout. Quand l'activité excrétrice du rein est matériellement interforée, les produits de catabolisme sont retenus dans le sang. Le grand nombre de molécules dissouts dans le plasma augmentent la pression osmotique et tendent à se diriger vers les liquides moins concentrés de l'organisme. Finalement, tous les liquides de l'organisme présentent un degré de concentration semblable d'où résulte une série de troubles, classés sous le nom d'urémie.

Les phénomènes qui suivent l'injection dans le sang de solutions salines concentrées sont les mêmes que ceux de l'urémie. Noss a noté chez le chien des convulsions toniques et clowniques à la suite d'une injection de NaCl à 10 p. 100.

Troubles circulatoires accompagnant les cirrhoses avec inoculation des branches porte et du système veineux.

M. C. G. Stockton donne comme conclusions :

1° La pression normale du sang dans le système porte est faible; quand elle est brusquement augmentée, il survient des phénomènes de toxémie, faciles à dissiper par une purgation;

2° Quand les changements circulatoires et l'augmentation de pression porte est progressive et moderne, le sujet résiste à la toxémie.

M. C.-V. Vaughan fait quelques remarques sur les cirrhoses du foie dues aux poisons métalliques et dit que le plomb et le cuivre sont parmi les agents les plus nocifs. Ils donnent lieu à la dégénérescence graisseuse.

M. J.-H. Musser, à propos du traitement des cirrhoses, les distingue ainsi : 1° cirrhoses ne donnant lieu à aucun symptôme pendant la vie et reconnues à l'autopsie; 2° cas qui ne sont pas soupçonnés jusqu'à l'apparition d'un trouble plus apparent, hémorrhagie, etc.; 3° cas avec symptômes d'obstruction porte; 4° cas avec symptômes d'obstruction biliaire. Les lignes générales du traitement sont le régime diurétique et hygiénique, l'asepsie gastro-intestinale, la surveillance du bon fonctionnement du rein.

M. Th. D. Putcher lit un travail sur les cirrhoses pigmentaires.

Un cas d'acromégalie avec certains points d'intérêt particulier.

M. C. Lyman Green rapporte le cas d'un jeune homme de 25 ans, chez lequel depuis quelques années la maladie s'est développée pendant les mois d'hiver. Rien de particulier dans les antécédents. A 5 ans, début des accidents par l'élargissement des mains et des pieds. Actuellement, hypertrophie osseuse généralisée vérifiée par la radiographie. Le traitement thyroïdien a amené une amélioration marquée et immédiate.

Observations cliniques sur la péricardite.

M. Frank Billings dit que la péricardite est essentiellement un processus secondaire survenant au cours d'une infection générale. Les manifestations locales peuvent être si faibles qu'elles échappent à l'observation et les symptômes généraux auxquelles la maladie locale peut donner lieu peuvent être obscurcies par ceux de l'affection causale primitive. Le diagnostic de la péricardite est fait plus souvent *post mortem* que sur le vivant.

M. J.-Mc. Farland étudie la pathogénie et la pathologie de la péricardite. Elle est plus fréquente chez l'homme et se distingue en primitive, idiopathique ou secondaire, métastatique. La fréquence varie suivant les auteurs. Le traumatisme est une cause de péricardite lorsqu'il donne lieu à une pénétration de germes dans les tissus. L'infection par voie lymphatique peut se faire à la suite d'adénopathies trachéo-bronchiques, de pleurésie; l'infection par voie sanguine survient au cours des pyoémies. Il n'y a pas de microbe spécifique de la péricardite Breitung a réuni 324 cas de péricardite dont 108 sérofibrineuses, 30 hémorrhagiques, 24 purulentes, 24 tuberculeuses secondaires, 2 tuberculeuses primitives; 111 péricardites adhésives partielles, 23 adhésives totales, 2 péricardites ossifiantes. Sur 39 cas étudiés par Louis, il y avait 9 épanchements séreux, 7 purulents, 10 séro-sanguinolents, 13 séro-purulents.

L'action de la péricardite sur le cœur est de grande importance. Les couches musculaires sous-jacentes présentent des lésions de dégénérescence hyaline ou graisseuse. Du pus peut se former dans l'épaisseur du muscle cardiaque. La dilatation aiguë du cœur est la conséquence des modifications subies.

M. R. B. Preble étudie à son tour l'étiologie générale de la péricardite et pose les conclusions suivantes :

1° Les cas de péricardite aiguë primitive existent cliniquement mais sont rares;

2° Les affections au cours desquelles on voit survenir la péricardite sont par ordre de fréquence, la pneumonie, 34 p. 100, la rhumatisme 23,36 p. 100, la néphrite chronique diffuse 11,2 p. 100, la tuberculose 10 p. 100, la septicémie 4,7 p. 100, l'anévrysme 2,6 p. 100, la fièvre typhoïde 1,7 p. 100;

3° Plus une pneumonie est grave plus la menace de péricardite est imminente. Les pneumonies gauches y donnent lieu plus facilement;

4° Quand un seul côté est pris, le danger est moindre si c'est le lobe supérieur droit, il est plus grand si c'est le lobe moyen droit ou le lobe supérieur gauche;

5° La mortalité de la pneumonie avec péricardite est de 92,4 p. 100;

6° La péricardite rhumatismale se complique d'endocardite dans 60 p. 100 des cas, c'est-à-dire 3 à 4 fois la mortalité de l'endocardite simple;

7° Le danger de la complication du rhumatisme par la péricardite est plus grand chez les jeunes sujets et plus grand chez les hommes que chez les femmes;

8° La péricardite est une complication possible de toutes les formes de néphrite mais particulièrement de la néphrite chronique diffuse avec rétraction;

9° La tuberculose est une cause rare de péricardite. La tuberculose généralisée peut donner lieu à la péricardite mais celle-ci est bien plutôt due à la tuberculose pulmonaire ou médiastinale chronique. Le foyer primitif peut être contigu ou éloigné du pericarde;

10° La fièvre thyphoïde est une cause rare;

11° Les cas d'oblitération du péricarde sont dus aux causes suivantes par ordre d'importance : endocardite, tuberculose, néphrite chronique, anévrysme.

M. R. E. Babcock lit une étude sur la *péricardite adhésive* et distingue deux formes. 1° Cas où il y a adhérence des 2 feuillets sans adhérence aux parties voisines, *péricardite adhésive interne*. 2° Cas où il y a adhérence des deux feuillets entre eux et avec les parties voisines, *péricardite adhésive externe et interne*.

M. C. F. Mc Gahan dit que la tuberculose du péricarde est plus fréquente qu'on ne le dit généralement. Elle débute insidieusement et se rencontre chez des malades anémiés, affaiblis, présentant des troubles vagues du côté du cœur.

La toux comme moyen de dissémination du bacille tuberculeux.

M. L. Napoleon Boston insiste sur l'importance de la toux comme mode de propagation de la tuberculose. En recueillant les particules lancées par la toux sur 50 malades, 38 fois on a retrouvé le bacille tuberculeux. Sur les 12 autres malades, les malades étaient si faibles que les particules lancées par la toux n'atteignaient pas le fond du masque grillagé mis devant les malades pour recueillir les portions de salives expulsées.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Feurtet (Gabriel). *Contribution à l'étude des kystes du vagin*. N° 504. (L. Boyer.)

M. Bertrand (Gabriel). *Traitement rationnel de la blennorrhagie et des autres infections catarrhales purulentes génitales chez la femme*. (L. Boyer.)

M. Prudhomme (M.-L.). *Les stigmates de la blennorrhagie chez la femme*. (Jules Rousset.)

Dès qu'on commença à se préoccuper de la pathogénie de ces kystes, plusieurs hypothèses ont été proposées dont l'une a été longtemps admise comme la seule exacte, à savoir leur origine glandulaire. Il a fallu reconnaître l'impossibilité d'une telle façon de penser. Une autre théorie vint la remplacer, laquelle eut à son tour des défenseurs nombreux, et à son tour devint classique, expression qui n'a, en science, rien d'absolu ni de définitif. Cette hypothèse donne aux kystes en question une origine hygromateuse.

Les diverses observations recueillies par M. Feurtet l'ont amené à penser que cette origine hygromateuse n'avait rien de vraisemblable; l'examen histologique, fait dans de nombreux cas, a démontré de façon absolue qu'il ne se forme pas de bourses séreuses donnant naissance à des kystes du vagin. De plus, les statistiques sur lesquelles semblent surtout s'être appuyés les partisans de cette hypothèse, ne montrent nullement que ces kystes se rencontrent particulièrement chez les femmes ayant accouché ou chez les prostituées.

Il faut donc conclure à une origine embryonnaire, qu'elle ait pour point de départ un reste des canaux de Muller s'il s'agit de la paroi postérieure du vagin, ou un vestige des canaux de Gartner, s'il s'agit de la paroi antérieure et des parois latérales. Si la poche kystique n'est pas formée des canaux ou d'un reste des canaux de Müller ou de Gartner, elle s'est développée dans l'intérieur de ces canaux par pincement de deux plis de la muqueuse ayant formé cavité close ou par invagination de cellules épithéliales; l'origine embryonnaire n'en existe pas moins.

Le traitement de choix consiste à faire l'extirpation complète de la tumeur.

M. Bertrand propose les moyens suivants pour donner des soins efficaces dans la blennorrhagie chez la femme :

1° Faire le diagnostic exact de toutes les localisations de la blennorrhagie et pour ce, faire un examen clinique minutieux appuyé d'un examen bactériologique systématique des sécrétions de l'urèthre et de l'utérus et de toutes les sécrétions, même muqueuses, qui peuvent être recueillies;

2° Traiter chaque localisation séparément;

Le traitement consistera de préférence en lavages avec une solution de permanganate de potasse dont le titre pourra varier.

3° Contrôler la guérison d'une façon très rigoureuse;

4° Faire des examens bactériologiques chaque jour à partir du quatrième jour des soins au plus tard;

5° Noter la disparition des gonocoques;

6° Noter la disparition du pus;

7° Continuer les lavages un certain temps après la disparition du pus;

8° Mettre ensuite la malade en observation deux jours;

9° Essayer de faire repulluler le gonocoque;

10° Constater cliniquement et bactériologiquement, pendant les deux jours qui suivent, que cet essai a été négatif.

La blennorrhagie ne se traduit pas chez la femme par des signes objectifs, vraiment pathognomoniques, mais elle s'accompagne d'un cortège de manifestations extérieures qu'on peut rencontrer quelquefois dans d'autres affections, mais jamais avec une aussi grande fréquence que dans l'infection gonococcique : ces manifestations sont ce que M. Prudhomme appelle les stigmates de la blennorrhagie.

Les stigmates comprennent les lésions intertrigineuses de la face interne des cuisses, du pourtour de l'anus et des fossettes génito-crurales, lésions ayant des caractères très nets, presque spécifiques, selon qu'on se trouve en présence d'une blennorrhagie ancienne ou d'une blennorrhagie récente.

Ces lésions sont modifiées par un ensemble de complications qui doivent rentrer parmi les stigmates et qui sont dues, les unes au terrain, les autres aux infections secondaires ou surajoutées (folliculites, érosions, syphilides et ulcérations chancrelleuses).

Deux autres manifestations semblent mériter une place à part dans ces stigmates et se rattacher à la blennorrhagie: ce sont l'œdème des petites lèvres et les végétations.

Dans toutes ces lésions la présence du gonocoque a été relevée d'une façon presque constante.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1900-1901.

M. Marchenay (André-Honoré). *Traitement des cancers par l'acide arsénieux*. N° 38.

M. Matignon (Raymond-Joseph). *L'art médical à Tunis*. N° 55.

M. Bargues (Adolphe-Barusch). *Contribution à l'étude du papillome. Etude étiologique*. N° 52.

M. Manine-Hitou (François-Jean-Marie). *De la suture des plaies du cœur. Manuel opératoire*. N° 40.

M. Audoin (Gaston-André). *Du traitement électrothérapique de la paralysie infantile*. N° 53.

M. Vital (Raoul-André). *Contribution à l'étude du traitement de la septicémie puerpérale par les bains froids*. N° 37.

M. Auchier (Félix). *Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale progressive et de la dégénérescence.* N° 57.

Le traitement des cancers par l'acide arsénieux est une méthode très ancienne qui fut surtout en vogue du xv° au xviii° siècle.

On peut l'appliquer de trois façons différentes :

1° En injections arsenicales sous-cutanées; méthode trop nouvelle, pour laquelle M. Marchenay réserve son opinion. Il les croit utiles pour les cancers inopérables;

2° En badigeonnages hydro-alcooliques : méthode qui donne des résultats bons, mais inconstants. De plus elle est ennuyeuse pour le malade;

3° En applications de pâte arsenicale : bien que la plus ancienne, cette méthode semble la plus recommandable. Son action est sûre et sa technique simple.

L'acide arsénieux semble avoir une action élective, mais la raison de ce fait n'a pas été donnée d'une façon précise. La théorie de Czerny et de Trunecek, bien que très vague, paraît encore la meilleure. Il a en plus une action antiputride.

L'acide arsénieux a-t-il une action à distance sur les ganglions ? La question n'est pas résolue. Il faudrait pour cela analyser un ganglion pris avant le début du traitement.

Certains cancers sont surtout justiciables du traitement arsénieux : tels sont les cancers superficiels de la peau, surtout ceux du visage et de la tête. On pourra l'essayer encore pour les lésions plus profondes, lorsqu'il n'y a pas encore d'envahissement ganglionnaire. Mais il faudra alors être très prudent et, si les résultats se font attendre, ne pas hésiter à proposer au malade une intervention sanglante.

M. Matignon nous fait voir dans un style imagé, ce qu'est l'art médical à Tunis. Il nous montre d'abord la médecine arabe dans ses pratiques médicales et chirurgicales. Il étudie la saignée, le tatouage médical, la circoncision. Nous pénétrons ensuite dans la demeure même de l'indigène, nous voyons au point de vue de l'hygiène ce qu'est son vêtement, sa maison, son hammam. Puis vient une étude de son hygiène publique : rues, abattoirs, cimetières.

L'auteur nous montre dans les chapitres suivants les bienfaits apportés par la France à la Tunisie : Institut Pasteur, avec son service de bactériologie; le service des vaccinations qui gagne chaque jour du terrain sur la dangereuse pratique de la variolisation, le service des vaccinations antirabiques qui a remplacé la médication par la cantharide fort en honneur encore en Tunisie; la création de nombreux hôpitaux (hôpital civil français, italien, musulman, israëlite). Enfin, les derniers chapitres sont consacrés à l'étude de l'art des accouchements, aux eaux thermales de la Tunisie, à l'alcoolisme et au kifisme chez les indigènes.

Pour M. Bargues, les végétations des organes génitaux et les verrues vulgaires sont les deux modes d'une même production : le papillome.

L'étiologie de ces deux lésions est la même et se résume dans ces deux termes bien vagues : irritation et terrain.

Cliniquement les deux affections paraissent être également contagieuses.

Expérimentalement elles ne sont inoculables que chez 1 sujet sur 2.

Les différences objectives entre les végétations et les verrues, qui les ont fait décrire comme des affections distinctes tiennent uniquement au lieu d'implantation qui est différent.

La suture du cœur pour plaie a été pratiquée chez l'homme 15 fois à la connaissance de M. Manine-Hitou et 4 fois avec succès.

L'opération n'offre pas de grandes difficultés sur le vivant.

Il est facile de se rendre compte si le cœur a été blessé par un instrument qui a pénétré dans le thorax et en quel point.

Pour aborder la région cardiaque, il faut tailler un large volet qui permette de découvrir et de fermer la plaie, quelque soit son siège. Le manuel opératoire de Fontan semble le meilleur.

C'est un volet thoracique à charnière verticale et externe. Pour bien découvrir les deux oreillettes, il doit être un peu plus large que ne l'indique le chirurgien de Toulon. Le lambeau atteindra en dedans le bord gauche du sternum; la charnière sera sur la ligne axillaire antérieure, en haut il ira jusqu'à la 3° côte et en bas jusqu'au 6° espace intercostal. Le péricarde incisé verticalement sur la ligne parosternale permettra de voir le cœur bien à nu. L'oreillette droite est bien visible sous le sternum. Si l'on soulève la pointe du cœur on voit bien sa face postérieure.

Le manuel de la suture du cœur est des plus simples, mais il exige des connaissances des phénomènes respiratoires et cardiaques qui se passent pendant l'opération.

En présence de la paralysie infantile, la thérapeutique est à peu près désarmée. Tous les traitements tour à tour essayés ont échoué. Un seul donne quelques guérisons, c'est le traitement électrique. Encore faut-il bien se persuader, nous dit M. Auboin, qu'il n'est pas infaillible et qu'à côté de quelques succès, on compte de nombreux échecs.

De toutes les formes d'électricité, le courant galvanique semble donner les meilleurs résultats, car sous son influence le muscle travaille davantage et sa nutrition est maintenue et favorisée. On peut ainsi espérer, grâce à une sorte de régénération ascendante, faciliter la guérison dans la cellule nerveuse.

Si le traitement électrique échoue, on devra recourir à l'intervention sanglante : suture tendineuse, opération sur les articulations, ou même sur les os, d'après l'état des lésions.

Il paraît indiscutable à M. Vital que les bains froids ont le plus souvent une influence heureuse sur l'infection puerpérale. Mais si c'est une arme précieuse, elle est délicate à manier, car ce traitement n'admet pas d'insuccès, sous peine de s'entendre accuser des accidents qu'il n'aura pu arrêter. Aussi si la méthode est à peu près admise de tous pour la fièvre typhoïde, elle laisse beaucoup d'indifférents pour la fièvre puerpérale. Cependant les observations que rapporte l'auteur montrent qu'on en obtient de bons résultats, même quand l'intervention locale, l'antisepsie générale et la sérothérapie ont échoué.

Comme contre-indications à la méthode, il faut signaler : l'inflammation du péritoine, la phlegmatia alba dolens et les lésions du cœur.

Les accidents du côté des bronches, des poumons ou des reins ne sont pas une contre-indication.

Les rapports entre la paralysie générale et la folie n'ont cessé d'être discutés depuis la découverte de la maladie de Bayle. Les uns considèrent la paralysie générale et la folie « comme deux rameaux d'une même branche », susceptibles de passer des ascendants aux descendants. D'autres la regardent comme de nature essentiellement différente.

La discussion de cette question, telle que la présente M. Auchier, n'est qu'une des phases de la question.

Cette étude porte sur un grand nombre de cas personnels et inédits. On a recherché la fréquence et la nature des malformations, des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux et, d'autre part, les caractères de la paralysie générale chez les dégénérés.

Il semble que les stigmates de dégénérescence ne sont ni plus nombreux ni plus accusés que chez les gens normaux et, en tout cas, ils sont beaucoup moindres que chez les vésaniques. Il est bon d'ajouter que lorsque ces stigmates existent, ils sont la plupart du temps isolés et ne forment presque jamais un ensemble, un bloc caractéristique de l'état de dégénérescence,

Lorsque la paralysie générale évolue chez un dégénéré, elle présente certains caractères particuliers. C'est ainsi, par exemple, qu'on trouve chez eux des antécédents psychopathiques antérieurs fréquents. Les signes somatiques sont moins accusés au début. Le délire expansif est moins marqué, puisqu'il évolue sur un terrain congénitalement stérile.

Donc, pour l'auteur, la paralysie générale existe rarement chez les dégénérés, et lorsqu'on la retrouve, elle ne présente pas les mêmes caractères que lorsqu'elle se développe chez des hommes normaux.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les ruptures valvulaires de l'aorte,

Par M. le Dr Dupuis.

Historique. — Depuis déjà bien longtemps l'on connaît les ruptures du cœur : c'est même Harvey qui en écrivit la première relation. Cependant c'est chez Sénac que, pour la première fois, l'on rencontre l'expression : rupture valvulaire; antérieurement, il n'était question que des lésions portant sur les parois du cœur.

De Corvisart l'on a trois observations suivies d'autopsie, de rupture des colonnes charnues et des cordages tendineux de la valvulve mitrale.

Sont alors bientôt publiées quelques observations où les sigmoïdes aortiques sont intéressées. Ainsi : les relations de William Henderson dans l'*Edimburgh Medical journal* (1835); d'Aran dans les *Archives de médecine* (1842); de Peacock dans le *Monthly journal* (1852). Mais tous ne parlent que de ruptures à la suite d'un effort violent. En 1873. dans le *Medical Times and Gazett*, nous relevons une observation de Foster où il est question d'une rupture de valves consécutive au traumatisme, et en 1878 une observation semblable de Burney Yeo.

En 1879, Leroy, dans le *Bulletin médical du Nord*, traite d'un cas de rupture traumatique des sigmoïdes aortiques.

Le *Progrès médical*, en 1875, publie un article de Terrillon; cet auteur cite des cas dans lequel les lésions s'accompagnent de plaies pénétrantes. En 1880, dans l'*Union médicale*, M. Durozier publie plusieurs observations à propos des lésions valvulaires d'origine traumatique.

En 1881, dans la *Revue de médecine*, M. Barié fait paraître un important travail sur les ruptures valvulaires spontanées ou traumatiques. C'est un ensemble de 16 observations, dont plusieurs personnelles, de rupture de valvules sigmoïdes de l'aorte; en outre, M. Barié donne le résultat de ses expériences faites avec le professeur Potain.

En 1890, dans le *Bulletin médical*, et en 1894 dans la *Clinique médicale de la Charité*, M. Potain étudie les traumatismes cardiaques et les ruptures valvulaires consécutives.

En février 1896, le Dr Dreyfus consacre une thèse à ce sujet et peut réunir 72 observations embrassant tout l'appareil valvulaire.

Enfin, en dernier lieu, des expériences ont mis en lumière le mécanisme des ruptures. En dehors de MM. Potain et Barié, l'on doit signaler les recherches expérimentales de MM. Chauveau et Marey (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1863); de M. François Franck (*Société de Biologie*, 1882) et de Pinet (*Société anatomique*, 1887).

Enfin, à propos des observations récemment publiées par son maître, M. Launois, M. Dupuis consacre à ce sujet sa thèse que nous résumons ici (1).

Étiologie. — Les ruptures valvulaires, si elles sont extrêmement rares, comparées aux autres affections cardiaques, ne sont pas exceptionnelles, envisagées d'une façon absolue. M. Barié a pu en réunir en effet un nombre assez important.

En comparant les cas qu'il rapporte et ceux qui ont été publiés par d'autres auteurs, nous voyons que cet accident est surtout fréquent chez l'homme, puisque nous retrouvons sur 4 cas de ruptures vulvulaires 3 cas chez l'homme et 1 seulement chez la femme.

Ceci est la conséquence des rudes travaux et des occupations de l'homme. Il déploie beaucoup plus de force que la femme, ses efforts sont plus énergiques, plus répétés : en outre, il est plus exposé qu'elle aux traumatismes.

Ces considérations permettent encore de comprendre pourquoi le maximum de fréquence des lésions qui nous occupent s'observe chez l'homme adulte, justement à l'époque de la vie où l'activité musculaire est plus considérable.

Causes prédisposantes. — La rupture des valvules aortiques peut se produire chez un individu absolument sain, mais fréquemment elle survient chez un homme qui a déjà été atteint d'altérations dans la région aortique.

Il y a, dans ce cas, prédisposition à la rupture et les causes prédisposantes sont nombreuses.

Dans 3 cas nous trouvons des attaques antérieures de rhumatisme articulaire.

Dans un cas, Barié a indiqué l'infection puerpérale comme cause prédisposante.

MM. Hayem et Landouzy signalent l'influence de la fièvre typhoïde.

Dans d'autres cas on trouve l'alcoolisme ou la syphilis.

Le tabes doit être rangé parmi les causes qui prédisposent aux ruptures valvulaires de l'orte.

Peu importe dans ce cas le mécanisme, que ce soit par des troubles trophiques d'origine nerveuse, ou par des lésions concomitantes dues à l'artério-sclérose, ou à la syphilis qui localiserait son action d'une façon indépendante, d'une part le système nerveux, d'autre part sur l'aorte.

Causes déterminantes. — Dans presque tous les cas de déchirure valvulaire, on retrouve au début des accidents une cause déterminante, effort ou traumatisme, à laquelle le malade rattache les accidents qu'il présente.

Sans doute, il y a des degrés dans la puissance de la

1. Les observations se trouvent dans la *Thèse* de M. Dupuis, 1901, n° 558 (Naud).

cause déterminante et l'on devine que la force nécessaire pour rompre les valvules ne sera pas la même chez un individu atteint de lésions de l'aorte.

Toute cause qui augmente la tension artérielle (les traumatismes, les efforts, les émotions) peut être une cause occasionnelle. Ce sera l'effort du forgeron qui soulève son marteau, l'effort du charretier qui pousse sa voiture pour aider son cheval, la course prolongée d'un braconnier poursuivi par des gardes, l'effort d'un jockey qui dresse un jeune cheval.

L'émotion même joue un rôle, tel le cas d'un malade qui fut atteint de rupture des valvules de l'aorte en voyant tomber aux courses le cheval sur lequel il avait mis une forte somme.

Anatomie pathologique. — La lésion se constate à l'autopsie par l'épreuve de l'eau qui est classique, qu'on doit toujours faire et qui est toujours positive; on ouvrira ensuite le cœur et l'on étudiera la rupture des valvules. La déchirure peut intéresser une ou plusieurs valvules.

Parmi les cas suivis d'autopsie observés par Barié, 6 fois la déchirure a intéressé deux valvules; 3 fois seulement elle était localisée à une seule valvule. Il peut y avoir soit rupture horizontale suivant la base d'insertion ou le long du corps libre, soit rupture, parallèle à l'axe du vaisseau, depuis le bord libre jusqu'à la base d'implantation. Une valvule peut encore être déchirée à un ou deux de ses angles. Deux valvules peuvent être adhérentes et arrachées ensemble de leur insertion; enfin il se peut qu'il existe une simple déchirure portant sur le bord libre et suffisante cependant pour constituer la lésion d'insuffisance.

Les lésions que l'on rencontre le plus souvent à l'autopsie des malades ayant succombé à la suite de ruptures valvulaires sont donc très variables. Le siège de la rupture, son étendue, sa forme varient dans chaque cas; il est presque impossible d'établir une règle générale à ce sujet. La lésion se produit naturellement au point le plus faible, mais ce point même est variable suivant les sujets, variable congénitalement et d'une façon acquise, créé par des infections, des intoxications antérieures.

Mais la déchirure ne constitue pas toujours la seule lésion des valvules; sur cette déchirure peuvent s'arrêter des microbes, d'où le développement secondaire d'endocardites microbiennes. Dans une observation de M. Barié, on voit, à l'autopsie du malade, des végétations nombreuses accompagnant une rupture des valvules aortiques, et cependant ce malade n'avait jamais été atteint antérieurement à son traumatisme d'aucune maladie infectieuse ayant pu déterminer de l'endocardite.

Les lésions valvulaires existent rarement isolées; presque toujours on contaste en même temps des modifications de l'aorte ou du cœur. Du côté de l'aorte on peut trouver de la dilatation de la base du vaisseau, des plaques d'athérome, des lésions syphilitiques.

Ces lésions, quand elles existent, paraissent être antérieures à la rupture valvulaire. Les modifications du cœur, du myocarde plus exactement, sont au contraire consécutives aux traumatismes. Ces modifications ont pour but de suppléer à l'insuffisance des valvules. Le muscle cardiaque lutte davantage; il travaille plus, et, conséquence : il s'hypertrophie. Parfois aussi les cavités se laissent dilater. Barié a même noté un commencement de dégénérescence graisseuse accompagnant une hypertrophie considérable du myocarde.

Pathogénie. — L'effort était la cause déterminante la plus fréquente des ruptures valvulaires aortiques, M. Barié en donne l'explication.

C'est dans le phénomène de l'effort qu'il faut chercher le mécanisme de production des ruptures valvulaires. Au moment de l'effort, la circulation intrapulmonaire est considérablement entravée, car l'air contenu dans les poumons fait obstacle à l'arrivée du sang dans ler capillaires et le refoule vers les cavités cardiaques. Dans le cœur droit, le sang s'accumule progressivement dans le ventricule, dans l'oreillette, gagne progressivement les veines et si l'effort vient à persister un peu longtemps, le système veineux de la tête, du cou, des membres supérieurs, se distend et donne lieu à une turgescence tout à fait caractéristique : la résultante de tous ces phénomènes est une élévation brusque et intense de la pression sanguine dans les cavités droites; que maintenant cette pression vienne à être augmentée par suite d'efforts nouveaux, tels qu'une série de quintes de toux, on comprendra qu'au moment de la systole ventriculaire, la valvule tricuspide, soumise à des variations brusques de tension, puisse se rompre dans certaines circonstances.

Du côté des cavités gauches, il existe pendant l'effort une augmentation notable dans la tension des artères périphériques, due en partie à l'obstacle apporté à la circulation sanguine, et d'autre part à la compression que subit l'aorte dans le thorax et dans l'abdomen : il en résulte une augmentation de pression dans tout le système artériel à sang rouge, qui se manifeste dans les tracés sphygmographiques de la radiale par l'élévation constante du tracé.

C'est pourquoi, suivant Marey, un effort énergique produit des perturbations dans les battements du cœur, et le ventricule gauche, soumis à une tension exagérée, développe à chaque systole une action très accusée.

Si maintenant on se rappelle que la pression à laquelle est soumis le sang dans le ventricule gauche au moment de sa contraction est de 12 cm. et 1/2, tandis qu'elle n'est que de 25 millimètres dans le ventricule droit, on comprendra comment l'appareil valvulaire gauche, qui doit faire face à cette tension déjà considérable par elle-même et encore augmentée par suite de l'effort, est plus fréquemment brisé que celui du cœur droit.

Pour les ruptures spontanées intéressant les valvules sygmoïdes de l'aorte, on peut aussi invoquer le même mode de production.

Pendant l'effort la poitrine est remplie d'air, le thorax est immobilisé et la tension intra-aortique est très considérable, en sorte que, pendant chaque diastole du cœur, les valves ont à supporter une pression extrême, laquelle ne tarde pas à avoir raison de leur résistance pour peu qu'elles soient déjà altérées.

Un symptôme des plus importants et des plus intéressants dans la déchirure des sygmoïdes de l'aorte réside dans l'intensité du souffle qui peut s'entendre à distance. Les travaux de M. François-Franck éclairent le mécanisme de ce bruit strident. L'acuité du souffle aortique augmente à mesure que la lésion valvulaire diminue d'importance.

Disons à ce propos que les caractères assignés par M. François-Franck au souffle de rentrée du sang d'une poche anévrysmale dans l'aorte et au souffle d'insuffisance aortique permettent d'ailleurs de faire aisément le diagnostic du souffle de l'insuffisance aortique traumatique.

Il faut enfin tenir compte de l'influence de l'hypertension artérielle sur l'intensité du souffle et sur la production des ruptures valvulaires. L'hypertension artérielle est surtout révélée par l'existence d'un retentissement diastolique de la base, à droite du sternum; elle est l'une des causes de l'intensité du souffle diastolique;

car cette intensité ne dépend pas seulement du degré de l'inocclusion valvulaire, mais surtout du degré de pression sanguine intra-aortique. Cette hypertension peut aussi produire des insuffisances aortiques fonctionnelles temporaires dues à une dilatation également temporaire de l'aorte.

Symptomatologie. — La conséquence des ruptures valvulaires, dit Bernstein, est l'établissement de l'insuffisance des valvules rompues.

Autrefois on pensait que la mort devait suivre rapidement. Il n'en est pas toujours ainsi. Le myocarde est souvent assez puissant pour compenser l'insuffisance valvulaire et retarder pendant un certain temps l'apparition des troubles cardiaques. On assiste alors aux symptômes que nous allons décrire.

Les symptômes dus à la rupture des valvules sygmoïdes sont très variables : variables avec la cause, avec l'état du sujet, surtout avec ses antécédents et avec l'état antérieur de son aorte et de son myocarde.

Il existe des cas où la mort est survenue en même temps que la rupture des valvules et il est difficile de dire alors si elle a été causée par la rupture seule, ou bien si elle a été causée par le traumatisme.

Il existe d'autres cas où, la lésion étant parfaitement compensée par un bon myocarde, le malade peut vaquer à ses occupations sans être incommodé d'aucune façon.

Dans d'autres cas, il vient consulter parce qu'il entend un bruit anormal dans sa poitrine; ce bruit est parfois d'une intensité extrême, le malade s'en préoccupe et vient demander l'avis du médecin.

On conçoit que les symptômes soient tout à fait différents suivant les modes de début de l'affection; et la rupture peut se produire lentement ou d'une façon soudaine. Dans le premier cas les symptômes apparaissent d'une manière insidieuse; dans le second, au contraire, nous assistons à un tableau dramatique : douleur subite angoissante que plusieurs malades comparent à une déchirure occupant les régions présternale, précordiale ou épigastrique; rarement se produisent des irradiations douloureuses vers le cou ou le membre supérieur gauche.

Après la douleur, ou en même temps, dyspnée extrême pouvant aller jusqu'à la suffocation. Alors peut survenir la syncope ou simplement des lipothymies et des vertiges.

Dans quelques cas, dès que le malade se remet de cette secousse violente, il commence à entendre un bruit vibrant, musical, extrêmement intense dans sa poitrine, et ce bruit peut être perçu par les personnes de sa famille quand elles approchent l'oreille de son thorax. Plusieurs malades ont été très affirmatifs sur l'apparition du souffle.

Quand la lésion est constituée, alors que le malade vient consulter le médecin, ce dernier constate presque toujours, *à la simple inspection*, un soulèvement énergique de la paroi et des battements des vaisseaux du cou. *A la palpation*, il perçoit un frémissement cataire, un thrill assez accentué. Il est produit par la collision du sang contre les lambeaux valvulaires détachés de la paroi. Son maximum d'intensité est généralement au niveau de la partie interne du deuxième espace intercostal droit. La palpation montrera encore que la pointe est placée dans une position inférieure, dans le 6e ou le 7e espace intercostal.

La *percussion* donnera une augmentation de la matité cardiaque. Ce signe joint au précédent permet de conclure à l'augmentation de volume du cœur et spécialement du ventricule gauche.

La percussion de l'aorte indique dans la plupart des cas une augmentation de la matité normale.

L'*auscultation* peut souvent se pratiquer de deux manières, l'oreille placée à distance ou immédiatement sur la poitrine.

Dans plusieurs cas, le souffle est assez intense pour être perçu à 20, 30 et 50 centimètres du thorax; le malade et son entourage l'ont constaté bien avant le médecin. Ce bruit anormal est piaulant, musical, parfois paraît continu avec des renforcements. Il est comparable au bourdonnement d'un insecte, au vol d'un hanneton.

Quand l'oreille est appliquée sur la poitrine, on constate que le souffle est diastolique, qu'il a son maximum dans le second espace intercostal droit et qu'il se propage en descendant suivant le cours du sang. C'est donc un souffle typique d'insuffisance aortique.

Parfois un souffle systolique s'ajoute au souffle diastolique, de sorte qu'il existe un double souffle à la base. Ce phénomène ne peut être attribué à l'existence d'un rétrécissement aortique, qu'on ne trouve pas d'ailleurs à l'autopsie.

Il est vraisemblablement dû, comme le pense Foster, au clapotement des valves rompues flottant librement dans le courant sanguin.

Le souffle diastolique de l'insuffisance aortique peut être intermittent.

Les *caractères du pouls* sont ceux de l'insuffisance aortique : pouls de Corrigan bondissant et défaillant.

Bordenave pense que le sang est lancé avec énergie par le myocarde qui s'est hypertrophié et défaille parce que le sang n'ayant plus la barrière des valvules sygmoïdes aortiques, reflue dans le ventricule. Les tracés sphygmographiques sont également démonstratifs.

L'auscultation avec le sthétoscope de l'artère fémorale donne le *double souffle crural*.

Le *pouls capillaire* est également très net, soit qu'on l'observe sur l'ongle, soit qu'on le constate sur la ligne rouge provoquée sur le front par un frottement énergique.

Chez le premier malade présenté par M. Launois, on notait également le signe de M. Moutard-Martin, appelé *pouls radiculaire* et constitué par le battement anormal et assez prononcé des parties latérales et de la pulpe des doigts qui contiennent les dernières ramifications des artères collatérales digitales.

Il faut enfin noter la présence du signe de Tripier ou précession du choc de la pointe du cœur sur le pouls radial.

Signes fonctionnels, marche, terminaison. — Les signes fonctionnels sont ceux de l'insuffisance aortique. La figure est pâle, le sang, quoique lancé avec énergie, n'arrive pas complètement à destination des parties périphériques, et la main, la face, sont plus pâles.

Peut-être aussi se joint-il à ce mécanisme une action vaso-motrice périphérique. Cette mauvaise irrigation peut se traduire par des épistaxis, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, parfois des tendances aux syncopes.

Il peut y avoir à certains moments des douleurs précordiales de la dyspnée, des phénomènes pouvant se rapprocher de l'angor pectoris qui peuvent être attribués aux lésions de l'aorte, des plexus cardiaques et des artères coronaires.

La mort peut survenir de nombreuses façons : par asystolie, par dilatation du cœur, mais plus souvent par syncope due à une mauvaise irrigation du cerveau ou du cœur par ses propres artères.

L'évolution est en somme alors celle d'une insuffisance aortique et elle peut d'ailleurs être compatible avec une santé assez bonne, témoin le premier malade présenté par M. Launois qui avait conservé toute sa vigueur, et, porteur de sa lésion cardiaque, soulevait un billard sur lequel étaient montés deux de ses amis. — Ce malade pourtant était devenu un *invalide du cœur* et ne pouvait plus gagner sa vie. Il en fut bientôt réduit à s'exhiber dans les foires où il se faisait ausculter par les badauds qu'il réunissait autour de lui. Un des élèves du service de M. Launois le retrouva à la foire de Sens, où il se montrait en public sous le nom de Cardiophoniandre (χαρδία, cœur; φωνή, voix; ἀνήρ, ἀνδρός, homme) ou *homme au cœur qui parle*.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Guillaumont (Antoine). *Contribution à l'étude des principales complications des vulvo-vaginites chez les petites filles.* N° 372. (L. Boyer.)

M. Savatier (R.), *De l'influence de la menstruation et de ses troubles sur les voies digestives.* N° 546. (A. Michalon.)

M. Breton. *Sur les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale.* (L. Boyer.)

M. Cellard (A.). *Curage du cancer de l'utérus inopérable.* N° 648. (Jules Rousset.)

M. Valsamidès. *De l'extirpation des trompes par le procédé anatomique.* (L. Boyer.)

M. Dégardin (Charles). *Des tumeurs végétantes de l'ovaire.* (C. Paillart.)

M. Huchon. *Contribution à l'étude des atrésies vaginales et de leurs rapports avec la grossesse.*

M. Le Maitre. *De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines.*

M. Wolf (Camille). *Des éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire.* N° 669. (Imp. Wolf.)

M. Dircksen (Maurice). *Étude sur la composition chimique et la concentration moléculaire du liquide céphalo-rachidien.* N° 460. (Steinheil.)

M. Mircousch (H.). *Du xanthome généralisé.* N° 650. (Boyer.)

M. Lhuillier (Paul). *Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers qui travaillent les peaux et principalement chez les mégissiers, les tanneurs et les teinturiers en peaux. (Le pigeonneau.* N° 610. (Maloine.)

Les complications de la vulvo-vaginite des petites filles sont relativement rares. Pour M. Guillaumont, on les observe généralement dans le cours des vulvo-vaginites à gonocoques. Les plus fréquentes et les plus importantes sont: les ophthalmies, les arthrites, les hémorrhagies et les péritonites.

Il est quelquefois difficile d'établir un diagnostic entre les péritonites consécutives à la vulvo-vaginite, et les péritonites par perforation de l'appendice; il est cependant très important de faire ce diagnostic. pour ne pas s'exposer à une mauvaise thérapeutique; l'intervention chirurgicale étant nécessaire pour les dernières, alors que le traitement médical amène dans la très grande majorité des cas la guérison des premières.

Pour éviter les complications, il faut, dès que l'on décèle une vulvo-vaginite chez une petite fille, ne pas la laisser passer à l'état chronique, appliquer un traitement énergique et efficace.

D'après M. Savatier, l'influence de la menstruation sur les troubles des voies digestives est manifeste; toutefois elle varie d'intensité et de mode d'action avec chaque tempérament.

Ne se manifestant chez certaines femmes qu'à l'époque de la puberté, elle peut s'exercer chez d'autres pendant toute la vie génitale, ou bien enfin disparaître complètement, ou réapparaître ou même augmenter d'intensité au moment de la ménopause chez certaines autres.

C'est surtout au moment de la puberté et de la ménopause (y compris la ménopause provoquée) que ces manifestations sont importantes et occasionnent des troubles graves.

Si, chez les femmes normalement réglées et dont les voies digestives sont saines, ces troubles se manifestent fréquemment et d'une façon plus ou moins grave, chez celles qui ont une affection pathologique à l'un des organes de l'appareil digestif, leur manifestation et leur intensité semblent être en raison directe de l'affection viscérale.

Pour les fibromes utérins, d'après M. Breton, l'hystérectomie abdominale sus-vaginale doit être réservée aux cas suivants :

1° Etat d'anémie profonde et de cachexie nécessitant une intervention rapide;

2° Obésité, épaisseur considérable des parois abdominales;

3° Col long et bas situé;

4° Le manuel opératoire de l'abdominale sus-vaginale est actuellement bien réglé, il est plus simple que celui de l'abdominale totale, le col restant en place; l'opération ne comprend ni désinsertion des culs de sac, ni hémostase (quelquefois fort longue) des tranches vaginales. L'uretère a plus de chance de rester indemne.

Au point de vue curatif les cas publiés montrent que l'extirpation partielle donne d'aussi bons résultats dans les cas de fibrôme que l'extirpation totale.

Le curage utérin dans le cancer inopérable est adopté par la majorité des chirurgiens.

Pour M. Cellard les indications en sont discutables. Ce mode de traitement agit en tant que modificateur des principaux symptômes dus à la lésion. Il fait disparaître temporairement les hémorrhagies diminue les sécrétions et atténue l'odeur des pertes.

Il semble même qu'il amène une sédation dans les phénomènes douloureux.

Les traitements palliatifs habituellement dirigés contre le cancer de l'utérus à la phase terminale ne peuvent agir qu'autant qu'ils sont précédés du curage.

Les contre-indications de ce mode de traitement se tirent de la forme anatomique de la tumeur, de l'état général de la malade, de l'existence de fistules multiples, de propagations pelviennes ou vaginales trop étendues. Il est des cancers tellement diffusés qu'il ne vient pas à l'esprit d'y toucher.

D'après M. Valsamidès, le procédé d'extirpation des trompes, dit anatomique, consiste dans la libération de la trompe au niveau de la corne utérine et la pédiculisation des vaisseaux au niveau de l'extrémité interne de la trompe, dans le décollement progressif et la libération de la trompe sous le contrôle de l'œil; puis la ligature de son pédicule externe. On fait ensuite un surjet qui ferme le ligament large et recouvre les pédicules de la trompe.

Ce procédé a, comme avantage, une facilité plus grande, une grande simplicité, la suppression des moignons volumineux et des surfaces cruentées pouvant amener des adhérences. Il permet de restituer aux parties leur aspect anatomique normal.

Ce procédé n'expose pas, comme on l'a dit, aux hémorrhagies, à la condition de placer les ligatures vasculaires en bon lieu.

D'après M. Dégardin, l'étude pathogénique et hystogénique des tumeurs papillaires de l'ovaire prouve que ce sont des néoformations épithéliales.

Tantôt l'épithélium présentant les caractères de l'épithélium cylindrique cilié est typique; tantôt, au contraire, il se développe d'une façon atypique, les tumeurs qu'il forme étant anatomiquement, les premières bénignes, les dernières malignes.

Qu'elles soient anatomiquement bénignes ou malignes, on doit les considérer pratiquement toutes comme malignes, puis-

que, les unes comme les autres, elles peuvent : amener des troubles d'une extrême gravité, infecter le péritoine et les autres organes abdominaux et pelviens, récidiver, se généraliser par métastase (cas rares).

Le traitement découle du pronostic : plus tôt on opérera et plus grandes seront les chances de guérison de la malade. Il est également indiqué d'opérer toujours, à n'importe quelle phase de l'évolution de ces tumeurs, même si l'intervention doit se borner à une simple laparotomie exploratrice à cause des adhérences et de la généralisation trop grande, car on a vu des cas de survie considérable et même de guérison.

M. Huchon publie une observation personnelle où une atrésie vaginale consécutive à une injection d'acide sulfurique pur nécessita une opération césarienne avec hystérectomie abdominale totale pratiquée avec succès par Lévêque, de Versailles. Il refait à ce propos l'histoire des atrésies acquises du vagin et des indications thérapeutiques auxquelles elles conduisent pendant l'accouchement : « En face de sténoses peu prononcées, l'expectation pure et simple ou accompagnée de décollements digitaux, d'incisions ou débridements, peut être suffisante, « voie vaginale »... L'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne ou de l'hystérectomie abdominale totale est la seule ressource de l'accoucheur en présence d'un rétrécissement extrême ou d'une atrésie complète du vagin ».

Dans la moitié des cas, dit, M. Le Maitre, des accidents se produisent soit avant ou au moment même de la délivrance, soit dans un délai variable après que celle-ci est effectuée.

Avant la délivrance : insertion du placenta sur le segment inférieur, placenta prævia — ou insertion du placenta sur la cloison médiane de l'utérus malformé.

Au moment de la délivrance : inertie utérine survenant après l'expulsion du fœtus, d'où hémorrhagies, retard de la délivrance, rétention du placenta par enchatonnement.

Au cas d'infection des suites de couche, intervenir sur les cavités utérines, si l'on veut obtenir un résultat efficace et définitif.

L'intéressante thèse de M. C. Wolf démontre que la ponction lombaire fournit à la clinique un adjuvant diagnostic de premier ordre dans toutes les affections aiguës et chroniques s'accompagnant de réaction méningée. Il convient d'associer les divers renseignements qu'elle fournit : physiques, chimiques, bactériologiques, cytologiques, qui doivent, l'un par l'autre, corroborer le diagnostic.

L'aspect objectif du liquide, par sa limpidité, par son caractère plus ou moins trouble ou nettement purulent, par sa richesse plus ou moins grande en fibrine peut déjà permettre d'établir quelques règles fertiles en déductions diagnostiques. Mais, dans la grande majorité des cas, les renseignements fournis par ce moyen sont tout à fait insuffisants et les exceptions, assez nombreuses, lui enlèvent une partie de sa valeur.

L'examen bactériologique permet de trouver, dans les cas de méningite cérébro-spinale, les agents pathogènes les plus divers ; principalement le méningocoque, le pneumocoque, le streptocoque de Bonome.

Il décèle beaucoup plus rarement le bacille de Koch et l'inoculation demande un temps trop long pour être utile au diagnostic clinique.

La facilité avec laquelle le méningocoque perd sa virulence dans le liquide céphalo-rachidien rend souvent cette recherche infructueuse.

L'examen chimique, lorsque les études du liquide céphalo-rachidien auront précisé ses caractères, permettra peut-être de tirer de certains faits des indications diagnostiques ; notamment, de la nature et de la variation des albumines du liquide.

L'examen cytologique semble fournir les données les plus importantes ; l'on ne doit toutefois en tirer que des signes de probabilité et non de certitude.

La réaction lymphocytaire est l'indice d'un processus subaigu ou chronique ; la réaction polynucléaire d'un processus aigu.

La formule cellulaire est uniquement mononucléaire dans toute la durée de la méningite tuberculeuse, de la paralysie générale, du tabes, etc., etc.

Dans les méningites cérébro-spinales aiguës, une phase nettement mononucléaire, progressivement décroissante succède à la phase polynucléaire ; on note en même temps une accalmie dans les symptômes : c'est le signe d'une évolution favorable.

Les phases d'aggravation, de recrudescence, sont accompagnées par une réapparition des polynucléaires.

La persistance de la lyphocytose, longtemps après la disparition des symptômes aigus, pourrait peut-être faire craindre le passage à l'état chronique.

Si la première ponction d'un liquide céphalo-rachidien amicrobien n'est faite qu'au moment de la phase mononucléaire, on devra, pour résoudre le problème diagnostique, s'adresser à la clinique. L'atténuation des symptômes écartera l'idée d'une méningite tuberculeuse et fera porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

L'étude de la perméabilité de la méninge à certaines subtances, notamment à l'iodure de potassium, semble avoir une grande valeur.

Elle n'a été positive, jusqu'à présent, que dans la méningite tuberculeuse.

Cette perméabilité n'est pas en rapport avec l'hypotonie du liquide puisque certaines méningites aiguës s'accompagnant d'une hypotonie très prononcée ne la présentent pas.

La cryoscopie ne donne pas de grands résultats au point de vue du diagnostic.

L'examen d'un grand nombre de points cryoscopiques permet de se rendre compte que l'hypotonie est le partage des processus aigus et subaigus et que, dans les processus chroniques, le point cryoscopique s'éloigne moins de la normale.

L'hypotonie est un signe commun à la méningite cérébro-spinale aiguë et à la méningite tuberculeuse ; elle ne peut servir au diagnostic différentiel.

Dans le cours des méningites cérébro-spinales aiguës l'augmentation de l'hypotonie correspondrait peut-être aux périodes d'aggravation et la diminution à une évolution favorable.

L'analyse comparée des résultats peut donc, aidée par les symptômes cliniques, fournir un précieux appoint au diagnostic des méningites aiguës, des méningites tuberculeuses et de quelques affections chroniques du système nerveux.

Elle permet de mieux concevoir la physiologie pathologique des diverses atteintes des méninges cérébro spinales.

Le liquide céphalo-rachidien diffère par sa constitution chimique des autres liquides de l'organisme. M. Dircksen rappelle qu'il se rapproche du liquide amniotique, de la sueur, de la lymphe interstitielle par son abondante proportion de chlorures et sa faible teneur en albumine et en fibrine. A l'état normal, il ne contient pas d'agglutinines, pas de ferments. La composition du liquide céphalo-rachidien varie à l'état pathologique, mais dans des limites assez étroites. On peut noter l'augmentation des chlorures dans les maladies où ces matériaux sont retenus dans l'organisme, l'augmentation des matières réductrices dans certains processus méningés locaux, et dans le diabète, l'apparition de notables quantités d'albumine dans les méningites et même l'urémie. L'urée même peut être en proportion notable dans cette dernière maladie.

Le point cryoscopique du liquide céphalo-rachidien normal est autour de 0,55. Il n'est donc pas, comme on l'a prétendu, hypertonique par rapport au sérum sanguin. Ce point cryoscopique s'élève dans les hydrocéphalies, qu'elles soient d'origine locale ou générale. Il s'abaisse dans les maladies infectieuses, les asystolies, l'urémie.

Le liquide céphalo-rachidien normal n'est pas toxique. Il peut être toxique dans l'urémie, la méningite tuberculeuse, la fièvre typhoïde grave, l'asystolie.

Le peu de variations du liquide céphalo-rachidien peut s'expliquer par l'imperméabilité de la membrane arachnoïdo-piemérienne à l'état normal. Mais cette imperméabilité se modifie facilement : d'une part dans les processus méningés locaux, d'autre part dans les intoxications ou les toxi-infections.

M. Dircksen étudie à ce propos le passage dans le liquide céphalo-rachidien de certaines substances introduites dans la circulation générale, possible dans certains cas pathologiques. Cette perméabilité méningée ne peut s'expliquer par les modifications de la tension osmotique du liquide. Il n'y a aucun

parallélisme entre le passage de ces substances artificielles ou des poisons circulant dans le sang et les modifications osmotiques.

Il est utile, pour expliquer les phénomènes anormaux de perméabilité méningée, de faire entrer en ligne de compte : les lésions anatomiques des méninges, la concentration plus élevée du sang, et les modifications de la pression et de la circulation sanguine et lymphatique.

M. Mircousch rappelle que le xanthome a été décrit jusqu'ici par les auteurs comme une dystrophie cutanée accompagnant les maladies du foie et le diabète.

Étant donné sa dissémination possible, les lésions viscérales qu'il détermine et son existence isolée très fréquente, il mérite une place à part dans le cadre nosologique.

Les cas de xanthome généralisé à la peau et à toutes les muqueuses sont extrêmement rares. Ils s'accompagnent toujours de troubles graves de l'état général.

Les divisions établies de xanthome vulgaire, xanthome diabétique, xanthome des paupières, xanthome élastique, xanthome juvénile quoique répondant à des types cliniques réels, sont un peu trop exclusives. Leur identité anatomo-pathologique est absolue. Elles constituent simplement des variétés de l'affection.

Dans l'état actuel des études anatomo-pathologiques, c'est la théorie de la néo-formation embryonnaire conjonctive avec infiltration graisseuse soutenue par Török, qui est la plus conforme aux idées modernes sur l'origine des tumeurs.

Tout en se défendant d'édifier une théorie nouvelle, étant donné les symptômes nerveux qui précèdent (émotions vives) et accompagnent (poliurie, polidypsie, nervosisme, troubles vaso-moteurs) souvent l'éclosion du xanthome, étant donné la symétrie parfaite des lésions dans la plupart des cas et dans le nôtre en particulier, M. Mircousch essaie un rapprochement entre cette maladie et les autres trophonévroses, en particulier la maladie de Recklinghausen, la sclérodermie et certains nœvi.

Dans une fort intéressante thèse, illustrée d'une série de planches très caractéristiques, M. Lhuillier décrit les ulcérations professionnelles des mains, connues sous le nom de pigeonneau, qui s'observent chez les mégissiers, les tanneurs, les chamoiseurs, les maroquiniers, etc., enfin chez tous ceux qui se livrent au travail complet des peaux, et récemment étudiées par MM. Brocq et Laubry. Elles se présentent avec une très grande fréquence dans ces professions, et sont les mêmes que celles qui ont été récemment décrites chez les teinturières en peaux où on les rencontre presque aussi fréquemment que chez les premiers. Elles sont identiques à celles qui ont été signalées chez les plâtriers et les maçons et enfin à celles qu'on a observées beaucoup plus rarement sans doute, chez les brunisseurs ou polisseurs en orfèvrerie de ruolz et les blanchisseuses.

Cette affection est due :

1° D'abord à l'effraction de la lame cornée de l'épiderme produite par des causes multiples, au premier rang desquelles il faut placer les traumatismes professionnels, c'est-à-dire les modifications pathologiques du tégument cutané résultant de la répétition fréquente et journalière du même geste professionnel;

2° L'action plus ou moins lente, sur les tissus ainsi mis à nu, des substances caustiques employées dans ces professions, parmi lesquelles la chaux et l'arsenic chez les mégissiers, tanneurs, etc., l'apprêt au bichromate de potasse chez les teinturières, la chaux chez les brunisseurs en orfèvrerie, enfin l'eau de javelle et le carbonate de potasse chez les blanchisseuses.

En raison des complications et de l'impotence fonctionnelle qu'il peut amener, le pigeonneau mériterait de fixer l'attention des hygiénistes et des médecins.

Il serait désirable que les directeurs d'usines et les chefs d'établissements avertissent les ouvriers qu'ils emploient, des inconvénients occasionnés par la manipulation des substances caustiques dont on se sert pour les besoins du travail dans ces usines; et qu'ils prissent toutes les mesures nécessaires pour éviter, dans la mesure du possible, les pigeonneaux et les accidents qu'ils peuvent entraîner à leur suite.

D'après M. Lhuillier, le meilleur mode de traitement nous paraît être :

1° Si le pigeonneau suppure, la cessation du travail, l'application de pansements humides aseptiques d'abord, puis quand la suppuration a cessé, l'emploi de poudres cicatrisantes;

2° Si le pigeonneau ne suppure pas, après un nettoyage minutieux de l'ulcération, on comblera celle-ci avec un peu d'orthoforme de préférence qu'on recouvrira d'un pansement occlusif à l'ouate hydrophile et au collodion, ce qui permet aux ouvriers la continuation du travail, la couche d'ouate ainsi pelliculée formant matelas et protégeant bien la lésion.

La prophylaxie la plus rationnelle consisterait à n'employer que des mordants ou autres substances aussi peu caustiques que possible. A défaut de cela, on devra recommander aux ouvriers d'avoir les plus grands soins de leurs mains, et de faire panser immédiatement, suivant les règles indiquées ci-dessus, les moindres éraflures ou excoriations.

On peut se servir de gants en peau huilée ou en caoutchouc parfaitement imperméables; ils risqueraient autrement d'être plus nuisibles qu'utiles.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Cystite hémorrhagique à gonocoques (Ueber einen Fall reiner Gonococcencystitis complicirt durch heftige Blasenblütungen), par Heller (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, 1901, vol. LVI, p. 219). — Il s'agit d'un homme traité par des instillations de nitrate pour une uréthrite postérieure d'origine gonococcique. La guérison était complète depuis une quinzaine de jours (absence de leucocytes et de gonocoques), lorsque le malade fut pris d'une hématurie abondante survenue après des excès de coït. Cette hématurie très abondante disparaissait sous l'influence du repos au lit; mais revenait chaque fois que le malade se levait et se fatiguait. L'examen de l'urine fait à plusieurs a constamment montré la présence des gonocoques à l'exclusion d'autres bactéries; jamais on n'y trouve de parcelles néoplasiques.

Dans l'idée qu'il s'agissait d'une ulcération gonococcique de la vessie, on fit la cystotomie et le grattage de la paroi postérieure de la vessie. Les hématuries disparurent et le malade guérit.

La luxation habituelle de la rotule (Die habituelle Luxation der Patella), par W. Friedlander (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIII, p. 243. — L'auteur publie dans ce travail deux observations de luxation habituelle de la rotule. Dans le premier cas, la luxation était unilatérale et congénitale, dans le second bilatérale et consécutive à une ankylose des deux hanches, laquelle ankylose était le résultat d'une réduction sanglante d'une luxation congénitale.

D'après l'auteur, les causes multiples qui ont été invoquées pour expliquer la luxation habituelle peuvent être ramenées à deux : 1° la modification des surfaces articulaires; 2° la toxité et la dilatation de la capsule articulaire.

Contribution à l'étude physiologique et cytologique de l'hémothorax, par Tuffier et Milian (*Rev. de chir.*, 1901, n° 4, p. 457). — De leur étude les auteurs tirent les déductions pratiques suivantes :

L'augmentation de volume de l'épanchement qui devient très manifeste vers le 15e jour, n'est pas due à la continuation de l'hémorrhagie, mais à une exsudation de sérosité. Il est facile de s'en convaincre par une ponction exploratrice qui montre que le liquide est devenu plus clair. Ce n'est donc pas là une indication opératoire.

La fièvre n'est pas davantage une indication opératoire quand elle est modérée, parce qu'elle n'est pas d'origine microbienne, mais purement dynamique et due au travail de résorption.

La persistance des polynucléaires dans l'épanchement après le 25e jour doit, au contraire, faire redouter la suppuration. On peut même redouter celle-ci quand au lieu de voir les polynu-

cléaires décroître de jour en jour, on les voit rester stationnaires et augmenter. Ils doivent toujours être inférieurs en nombre aux lymphocytes et aux mononucléaires.

Le véritable traitement de l'hémothorax traumatique est la ponction capillaire pratiquée vers le 15e jour, au moment où la dilution du sang est convenable et où la plaie pulmonaire est suffisamment cicatrisée pour qu'on n'ait pas à redouter une hémorrhagie nouvelle à l'occasion de la décompression du poumon.

Tumeurs de la capsule du rein (Beitrag zur Kentniss der Nierenkapselgeschwülste), par Bark (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIII, p. 928). — L'auteur conclut de ses recherches que les tumeurs qui se développent au niveau de la capsule des reins sont soit des lipomes ou fibrolipomes, soit des myxolipomes, plus rarement des sarcomes. Les lipomes sont des tumeurs bénignes; les sarcomes, des tumeurs malignes; quant aux myxolipomes, ils occupent une situation intermédiaire entre les deux.

Dans tous les cas de tumeurs de la capsule, le rein lui-même a été trouvé sain. Il est donc possible d'extirper la tumeur sans toucher au rein. Le pronostic de ces extirpations est relativement favorable.

MÉDECINE

Action du fer dans les anémies expérimentales (Beiträge zur Frage nach der Wirkung des Eisens bei experimentelles erzeugter Anämie), par F. Muller (*Virchow's Arch.*, 1901, vol. CLXIV, p. 436). — Il résulte des recherches faites par l'auteur que chez les chats, le fer inorganique est resorbé, à l'état normal, en très grande partie par la voie circulatoire et que chez les chiens rendus anémiques par la saignée, il augmente le taux de l'hémoglobine. Cette augmentation est due à l'action que le fer exerce sur la moelle osseuse et qui consiste en ce qu'il apporte les matériaux nécessaires à la formation de l'hémoglobine et facilite le processus momentanément arrêté de la formation des hématoblastes devant se transformer en hématies.

Etiologie des lésions valvulaires du cœur (Zur Frage über die Ætiologie der Herzfehler), par Worobjew (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1901, vol. LXIX, p. 466). — L'auteur, qui a étudié au point de vue étiologique 180 cas de lésions valvulaires chroniques du cœur, arrive à conclure que dans l'étiologie de ces lésions, le rhumatisme articulaire joue un rôle plus important que toute autre maladie infectieuse prise isolément, mais que son rôle est moins grand que celui de toutes les autres maladies infectieuses réunies.

A toutes les époques de la vie, les endocardites d'origine non rhumatismales forment la majeure partie des endocardites qu'on observe. Il est très problable que ces endocardites non rhumatismales ne débutent pas d'une façon aiguë, mais prennent d'emblée une allure chronique.

Les modifications du sang sous l'influence du froid (Ueber die Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes durch vasomotorische Beeinflüssungen unbesondere durch Einwirkung von Kälte auf den ganzen Korper), par Becker (*Deut. Arch. f. klin medic.*, 1901, vol. LXX, p. 17). — Sous l'influence du froid agissant sur toute la surface du corps, on constate une légère augmentation d'érythrocytes et une augmentation appréciable de leucocytes dans les capillaires de la peau.

Ce changement est dû en partie à l'action des vaso-moteurs, en partie à la stase des hématies et des leucocytes dans les capillaires. Quant à l'augmentation des leucocytes elle s'explique par ce fait que sous l'influence du froid ces éléments figurés s'agglomèrent contre la paroi des vaisseaux.

NEUROPATHOLOGIE

Cas de nævus verruqueux linéaire (Un caso di neo verrucoso lineare), par Florio Sprecher (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 3, p. 326). — Ce nævus existe chez une fillette de 7 ans, normale sous tout autre rapport, et née de parents sains et robustes. Ceux-ci assurent que lorsque la fillette est venue au monde on voyait, à la place occupée aujourd'hui par le nævus, une étroite strie rougeâtre, lisse, faisant à peine saillie, et qui, d'abord, resta quelque temps sans se modifier. Mais bientôt, alors que l'enfant avait 3 mois, apparut sans cause et sans prodromes, une éruption au menton et à la région sus-hyoïdienne; en 2 ou 3 jours elle recouvrit complètement le nævus congénital. L'éruption était prurigineuse, croûteuse. Lorsqu'elle fut guérie, la strie rouge primitive avait beaucoup changé d'aspect, étant devenue plus large, plus sombre, plus saillante, un peu plus longue en bas; elle n'était plus lisse, mais recouverte d'innombrables petites verrucosités brunes.

Depuis, il n'eut pas de changement, voici comment se présente le nævus : tangent au rouge de la muqueuse labiale, il descend sur la ligne médiane jusqu'à l'os hyoïde, coupant verticalement le menton et la région sus-hyoïdienne. Le nævus est exactement rectiligne et médian; cependant sa terminaison en bas est un peu déviée vers la droite. Longueur : 8 centimètres; largeur : de 4 à 9 millimètres; saillie : 3 à 5 millimètres. La surface est muriforme, de couleur brune plutôt à cause du dépôt des poussières que de la pigmentation; la ligne de démarcation, sur les bords et aux extrémités, est de la plus grande netteté.

Voilà donc un nævus exactement médian, coïncidant pour une bonne partie avec la ligne antérieure du cou de Voit, avec la ligne antérieure du cou et de la face de Brunn. Ce qui importe ici, c'est d'observer que le nævus occupe la ligne de soudure des deux premiers arcs bronchiaux, et que c'est là précisément un siège de malformations que la pathologie enseigne être fréquentes et multiples; sur le maxillaire : fissures, fistules, tératomes; sur la ligne sus-hyoïdienne médiane : kystes dermoïdes et muqueux, fistules.

Le nævus fut enlevé chirurgicalement; l'examen histologique de la pièce montra la structure ordinaire des nævi.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'action hypnotique de l'hédonal, par A. Pastena (*Annali di Nevrologia*, an XIX, fasc. 2 et 3, 1901, 60 p.). — L'hédonal est un des hypnotiques dont l'effet est le plus certain et dont l'usage est exempt d'inconvénients.

Il donne d'excellents résultats dans l'insomnie nerveuse, procurant, 1/2 heure après son administration, un sommeil calme et réparateur. Il réussit aussi pour l'insomnie qui accompagne les états d'agitation de la paralysie générale, de la folie sensorielle, de l'épilepsie et de la manie.

Le médicament n'a pas d'action cumulative; les doses fractionnées n'agissent pas, d'où la nécessité de donner en une fois la dose entière.

Sur la physiologie du lobe orbitaire, par L. Ferrannini (*Riforma medica*, 13 juillet 1901, p. 134). — L'auteur s'est proposé de répondre par l'expérimentation à la question de l'importance du lobe orbitaire en tant que centre cortical de l'olfaction ou d'autres sens spécifiques. La région peut assez facilement être atteinte par la voie temporale et les chiens résistent bien à l'opération. Avant de sacrifier les animaux pour voir si les destructions de l'écorce du lobe avaient réellement été effectuées, l'auteur explora leurs sens à maintes reprises.

De ces constatations, il résulte que : jamais consécutivement à la destruction de l'écorce du lobe orbitaire, il n'y a d'affaiblissement de la vue. L'odorat, du côté opéré, est diminué de plus de moitié. Le goût, du côté opéré, peut être diminué d'une façon transitoire. Quant aux autres troubles (de la sensibilité réflexe, de la motilité) que l'on peut observer dans les jours qui suivent l'opération, ils se réparent avec une grande facilité.

MÉDECINE PRATIQUE

Du pyramidon,

D'après M. le Dr Laumonier.

Le pyramidon est un dérivé une fois amidé et deux fois méthylé de l'antipyrine; c'est le dimétylamido-antipyrine ou

1. Nouveaux remèdes, 1901, n° 11.

diméthylamidophényl (diméthylpyrazolon), auquel Filhene, de Breslau, qui l'a employé pour la première fois, en 1896, a donné le nom sous lequel il est actuellement connu.

Le pyramidon est une poudre cristalline d'un blanc jaunâtre, insipide, soluble dans l'eau au dixième. Ses réactions sont différentes, d'après P. Hoffmann, de celles de l'antipyrine, car avec le perchlorure de fer, il donne une coloration d'un violet franc, et avec l'acide azotique fumant une coloration violet améthyste, au lieu des colorations correspondantes rouge et verte que fournit l'antipyrine.

Au point de vue de l'élimination, Hoffmann a constaté que le pyramidon se dissocie dans l'organisme; chez les tuberculeux on n'en retrouve plus trace; chez l'homme sain, au contraire, il n'est jamais décomposé en totalité. On en retrouve 1 p. 100 environ dans les urines. En outre, chez les animaux intoxiqués, l'auteur a retrouvé le pyramidon dans l'extrait alcoolique du sang, du foie, des reins, de l'intestin grêle, des muscles, mais il n'a pu découvrir le point de l'organisme où le produit se décompose.

Les propriétés de ce nouveau produit ont été étudiées par divers auteurs, notamment Wilh, Filhene, Spiro, Roth, Huchard, Klein, Le Gendre, Robin et Bardet, Bertherand, etc. Elles sont éclairées d'une manière très intéressante par la loi que Dujardin-Beaumetz et Bardet ont établie (1), en montrant que, parmi les dérivés de la série aromatique, les dérivés amidés présentent des propriétés antipyrétiques notoires, et les dérivés méthylés des propriétés plutôt analgésiques accentuées. Et en effet le pyramidon, en confirmation de cette loi, est un antipyrétique très actif par sa molécule amidée, et un nervin puissant par les deux groupes de méthyle qui ont été intégrés dans la molécule de l'antipyrine.

Sur le système nerveux, le pyramidon paraît agir à peu près de la même manière que l'antipyrine; il augmente aussi la pression sanguine et diminue très notablement la température; mais cette diminution paraît résulter plutôt de la régularisation et de l'augmentation de la perte de chaleur, que de l'abaissement de la production, car, comme on le verra plus loin, le pyramidon semble intervenir d'une manière positive sur les échanges nutritifs. A ce point de vue, il représente un antipyrétique d'autant plus recommandable que l'on a pas à redouter, par son administration, les effets secondaires dus à la diminution des phénomènes d'oxydation, phénomènes si utiles à l'organisme dans sa lutte contre la fièvre.

Le pyramidon, toutefois, n'agit pas exactement comme l'antipyrine. D'abord à doses égales, il est trois fois plus actif chez l'homme et les animaux à sang chaud, quatre fois plus actif chez la grenouille, d'après les recherches de K. Spiro, Wilh et Filhene. En second lieu, son action est plus lente (2 heures environ) à se manifester, mais, si elle est plus lente, elle est aussi beaucoup plus durable. On peut donc dire que, à cet égard, le pyramidon agit d'une manière plus douce, plus nuancée et plus résistante que l'antipyrine..

Les propriétés analgésiques de ce corps manifestent les mêmes qualités spéciales; plus lentes à se produire, elles persistent plus longtemps. Au surplus le pyramidon paraît présenter sur l'antipyrine le grand avantage de ne déterminer aucun accident secondaire notable, ni vomissements, ni malaises accusés; il semble intervenir pour augmenter la diurèse, et les affections cardiaques ne sont pas une contre-indication de son emploi. Les recherches faites par Wilh, Spiro et Filhene, sur le sang des animaux traités par le pyramidon, n'ont jamais pu déceler une altération matérielle, et ni les hématies, ni l'hémoglobine ne paraissent modifiées ou altérées. Les autopsies d'animaux soumis à des doses toxiques n'ont jamais pu montrer non plus de foyers hémorrhagiques, de dégénérations d'organes ou d'altérations sensibles de l'appareil vasculaire. Toutefois Bertherand a signalé des sueurs profuses, notamment chez les tuberculeux, et Gérest et Rigot, chez des typhiques, ont noté de légères éruptions sudorales. Ces petits inconvénients, plus désagréables chez les phthisiques, ont donné à Bertherand l'idée d'employer des combinaisons d'acide camphoride ou d'acide salicylique avec le pyramidon. Le bicamphorate de pyramidon a été ainsi utilisé très heureusement chez les tuberculeux et le salicylate de pyramidon chez les rhumatisants. Avec ce dernier sel, on a signalé une seule fois un peu d'érythème à forme urticarienne.

Somme toute, les actions antipyrétiques et analgésiques de l'antipyrine et de son dérivé amidé-méthylé sont assez voisines; mais il n'en est pas du tout de même de leur influence respective sur les échanges nutritifs, ainsi que l'ont découvert Robin et Bardet. En effet, l'antipyrine restreint les échanges respiratoires; le pyramidon semble les accroître, parfois même assez notablement; l'antipyrine diminue le rapport de l'urée à l'azote total; le pyramidon l'augmente, de 10 p. 100 environ, suivant Bertherand; il en est de même du reste pour le camphorate de pyramidon qui, comme l'a constaté Bardet dans un cas de grippe, fait également monter le coefficient azoturique. Le pouvoir opposé de ces deux corps sur le métabolisme général fournit à la thérapeutique des indications précieuses et intéressantes. En effet, tandis que le pyramidon, par suite de l'augmentation qu'il détermine dans les échanges organiques, se montre bien supérieur à l'antipyrine dans les maladies fébriles, il lui est au contraire de beaucoup inférieur, comme l'ont démontré Robin et Bardet, dans le diabète simple. Le diabète n'est point un ralentissement de la nutrition; c'est, au contraire, une accélération de la nutrition. Le pyramidon doit donc augmenter et augmente en réalité, comme l'ont prouvé les observations cliniques, la quantité du sucre urinaire; il est en conséquence contre-indiqué dans le diabète sucré et azoturique, tandis que l'antipyrine, par son action modératrice sur les échanges, est le médicament de choix dans ces formes troublées de la nutrition. Il y a là, pour ces deux produits si semblables d'apparence et de propriétés antipyrétiques et analgésiques, une spécificité d'action des plus intéressantes et des plus riches en applications.

En dehors de cette contre-indication formelle dans le diabète et l'azoturie, le pyramidon donne des résultats très satisfaisants, d'une part, comme antipyrétique, dans les pyrexies simples ou compliquées, spécialement dans la fièvre des tuberculeux, la péritonite, le typhus abdominal (Gérest et Rigot), dans la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la grippe, l'érisypèle et les fièvres exanthématiques et, d'autre part, comme analgésique, dans les céphalalgies des anémiques, les polynévrites toxiques, les douleurs intercostales, les douleurs de la pseudo-leucémie, dans les douleurs d'origine rhumatismale, les névralgies, particulièrement dans les récidives si rebelles de la névralgie du trijumeau, et enfin dans les douleurs fulgurantes du tabes (Le Gendre et Dubois). Notons cependant que, dans ses applications à l'antipyrèse, le bicamphorate de pyramidon doit être préféré surtout pour les tuberculeux, et que, dans ses applications à l'analgésie, c'est le salicylate qu'il convient d'employer quand rien ne s'y oppose. En tout cas, qu'il s'agisse du pyramidon ou de ses sels, il est bon d'administrer le médicament dès le début de la crise ou un peu auparavant, si on la prévoit, en raison de la lenteur relative de l'action analgésique.

Le pyramidon et ses sels s'emploient en cachets ou en solution, à la dose moyenne de 0 gr. 25 à 0 gr. 60 par jour; on peut aller, sans inconvénient, jusqu'à 1 gramme et 1 gr 50 par fractions; Le Gendre et Bardet ont pu administrer jusqu'à 3 grammes de pyramidon en une seule journée sans constater d'accidents. En solution à 1/60, on l'administre par cuillerées à bouche, 3 ou 4 par jour, pour les adultes, par cuillerées à café (3 ou 4 *pro die*) pour les enfants. Cette dernière forme est celle qu'il faut préférer pour les petits malades, car le pyramidon, d'ailleurs soluble dans les véhicules ordinaires, n'a aucun mauvais goût et est parfaitement toléré. Enfin Bertherand a utilisé la méthode hypodermique, particulièrement dans les sciatiques, et il a obtenu des résultats satisfaisants, à raison de 10 centigrammes par injection; une ou deux par jour. L'effet est aussi notable qu'avec des doses plus fortes administrées par la voie digestive.

1. DUJARDIN-BEAUMETZ et G. BARDET, Note sur l'action physiologique de la méthylacétanilide et sur l'action comparée des composés de la série aromatique (*C. R. Acad. des sciences*, 23 mars 1889).

FEUILLETON

Pratiques et croyances médicales des Malgaches,

D'après M. Gershon Ramisiray (1).

Maladies chirurgicales.

Les grands traumatismes sont relativement rares.

On ne sait guère traiter que les fractures, les luxations et les entorses.

Les *fractures* (*tapaka*). — Elles sont toujours produites par le fait des *mosavy* et des *ody;* aussi les Malgaches ne soignent que celles qui sont légères; les autres seront guéries si telle est la destinée (*anjara*). Le *mpisikidy* indique ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter. Pour une fracture du crâne le *mpisikidy* fera prendre des plantes en infusion et des lavements, sans remettre les os en place. Il faut boire aussi des os de porc, de crocodile, de chiens et de chat, rapés, parce que ces animaux n'ont jamais de fractures des os de la poitrine; on attend toujours la mort.

Au contraire, pour les fractures des membres, on fera les extensions et les contre-extensions et on rejoindra les deux extrémités brisées. Voici la manière de réduire une fracture : on fait prendre jusqu'à l'ivresse du rhum de canne à sucre. L'ivresse engourdit le malade. On fait alors des frictions d'une plante appelée *tsindahoro* ou du *tsimpipina*. On prend ensuite des tiges de bambou que l'on coupe en lamelles pour appliquer sur la fracture; on bande fortement et l'on ne détache que lorsque toute souffrance a disparu. Si le *mpanao fanafody* (docteur malgache) trouve la fracture mal réduite, il fait prendre de nouveau une forte dose de rhum, et brise à nouveau le membre en frappant au même endroit, après l'avoir entouré de bandes d'étoffe. Il recommence alors le traitement; une deuxième fois, si la fracture n'est pas bien remise, on peut faire l'amputation. Voici le procédé employé :

On arrête le sang en serrant fortement au-dessus de la fracture; on coupe avec un couteau ordinaire la peau et les chairs à quelques centimètres au-dessous de la partie que l'on veut amputer, on les retrousse jusqu'à l'endroit où l'on veut couper l'os et on le scie avec une scie à bois. S'il se produit une hémorrhagie on brûle les artères béantes avec un fer rouge préparé à l'avance. On rapproche les chairs et on coud la peau.

Pendant l'opération on fait des lotions de *Homandra* (qui mange le sang) ou d'*Analasoa;* on écrase les feuilles de ces deux plantes et on les fait macérer dans l'eau; le liquide ainsi obtenu est employé pour arroser la plaie.

Les *luxations* (*mipitsoka*). — On lave et l'on baigne la partie luxée avec certaines plantes; on fait les extensions et les contre-extensions, puis on fait la réduction comme pour les fractures. Le rhum joue toujours un grand rôle anesthésique. Les plantes dont on frictionne la partie malade sont : l'*akondronjaza*, espèce de cresson sauvage; le *roibe*, arbustes à piquants qui donne de grandes fleurs; le *tsindahoro* petit arbuste dont on écrase la tige tout entière.

L'*entorse* (*folaka*). — On fait des frictions avec les mêmes plantes et on prescrit le repos absolu. On emploie aussi le *tsimpimpina*, dont on frotte l'entorse avec la feuille.

On se sert aussi de crottes de rat, dont on fait aussi des frictions.

Contusions (*mangana*, bleuâtre). — On lave tous les matins à l'eau fraîche. Si la douleur persiste on fait le *tandrohana* (ventouse avec une corne). Pour cela, on coupe la peau avec un morceau de verre, et après avoir introduit un morceau d'étoffe allumée au fond d'une corne de bœuf dont les bords sont égalisés, on applique cette corne sur la partie malade; le sang arrive et s'échappe.

Panaris (*tsevo-drano*). — On enveloppe le doigt malade d'un morceau d'étoffe et on le plonge dans le riz qui joue un grand rôle dans bien des maladies.

Brûlures (*may*). — Les brûlures sont traitées de différentes façons suivant les régions diverses de l'île et la gravité de la blessure. Quand la brûlure est grave, on étend une couche de graisse. On peut y répandre un encrier, s'il s'en trouve à portée.

Il existe encore un autre procédé particulier à certaines tribus. Il consiste à employer le smegma de la femme comme onguent. Dès qu'un enfant se brûle, la mère, ou une autre femme l'emporte loin des regards indiscrets et fait ce traitement. On lave aussi la plaie avec de l'eau salée.

Blessures (*ratra*). — Quand on se fait une coupure avec un instrument tranchant, on applique immédiatement des *tranon-kala* (toiles d'araignée) ou des plantes appelées *tsikoinkoina*, que l'on mâche avant de les apposer sur la blessure.

Quand il y a hémorrhagie on prend un tison enflammé et on l'approche le plus possible de la blessure béante.

Presque tous les indigènes marchent sans chaussures, aussi les blessures au pied sont-elles très fréquentes; pour les traiter, il suffit d'uriner dessus. C'est assez facile pour les hommes, mais les femmes sont obligées de recueillir leur urine dans un trou qu'elles font dans la terre pour y plonger le pied ou les orteils blessés. Il est à remarquer qu'une blessure arrive souvent à un endroit qui a déjà été blessé; aussi afin d'éviter une nouvelle blessure, si la première a été au gros orteil, par exemple, on l'enroule d'un morceau de toile qui rappelle l'attention et qui fait prendre plus de précaution en marchant.

Les piqûres d'abeille, de guêpe, frelon, etc., sont guéries par la morve. On se couche dans les drigts et on frotte la piqûre. Si l'on peut saisir l'insecte qui vous a piqué on le fait brûler et on frotte avec les cendres. On pince aussi fortement jusqu'à ce qu'il sorte une gouttelette de sang.

L'*acné* (*mony*). — Les Malgaches attribuent cette maladie à la vie déréglée. Les jeunes gens qui en sont atteints ont toujours une mauvaise réputation, et les parents sont très sévères pour eux. Se laver tous les matins avec la rosée recueillie sur les feuilles.

Les *ulcères* (*fery*). — On les attribue à l'impureté et à la pauvreté du sang; on les traite par la graisse et certaines plantes. L'ulcère de la jambe s'appelle *dridra*. On ne doit pas le laver; il ne faut pas traverser un cours d'eau; il faut, au contraire, entretenir une douce malpropreté.

Voici les plantes employées : les feuilles du pêcher, pilées et mélangées à la graisse de bœuf. On enduit la jambe et on la bande pour éviter le soleil. Le *tambitsy*, arbuste dont la racine macérée sert pour arroser le pansement. Le *voakotry*, même emploi.

La *gale* (*hatina*). — Les Malgaches savent que cette

1. Voir *Gazette*, n°s des 29 août et 1er septembre 1901.

maladie est occasionnée par de petites bêtes qu'ils appellent *reni-hatina* (mère de la gale).

Ils excellent à suivre cet animal dans ses sillons et à le retirer vivant. Pour traiter, il faut arriver à tuer tous les parasites, mais on comprend que, malgré toute leur patience et leur habileté, il leur serait assez difficile d'y parvenir. Aussi on conduit le malade au bord de la rivière, on le trempe dans l'eau et on le frotte jusqu'au sang quelquefois avec le sable. On lave à grande eau et on fait des lotions avec des feuilles de tabac vert.

Tumeur (*vay*). — Les Malgaches appellent *vay* tous les gonflements qui peuvent se produire sur le corps et les membres. Pour les tumeurs ou gonflements du pied, de la main, et en général de toutes les articulations, il faut faire saigner ou appliquer des ventouses. Pour les autres on met des cataplasmes de riz et de certaines plantes. Les chairs se ramollissent; on coupe ensuite.

La circoncision (*famorana*). — Les Malgaches font certaines opérations avec beaucoup d'habileté, mais où ils sont véritablement les maîtres, c'est dans la pratique de la circonscision, que l'on rencontre dans toutes les tribus de l'île.

Quoi que les écrivains qui ont traité l'histoire de l'île aient pu dire, cette coutume est absolument malgache et n'a pas été importée par les Arabes ou d'autres peuples venus à des époques plus ou moins éloignées. Elle n'a aucun rapport avec les croyances religieuses; c'est plutôt une pratique sociale et se rattachant quelque peu à la politique.

La première raison que les Malgaches donnent pour expliquer la circoncision est qu'elle vient des *razana* ou ancêtres. Ils disent aussi qu'elle est un signe de virilité et qu'elle rend les hommes plus aptes au service militaire.

Il n'y a pas d'âge absolument déterminé pour subir la circoncision, mais habituellement c'est à l'âge de 4 à 5 ans. Quant à l'époque, on choisit de préférence l'hiver, car, disent les *mpamora* (circonciseurs), pendant l'hiver le sang coule moins abondamment.

C'est au *maneno akoho* (chant du coq), vers 5 heures du matin, que se fait l'opération. C'est une cérémonie annuelle qui est l'occasion de grandes réjouissances. Les familles qui ont un jeune homme à faire circoncire s'y préparent longtemps à l'avance. La partie la plus remarquable de la cérémonie est celle où l'on va chercher l'eau en grande pompe. Cette eau s'appelle d'abord eau sainte (*rano masina*) et plus tard après l'accomplissement de certains rites, eau forte (*rano mahery*).

Au premier chant du coq, un des invités pousse le cri de : Venez, les chercheurs de *rano mahery!* A cet appel, trois hommes arrivent; deux d'entre eux portent une cruche, le troisième une sagaie et un bouclier. Après un court *kabary* (discours), ils partent tous les trois vers la source qui donne la *rano mahery*. Aussitôt qu'ils sont sortis, tous les parents, tous les amis, tous les invités se groupent à la porte du village. Quand on voit revenir les porteurs d'eau, on s'arme de pierres, de bâtons, de mottes de terre, et c'est à qui les en accablera.

Les passants s'en mêlent aussi et jettent tout ce qu'ils trouvent sur les porteurs d'eau. Celui qui porte le bouclier est chargé de se protéger et de parer les coups qui pourraient atteindre ses compagnons. On choisit toujours pour remplir ce rôle un spécialiste habitué à cet exercice, et on en trouve d'extrêmement habiles. Les deux autres sont également très vigoureux afin de communiquer leur force à l'enfant qui doit être circoncis.

Cependant, aussitôt que, sous cette grêle de projectiles, les porteurs sont parvenus à franchir la porte du village, on cesse tout divertissement et on se rend en procession vers la case où doit se faire la circoncision. Arrivés devant la porte, les porteurs, remis des émotions de la lutte, font sept fois, en courant, le tour de la maison. Des jeux de toute nature se prolongent pendant plusieurs jours. On tue des moutons et des bœufs en manière de sacrifices, on présente une offrande de bananes pour détourner les malheurs de la tête de l'enfant. Ces fruits sont d'abord placés sur la tête de l'enfant, puis supposant qu'ils ont pris toutes les calamités qui auraient pu fondre sur lui, on les prend et on va les jeter hors du village comme des objets maudits.

Toutes les personnes présentes font un cadeau plus ou moins précieux à l'enfant.

La veille de l'opération, cependant, est un jour de recueillement et de piété; il faut éviter de prendre aucun plaisir. Les époux coucheront seuls, car ils ne doivent penser qu'à l'importante cérémonie du lendemain. L'heure de l'opération est enfin arrivée; on place les enfants suivant leur âge, l'aîné le premier, pour les faire passer dans la salle où le sacrffice doit s'accomplir. Chaque enfant entre et s'accroupit sur les genoux de son oncle de préférence, les jambes écartées. Le chirurgien examine, distrait l'enfant, allonge le prépuce entre le pouce et l'index de la main gauche et brusquement, au moment où l'enfant tourne la tête, d'un seul coup de son grand couteau qu'il tenait de la main droite derrière le dos, et qui ne doit servir qu'à cet usage, il accomplit sa mission.

Pendant ce temps, le père, armé du bouclier et de la sagaie, accomplit une danse guerrière en prononçant des prières pour son fils.

Toutes les femmes sont accroupies à quatre pattes vers l'est et prononcent également des prières.

Quand l'opération est faite, le père entre, jette ses armes, saisit le prépuce, le roule danc une banane et l'avale, en signe d'affection suprême pour son enfant et afin que cette partie de son corps ne soit pas perdue.

Le chirurgien trempe la plaie dans un bain de feuilles de bananiers et d'autres plantes astringentes. L'opération réussit toujours et il est rare qu'il y ait des complications et des accidents.

Maladies nerveuses, dites diaboliques.

Les maladies nerveuses sont attribuées par les Malgaches à la puissance du diable et des esprits malins. Ce sont l'*hystérie*, l'*épilepsie* et la *ramanenjana*.

Hystérie (*kasoa*). — Les gens qui vous en veulent peuvent donner cette maladie; elle peut provenir aussi d'une grande contrariété, d'un amour méconnu. Dans la grande île, on ne sait pas que l'hystérie peut attaquer l'homme.

Pour éviter les conséquences d'un refus (vengeance avec toutes ses suites), une jeune fille est tenue d'accepter la première demande en mariage qui lui est faite. La maladie est très répandue et pour le traitement on tombe dans le domaine de la fantaisie pure.

Exemple : pour guérir l'hystérie on prend la dernière paille (*volom-bodin-trano*, poil de la maison) du toit de la maison de la patiente, à l'extrémité sud. On la pile dans un creuset, on rape une partie de la tige d'une courge (*voatavo*) et on ajoute un peu d'eau tiède; puis on aspire le tout avec le tube formé par ce qui reste de la tige et on en emplit les oreilles de la malade. Quand ce mélange s'est refroidi la malade est déclarée guérie.

Il est nécessaire de renouveler ce traitement plusieurs fois, mais il n'y a pas de limites.

Quand la maladie provient d'un mauvais sort qu'on a jeté à la jeune fille, il suffit de prendre une marmite bien noire, de réveiller l'hystérique dans sa crise et de la forcer à fixer cette marmite. Au bout d'un certain temps la malade doit être guérie de son accès.

Un procédé, non moins baroque, consiste dans l'emploi des poils du pubis de la femme. On prend un balai avec lequel on frotte le corps de la tête au pied, puis on arrache à la malade les poils du pubis que l'on va placer dans un petit trou creusé en terre, à l'endroit où deux routes se croisent, et on recouvre le trou d'une pierre plate. Cette opération terminée, on conduit l'hystérique à une cascade, dans laquelle on la plonge à trois reprises. La maladie disparaît subitement. Cette pratique est en rapport avec l'origine érotique attribuée à l'hystérie, car on nomme aussi cette maladie *adalampitia*, qui veut dire folle d'amour.

Un autre traitement consiste à prendre la bande d'étoffe (*rambon-tsalaka*) qui sert de caleçon aux hommes, de la tremper dans l'eau la plus fraîche que l'on puisse trouver et d'en frapper inopinément la malade au visage. Le froid, la violence du choc et le saisissement suffisent pour faire revenir l'hystérique.

On emploie aussi une plante, le *kélimaika* (de *kely*, petit, et *maika*, presser), pour faire une tisane.

Épilepsie (*androbe*, au grand jour). — Les Malgaches nomment ainsi cette maladie parce que l'épilepsie se produit bien souvent au grand jour et dans la foule. Ils croient que c'est une maladie du cerveau contagieuse par la salive.

Les parents seuls osent approcher le malade; pour se soustraire à la contagion, les personnes présentes, tout en se maintenant à une distance respectable, jettent sur lui de l'herbe verte ou la petite couronne que les femmes mettent sur la tête pour porter les fardeaux. Cette couronne s'appelle *halana*.

Pour prévenir l'accès on prend une plume de corbeau et un morceau de bois de *hazotokana* (arbuste à feuilles très amères), on brûle le tout et on fait avaler les cendres avec de l'eau.

Ramanenjana (*manie dansante*). — Il y a quelque quarante ans les étrangers habitant la capitale et les indigènes entendirent parler à mots couverts d'une maladie, inconnue jusqu'ici, semblant venir de la région du sud.

On appelait cette maladie *ramanenjana* qui veut dire rigide. Peu à peu, elle envahit la capitale et quelques mois après elle y devint fréquente. C'étaient d'abord des groupes de deux ou trois personnes, accompagnées de musiciens, qui dansaient sur la place publique. Quelques semaines après ces personnes se comptaient par centaines, si bien qu'on ne pouvait faire un pas dehors sans y voir plusieurs bandes de ces danseurs. Le mal se répandit avec une rapidité incroyable et atteignit les villages les plus éloignés et les chaumières isolées de l'*Imerina*.

L'imagination de tout le monde était très excitée en raison des événements politiques qui s'accomplissaient à la cour du roi Radama II.

Un parti hostile aux étrangers s'était formé pour combattre le progrès et leur attribuer la provenance de ce mal. Les individus qui en étaient atteints appartenaient presque tous aux classes inférieures de la société, c'étaient surtout des jeunes femmes de 14 à 25 ans; il y avait aussi un très grand nombre d'hommes, mais il ne dépassait pas le quart du chiffre total.

Les gens qui échappaient à la contagion étaient ceux dont l'esprit était tranquille, qui n'avaient pas de préoccupation et qui étaient plutôt sympathiques aux étrangers. L'exception dont ils jouirent sembla provenir de la supériorité de leur éducation et de leur instruction, car on rencontrait plutôt la maladie chez les individus ignorants et superstitieux. Ils étudièrent le phénomène sans craindre d'en être victimes, car la peur prédispose à la maladie. Les malades se plaignaient le plus souvent d'un poids très lourd et d'une douleur dans la région précordiale, d'un malaise général, d'une raideur (d'où le nom *ramanenjana*) dans la nuque. Ils éprouvaient aussi des douleurs dans le dos et dans les membres, ils ne pouvaient voir la couleur rouge. Ils avaient la circulation très active et quelquefois présentaient des symptômes fébriles. Puis ils montraient une agitation nerveuse.

Si alors la moindre excitation agissait sur eux, s'ils entendaient, par exemple, un chant ou le son d'une musique, ils devenaient incapables de se maîtriser, ils échappaient à toute force extérieure, couraient où la musique se faisait entendre et dansaient, souvent pendant plusieurs heures, avec une rapidité vertigineuse, balançant la tête à droite et à gauche d'un mouvement monotone, parlant à peine, agitant les mains. Les danseurs ne chantaient pas, mais ils soupiraient bien souvent, les yeux hagards, la face congestionnée; la physionomie prenait une expression d'absence, comme s'ils avaient été tout à fait étrangers à ce qui se passait autour d'eux. La danse était réglée à peu près sur la musique, toujours rapide, et pas assez au gré des danseurs; elle devenait souvent une simple suite de sauts. Ils dansaient ainsi, aux yeux étonnés de tous les assistants, comme s'ils eussent été possédés de quelque esprit malin, fatiguant la patience et la force des musiciens qui se relayaient fréquemment entre eux jusqu'à ce que les danseurs tombassent subitement comme foudroyés.

Si la musique venait à s'arrêter, ils partaient en avant avec une rapidité inouïe, jusqu'à ce qu'ils tombassent à terre dans un état d'insensibilité complète; on les rapportait alors chez eux et les malades semblaient guéris. Le malade effectivement pouvait être guéri, mais bien souvent une nouvelle crise éclatait plus tard, s'il venait à entendre le son de la musique ou à subir une excitation en rapport avec la maladie. Les malades aimaient à porter des cannes à sucre qu'ils tenaient à la main ou sur l'épaule, en dansant. On les voyait aussi évoluer avec une bouteille pleine d'eau sur la tête et la maintenir avec une adresse incroyable.

Ils franchissaient les obstacles sans se blesser. C'était habituellement au son du tambour qu'ils dansaient, mais les autres instruments ne les laissaient pas insensibles. Quand on n'avait pas d'instruments, il suffisait de battre la mesure avec les mains et de chanter un air affectionné des patients.

Les malades de la capitale préféraient choisir comme lieu de rendez-vous la pierre sacrée qui se trouvait dans la plaine, au-dessous de la ville, et sur laquelle on couronnait les souverains de Madagascar. Ils dansaient là pendant plusieurs heures et terminaient la scène en déposant sur la pierre une canne à sucre en guise d'offrande.

Les autres se réunissaient le soir dans les cimetières et dansaient au clair de lune au milieu des tombes jusqu'à une heure très avancée de la nuit. Ils prétendaient entretenir des relations avec les morts et avec les rois et reines défunts.

En décrivant plus tard leurs sensations, ils disaient

avoir éprouvé celle d'un cadavre attaché à leur personne et qu'ils entraînaient avec eux sans pouvoir s'en débarrasser.

D'autres parlaient d'un poids qui les attirait incessamment en bas ou en arrière. Ils avaient en horreur, par dessus tout, les porcs et les chapeaux, dont la vue seule leur donnait des convulsions et excitait toujours leur fureur. Les pourceaux sont considérés comme impurs dans plusieurs parties de l'île, cela explique pourquoi ces animaux sont un objet de crainte superstitieuse. Les chapeaux, de leur côté, rappellent le souvenir détestable des étrangers, les indigènes n'en portant pas.

Le choix des tombes, pour les évolutions chorégraphiques des patients, trouve son explication dans le culte des ancêtres et le respect des tombeaux qui sont un trait si caractéristique des mœurs indigènes.

On doit remarquer aussi que c'est à l'époque où les esprits sont très surexcités, et où l'on a de vives préoccupations que le mal prend un caractère épidémique.

Cette maladie avait rarement une issue funeste. Des cas de mort se sont pourtant présentés quand on a empêché les patients de se livrer à leur manie, c'est-à-dire quand on s'est opposé à leur volonté.

La loi malgache permettait à cette époque de tuer ceux qui s'emparaient du bien d'autrui. Il y eut un arrêté pour ordonner de ne pas faire de mal aux *ramanenjana* lorsqu'ils étaient reconnus réellement comme tels, car nous l'avons dit, ils avaient la manie de dérober des cannes à sucre.

On retrouve dans cette description un exemple remarquable d'une épidémie de chorée hystérique.

Mort. — La mort est appelée *lasa ambiroa* (de *lasa*, partie; *amby*, surplus, et *roa*, deux). Le Malgache croit que le corps renferme, indépendamment du principe vital, une âme qui pourtant n'est pas indispensable et sans laquelle on peut vivre encore pendant un temps plus ou moins long.

L'âme est donc la doublure du corps, et la mort ne fait que séparer le corps de sa doublure,

L'opinion la plus généralement admise est que l'âme se retire du corps de l'homme un peu avant la fin de sa vie; 11 mois pour les uns, 13 lunes pour les autres.

L'âme ne s'envole point de son gré; elle redoute les froides demeures des ombres et préfère le séjour des vivants. C'est l'être malfaisant qu'est le sorcier qui possède l'art infernal de ravir l'âme à la demeure paisible du corps. Aussi les Malgaches ne croient pas à la mort naturelle. Quand un vieillard, si vieux qu'il soit, meurt, on n'attribue sa mort ni à l'âge ni à la maladie, mais à la malice d'un sorcier.

Il s'agit donc de détruire l'œuvre des sorciers et de leur reprendre l'âme qu'ils ont enlevée. Plusieurs moyens sont employés à Madagascar pour arriver à ce résultat et détourner la mort qui guette celui qui est privé de son âme. Nous nous contenterons d'en indiquer un seul : on tient conseil et l'on décide de consulter le *mpisikidy*. Celui-ci trouve toujours le cas très grave, mais se dit fort de retrouver l'âme et de la forcer à réintégrer le corps. On a confiance en son art et on le conjure d'opérer au plus vite, en le payant par avance pour son dérangement et en récompense du service qu'il doit rendre à la famille et au malade.

Le *mpisikidy* aligne alors ses petites graines ou ses jetons, il prononce des formules cabalistiques, des expressions baroques, pour découvrir la piste de l'âme fugitive. Bientôt il déclare solennellement qu'il la tient; elle est là-bas sur telle montagne; il faut se mettre à sa poursuite. Tout le monde se met en route, on emporte un panier à couvercle, destiné à enfermer l'âme pour la ramener à la maison. On arrive, mais le travail est encore assez long. On reconnaît d'abord les endroits qu'elle fréquente. Cela demande plusieurs jours pendant lesquels le chasseur d'âmes, s'il connaît son métier, comble le malade de soins, de prévenances, de poulets, de bouillon, etc. Tout cela lui fait reprendre une bonne mine et alors notre rusé compère annonce qu'il a enfin découvert la retraite de l'âme et qu'il va la prendre.

Dans ce but, il dépose quelques rayons de miel sur une feuille de bananier proprement disposée à terre, et, tout près, il dépose le panier dont le couvercle est relevé. Il jette dans toutes les directions les mots les plus hideux de son vocabulaire, qui sont des traits funestes aux mauvais esprits pouvant s'opposer à la rentrée de l'âme.

Tout à coup, il se tait, les yeux fixés sur le miel, la bouche ouverte, les bras en avant. L'âme, seulement visible pour lui, vient, tourne, flaire le miel et le déguste. Elle s'en donne à cœur joie et ne voit pas le chasseur qui la recouvre du panier, l'enferme et l'emporte en toute hâte sans qu'elle oppose la moindre résistance. Les parents partent en avant, annoncent la bonne nouvelle et vont préparer une réception joyeuse.

L'habile chasseur, le malade et son âme arrivent ensuite et se présentent à la porte de la maison, où l'on sent déjà les apprêts d'un plantureux repas : « Soyez les bienvenus, leur disent de l'intérieur des voix joyeuses, nous sommes enchantés de votre retour. » On entre, on déploie une natte neuve à la place d'honneur, tout le monde s'assied et, à la demande générale, on ouvre le précieux panier : l'âme n'y est plus, pendant le trajet, elle a quitté sa prison et réintégré son ancienne demeure. On se réjouit de cet heureux événement en un joyeux festin et le devin est congédié, chargé de cadeaux et plus respecté que jamais. Le malade, soigné, heureux au milieu de toute cette allégresse, semble renaître, il peut, il doit vivre, son corps et son âme sont réunis. Il a signé un nouveau bail avec la vie !

Si l'on dégage des descriptions qui précèdent les croyances superstitieuses et les interprétations erronées, il subsiste un fond d'observations souvent d'une grande justesse. N'est-il pas intéressant de constater les notions précises que possèdent les Malgaches sur la contagion? de rencontrer dans leur langage cette locution que la goutte est la maladie des riches? d'apprendre qu'ils pratiquaient la variolisation? Quant à la thérapeutique, il est certain qu'elle se rapproche sur bien des points de ce qu'elle était encore en Europe il y a un ou deux siècles et même certains de ses moyens sont encore chez nous des remèdes populaires; ce n'est pas seulement en Imérina qu'on lave les blessures avec de l'urine, qu'on utilise la bouse de vache en cataplasme, qu'on applique des toiles d'araignée sur les coupures, enfin que l'on se sert du miel d'abeilles pour les gargarismes et du suif contre les éruptions.

Il serait à souhaiter qu'une étude semblable fût faite pour chacune de nos possessions d'outre-mer. Au moment où l'on s'occupe d'organiser en France un enseignement de médecine coloniale, ce travail vient fort à propos en montrer l'intérêt et l'utilité.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Fièvre typhoïde et tuberculose,

D'après M. Vergnaud (1).

Lorsqu'on fait l'autopsie de sujets ayant succombé à la fièvre typhoïde, on peut rencontrer, en même temps que les lésions propres à cette dernière maladie, des lésions manifestement dues à la tuberculose; celles-ci peuvent être soit éteintes, soit en voie d'évolution, et les tubercules peuvent siéger soit dans le poumon, soit dans les ganglions lymphatiques, soit dans l'intestin, etc. Le fait n'est pas rare, puisque dans leur ensemble Mettenheimer a trouvé sur 38 prisonniers français morts de fièvre typhoïde, 13 fois des tubercules dans les poumons.

Les statistiques nous montrent que sur 15 autopsies de sujets ayant succombé à la fièvre typhoïde, on trouve au moins une fois des lésions tuberculeuses.

On a pu contester le diagnostic de fièvre typhoïde dans les observations antérieures à la découverte du séro-diagnostic et dire qu'il s'agissait alors de poussées aiguës de tuberculose. Mais les observations publiées depuis ne prêtent plus à cette critique. La coexistence dans certains cas de la fièvre typhoïde et de la tuberculose doit donc être considérée comme démontrée.

La plupart des observations publiées se rapportent à des cas de fièvre typhoïde survenant chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire; mais la fièvre typhoïde peut se montrer dans toutes les formes de tuberculose, ganglionnaire, osseuse, méningée, péritonéale, cutanée, etc.

La fièvre typhoïde se rencontre aussi dans la convalescence de la pleurésie et nous savons aujourd'hui que les neuf dixièmes des pleurésies primitives sont de nature tuberculeuse et marquent une première attaque de l'organisme par le bacille de Koch.

La fièvre typhoïde peut survenir encore chez des sujets ayant présenté autrefois des lésions tuberculeuses qui se sont cicatrisées, chez d'anciens tuberculeux actuellement guéris. La fièvre typhoïde réveille alors souvent la tuberculose qui se met de nouveau à évoluer, mais souvent aussi elle suit son cours habituel sans déterminer une nouvelle attaque du bacille de Koch.

Si la tuberculose ne préserve pas de la fièvre typhoïde, inversement un sujet ayant été atteint de dothiénentérie n'est pas à l'abri du bacille de Koch.

La plupart des auteurs admettent qu'un convalescent de fièvre typhoïde peut devenir tuberculeux; c'est l'opinion de Laënnec, Andral, Louis, Monneret, Valleix, Grisolle, Hérard et Cornil, Béhier et Hardy, Hutinel, Potain, Dieulafoy, Babinski, Galliard, etc., qui en ont rapporté des observations.

La tuberculose peut se montrer pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Elle peut aussi suivre à plus ou moins brève échéance la fièvre typhoïde; tous les auteurs l'admettent et beaucoup d'entre eux rangent la dothiénentérie parmi les maladies qui favorisent l'invasion ultérieure de l'organisme par le bacille de Koch.

Enfin dans un certain nombre de cas, la fièvre typhoïde et la tuberculose évoluent simultanément. Ce fait est rare, et dans la littérature il n'existe qu'une dizaine de cas de ce genre.

Chacune de ces trois possibilités doit être envisagée séparément.

I

Évolution clinique de la fièvre typhoïde survenant chez un tuberculeux. — Souvent la tuberculose préexistante n'a guère d'influence sur la marche de la fièvre typhoïde (Dieulafoy); celle-ci se comporte comme dans les cas ordinaires et sa symptomatologie est déterminée surtout par la virulence de l'agent infectieux et l'état de résistance du malade.

Cependant quelquefois certains symptômes sont modifiés par le fait de la tuberculose et dans certains cas ces modifications pourront attirer l'attention sur l'existence préalable de la tuberculose.

Tout d'abord c'est le début qui est plus insidieux, plus prolongé, il semble que la période d'incubation soit un peu plus longue, l'organisme paraît plus lent à réagir contre l'infection. A cette période les hémorrhagies sont peut-être un peu plus rares que dans les cas ordinaires.

Au moment de la période d'état, on peut aussi constater quelques différences. Si l'infection éberthienne s'est faite par voie aérienne, nous verrons survenir de préférence une fièvre typhoïde à forme thoracique. Les phénomènes pulmonaires seront très marqués et souvent on pensera à une poussée de tuberculose aiguë.

La courbe thermique est aussi parfois modifiée : la température est alors moins élevée que dans les cas simples; elle se maintient volontiers autour de 39° et dépasse rarement 39°,5. Il semble que l'organisme réagisse moins que chez les sujets non tuberculeux.

Mais il est un signe d'une grande importance et sur lequel Chollet a déjà attiré l'attention : c'est l'accélération du pouls. Il y a une discordance très nette entre la courbe du pouls et la courbe de la température. Tant que la fièvre typhoïde évolue seule, la courbe sphygmographique se trouve toujours de beaucoup au-dessous de la courbe thermique, c'est-à-dire que, par exemple, le thermomètre est aux environs de 40° et le pouls n'est qu'à 80 ou 90. Mais si la tuberculose, maladie accélératrice du pouls par excellence, s'en mêle, nous voyons

1. *Thèse* de Paris, 1901.

que pour la même température le pouls est à 110 ou 120. Ce fait peut être remarqué dans presque toutes les observations publiées jusqu'ici. Cependant malgré sa fréquence, le pouls est en général assez fort et régulier et on peut toujours constater le phénomène du dicrotisme.

L'éruption des taches rosées est peu influencée par la tuberculose. Tantôt elles sont rares, tantôt elles sont confluentes comme dans les cas ordinaires.

La rate est généralement volumineuse.

Quant aux phénomènes nerveux, ils sont peu modifiés, la stupeur est peut-être moins marquée.

Pendant le cours ou vers la fin du second septénaire, les hémorrhagies ne sont pas rares : épistaxis, métrorrhagies, hémorrhagies intestinales; mais d'une façon générale, elles sont peu abondantes, et même dans le cas contraire, elles ont peu d'influence sur la température. C'est à peine si on voit alors un abaissement de quelques dixièmes de degré.

La diarrhée ne semble influencée ni dans sa fréquence, ni dans ses caractères. La constipation n'est pas exceptionnelle.

Des sueurs abondantes se montrent parfois de temps à autre.

Au moment de la convalescence, nous trouvons aussi des caractères particuliers : les phénomènes thoraciques, au lieu de s'amender, augmentent progressivement, du moins pendant quelque temps; le pouls au lieu de tomber au-dessous de la normale reste assez fréquent (90 à 100). L'émaciation est extrême et l'embonpoint est plus lent à revenir, car l'appétit est toujours moins accentué et plus capricieux que chez les sujets non tuberculeux. De temps à autre on constate le soir une légère poussée fébrile que rien n'explique.

Le pronostic de la fièvre typhoïde elle-même, quand elle survient chez un tuberculeux, est peu modifié : il dépend comme toujours de la virulence des bacilles d'Eberth, des formes de la maladie et de la résistance du sujet. Il est évident que la tuberculose aggrave cependant un peu le pronostic, mais seulement à cause de la débilitation plus ou moins grande dans laquelle elle a mis le sujet.

Quelle sera par contre l'influence de la fièvre typhoïde sur la marche ultérieure de la tuberculose? C'est là la question qui domine le pronostic. La plupart des auteurs admettent que la tuberculose reçoit un coup de fouet et prend une marche aiguë après la fièvre typhoïde. Mais l'examen des faits nous amène à cette conclusion : quand la fièvre typhoïde survient chez un sujet déjà tuberculeux, au début, ou plus avancé, son action sur la tuberculose est bien différente selon les cas. Dans quelques-uns elle ne semble avoir aucune influence, la tuberculose continue sa marche ni plus rapidement ni plus lentement qu'elle ne l'aurait fait sans la dothiénentérie; dans d'autres cas, au contraire, la tuberculose qui, jusque-là, avait présenté une marche chronique, prend une allure aiguë et entraîne bientôt la terminaison fatale. C'est le cas le plus habituel, et les observations publiées par M. Galliard en 1880 en sont des exemples très nets. Comme l'a fort bien fait remarquer M. Widal, dans ces cas « la maladie prend le malade tuberculeux et le laisse phthisique ».

Dans des cas plus rares, mais non exceptionnels cependant, la tuberculose semble rétrocéder sous l'influence de la fièvre typhoïde, et le malade est guéri à la fois de sa dothiénentérie et de sa tuberculose; cette opinion, motivée par des faits assez nombreux, a été soutenue par Rilliet et Barthez, Révilliod, Pidoux.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'une fièvre typhoïde chez un tuberculeux avéré, comment reconnaître qu'il s'agit bien d'une vraie dothiénentérie et non pas d'une poussée aiguë de tuberculose, d'un de ces cas de typho-bacillose décrits par M. Landouzy? Nous avons actuellement un moyen de diagnostic absolument exact, la séro-réaction de M. Widal.

D'autre part on a donné divers signes cliniques qui permettent de distinguer les deux maladies : le professeur Landouzy a montré que les taches rosées étaient toujours absentes dans les cas de typho-bacillose. On a dit aussi que le tuberculeux a moins de stupeur que le typhique, que les troubles nerveux, l'ataxie sont moins accusés, mais qu'il éprouve des douleurs dans les masses musculaires de la nuque, une hyperesthésie cutanée une céphalée intense, qui sont moins accentuées sinon rares dans la fièvre typhoïde.

Le tracé thermique de la typho-bacillose est bien différent du tracé thermique de la fièvre typhoïde. Il ne s'élève pas si haut, il n'est pas régulier, il affecte dès le début de grandes oscillations comme dans le stade amphibole de la dothiénentérie; de plus le type inverse est assez fréquent.

II

Évolution clinique de la tuberculose consécutive a une fièvre typhoide. — C'est toujours après une accalmie fébrile de quelques jours que débute la tuberculose; comme on a commencé à alimenter le malade on pense invariablement à une rechute, d'autant plus que le plus souvent rien n'attire l'attention du côté de la poitrine. Ce n'est que quelques jours après que la toux apparaît et le plus souvent non accompagnée de crachats.

Bientôt ensuite se montrent les sueurs nocturnes, l'anorexie reparaît ou plus exactement l'appétit devient irrégulier, capricieux. Ce début, on le retrouve dans la plupart des observations publiées.

Après un tel début, on constate bientôt dans la poitrine des signes évidents de lésions pulmonaires. Quelle interprétation allons-nous donner à ces phénomènes stéthoscopiques?

Trop souvent la marche galopante de la maladie viendra nous renseigner : nous verrons survenir rapidement tous les signes d'une tuberculose aiguë, souvent généralisée, parfois localisée aux poumons et dans ces derniers cas le pneumothorax ne sera pas exceptionnel. Le cas de M. Fernet, celui de M. Gueneau de Mussy en sont des exemples très nets.

Dans d'autres cas plus rares, on est assez embarrassé pour porter un diagnostic, mais souvent le laboratoire peut venir à l'aide de la clinique. En effet, souvent pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, il est possible de constater à l'auscultation de la poitrine des signes qui peuvent faire croire à une tuberculose et qui ne sont cependant que des reliquats des manifestations pulmonaires de la dothiénentérie. Récemment M. Millian a attiré de nouveau l'attention sur ce sujet. Comme dans la tuberculose, on constate alors une toux sèche, fréquente, au sommet d'un poumon, ou des deux, de la matité et des bruits anormaux simulant des craquements, l'état général est languissant, la fièvre revient de temps à autre; de plus, comme le malade est extrêmement amaigri, l'habitus extérieur et tous les signes que nous venons d'énumérer sont susceptibles d'induire en erreur le médecin non prévenu, et celui-ci sera bien étonné au bout d'un temps, parfois assez long (un mois ou deux),

de voir tous ces signes disparaître, et le sujet reprendre une santé parfaite.

Cependant il est possible de diagnostiquer ces cas et de les distinguer d'une tuberculose commençante; en effet il existe plusieurs signes qui ont une grande valeur.

1° Dans le cas de tuberculose, le pouls au lieu de tomber au-dessous de la normale, comme c'est fréquent dans la convalescence régulière de la fièvre typhoïde, reste au contraire rapide : il n'est pas rare de le voir au-dessus de 90 ou même de 100. Il est régulier, mais le dicrotisme a disparu ;

2° La courbe de la température aussi est différente : dans les cas de tuberculose on voit se produire régulièrement le soir une élévation thermique atteignant 38°, ou 38°,5, mais le matin la température est revenue à la normale; rien ne peut expliquer cette fièvre; tandis que dans les convalescences anomales de la fièvre typhoïde, mais sans tuberculose, on voit des élévations de température plus notables, passagères et explicables par une émotion, un écart de régime, etc.;

3° Les sueurs nocturnes sont rares dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde et sont au contraire fréquentes au début de la tuberculose pulmonaire ;

4° L'appétit est toujours exagéré au début de la convalescence de la dothiénentérie; mais lorsque la tuberculose entre en scène, il diminue rapidement ou plutôt il devient capricieux: et souvent le malade présente en outre les troubles digestifs du début de la tuberculose : il tousse après avoir mangé, il a des nausées et quelquefois des vomissements;

5° L'amaigrissement au lieu de diminuer progressivement, se maintient ou augmente dans le cas de tuberculose ;

6° Dans les cas où il ne s'agit que de reliquats de manifestations pulmonaires de la fièvre typhoïde, les phénomènes thoraciques sont perceptibles déjà pendant le cours de la dothiénentérie; dans la tuberculose consécutive, ils ne commencent à se montrer que pendant la convalescence.

Dans ce dernier cas, le processus morbide a paru terminé pendant un certain temps et ce n'est qu'après une accalmie plus ou moins longue qu'on voit apparaître les signes de la nouvelle maladie. En somme lorsque le malade se tuberculise après la fièvre typhoïde, son histoire clinique peut se diviser en trois périodes : fièvre typhoïde, convalescence en apparence normale mais correspondant à l'incubation du bacille de Koch, puis tuberculose; dans les autres cas on ne peut pas distinguer les trois périodes;

7° Quand le malade expectorera (ce qui est rare dans les observations publiées), l'examen des crachats pourra avoir une grande valeur au point de vue du diagnostic, si on y trouve des bacilles de Koch. Si on n'en trouve pas, il ne faudra pas se presser de conclure contre la tuberculose, car nous savons bien que les crachats des tuberculeux ne contiennent pas toujours des bacilles de Koch, surtout quand la tuberculose est encore fermée;

8° Enfin nous avons encore à notre disposition plusieurs procédés de laboratoire : l'un, l'épreuve de la tuberculine, est réputé comme comportant quelque danger par plusieurs cliniciens, il est surtout employé en Allemagne; l'autre au contraire est absolument inoffensif, la séro-réaction de MM. Arloing et Courmont nous indique facilement s'il s'agit de tuberculose ou non. Mais pour que les renseignements soient complets, il faut que le séro-diagnostic de la tuberculose ait déjà été essayé au début de la fièvre typhoïde en même temps que le séro-diagnostic de Widal pour éliminer la possibilité d'une tuberculose préexistante.

Parfois au lieu d'une tuberculose pulmonaire, on voit survenir une tuberculose péritonéale, une tuberculose intestinale, favorisées par les ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde qui ont facilité la localisation du bacille de Koch. Birch-Hirschfeld et Pariser qui en ont rapporté des exemples font même jouer un grand rôle à ces ulcérations intestinales dans l'étiologie de la tuberculose post-dothiénentérique. Dans le cas de M. Giraudeau la porte d'entrée de la tuberculose intestinale semble bien être dans les ulcérations typhiques.

La tuberculose méningée qui peut se montrer après la fièvre typhoïde ne présente rien de particulier.

Il en est de même de la tuberculose osseuse qui peut survenir dans la convalescence d'une dothiénentérie. D'ailleurs ces cas sont trop peu nombreux pour qu'on en puisse tracer un tableau clinique bien net.

Quand il s'agit d'une tuberculose survenant plus ou moins longtemps après une fièvre typhoïde, il n'y a rien de particulier à signaler. La convalescence semble régulière et pendant plusieurs mois le sujet paraît revenu à la santé; cependant si on l'observait avec beaucoup de soin, on remarquerait que la guérison n'a pas été absolument complète; il a conservé une faiblesse générale qui résiste à tous les traitements; son appétit est capricieux, après avoir été pendant plus ou moins longtemps excellent. Des sueurs abondantes apparaissent fréquemment et au moindre effort. Le pouls est assez fréquent, souvent au-dessus de 90. De temps à autre le malade a de légères poussées congestives et si on prenait sa température, on constaterait une légère élévation thermique; survienne un refroidissement, le malade va s'enrhumer et ce « rhume négligé » ne sera autre chose que le début d'une tuberculose qui prendra son allure et sa marche habituelle.

Quel pronostic devrons-nous porter en présence d'une tuberculose apparaissant après une fièvre typhoïde?

Nous avons vu que lorsqu'une tuberculose latente se manifestait seulement après une fièvre typhoïde, son apparition dénotait un défaut de résistance de l'organisme assez accusé; aussi, quand on voit survenir cette tuberculose chez un sujet ayant des antécédents douteux, doit-on réserver le pronostic. C'est surtout chez ces malades en état de moindre résistance, qu'on voit survenir rapidement le tuberculose aiguë entraînant la mort dans un bref délai comme dans la plupart des observations (Babinski, Le Covec, Gral, Birch-Hirschfeld, Mettenheimer, etc.). Dans ces cas on est frappé de l'étendue et de la profondeur des lésions constatées à l'autopsie. M. Pipet a fait remarquer que « dans le coup de fouet donné à l'infection tuberculeuse, la fièvre typhoïde intervient encore pour localiser dans une certaine mesure les lésions nouvelles. De même que les tubercules déjà existants au sommet appellent au sommet la congestion qu'on trouve d'ordinaire aux bases dans la dothiénenthérie, de même cette élection particulière aux bases de la congestion pulmonaire typhique crée un lieu de prédisposition pour l'éclosion de nouveaux tubercules aux parties inférieures du poumon ».

Donc chez un individu prédisposé, une tuberculose post-typhoïdique comporte un pronostic réservé, mais non fatalement grave, car les cas de tuberculose chronique ne sont pas exceptionnels et nous savons qu'ils peuvent guérir.

Quand l'infection est récente, ce qui n'est pas rare dans les hôpitaux (Hanot, Homolle), le pronostic de la

tuberculose dépend surtout de l'état de résistance du sujet et des soins qui lui seront donnés. La tuberculose ne sera ni plus bénigne, ni plus grave que si elle survenait chez le même sujet n'ayant pas eu la fièvre typhoïde mais mis dans le même état de débilitation pour une cause quelconque (surmenage physique ou intellectuel, mauvaise hygiène, etc.).

Comment distinguer le début d'une tuberculose post-typhoïdique, d'une rechute de fièvre typhoïde?

D'une façon générale, ce sera facile : la courbe de la température suffira le plus souvent à faire le diagnostic. Dans la rechute le thermomètre montera plus haut et ses oscillations seront plus régulières que dans la tuberculose; l'anorexie se montrera, tandis que dans la tuberculose il n'y a que des irrégularités de l'appétit. De plus la toux et les signes d'auscultation et de percussion viendront bien attirer l'attention sur les poumons dans le cas de tuberculose.

Dans les cas de granulie, de tuberculose péritonéale ou méningée, le diagnostic sera le plus souvent extrêmement difficile et ne sera fait qu'à l'autopsie.

Il suffira d'un peu d'attention pour ne pas confondre le début d'une tuberculose avec la fièvre déterminée par la reprise de l'alimentation ou par la coprostase chez les typhiques.

D'une façon générale, d'après plusieurs auteurs, Guéneau de Mussy, Murchison, etc., on devra toujours songer à la tuberculose quand on verra le début d'une convalescence d'une fièvre typhoïde être brusquement interrompu par une élévation subite de la température et qu'on ne trouvera aucune cause susceptible de l'expliquer. Il est évident qu'il sera indiqué de rechercher, si on le peut, quelle sera la séro-réaction de la tuberculose par le procédé de MM. Arloing et Courmont.

III

Evolution clinique de la fièvre typhoide et de la tuberculose évoluant simultanément. — Quand l'infection éberthienne et l'infection tuberculeuse se font simultanément, ou quand la fièvre typhoïde survient chez un malade dont la tuberculose est vraiment en voie d'évolution, il est bien difficile de tracer le tableau clinique qu'on peut observer alors. Les symptômes varient non seulement d'après la prédominance de l'une ou l'autre infection, mais d'après la période de la maladie; et chaque malade présente un tableau clinique individuel.

Dans le cas de Bucquoy les deux maladies marchaient concurremment sans paraître s'influencer et conservaient leurs traits distinctifs.

Dans le cas de Sarda et Villard, pendant quelques jours la fièvre typhoïde occupe nettement le premier plan et ce n'est que plus tard que la méningite entre en scène pour jouer le premier rôle jusqu'au dernier moment.

Dans le cas de Guinon et Meunier le tableau est tout autre. D'abord doué de tout l'habitus tuberculeux, présentant des localisations cutanées et pulmonaires non discutables, il évolue ensuite comme un typhoïde, avec cette particularité que l'intestin reste absolument indemne; les taches rosées, la courbe thermique, enfin la séro-réaction ne peuvent nous laisser aucun doute; puis au milieu d'une rechute dont l'allure est d'ailleurs tout anormale, il entre dans la troisième et dernière période et finit comme il avait commencé, en phtisique succombant à une poussée aiguë.

Dans l'observation de MM. Chantemesse et Ramond, comme dans celle de M. Comby, c'est la méningite qui tient le premier rôle et le diagnostic clinique est méningite tuberculeuse; mais le séro-diagnostic dénote une fièvre typhoïde associée, et l'autopsie vient montrer la coexistence des lésions de dothiénentérie et des lésions tuberculeuses.

Si nous envisageons l'association de la fièvre typhoïde avec la tuberculose en voie d'évolution au point de vue du pronostic, nous verrons que cette combinaison d'infections a toujours été mortelle; et cela se conçoit; comment l'organisme résisterait-il à ces deux maladies lorsque l'une d'elles suffit souvent à le terrasser?

Pourra-t-on porter le diagnostic de cette combinaison pendant la vie? Sarda et Villard écrivaient en 1893 : « Il aurait été sûrement intéressant de rechercher maintenant quels sont les caractères cliniques qui peuvent permettre d'affirmer cette combinaison pendant la vie. Mais nous pensons qu'il ne saurait en pareil cas, en dehors de la recherche des deux bacilles du vivant du malade, exister de règles certaines de diagnostic. Les symptômes doivent varier non seulement d'après la prédominance de l'une ou l'autre infection, mais d'après la période de la maladie. Il nous paraît également que chaque malade doit présenter un tableau clinique individuel. C'est au tact médical et au savoir clinique à discerner les éléments de l'une et l'autre affection. » Actuellement nous disposons de nouveaux moyens : le séro-diagnostic de Widal nous permet de déceler la fièvre typhoïde (cas de Guinon et Meunier, Chantemesse et Ramond, Comby, Pick, Gentès et Ribereau); souvent les signes cliniques suffiront pour faire reconnaître la tuberculose, sinon on pourra rechercher la séro-réaction d'Arloing et Courmont.

On voit donc que, loin d'être inaptes à contracter la fièvre typhoïde, les tuberculeux peuvent facilement être contagionnés en vivant au milieu de typhiques; nous avons montré aussi que les cas de tuberculose, soit aiguë, soit chronique, ne sont pas exceptionnels après la fièvre typhoïde et que quelques-uns d'entre eux sont dus à la contagion hospitalière (Hanot, Homolle, Potain). Aussi semble-t-il que quelques mesures prophylactiques seraient nécessaires et suffiraient pour prévenir tout danger de contagion hospitalière de l'une ou l'autre maladie. Sans doute on dira que ces cas de contamination directe sont rares, mais cependant ils sont encore trop fréquents et nous estimons que la tâche du médecin n'est pas remplie tant qu'il n'a pas pris toutes les mesures nécessaires pour éviter les maladies évitables.

1° On ne discute plus la contagiosité de la fièvre typhoïde, les cas de contagion sont maintenant trop nombreux et trop bien observés; aussi la première chose à faire, c'est d'isoler les malades atteints de dothiénentérie. Ils éviteront ainsi de contagionner les autres malades et seront moins exposés eux-mêmes à contracter les infections secondaires qui peuvent venir se greffer sur leur fièvre typhoïde et en particulier la tuberculose;

2° Dans le choix du personnel destiné à leur donner des soins, il faudra éviter soigneusement les sujets tuberculeux ou même ceux qui seront soupçonnés de tuberculose : nous avons vu qu'ils étaient plus aptes à contracter la fièvre typhoïde et que celle-ci pouvait avoir chez eux les plus funestes conséquences. De plus, s'ils étaient porteurs d'une tuberculose ouverte, ils pourraient être une cause de contamination tuberculeuse pour les malades confiés à leurs soins.

3° Dans les asiles où l'on envoie les convalescents de fièvre typhoïde, on devrait veiller à ce que les tubercu-

leux en soient soigneusement écartés. En outre, on devrait y surveiller avec beaucoup de soin les convalescents et au moindre symptôme douteux les isoler des autres individus;

4° Il est bien évident que l'isolement des tuberculeux s'impose aussi dans leur intérêt et dans celui des autres malades.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Appendicite suppurée. Perforation intestinale. Sortie d'un ascaride par la plaie.

Par M. le Dr H. Douriez (d'Abbeville).

Si Metchnikoff nous a appris qu'il n'est pas rare de rencontrer des œufs de vers intestinaux dans les fèces des individus atteints d'appendicite, si même il a jugé le fait assez fréquent et assez significatif pour motiver une nouvelle théorie pathogénétique, il n'en est pas moins vrai que la présence de parasites intestinaux adultes dans le vermium ou dans le phlegmon péri-cæcal demeure une rareté pathologique. Et c'est à ce titre que je publie l'observation suivante :

L. S... de Saint-Blémont, âgée de 14 ans 1/2, chétive, ayant jusqu'à 8 ans contracté des bronchites à répétition, depuis lors sujette à des migraines tenaces, présente un facies adénoïdien, le nez effilé, les narines aplaties, la bouche toujours ouverte, l'air hébété. Un frère plus jeune a des amygdales énormes. Menstruée sans douleurs en août 1900, elle n'avait jamais souffert du ventre à aucune époque de son existence.

Le 6 avril 1901, elle est prise de douleurs abdominales, mal localisées, mais supportables qui lui permettent de continuer son travail journalier.

Le 7 avril état stationnaire.

Le 8, les souffrances deviennent plus aiguës et s'accompagnent de quelques vomissements alimentaires. Le Dr Dacquet, appelé pour la première fois, prescrit 30 grammes d'huile de ricin; l'huile est vomie; pas de garde-robe.

Du 9 au 12, deux nouveaux purgatifs sont administrés et vomis; l'enfant est au lit, souffre d'une façon continue avec des exacerbations. La constipation persiste.

Le 13, le pouls est à 110; la température à 39°,5; le ventre ballonné; il existe un empâtement bien localisé dans la fosse iliaque droite. Le Dr Hannebelle, appelé en consultation, confirme le diagnostic d'appendicite et fait appliquer le traitement d'attente, préconisé par les chirurgiens temporisateurs pendant les crises aiguës : diète absolue, et vessies de glace en permanence.

Le 14 et le 15, les prescriptions sont observées, dans toute la rigueur compatible avec l'intelligence du milieu.

Néanmoins le 15, le pouls s'accélère, bat à 125, les douleurs s'irradient vers l'ombilic et la fosse iliaque gauche. Appelé par mes deux confrères le 15 au soir, je trouve la jeune fille, la facies grippé, la respiration rapide et saccadée, le pouls petit, le ventre modérément ballonné mais très sensible au simple contact des couvertures. Autant que l'hyperesthésie permet d'en juger, le maximum de la douleur siège dans la région de Mac Burney. L'incision du phlegmon est décidée pour le lendemain.

Le 16, avec l'aide amicale des Drs Hannebelle et Dacquet, je pratique l'incision de Roux. Rapidement l'on arrive à une première logette purulente, nettement circonscrite par l'épiploon et la paroi antérieure du cæcum; puis en décollant les adhérences vers l'extrémité inférieure, on entre dans une seconde cavité, plus grande, bien limitée aussi, mais vide. A la partie la plus inférieure du cul-de-sac cæcal siège une perforation de la largeur d'une pièce de 2 francs.

La nuit précédente, nous l'apprîmes alors, l'enfant, toujours constipée jusque-là, avait émis en quelques heures 5 à 6 selles liquides : un des abcès s'était spontanément ouvert dans l'intestin.

Un double plan de sutures ferme la perforation, et, comme l'appendice ne se présente pas de lui-même, on respecte les adhérences; puis les parois de l'abcès asséchées avec des compresses de gaze stérilisée, on le draine largement.

Le 18, le pouls est tombé à 95, la température à 38°,1. Changement des couches superficielles du pansement.

Le 17 et le 19, la température oscille de 37°,5 le matin, à 38°,2, 38°,3 le soir. Le pansement extérieur est renouvelé. Le drain laissé en place. Il n'y a pas trace de matières fécales.

Le 20, le drain est changé et un lavage à l'eau oxygénée pratiqué dans la cavité de l'abcès.

Le 21, sous le pansement et avant tout lavage, on trouve un ascaride lombricoïde de 9 centimètres de long, collé à plat contre la paroi et mort. Pas de matières fécales.

Les pansements ultérieurs furent renouvelés avec le plus grand soin par MM. Hannebelle et Dacquet, d'abord quotidiens, puis de plus en plus espacés. A deux reprises différentes, le 5 mai et une dizaine de jours plus tard, on trouva un suintement fécaloïde qui ne se reproduisit plus.

L'ingestion de vermifuges ne donna lieu à aucune expulsion de parasites.

La guérison vint progressivement et au bout de deux mois environ, la malade put reprendre son travail de couturière, conservant une fistulette près de tarir, et ne présentant aucune éventration.

Voilà l'observation. Est-ce à dire que l'helminthe éliminé ait été la cause déterminante de la poussée appendiculaire? L'existence d'ascarides dans le tube digestif des enfants, surtout à la campagne, est un fait trop banal pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y a pas eu simple coïncidence. D'ailleurs la fillette en question est une adénoïdienne; et puisqu'on fait remarquer la nature lymphoïde de l'appendice, elle a pu avoir une poussée inflammatoire du côté de son « amygdale vermiculaire », comme elle en aurait présenté au niveau de ses amygdales palatine ou pharyngée.

Ce cas n'est au résumé qu'une contribution à l'étude des rapports de l'helminthiase et de l'appendicite; comme tel, et sans lui attribuer une valeur concluante dans un sens ou dans l'autre, il peut avoir un certain intérêt documentaire pour le praticien (1).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 27 Avril 1901.

Un cas de myélite traumatique.

M. Crocq. — Le malade portait une barre de fer quand il tomba de telle façon que le tronc fut porté en flexion complète sur les jambes, comme dans le traitement du tabes par l'élongation de la moelle. Il ne s'ensuivit rien de grave d'abord, mais un mois après l'accident, à la suite d'une amygdalite, la myélite survint, à tel point qu'actuellement il y a des troubles sphinctériens et de l'œdème des membres inférieurs.

1. *Écho méd. du Nord*, 1901, p. 403.

Traitement des vertiges d'origine auriculaire.

M. Libotte, après un exposé de la physiologie et de l'anatomie des canaux semi-circulaires et du rôle du cervelet dans le vertige, l'auteur énumère les divers traitements préconisés : bromure, quinine, etc., recommande l'électricité statique appliquée à l'aide d'une électrode spéciale sur le tympan ; de petites étincelles se produisent et excitent le tympan. En quelques séances, les cas les plus rebelles sont guéris de la sorte. L'action de l'électricité statique s'expliquerait par le rétablissement de la circulation et de l'égalité de pression dans les canaux et le labyrinthe.

Un cas de polynévrite.

M. Decroly. — Un tuberculeux présente depuis une quinzaine de jours de la difficulté de la marche, des douleurs dans le sciatique interne. Le pouce de la main droite fonctionne difficilement ; il y a exagération des réflexes rotuliens ; les achilléens sont supprimés à gauche, diminués à droite ; les plantaires supprimés.

M. Crocq croit que l'exagération des réflexes n'est pas due à la polynévrite, mais bien à l'intoxication par la tuberculose.

M. Sano. — La plupart des polynévrites évoluent sans qu'il se produise d'exagération des réflexes. Mais depuis un certain temps, on a signalé dans cette maladie des territoires où il y a exagération des réflexes. M. Sano a d'ailleurs observé, il y a deux ans, un cas de polynévrite post-scarlatineuse avec exagération des réflexes. Enfin, l'exagération des réflexes n'est que difficilement explicable, même quand on sait que la moelle est atteinte.

M. Claus. — Dans la tuberculose, il y a habituellement exagération de réflexes ; la tuberculose favorise d'ailleurs souvent la réapparition de troubles nerveux antécédents, tels que ceux de l'hystérie et de la sclérose en plaques. Quant à l'exagération des réflexes dans la polynévrite, elle n'est pas explicable, à moins de supposer une répercussion fonctionnelle sur la moelle.

M. Laureys. — L'hyperesthésie de la polynévrite pourrait expliquer l'exagération des réflexes.

Un cas de myopathie.

M. Crocq. — Le malade, un garçon de 19 ans, a ressenti les premières atteintes du mal en juin 1900. Il remarque un jour qu'il ne peut plus ouvrir la porte à l'aide du bras droit, et son médecin constate une paralysie radiale droite. En même temps, il y avait affaiblissement moteur généralisé. Sous l'influence d'un traitement à la noix vomique, le malade a vu les phénomènes diminuer considérablement; dans la suite, on a ajouté le massage. Le malade avait, il y a 3 mois, la marche steppante très prononcée; aujourd'hui elle a presque disparu. Cette marche due à la paralysie des fléchisseurs de la cuisse. Le cas présent ne semble avoir aucune étiologie spéciale. En présence de cette amélioration, on peut se demander si cette myopathie n'est pas d'origine polynévritique, car il manque la symétrie des lésions à droite et à gauche ; les muscles ne présentent pas de contractions fibrillaires. Le bras droit ne réagit pas au courant faradique.

M. Libotte. — Le manque de réponse du bras droit à l'excitation faradique me fait croire à de la polynévrite ; l'amélioration semble confirmer cette idée.

M. Sano. — C'est plutôt une myopathie qui présente une amélioration momentanée. La paralysie droite est due probablement à de la névrite radiale.

Un cas d'hémiplégie hystérique.

M. Libotte. — La malade, une jeune fille de 23 ans, a été atteinte de son affection il y a 4 mois. Son père est mort d'apoplexie, la mère est bien portante. Depuis assez longtemps, elle avait des aphonies passagères, des céphalalgies continuelles ; mais elle n'a jamais eu d'accès nerveux ; sa sœur toutefois est sujette à des attaques hystériques. Il y a de l'hémiplégie droite, de l'hypoesthésie droite ; le long du rachis, il y a de l'hyperesthésie considérable à la pression. Il n'y a pas de réflexe pharyngien. Certains jours, la malade parvient à marcher. Il y a du Babinski à droite; le côté gauche est normal. A droite, suppression du réflexe achilléen. La plante du pied est insensible à droite.

La parésie droite a donc débuté brusquement; le cas est nettement hystérique, et cependant le phénomène de Babinski existe à droite.

M. Crocq. — L'hystérie est indiscutable, mais n'y a-t-il pas en même temps de lésion médullaire, de sclérose en plaques ?

M. François a vu une malade, traitée par MM. Maréchal et Glorieux, présentant de l'hystérie avec phénomène de Babinski.

M. Libotte. — Certes le nystagmus et le réflexe anormal de cette malade font penser à une sclérose au début ; cependant il me semble qu'il n'y a que de l'hystérie. La parole n'est pas scandée et le tremblement volontaire n'est pas net.

M. De Bray. — Chez un syphilitique qui avait présenté le phénomène de Babinski, ce symptôme a disparu au cours d'une intoxication saturnine.

Un cas de maladie de Basedow.

M. François. — La malade a eu, à 21 ans 1/2, une métrorrhagie et a constaté immédiatement de l'exophthalmie et de la tachycardie. Le pourtour du cou augmenta rapidement et atteignit 36 cm. 1/2. La malade était très nerveuse, faible, transpirait abondamment, avait de la diarrhée, de la dyspnée. Tous les phénomènes se sont améliorés sous l'influence de la galvanisation ; seule la tachycardie persiste.

M. Sano. — Certains goîtres présentent du bruissement sanguin dans toute leur étendue : ce sont les goîtres purs ; mais d'autres ne présentent le phénomène qu'en un seul point : ce sont des goîtres partiels.

M. Libotte est partisan des courants intenses de 30 à 40 milliampères ; les résultats sont excessivement rapides par ce moyen : 15 jours suffisent pour avoir la guérison.

SOCIETE BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 2 Juin 1901.

Abcès du cerveau d'origine otique.

M. Buys. — Il s'agit d'un otorrhéique chronique, côté gauche, âgé de 11 ans. Depuis 3 mois, son caractère était devenu chagrin et capricieux ; depuis 8 jours, il était alité, en proie à de la somnolence et de l'inappétence. Il souffrait de céphalalgie sans localisation nette et présentait des accès de délire.

Il fut amené au confrère Buys à l'occasion d'une tuméfaction douloureuse de la région mastoïdienne gauche.

M. Buys constate de l'empâtement à cet endroit, une otorrhée fétide peu considérable avec destruction du tympan et granulations de la caisse.

Etat général mauvais. Papille de stase bilatérale, mais plus marquée à droite. Pas de parésie ni de paralysie nulle part. Surdité relative à gauche seulement. Pouls à 60°, irrégulier.

Une première intervention consista dans l'antrectomie et l'évidement mastoïdien ; il y avait peu de pus dans les cellules mastoïdiennes, l'antre ne contenait que des granulations fétides.

En élargissant la brèche osseuse en arrière, l'opérateur vit jaillir du pus sous pression ; il s'agissait d'un abcès extradural autour du sinus transverse. Celui-ci fut alors largement découvert. Pansement.

Le mieux qui suivit cette intervention ne se maintint pas, et devant l'aggravation du phénomène du côté de la papille, devant l'aggravation de l'état général, M. Buys posa le diagnostic ferme d'abcès cérébral.

Le fait d'avoir trouvé du pus autour du sinus transverse, c'est-à-dire dans la loge postérieure du cerveau, et l'apparition des phénomènes de titubation l'engagèrent à diriger les recher-

ches du côté du cervelet; celui-ci fut ponctionné sans résultat. 3 jours plus tard apparaissait une légère parésie du facial droit, côté opposé à la mastoïde opérée. M. Buys fit une fenêtre à l'écaille du temporal au-dessus de l'antre, incisa la dure-mère en croix et vit le cerveau faire hernie et crever spontanément en donnant issue à 150 grammes d'un liquide fétide, verdâtre, contenant en suspension des débris de tissu nécrosé. Ce liquide était tout différent de celui de l'abcès périsinusal ouvert précédemment, ce dernier étant du pus bien lié, blanchâtre et inodore. M. Buys draina l'abcès cérébral. Le lendemain, il y eut écoulement de pus fétide en quantité moindre. La cavité fut lavée à l'eau oxygénée. Actuellement, c'est-à-dire 4 jours après la dernière intervention, l'écoulement est arrêté. L'état général est meilleur. L'enfant mange, reconnaît ses parents et leur parle.

L'intérêt principal de ce cas est, comme on le voit, dans l'apparition dans la cavité endocrânienne de deux foyers infectieux de nature différente et originaires tous deux d'une même infection de la caisse. L'abcès périsinusal (fosse cérébrale postérieure) était formé de vrai pus, lié, non fétide. La collection du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau (fosse cérébrale moyenne) était constituée par un liquide fétide, verdâtre, granuleux, vrai produit de gangrène.

SOCIETÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séance du 30 Juillet 1901.

Sur les tuberculines.

M. Denys croit utile de répondre aux communications qui ont été faites à la Société en rappelant les indications de l'emploi de la tuberculine qu'il prépare et la technique à suivre dans l'application de ce traitement. Sa tuberculine est, somme toute, un bouillon ancien de tuberculose employé après filtration. C'est un produit très actif, puisqu'il peut provoquer de la réaction chez certains tuberculeux à la dose de 0 gr. 0001.

Pour retirer de bons effets de son emploi thérapeutique, il faut ne l'employer que chez des tuberculeux de la première période, dont la température n'atteint jamais 37°. On fait une première injection de 1 milligramme. Une légère réaction est possible pendant les 24 heures qui suivent. Il faut attendre 2 jours avant le retour de la température à la normale pour procéder à une deuxième injection de 1 milligramme. Celle-ci ne donnera probablement plus de réaction. On passera alors à 2 milligrammes et en ayant soin de ne jamais augmenter la dose injectée avant que l'injection précédente soit restée sans réaction.

Reprenant les observations rapportées par M. Le Bœuf, M. Denys examine si ces conditions ont été scrupuleusement observées.

Les cas paraissent d'abord bien avancés, le troisième notamment, chez lequel les lésions sont très étendues et où l'on observe avant les injections des températures de 37°,8.

En outre, il n'a pas été tenu compte assez rigoureusement du laps de 2 jours de température normale requis après chaque réaction pour procéder à l'injection suivante.

Enfin, des doses croissantes ont été administrées avant que la dernière injection soit demeurée sans réaction.

Dans ces conditions, les accidents qu'a observés M. Le Bœuf sont à redouter. M. Denys discute également la communication faite par M. H. Coppez à la Société des sciences et déclare qu'il avait tort de continuer ce traitement du moment où la lésion oculaire s'aggravait.

M. Derscheid a employé les différentes tuberculines, et notamment celle de M. Denys, en se conformant exactement aux prescriptions de son auteur. Il n'a pas observé d'accidents imputables au produit, mais avoue n'en avoir pas retiré de bénéfice appréciable dans la majorité de ses cas. Il ne comprend pas, en outre, pourquoi M. Denys réclame une attente de 48 heures après la fin de la réaction pour procéder à l'injection suivante. Koch ne prescrivant que 24 heures dans l'emploi de sa tuberculine T R., sensiblement analogue, paraît-il, comme composition.

M. Denys estime plus sage d'attendre 2 jours pour laisser au produit le temps d'épuiser son action sur les leucocytes et de donner les réactions chimico-biologiques qu'il provoque.

M. Le Bœuf rappelle les circonstances dans lesquelles il a été amené à faire sa communication. M. Meesen avait rapporté à la Société les succès obtenus par lui dans plusieurs cas de tuberculose traités par la tuberculine de Denys. Un de ces malades sortait complètement des conditions requises par M. Denys et présentait une fièvre sérieuse. Les heureux résultats de M. Meesen étaient de nature à séduire beaucoup de confrères, d'autant plus que l'auteur engageait ses collègues à faire l'expérience du produit et à communiquer ici leurs résultats. C'est ainsi que M. Le Bœuf s'est trouvé amené à signaler les insuccès qu'il avait constatés à l'hôpital Saint-Jean chez les malades traités par les tuberculines, notamment celle de M. Denys. Il reconnaît que les cas ne sont pas des types de tuberculose débutante, tels que l'on n'en rencontre presque jamais dans les services hospitaliers, mais ils ont été choisis parmi les sujets dont la maladie affectait une allure torpide, qui tous étaient exempts d'infection mixte et chez lesquels la température était normalement afébrile. Le cas auquel M. Denys fait allusion avait une température plus élevée que les autres, mais celle de 37°,8 signalée fut une exception que M. Le Bœuf devait à la vérité de consigner dans son observation.

Les prescriptions relatives aux doses employées et à la durée des pauses n'ont pas été toujours scrupuleusement observées; il faut cependant reconnaître que cette transgression a été généralement de bien courte durée, puisque dans le troisième cas, par exemple, le traitement a été suspendu après 10 jours, pendant lesquels il n'avait été injecté que $1 + 2 + 2 = 5$ milligrammes.

M. Le Bœuf fait remarquer qu'il s'est défendu à plusieurs reprises dans sa communication de vouloir imputer à la tuberculine de M. Denys les accidents observés. M. Denys, au contraire, reconnaît que son remède, s'il n'est pas rigoureusement appliqué dans les conditions prescrites, présente de sérieux dangers. Or, la communication de M. Meesen était de nature à exposer des collègues à verser dans cette erreur; c'est pourquoi M. Le Bœuf avait cru utile de signaler ses mécomptes et d'opposer à l'optimisme de son confrère, au moins un peu de scepticisme.

Les injections antiseptiques dans le traitement des tuberculoses externes.

M. Van Langendonck s'est adressé, dans les cas de tuberculose externe, aux divers topiques préconisés, et son expérience lui a fait adopter principalement deux de ces agents : le naphtol camphré et l'éther iodoformé. Il a surtout recours au premier dans les tuberculoses ouvertes; au second, dans les tuberculoses fermées. Dans les formes sèches, on aura soin de procéder à des injections réduites, mais fréquemment répétées. Dans celles qui s'accompagnent de suppuration, on utilisera avec avantage la méthode des injections plus abondantes, pratiquées à plus longs intervalles. Il faut employer l'iodoforme en solution éthérée saturée, c'est-à-dire au sixième, de façon à réduire au minimum la quantité d'éther utilisée. La statistique de M. Van Langendonck comporte une quarantaine de cas, dont la grande majorité a subi le traitement avec succès.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS BRITANNIQUE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Londres 21-26 Juillet 1901.

Technique et résultats du séro-diagnostic de la tuberculose.

MM. S. Arloing et **Paul Courmont**. — L'emploi de cultures homogènes en bouillon glycériné du bacille de la tuber-

lose humaine permet de rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des animaux ou des hommes tuberculeux.

Ainsi compris, le séro-diagnostic de la tuberculose est une méthode rapide, et d'une innocuité absolue pour le malade. La seule difficulté réelle consiste dans l'obtention des cultures propres au séro-diagnostic.

D'après nos recherches portant sur les cas les plus variés de tuberculose humaine :

Une séro-réaction positive, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale;

Une séro-réaction négative, chez un sujet soupçonné de tuberculose, devra contribuer à faire éliminer cette affection;

Le séro-diagnostic de la tuberculose a donc une grande valeur, surtout pour le *diagnostic précoce*, chez les sujets suspects de lésions pulmonaires peu avancées.

De nombreux auteurs ont contrôlé et confirmé tous ces faits : Ferré, Mongour; Buard, à Bordeaux; Mosny, à Paris, Carrière, à Lille; Bendix, Romberg, en Allemagne, etc. Si quelques autres n'ont pu réussir à entretenir les cultures homogènes ou bien ne sont pas arrivés par leur emploi à des résultats satisfaisants, cela tient aux variations des propriétés des cultures entre les mains des différents expérimentateurs, et à la difficulté d'apprécier, dans les cultures, les conditions favorables à l'agglutination.

Pour parer à ces difficultés on peut employer des cultures arrêtées dans leur végétation par le formol au moment où elles présentent les propriétés les plus favorables, ce qui leur conserve quelque temps ces propriétés.

Les auteurs insistent principalement sur les détails techniques suivants :

Emploi constant d'un séro-étalon dont le pouvoir agglutinant connu d'avance sert de commune mesure pour les séro-diagnostics; *emploi des cultures formolées;* enfin, nécessité de ne tenir compte que des *séro-réactions franchement positives* avec agglutination macroscopique et clarification très nettes.

Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch et le cyto-diagnostic dans 24 cas d'épanchement séro-fibrineux de la plèvre.

MM. Widal et **Ravaut.** — Nous avons eu l'occasion de rechercher l'agglutination du bacille de Koch par des liquides pleuraux de natures diverses au moyen du bacille mobile de MM. Arloing et Courmont; la technique que nous avons suivie est celle qu'ont indiquée ces auteurs dans différents travaux.

Un point de technique nous semble capital : c'est de ne point pratiquer la séro-réaction sans avoir essayé la culture avec un sérum témoin connu; cette précaution est absolument indispensable, car de jour en jour le pouvoir agglutinant des cultures varie considérablement. Celles qui nous ont paru donner les réactions les plus nettes, sont des cultures peu épaisses et datant de 5 à 6 jours.

Dans ces conditions nous avons recherché dans 24 liquides pleuraux séro-fibrineux la séro-réaction; les résultats que nous avons obtenus sont les suivants.

Sur 11 pleurésies idiopathiques ou a frigore *et dont la nature est tuberculeuse, la séro-réaction a été* positive *9 fois*, douteuse *1 fois* et négative *1 fois*.

Sur deux pleurésies de phthisiques : 2 résultats négatifs.

Sur 11 pleurésies diverses dont aucune n'était tuberculeuse : 11 résultats négatifs.

Ces faits nous montrent que cette séro-réaction, faite avec les soins et les précautions nécessaires, peut fournir des renseignements précis sur la nature d'un épanchement pleural.

Le cyto-diagnostic de ces liquides, pratiqué selon la méthode que nous avons déjà indiquée, nous a montré que les 11 pleurésies idiopathiques avaient une formule lymphocytique et qu'aucune d'elles ne renfermait de cellules endothéliales; l'absence de ces derniers éléments et la présence presque exclusive de lymphocytes dans un épanchement séro-fibrineux est la formule de la pleurésie idiopathique, dont la nature est tuberculeuse et dont la caractéristique anatomique est la présence d'une néo-membrane qui par sa formation empêche ainsi la desquamation endothéliale.

Au contraire, les 11 autres pleurésies non tuberculeuses et de natures diverses renfermaient des cellules endothéliales soudées, des polynucléaires et quelques lymphocytes dans des proportions variables : leur formule histologique était totalement différente de celle de la variété précédente.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Lelong (Georges). *Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode de réduction extemporanée non sanglante.*

M. Thiollier (Maurice). *Quelques considérations sur la marche normale et les causes du retard de la marche chez l'enfant.*

M. Delaforge (G.). *De la mobilité du rein en ectopie congénitale.*

M. Niot (Georges). *De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit. Diagnostic avec l'appendicite.*

M. Pophillat (Louis). *Paralysies angineuses, paralysies consécutives aux angines non diphthériques.* N° 483. (J. Rousset.)

M. Lehmann (Paul). *Contribution à l'étude des névralgies grippales.* N° 470. (Boyer.)

M. Féval (Georges). *Contribution à l'étude de la disparition de la dysphagie après la gastrostomie (perméabilité en retour).* N° 316.

M. Vaillant (Jacques). *De la hernie inguino-superficielle.* N° 401.

M. Frison (L.). *De la nécrose de l'os intermaxillaire.* N° 402.

Après un rapide résumé de l'historique de ce traitement, et un exposé critique des méthodes de Paci, de Lorenz; M. Lelong expose la façon de faire de son maître Kirmisson. Les observations puisées par l'auteur dans le service de ce dernier montrent l'excellent parti qu'on peut tirer de la méthode de Lorenz, même si on l'emploie avec une prudence que certains trouveront exagérée.

M. Thiollier aboutit aux conclusions suivantes : Un enfant normal marche vers l'âge de 12 mois. Des statistiques publiées jusqu'ici ne donnent pas ce résultat parce qu'elles sont prises dans le milieu hospitalier, qui ne peut pas servir de base pour juger des enfants normaux. Tout retard de la marche doit être considéré comme pathologique, S'il n'est que de peu de temps, la cause en sera le plus souvent dans un trouble de la nutrition. Dans l'immense majorité des autres cas, on en trouvera l'explication soit dans des troubles de la nutrition (rachitisme, atrophie infantile, faiblesse congénitale, myxœdème, hérédo-syphilis) soit dans des affections de l'appareil locomoteur (malformations telles que luxation congénitale de la hanche, de la rotule, pied-bot, — affections aiguës ou chroniques des os — soit enfin dans des affections du système nerveux. (Maladie de Litle, paralysie infantile, spina-bifida, encéphalocèle, etc.)

Observation intéressante d'un cas d'ectopie rénale devenue brusquement mobile à la suite d'une chute chez une jeune fille de 24 ans. Symptômes analogues dans ce cas à ceux d'une hernie de force avec sensation de « décrochement ». Diagnostic souvent difficile en raison de la situation basse du rein, surtout à faire avec le kyste de l'ovaire — la réduction dans la loge lombaire n'existe pas comme pour les autres mobilités rénales. Ce rein ectopié flottant peut devenir une cause de dystocie.

Si on ne peut pratiquer la néphrorraphie postérieure, M. Delaforge conseille une néphrorrhaphie antérieure. Le pronostic

de cette variété de rein mobile est moins favorable que celui du rein mobile vulgaire.

L'appendicite est l'affection la plus difficile à distinguer de la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire. Malgré une analyse minutieuse des symptômes, le diagnostic serait hésitant sans une exploration de l'abdomen sous chloroforme qui sera le premier temps d'une intervention absolument nécessaire. L'incision médiane est, d'après M. Niot, l'incision de choix, mais si, en raison de l'incertitude du diagnostic, l'incision abdominale a été faite dans la fosse iliaque droite il suffira de la prolonger pour extirper le kyste dermoïde.

M. Pophillat a réuni un certain nombre d'observations qui paraissent confirmer l'opinion de Gubler qui admettait l'existence d'une paralysie angineuse non diphthérique.

Cette variété de paralysie, très rare, ne diffère pas par ses symptômes, sa marche et son pronostic de la paralysie diphthérique.

Le diagnostic de sa nature ne peut être établi que par le diagnostic de l'angine qui lui a donné naissance; celui-ci demande des examens bactériologiques répétés.

Dans les 5 exemples connus de paralysie angineuse, l'infection paraît avoir été de nature streptococcique.

Ces paralysies sont des exemples des lésions profondes que les maladies infectieuses déterminent dans les éléments nobles des centres nerveux; ces altérations aiguës, passagères, jouent peut-être un rôle primordial dans l'étiologie d'affections nerveuses dont les causes sont encore mal connues.

Il existe, conclut M. Lehmann, des névralgies en rapport intime avec cette maladie générale : tantôt elles apparaissent pour la première fois, tantôt elles ne sont que réveillées sous cette influence.

En dehors de leur étiologie, des phénomènes fébriles prémonitoires, elles présentent des caractères particuliers, qui sont : la périodicité habituelle des accès, leur défaut ou leur lenteur de fixation sur un territoire nerveux déterminé, la persistance d'un fond de souffrance continue et assez intense entre les paroxysmes, la prédominance nocturne des crises, et leur peu de fréquence relative.

M. Lehmann signale aussi un gonflement localisé, douloureux spontanément et à la pression, avec rougeur de la peau, et ne gardant pas l'empreinte du doigt : cette tuméfaction, dont nous ignorons la nature, est de courte durée et disparaît sans laisser de traces.

Le pronostic de la névralgie grippale est en général bénin : elle ne paraît pas récidiver après une première atteinte.

Le traitement, en quelque sorte spécifique de cette affection est le bromhydrate de quinine, administré selon la méthode dite de la dose suffisante.

La dysphagie, dans les cas de rétrécissement de l'œsophage, est causée : 1° Par une altération organique : sténose fibreuse; 2° Par un élément spasmodique se surajoutant à la lésion œsophagienne : sténose spasmodique; 3° par l'union de la sténose spasmodique. L'élément spasmodique est causé et entretenu par les lésions d'œsophagite chronique, les ulcérations de la muqueuse surtout. La gastrostomie et l'alimentation par la bouche stomacale, faisant cesser l'irritation causée par les ulcérations œsophagienne, expliquent la cessation du spasme, d'où la disparition de la dysphagie. Dans certains cas bien moins fréquents d'œsophagite chronique sténosante, la dysphagie disparaît purement et simplement, parce que les lésions œsophagiennes causant la sténose se sont améliorées, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir le spasme. Dans les cas de cancer œsophagien, la gastrostomie améliore les lésions de l'œsophage et ce spasme, d'où la perméabilité en retour.

La perméabilité en retour a une durée qui varie ainsi de quelques jours à la perméabilité définitive. Quand il s'agit de rétrécissement par cancer œsophagien, la perméabilité est évidemment de moindre durée.

Quand la gastrostomie a été faite en deux temps et que, dans le premier temps seul, la gastropexie a suffi à amener la cessation de la dysphagie, l'explication du phénomène est plus difficile à trouver et, dans ce cas, M. Féval admet que, sous l'influence de l'opération, l'œsophagisme a disparu. Il ne croit pas que, comme le pense M. Poncet, l'on se trouve en présence d'une coïncidence fortuite, tout au moins dans la pluralité des cas. Comme conclusion pratique, la gastrostomie paraît devoir être très précoce dans les cas de dysphagie par œsophagite chronique sténosante fibreuse ou sténosante spasmodique. Plus elle sera précoce, plus elle aura de chances de faire reparaître la perméabilité.

M. Vaillant consacre sa thèse à la hernie inguino-superficielle décrite pour la première fois par Küster en 1887, et qui se caractérise par ce fait, qu'après avair franchi l'orifice antérieur du canal inguinal, elle se place superficiellement, immédiatement sous la peau. On considère 3 variétés de cette hernie, suivant le siège de la tumeur, hernie inguino-superficielle, abdominale, hernie inguino-superficielle crurale, hernie inguino-superficielle périnéale. Il s'agit presque toujours d'une hernie congénitale, et le testicule — en ectopie dans la grande majorité des cas, — est situé à l'intérieur du sac, en contact direct avec l'intestin. L'obstacle qui fait qu'une hernie inguinale, au lieu de suivre le chemin habituel des hernies, devient inguino-superficielle, est soit l'ectopie testiculaire, soit la perméabilité nulle ou insuffisante du scrotum. Le diagnostic différentiel — toujours facile, doit être fait d'avec la hernie inguino-interstitielle (dans la forme abdominale), d'avec la hernie crurale (dans la forme crurale). Le traitement est la cure radicale, avec ou sans conservation du testicule, suivant que ce dernier est ou non abaissable et fixable dans le scrotum.

L'existence de l'os intermaxillaire ou incisif est admise par tous les auteurs; isolé chez l'embryon et le fœtus, il est ordinairement chez l'adulte complètement soudé au maxillaire supérieur; mais il peut persister une ou plusieurs sutures, sans que l'on ait affaire à un bec-de-lièvre. Avec MM. Albrecht et A. Broca, M. Frison pense qu'on doit admettre 4 os intermaxillaires, se développant chacun par un point d'ossification spécial. L'os incisif a une vascularisation distincte de celle du maxillaire supérieur; embryologiquement il n'appartient pas au massif maxillaire, il se développe aux dépens du bourgeon maxillaire supérieur.

L'os intermaxillaire possédant une autonomie anatomo-embryologique et vasculaire, il n'y a pas de raison pour lui refuser une autonomie pathologique. Celle-ci est représentée le plus souvent, à part le bec-de-lièvre, par la nécrose. Cette dernière affection est plus fréquente qu'on ne le croit et, si les observations n'en sont pas nombreuses, cela tient à ce qu'elle a été généralement délaissée. La nécrose de l'os incisif a une prédilection marquée pour le sexe masculin et relève de causes d'ordre local et général, dont la plus commune semble être la syphilis. Le point le plus intéressant de la nécrose de l'os intermaxillaire est son mode de production. Elle est, en effet, due à l'action combinée de deux agents : l'un produit des troubles vasculo-trophiques et consécutivement la nécrobiose; l'autre, représenté par les nombreux micro-organismes de la région, détermine une infection et finalement la nécrose.

Thèses de la Faculté de Lyon

Année 1900-1901.

M. Servel (P.). *Des fractures et enfoncements du frontal chez le fœtus pendant l'accouchement, produits par les saillies du promontoire ou de l'arc antérieur du bassin.*

Dans ce travail, fait sous la direction de M. le Dr Commandeur, accoucheur des hôpitaux, M. Servel passe en revue 27 observations de fractures ou enfoncements du frontal chez le fœtus, produits par les saillies du promontoire et de l'arc antérieur du bassin. Ces fractures ne sont presque jamais spontanées; elles s'accompagnent habituellement de dépression de l'os. La dépression en cuillère s'accompagne de fractures à trois traits; la dépression en sillon, de deux traits seulement. Par pro-

pagation, la fracture peut atteindre la voûte orbitaire. Les signes de ces fractures sont évidents, la difficulté est dans le diagnostic exact du degré et de la forme de la fracture. La gravité résulte des compressions corticales directes, et surtout des hémorrhagies intra-crâniennes. Celles-ci peuvent entraîner la mort immédiate, ou dans les quelques jours qui suivent la naissance avec des phénomènes convulsifs localisés ou généralisés.

Dans l'observation I, due à M. Commandeur, l'enfant mourut, à 40 jours, de convulsions généralisées à tout le corps, y compris la face.

Le pronostic, toujours très réservé, sera surtout basé sur la progression croissante ou décroissante des symptômes. Dans les cas où les signes de compression ou d'irritation (paralysie faciale, épilepsie) vont en s'accentuant, le seul traitement efficace sera la trépanation, qui consistera après incision des parties molles à relever le ou les fragments osseux.

Six planches de photographies d'après nature de pièces sèches du musée de la Clinique obstétricale de la Charité viennent illustrer ce travail.

Thèses de la Faculté de Montpellier.

Année 1900-1901.

M. Ameller (Puig). *Contribution à l'étude des tumeurs malignes du rein chez l'enfant et chez l'adulte.*

M. Delord (E.). *De l'abaissement de la cataracte.*

M. Wladimiroff. *De l'opération d'Alquié-Alexander.*

M. Mas (C.). *Le prurigo chez l'enfant.*

M. Amesller a cherché à bien établir les différences qui distinguent les tumeurs malignes de l'enfant, de celles de l'adulte. Il a étudié et discuté avec soin les recherches anatomo-pathologiques qui, dans ces dernières années, ont été si nombreuses surtout en Allemagne, on en a noté des variétés, catégorisé des formes; les classifications sont nombreuses, et celle de l'auteur est la suivante :

Adultes. — 1° Strumes du rein ou pseudo-lipomes;
2° Epithéliomas : *a)* carcinoïdes; *b)* à cellules claires;
3° Tumeurs dites angio-sarcomes;
4° Sarcomes.
Enfants. — Tumeurs mixtes ou adéno-sarcomes.

Cette classification n'est certes pas exempte de reproches; mais elle constitue un cadre dans lequel il est assez facile d'inscrire tous les faits actuellement connus.

Les recherches récentes ont montré que le cancer du rein chez l'adulte se rapprochait sensiblement des autres cancers par l'apparence épithéliale de son tissu. Et lorsque, quelques années plus tard, un courant nouveau de recherches s'est porté sur les tumeurs de l'enfant, on a vu que la structure en était bien différente : ici l'élément épithélial, toujours très important au point de vue doctrinal, est rejeté au second plan au point de vue objectif. Il se trouve, au voisinage, du tissu musculaire, des éléments conjonctifs du cartilage, etc. La signification de ces tumeurs en est profondément modifiée. Il ne faut pas prétendre évidemment que chacune des formes histologiques soit rencontrée exclusivement à l'âge correspondant; mais il est incontestable que la prédominance en est très marquée. Lorsque la structure de ces tumeurs a été connue, avant même, pourrait-on dire, les théories pathogéniques ont commencé à se faire jour. On ne peut nier qu'elles n'aient quelque peu éclairé pour nous la question des tumeurs du rein. Mais ces recherches nouvelles en sont encore à leur début; ce n'est qu'au jour de leur achèvement que nous pourrons vraiment connaître la nature de ces néoplasmes. Il est à craindre que ce jour ne soit éloigné; mais il était utile de dresser, à l'heure actuelle, le bilan de nos connaissances à ce sujet.

L'abaissement de la cataracte a été en faveur pendant de longues années, puis est tombé dans un regrettable discrédit. Pourtant quelques chirurgiens actuels pensent que cette méthode peut donner dans quelques cas des résultats satisfaisants (Panas, Gayet, Hirschberg, Truc et Valude, etc.).

Les résultats anciens sont en effet relativement heureux, et les résultats actuels, quoique ne portant que sur un très petit nombre d'observations, concluent aux bons effets de cette opération.

Les indications sont toutes relatives; on pourra pratiquer l'abaissement :

1° Par crainte d'hémorrhagie expulsive, quand cet accident s'est produit sur un œil opéré par extraction, et si on redoute pareil accident pour le second;

2° Par crainte d'infection, quand les annexes de l'œil présentent une suppuration chronique;

3° Par crainte d'indocilité du malade (hystériques, épileptiques, délirants, etc.);

4° Par crainte d'efforts involontaires (vieux tousseurs, prostatiques, etc.) ou d'issue du vitré si celui-ci est dégénéré et si une opération, bénigne comme une iridectomie, s'est antérieurement accompagnée de cette complication.

On doit s'abstenir de la réclinaison : chez les sujets porteurs de cataractes molles, ou même demi-molles, chez les sujets jeunes, dans les cas où l'essai antérieur d'abaissement sur un œil n'a pas été heureux; enfin, sur les yeux menacés de glaucome, chez des artério-scléreux hypermétropes.

L'idée de raccourcir les ligaments ronds pour remédier aux déplacements et aux déviations de l'utérus est d'origine française. La périorité en revient à M. Alquié, qui, le premier, proposa cette opération; en 1840, il envoya à l'Académie de médecine une note manuscrite sur : « Une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice. » Or, il est dit couramment dans tous les traités de gynécologie, qu'il n'y eut aucun rapport à ce sujet. Ce rapport existe pourtant, et dès 1887, M. Puech en signalait la présence.

M. Wladimiroff reproduit en entier le rapport de MM. Baudelocque, Bérard et Villeneuve sur la note d'Alquié, dans lequel il dit : « Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'approuver M. Alquié d'avoir eu la prudence de ne pas pratiquer cette opération sur le vivant. »

Aussi ce ne fut qu'en 1881 qu'Alexander pratiqua avec succès le raccourcissement des ligaments ronds.

M. Wladimiroff se livre ensuite à l'étude détaillée de cette opération, et conclut que :

De toutes les opérations pratiquées contre les déviations et déplacements de l'utérus, elle est la plus favorable aux accouchements ultérieurs, car elle replace l'utérus dans sa situation à peu près normale.

L'opération en elle-même étant basée sur des données anatomiques très précises est d'une grande facilité, pour trouver et dénuder plus facilement les ligaments ronds, on doit employer la méthode de M. Puech, qui consiste à inciser toute la paroi antérieure du canal inguinal. L'opération d'Alquié-Alexander est contre-indiquée :

Dans les cas de rétro-déviation ou d'antéflexions adhérentes.

Elle ne doit jamais être employée seule dans le prolapsus utérin.

Le prurigo simplex et le prurigo de Hebra sont les modalités cliniques d'une seule et même affection : l'un est la forme aiguë, l'autre la forme chronique du prurigo dont le symptôme objectif capital est constitué par la papulo-vésicule.

Le prurigo simplex est très fréquent chez l'enfant. La lésion élémentaire est une petite papule acuminée, rosée, à sommet blanchâtre, se desséchant rapidement. L'éruption se fait par poussées successives, principalement sur le côté externe des membres supérieurs, la face antérieure des membres inférieurs, la région postérieure des fesses. Le prurit très intense à exacerbations nocturnes est le symptôme prédominant. La terminaison est toujours favorable.

Le prurigo de Hébra débute comme le prurigo simplex, par le prurit des éléments ortiés et une éruption de papulo-vésicules; mais celles-ci ne tardent pas à former des placards rouges enflammés, suintants et aux lésions de grattage viennent se joindre de l'eczématisation et de la lichénisation de la peau avec hypertrophie ganglionnaire. Il est éminemment rebelle au traitement.

Le prurigo est avant tout une toxidermie; le résultat d'une

auto-intoxication provoquée par des écarts de régime répétés, une suralimentation exagérée ou une alimentation mal appropriée au tube digestif et à l'âge de l'enfant.

La base essentielle du traitement sera un régime sévère, dont le lait sera le principal élément. L'acide lactique à l'intérieur est le médicament qui donne le meilleur résultat. Les lotions vinaigrées suivies d'applications de poudres inertes sont le meilleur traitement externe.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

La réaction de Widal et sa valeur diagnostique, par F. Tobiesen, (*Hospitalstidende,* 1901, n°s 3 et 4). — Ce travail est une importante contribution statistique à l'étude de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde, l'auteur disposant d'un total de 350 observations. Sur ce chiffre, 329 cas ont donné un résultat positif avec une une dilution du sérum à 1/10 au moins; 17 ont donné un résultat positif avec des dilutions à 1/10 et 1/25; 2 cas ne l'ont donné qu'avec des dilutions à 1/5; dans 2 cas enfin, le résultat fut nul. Ces chiffres sont la résultante d'examens répétés pratiqués au cours ou décours de la maladie. Dans les 30 cas de décès suivis d'autopsie, le diagnostic clinique et bactériologique fut confirmé. Au total, il se produisit 36 décès; chez 35 de ces malades, la réaction fut positive avec une dilution égale ou inférieure à 1/50. Chez le trente-sixième (fièvre typhoïde confirmée à l'autopsie), la réaction était à peine sensible pour une dilution à 1,1/0. La séro-réaction est précieuse au point de vue diagnostic; sur 289 malades, chez lesquels on la chercha dans les 40 heures ayant suivi l'admission, l'épreuve fut positive chez 215; elle s'obtenait pour une dilution égale ou inférieure à 1/50. L'auteur a, de plus, examiné comparativement 151 malades divers et 61 sujets bien portants, ceux-ci n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde. Chez les premiers, 25 donnèrent une réaction positive à 1/10 et 4 à 1/25. Chez les seconds, il y eut 8 épreuves positives à 1/10 et une seule à 1/25. On peut donc rencontrer la réaction de Widal, même à un degré plus élevé que chez les typhiques, chez les sujets n'ayant pas ou n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde. Des chiffres précédents, l'auteur conclut que l'agglutination n'a de valeur diagnostique dans la fièvre typhoïde qu'avec des dilutions à 1/50 au maximum. La séro-réaction apparaît à des dates très variables, difficiles même à préciser; chez 290 malades, elle se montra au dixième jour, en moyenne; mais il y a de grands écarts autour de cette moyenne. Dans de très rares cas, la séro-réaction n'apparaît qu'avec les rechutes (2 cas); il semble que l'absence ou la faiblesse de l'agglutination puisse faire craindre les récidives. En tout cas, sur 45 rechutes, 26 n'avaient pas donné de réaction à moins de 1/25; mais au cours de la rechute la séro-réaction s'obtint avec des dilutions plus faibles que pendant la première maladie. Par contre, l'intensité de la réaction de Widal n'a aucune signification pronostique. Elle diminue très rapidement après la maladie; sur 27 anciens typhiques, dont le sérum avait agglutiné à 1/400 en moyenne, l'auteur vit, au bout d'un an, le pouvoir agglutinant ne se manifester plus qu'avec des dilutions à 1/25 ou 1/50. Après plusieurs années, il s'affaiblissait encore davantage ou disparaissait.

Les nodules fibreux sous-cutanés dans les affections rhumatismales de l'adulte, par Standgaard (*Hospitalstidende,* 1901, n°s 1 et 2). — L'auteur a eu l'occasion d'en observer 3 cas et il a pu recueillir 13 autres cas semblables dans la littérature. Cette affection est, en effet, rare chez l'adulte; la plupart des cas observés jusqu'ici (Meynet, Rehn, Hirschsprung, etc.), se rapportent à des enfants. Sans prédilection spéciale pour l'un ou l'autre sexe, ces nodules se rencontrent surtout dans les formes aiguës et récidivantes du rhumatisme; mais les formes chroniques, sans complications cardiaques, n'en sont pas exemptes, comme le prouvent deux des cas de l'auteur. Ils n'ont aucun rapport avec les périodes de la poussée rhumatismale; leur durée varie de 10 ou 15 jours à 1 ou 2 mois : elle est d'autant plus longue que le rhumatisme est plus chronique. Leur apparition est parfois subite; ils persistent ensuite sans grandes modifications jusqu'au jour de leur régression progressive. Généralement indolents, ils peuvent être le siège d'une vive sensibilité. De forme ronde, de consistance un peu élastique, ils siègent sous la peau et adhèrent souvent aux fascias et tendons, ou au périoste des plans osseux superficiels. On les rencontre donc surtout autour des tendons de la main, des doigts, au voisinage du genou, au-dessus du périoste crânien, sternal claviculaire. Aux membres, ils occupent plutôt le côté de la flexion. Peu nombreux en général (demi-douzaine ou douzaine), ils sont formés de tissu conjonctif fibreux, vasculaire, montrant quelques stigmates inflammatoires ou de nécrobiose cellulaire. Le diagnostic est relativement facile; les nodi de l'érythème noueux sont cutanés et non sous-cutanés; les tophi s'ulcèrent et sécrètent des urates, en même temps qu'on trouve d'autres manifestations goutteuses, surtout la néphrite. Le traitement est surtout médical, mais le salicylate ne semble pas avoir grande action. Eventuellement, on pourrait extirper ces nodules, par exemple, en cas de persistance.

CHIRURGIE

Les luxations invétérées de l'humérus, par Hejda (*Arch. bohêmes de méd. clinique,* 1901, vol. II). — A la clinique de prof. Maydl (de Prague) on a opéré 10 cas de luxations invétérées de l'humérus. Dans la majorité des cas on a opéré d'après le procédé de Hüter-Ollier; dans 8 cas on a fait l'arthrotomie, dans 2 la résection. Sur ce nombre 4 ont guéri par première intention, 2 après une grave suppuration, 1 après ligature de l'artère axillaire. Dans 3 cas on a trouvé une rupture de la grosse tubérosité, une fois une fracture du col chirurgical. Dans tous les cas il existait des modifications très prononcées de la capsule et de la cavité glénoïde.

Les résultats fonctionnels ont été bons chez les arthrotomisés; dans 2 cas il s'est formé une ankylose. L'arthrectomie a, dans tous les cas, donné un bon résultat.

NEUROPATHOLOGIE

Disposition métamérique spinale de la syphilide pigmentaire primitive, par E. Brissaud et Souques (*Semaine médicale,* 31 juillet 1901). — La localisation *cervicale* de la syphilide pigmentaire est la règle, la *localisation ultracervicale* (syphilide pigmentaire généralisée) *étant l'exception.*

Il y a dans cette localisation quelque chose de très remarquable; le siège de l'éruption est tellement fixe que, malgré quelques variations négligeables, la majorité des cas de syphilide pigmentaire du cou restent superposables, et pour se rendre compte de cette fixité, il faut faire intervenir une participation des centres nerveux; il est difficile de dire si la topographie de la syphilide pigmentaire cervicale est *rhizomérique* ou *myélomérique;* il ne peut en être autrement, nos connaissances sur la métamérie spinale du cou étant encore rudimentaires, et les renseignements cliniques et expérimentaux manquant jusqu'ici de nombre et de précision sur ce point.

La syphilide pigmentaire *ultracervicale* est autrement intéressante et instructive, encore qu'elle soit fort rare. On peut trouver des cas où pour expliquer la topographie segmentaire de l'éruption, il est nécessaire de remonter à la moelle et d'invoquer la métamérie spinale, la *myélomérie.*

Dans 2 cas personnels dont l'auteur donne les schémas, il faut faire appel à la métamérie radiculaire ou *rhizomérie.*

En somme, la disposition de la syphilide pigmentaire primitive affecte des rapports étroits avec le système nerveux central, spinal ou radiculaire; la topographie cervicale ou ultracervicale de l'éruption est superposable à la distribution cutanée soit des myélomères, soit des rhizomères. C'est là un argument majeur à faire valoir en faveur de la nature trophonévrotique de cette syphilide pigmentaire.

Maintenant, comment le virus syphilitique agit-il sur les centres trophiques? Pourquoi se localise-t-il à certains étages,

et spécialement à un étage cervical? En vertu, sans doute, d'un principe d'élection propre à certains poisons. La digitale a une prédilection pour le bulbe, le plomb pour le système nerveux des membres supérieurs, l'alcool pour celui des membres inférieurs. Il y a une sorte de susceptibilité des étages à l'égard de tel ou tel poison; le fait est indéniable, mais la raison intime nous en échappe complètement.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur l'emploi de la morphine.

D'après M. le Dr G. Lemoine
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Il est assez remarquable de constater que la plupart des médecins ne songent à employer la morphine que dans un but hypnotique. On la donne aux malades qui souffrent et à ceux qui ne dorment pas, et c'est tout. Or, en agissant ainsi, on oublie qu'à côté de ses propriétés calmantes, l'opium et surtout la morphine possèdent des qualités stimulantes du système nerveux, qu'il serait souvent utile d'employer.

Les médecins aliénistes seuls osent parfois utiliser l'action stimulante de la morphine; ce sont ceux qui, sous l'impulsion de Voisin, traitent certaines formes de manie ou de lypémanie par l'administration de doses croissantes de morphine, et qui se sont ainsi habitués à ne pas craindre ses effets. On peut souvent donner jusqu'à 0,40 et 0,50 centigr. de morphine par jour à des aliénés, en commençant par une dose initiale de 0,02 et en augmentant chaque jour d'un quart ou d'un 1/2 centigramme.

Chose curieuse, on voit chez ces malades la morphine ne jamais produire de sommeil, mais seulement donner du calme, puisqu'il faut, pour faire dormir ceux qui prennent ces fortes doses, leur donner du chloral. Au contraire, leur cœur bat mieux, moins vite et plus fortement; leurs diverses fonctions organiques se régularisent, surtout celles qui sont sous la dépendance du bulbe, et ils continuent à uriner normalement, bien qu'on ait prétendu que la morphine diminuait la quantité de l'excrétion urinaire.

Ces constatations ont amené M. Lemoine à se servir de la morphine dans certains cas pathologiques où il devenait nécessaire de soutenir l'énergie du système nerveux, et en particulier celle du bulbe, et les résultats obtenus confirmés chez de très nombreux malades permettent de poser les conclusions qui vont suivre.

M. Lemoine recommande l'emploi de la morphine dans certaines formes de cardiopathies et dans certains cas d'urémie.

Sans parler de l'usage de la morphine dans les maladies de l'aorte (car c'est maintenant un fait acquis qu'il n'existe pas de meilleur moyen d'empêcher une syncope d'origine aortique que de donner, dès les premiers symptômes d'angoisse, une injection de ce médicament), dans les maladies infectieuses et dans la grippe en particulier, le cœur peut devenir très rapidement faible et irrégulier sous l'influence de l'intoxication du pneumogastrique. Cet état présente même souvent une très grande gravité, et les cas de mort par arrêt du cœur ne sont pas rares dans dans la grippe à forme cardiaque. Eh bien! c'est précisément dans les cas de ce genre, dans la grippe à forme cardiaque, que l'on obtient des resultats meilleurs avec elle qu'avec les stimulants ordinaires du cœur : caféine ou digitale M. Lemoine tantôt la donne seule, tantôt associée à ces deux médicaments.

Au cas de grippe ou de maladie infectieuse déterminant sur le cœur de la faiblesse et des intermittences, M. Lemoine se contente de donner exclusivement de la morphine; mais si l'état du cœur et, par suite, celui de la circulation, est tel que le poumon s'engorge et qu'on ait de la splénisation des bases, il lui associe la caféine. Dans le premier cas, l'amélioration est presque immédiate et le cœur reprend rapidement sa vigueur ancienne.

M. Lemoine ne donne jamais que de faibles doses de morphine à la fois, procédant par des injections de 3 milligrammes, et les répétant 3 ou 4 fois par 24 heures. Dans quelques cas seulement, lorsque l'irrégularité du cœur amène de l'angoisse et de la gêne précordiale, il donne un 1/2 centigramme à la fois. L'effet sédatif est assez vite obtenu, le malade se sent mieux et n'est plus gêné par les palpitations, qui diminuent peu à peu de force et de fréquence; mais cet effet peut aussi être fugace, et le lendemain, les faux pas du cœur reparaissent si on ne donne pas de la morphine, puis s'atténuent si on refait les piqûres. Il n'y a, du reste, aucun inconvénient à prolonger le traitement pendant plusieurs jours de suite, et l'on n'a jamais de peine à déshabituer les malades de la morphine, une fois que la grippe a cessé de porter son action sur le cœur.

Lorsque, dans les cas plus graves, il faut lutter contre des symptômes de congestion pulmonaire passive ou active, dus à la faiblesse du cœur ou à la généralisation de la maladie infectieuse, M. Lemoine se sert concurrement de la caféine et de la morphine. Ce double emploi n'a rien de paradoxal, l'on se rappelle que la morphine est un stimulant, et que Charcot luimême donnait, à ses nerveux déprimés, une tasse de café noir très fort, sucrée avec une cuillerée à soupe de sirop de codéine. M. Lemoine s'est toujours bien trouvé de ce genre de médication qui lui a donné des améliorations beaucoup plus rapides que la caféïne seule et à haute dose.

Il débute par une injection de caféine variant, selon les cas, de 0,20 à 0,50 centigrammes; puis, quatre heures après, un 1/2 centigramme de morphine; on diminue ensuite et on espace les doses, de façon à donner, par jour, de 0,50 à 1 gramme de caféine et de 1 centigramme à 1 c. 1/2 de morphine. La respiration devient plus calme, l'anxiété précordiale diminue, le cœur se régularise peu à peu et la phase dangereuse de la maladie se traverse plus facilement.

Dans l'urémie, on déconseille l'emploi de la morphine, sous prétexte qu'elle ferme le rein et peut augmenter les rétentions de toxines. L'observation clinique a démontré maintes fois son innocuité parfaite dans les cas de ce genre.

La morphine est un stimulant certain du bulbe et, par suite, des centres cardiaque et respiratoire; c'est pour cela qu'on fait souvent, par précaution, une injection de morphine avant de donner le chloroforme. Non seulement le sommeil est plus facilement obtenu, mais encore on évite la sidération du bulbe par le chloroforme et la syncope grave, toujours possible. Elle paraît agir sur le bulbe à peu près comme l'éther.

Chose curieuse, la morphine, qui ne fait pas dormir certains aliénés, n'endort pas davantage la plupart des urémiques, et il n'y a pas à redouter la production du coma consécutivement à son usage. Elle donne seulement aux malades un état de bienêtre relatif.

Elle ne constitue pas un mode de traitement de l'urémie, cela va sans dire; on ne peut la donner que comme palliatif aux malades qui sont en proie à l'anxiété respiratoire, qui ne reposent pas un instant, et qui sont dans un tel état de souffrance qu'il faut à tout prix chercher à les calmer, on peut donner de la morphine, sans danger, aux urémiques, ce qui ne veut pas dire qu'on le doit toujours.

Dans la dyspnée urémique, la morphine agit en renforçant et en calmant le cœur, en diminuant le nombre des mouvements respiratoires et en augmentant leur amplitude; enfin, en procurant au malade une diminution notable de l'anxiété à laquelle il est en proie. Ces heureux résultats peuvent être obtenus sans exposer le malade à des complications du fait du médicament. M. Lemoine serait presque tenté de dire que la morphine peut soutenir le bulbe de telle façon que, lorsque l'urémie est due à une cause passagère, elle peut parfois permettre d'attendre sans accident que cette cause soit supprimée.

Bien entendu, les doses seront fractionnées et on les donne, comme précédemment, 3 ou 4 fois par 24 heures, et de façon à ne pas dépasser en tout 1 à 2 centigrammes. Il faut chercher à obtenir un résultat thérapeutique avec le minimum possible de médicament.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon. — M. Debove.

Les méningites cérébro-spinales à propos d'un cas de méningite syphilitique (1).

A différentes reprises, depuis le début de cette année, soit dans nos leçons, soit dans nos conversations au lit du malade, nous vous avons entretenu de la méningite cérébro-spinale. Il semble, en effet, que cette maladie soit devenue plus fréquente, mais ce n'est peut-être là qu'une apparence : les maladies que nous ne savons pas diagnostiquer nous paraissent rares; à mesure que leur symptomatologie se complète, nous savons mieux les reconnaître et les cas paraissent être devenus plus nombreux.

Nous pouvons aujourd'hui reconnaître la méningite cérébro-spinale dans des conditions où elle nous aurait sûrement échappé il y a quelques années, parce que nous connaissons le signe de Kernig et que nous savons interpréter les résultats fournis par la ponction lombaire.

Le *signe de Kernig* se constate de la façon suivante : le malade étant assis dans son lit, fléchit les jambes sur la cuisse, de façon à former un angle obtus dont le sommet est au genou. Si, en appuyant sur ce dernier, on essaie de faire disparaître cet angle, on n'y réussit pas tant que le malade reste assis; au contraire, si on le fait mettre dans le décubitus dorsal, toute trace de flexion dans le membre inférieur disparaît. Ce signe n'est guère observé que dans les méningites spinales, il est presque pathognomonique.

La *ponction lombaire* a pour but d'évacuer une certaine quantité du liquide céphalo-rachidien. Elle avait été pratiquée d'abord dans un but thérapeutique, pour diminuer la compression due à l'hydrocéphalie ventriculaire, aujourd'hui elle est, dans des maladies bien diverses, employée comme moyen de diagnostic : l'examen du liquide ainsi obtenu fournit de précieux renseignements sur l'état des méninges.

Les renseignements fournis par ce mode d'exploration sont de plusieurs ordres : il faut tenir compte de la pression du liquide céphalo-rachidien, de son aspect physique, de sa composition chimique; l'étudier microscopiquequement, et voir, par la culture, s'il est stérile ou s'il contient des micro organismes.

La pression du liquide est ordinairement augmentée au cours des méningites : elle est facile à apprécier d'après le mode d'écoulement, suivant qu'il se fait goutte à goutte ou en jet. Vous nous avez vu ponctionner des malades atteints de crises gastriques douloureuses : l'écoulement en jet semblait indiquer une augmentation de pression, et le calme survenu instantanément, nous a amené à supposer le rôle capital que joue cette hypertension dans la pathogénie des phénomènes douloureux.

Au point de vue des caractères physiques, un liquide absolument clair, indique habituellement un état normal, mais ne vous hâtez pas cependant de tirer cette conclusion; il y a quelques jours, nous avons ponctionné devant vous la cavité arachnoïdienne d'un malade soupçonné de méningite : le liquide était absolument clair, et cependant l'autopsie pratiquée quelques jours plus tard nous montra qu'il s'agissait d'une méningite tuberculeuse.

En revanche, quand le liquide est trouble, on peut affirmer la méningite.

La constatation de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, n'a rien d'extraordinaire lorsque ce liquide contient du pus ou du sang; il peut se faire que le liquide soit albumineux, même en dehors de ces cas. C'est ce que nous avons observé chez un malade qui est mort dans le service, mais dont l'histoire clinique et anatomique était trop complexe, pour servir de thème à l'une de nos conférences. C'était un alcoolique atteint de cirrhose hépatique et de névrite éthylique. Il fut pris d'accidents cérébraux graves dont la cause nous échappa, et à l'autopsie nous trouvâmes dans le cerveau une lésion étendue que nous croyons devoir attribuer à une encéphalite. Pour éclairer le diagnostic clinique douteux, nous avions pratiqué, pendant la vie, la ponction lombaire. Le liquide obtenu présentait une coloration jaunâtre comparable à celle du sérum sanguin, mais ne contenait pas d'éléments figurés — ni sang, ni pus, ni microorganismes — en revanche traité par l'acide nitrique ou la chaleur, il donnait un précipité albumineux abondant. Je vous rappelle ce fait, parce que nous l'avons observé ensemble, mais je ne suis pas en état de vous donner à cet égard aucune explication vraisemblable.

L'examen histologique doit être pratiqué comme vous le voyez faire par nos chefs de laboratoire, selon le procédé indiqué par MM. Widal et Ravaut : d'une façon habituelle la présence de lymphocytes en majorité indique l'existence d'une méningite tuberculeuse, tandis qu'une polynucléose marquée est en faveur d'une méningite cérébro-spinale non tuberculeuse. Mais ce n'est là qu'un signe de probabilité et non de certitude, car chez le malade atteint de méningite tuberculeuse auquel j'ai fais allusion tout à l'heure et dont le liquide céphalo-

1. Leçon recueillie par le Dr J. Castaigne.

rachidien était clair, nous n'avons retrouvé aucun élément figuré par centrifugation.

C'est également comme signes de probabilité que je vous indiquerai la cryoscopie du liquide céphalo-rachidien et l'étude de la perméabilité méningée, que vous nous avez vu employer assez souvent, mais qui sont loin d'être encore des symptômes pathogonomoniques.

L'examen bactériologique doit être fait par les procédés habituels, et je me contenterai de vous dire que les microbes observés dans ces cas, ont été le streptocoque banal, le streptocoque de Bonome, le méningocoque, le pneumocoque, le staphylocoque, le bacille typhique.

L'étude des méningites, grâce aux procédés que je viens de vous exposer a fait de grands progrès, et vous les diagnostiquerez, là où vos devanciers ne les eussent pas reconnus, mais il nous reste beaucoup à faire, car il est probable que dans l'avenir nous distinguerons plusieurs espèces de méningites, différentes par leur cause et par leur pronostic.

Dans l'état actuel des choses on a trop de tendance à considérer qu'il y a deux espèces de méningites cérébro-spinales, les tuberculeuses et les non tuberculeuses, et que ces dernières forment un groupe défini. Il n'en est rien, elles forment un groupe d'attente.

Il est vrai que jusqu'à présent on ne peut dissocier les espèces de ce groupe, ni en se guidant sur la symptomatologie, ni sur les résultats des recherches microbiennes. Il y a probablement en pareille circonstance, des associations qui rendent le problème de diagnostic singulièrement complexe. Quoi qu'il en soit, j'ai l'intention de vous exposer aujourd'hui l'histoire d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale peut-être syphilitique. Je dis peut-être, parce qu'il serait nécessaire d'observer toute une série de faits analogues à celui dont je veux vous entretenir avant d'affirmer l'existence de cette forme de méningite.

Le nommé L..., âgé de 18 ans, est entré dans notre service salle Sandras, n° 11, le 20 décembre 1900.

En mai 1900, il eut un chancre syphilitique de la verge, diagnostiqué et soigné à l'hôpital Ricord, puis survinrent de la roséole, une syphilide papuleuse, des plaques muqueuses buccales. Le traitement institué consista en pilules de protoiodure de mercure et en sirop d'iodure de fer.

Après 3 mois 1/2 de séjour à l'hôpital, il sortit.

Le 15 novembre apparut une éruption syphilitique sur les pieds.

Le 12 décembre il survient un œdème des jambes qui s'étend jusqu'aux cuisses et l'éruption syphilitique s'étend.

Justement inquiet de sa santé, le malade se décide à entrer à l'hôpital, il est admis dans notre service et nous l'examinons le 20 décembre.

Il a une éruption syphilitique intense : syphilides papulo-squameuses psoriasiformes, sur les bras, les jambes; syphilides végétantes à l'anus.

L'urine contient une très notable proportion d'albumine.

On commence immédiatement le traitement spécifique consistant en frictions mercurielles et 4 grammes d'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, au bout de 15 jours, l'œdème et l'albuminurie avaient disparu et l'éruption était presque évanouie.

Le 20 janvier, le traitement ayant été interrompu une dizaine de jours, il y eut une grande recrudescence dans les manifestations syphilitiques, et apparurent sur les jambes des syphilides papuleuses larges de 4 à 5 centimètres, reposant sur une base rouge surélevée et présentant une petite eschare noire centrale. Il survint une poussée de plaques muqueuses buccales.

C'est dans le cours de cette poussée aiguë et grave des accidents syphilitiques que survinrent les accidents méningés.

Remarquez bien que je ne vous décris pas une méningite survenue dans le cours d'une syphilis banale, mais une méningite survenue, sous nos yeux, à l'hôpital, au moment même où l'infection vénérienne se traduisait par de graves accidents.

Dans le service nous n'avions aucun cas de méningite et l'on ne saurait invoquer la contagion.

Voici dans quel ordre se sont développés les phénomènes.

Le 25 janvier, L... se sentit plus souffrant. Etant descendu dans la cour de l'hôpital, il fut pris d'un étourdissement et perdit connaissance. Revenu à lui, il put remonter très lentement l'escalier et se coucher. Il fut pris de frisson, de fièvre, sa température s'éleva à 39°,2, il eut du délire la nuit.

Veuillez bien remarquer le début aigu de la maladie, il est aigu, comme celui de la pneumonie, et déjà le délire attire l'attention sur les centres nerveux.

Le 26 janvier, le malade se plaint d'oppression, et cependant l'examen attentif du cœur et du poumon ne révèle aucun trouble de ces organes, mais dans l'après-midi il survient des symptômes qui firent penser à une méningite, la céphalalgie et surtout la raideur de la nuque qui rendait impossible tout mouvement de rotation de la tête.

Cette raideur de la nuque est un symptôme presque caractéristique de la méningite spinale, et s'il ne vous la fait diagnostiquer, tout au moins doit-il vous en donner l'idée et vous faire discuter ce diagnostic. La température était de 37°,5 le matin, de 39°,6 le soir.

La nuit il eut une crise de nerfs terminée par des larmes qui peut fort bien être une crise d'hystérie, car les mêmes crises étaient survenues à une époque très antérieure aux accidents actuels.

Le 27 janvier, céphalalgie, insomnie, signe de Kernig. Remarquez que le signe de Kernig est avec la raideur de la nuque, le meilleur signe de la méningite spinale.

Le 29 janvier le malade est très somnolent, ses réflexes sont abolis. Diarrhée avec incontinence des matières.

Convaincu qu'il fallait faire un traitement syphilitique plus intense, nous faisons des injections de biiodure de mercure.

Ce même jour nous pratiquons notre première ponction lombaire, nous extrayons un liquide trouble, manifestement purulent, qui aurait confirmé notre diagnostic, si celui-ci eût été douteux.

Le 30 janvier, douleurs moins vives, incontinence des matières, difficultés pour uriner.

Le 31 janvier, amélioration légère. Le malade se sent mieux.

Température bonne : 38°,3 et 38°,6

L'éruption syphilitique diminue, les croûtes se sont détachées, légère albuminurie.

La diarrhée persiste.

Le 2 février, l'amélioration persiste, les douleurs ont presque disparu. Le sommeil revient. La diarrhée cesse.

Le 5 février, après une légère aggravation des jours précédents, il y a une amélioration manifeste, les éruptions syphilitiques tendent à disparaître.

Le 17 février, le malade entrait en convalescence, le 11 mars, nous le considérions comme guéri, et aujourd'hui 10 mai, s'il est encore à l'hôpital, c'est que nous

lui avons conseillé d'y rester longtemps, pour subir un traitement antisyphilitique prolongé. Il est bien portant, il travaille toute la journée, et remplit dans notre service les fonctions d'infirmier surnuméraire.

Comme vous le voyez, l'histoire de ce malade présente des parties qui ne peuvent donner lieu à aucune discussion et d'autres qui soulèvent des hypothèses.

Que notre malade ait été atteint de méningite cérébro-spinale, le fait n'est pas douteux, puisqu'il a eu de la fièvre, de la céphalalgie, de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, et puisque, enfin, le liquide obtenu par la ponction lombaire était purulent.

Quelle était la nature de cette méningite?

Je ne serais pas éloigné de croire qu'elle a été syphilitique et cela pour les raisons suivantes :

1° Elle est survenue non dans le cours d'une syphilis banale, mais dans le cours d'une syphilis grave;

2° Elle a coïncidé avec une poussée aiguë de syphilides cutanées, rapidement ulcéreuses, dont elle a suivi la marche ascendante et descendante, semblant, comme elles, céder à l'influence du traitement;

3° Le traitement antisyphilitique intensif a paru modifier heureusement la maladie;

4° L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien n'a permis de reconnaître l'existence d'aucune sorte de microbe.

Mais voyons plus en détail les résultats donnés par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il a été pratiqué 9 ponctions.

Les premières ont donné un liquide tout à fait trouble qui s'est ensuite éclairci progressivement à mesure que le malade allait mieux.

Nous n'avons jamais constaté l'existence d'autres microbes, ni par l'examen direct, ni par les cultures, ni l'inoculation à la souris.

Au point de vue des éléments morphologiques, nous avons constaté dans ce liquide, l'existence de lymphocytes et de leucocytes polynucléaires. Ceux-ci étaient en proportion notable, au fort de la maladie.

En résumé, si nous sommes incapables d'affirmer sans réserve le rôle de la syphilis, il nous paraît tout au moins très probable.

Il reste enfin un point très intéressant dans l'histoire de ce malade : c'est sa guérison complète. Récemment, en effet, on a posé à la Société des hôpitaux la question de savoir si les malades atteints de méningite cérébro-spinale pouvaient guérir complètement. MM. Labbé et Castaigne ont pu présenter ce malade comme un exemple de guérison. J'ajouterai cependant une restriction à leur intéressante communication, et ce sera la conclusion pratique de ma clinique : c'est que si, comme je le pense, la méningite était sous la dépendance de la syphilis, notre malade ferait bien de suivre longtemps un traitement spécifique afin qu'un retour offensif de sa syphilis ne soit pas cause, chez lui, de nouveaux accidents méningés.

REVUE GÉNÉRALE

Causes et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Rapport qui sera lu au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie* de Nantes. — Septembre 1901.

Par M. le Dr Marcel Huge.

Il est assez fréquent d'observer, chez les femmes enceintes, des troubles digestifs et parmi ceux-ci des vomissements, au point qu'on a même fait de ces troubles digestifs un symptôme de gravidité.

Mais tous les médecins savent que les vomissements chez la femme enceinte n'ont pas toujours la même importance. Quelques femmes arrivent au terme de leur grossesse sans avoir vomi; plus généralement on observe des vomissements dans le courant des trois premiers mois, vomissements survenant tantôt le matin, au moment où la femme enceinte quitte le lit, tantôt dans la journée, pendant les repas ou peu de temps après ceux-ci; puis, le plus souvent, à partir du 4e mois, ces vomissements disparaissent pour ne revenir que dans les dernières semaines de la grossesse ou au moment du travail. Mais il est des cas où les vomissements acquièrent pendant la grossesse une fréquence inquiétante, retentissent d'une manière grave sur l'état général de la femme et peuvent même aboutir à la mort.

C'est cette dernière catégorie de vomissements, contre lesquels la thérapeutique et les changements de régime sont impuissants, qui mérite véritablement le nom de vomissements incoercibles de la grossesse, si l'on veut s'en tenir au sens exact du mot incoercible. Mais on étudie ordinairement ensemble sous le titre de vomissements incoercibles ou, plus exactement, de vomissements graves, ces vomissements et ceux qui, sans aboutir à une terminaison fatale, ont amené la femme enceinte à un état de faiblesse l'obligeant à garder le lit et s'accompagnent de modifications du pouls, pour rétrocéder ensuite soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, que la grossesse continue son cours ou qu'elle ait été interrompue naturellement ou artificiellement.

Ces vomissements graves ou incoercibles de la grossesse ont-ils une pathogénie distincte de celle des vomissements légers et reconnaissent-ils des causes qui leur soient particulières? La science ne s'est pas encore prononcée d'une manière définitive à ce sujet, mais elle a tendance à ne voir dans les vomissements graves et incoercibles de la grossesse qu'une exagération des vomissements qu'on rencontre le plus souvent à un faible degré, et à rattacher ces vomissements à la même ou aux mêmes causes que les vomissements légers.

Si maintenant nous essayons de préciser quelles sont ces causes, nous rencontrons de nombreuses théories. Les auteurs qui se sont occupés de la question ont incriminé des causes diverses, et chacun d'eux a trouvé des observations pour soutenir son opinion. Les uns considèrent les vomissements comme un trouble nerveux purement fonctionnel et en font volontiers une névrose sans lésion organique connue; d'autres admettent qu'il s'agit de troubles gastriques d'origine réflexe, liés à un développement anormal de l'utérus gravide ou à des lésions organiques variables de l'appareil génital; enfin les auteurs contemporains y voient plutôt une manifestation d'une toxhémie gravidique.

Kaltenbach, Ahlfeld, Barnes, Bailly, Friedreich considèrent les vomissements de la grossesse comme étant d'origine nerveuse. Ahlfeld les fait même rentrer dans le cas des vomissements hystériques et traite ses malades comme de pures nerveuses. Friedreich dit que « les vomissements incoercibles de la grossesse sont causés par une névrose fonctionnelle contre laquelle le bromure de potassium constitue le meilleur traitement. » Pour Bailly (de Paris), il n'y a dans les vomissements de la grossesse que l'exagération d'une névrose réflexe due à la grossesse et entretenue par elle. Brack (de Glascow) croit n'avoir affaire qu'à une névrose proche parente de l'hystérie. Mac Clintock insiste, dans les cas de vomissements, sur la distension exagérée de l'utérus.

Copeman est porté à croire qu'il existait dans beaucoup de cas où la dilatation du col a fait merveille, une tension exagérée de l'utérus, une sorte de contracture.

Cazeaux insiste sur l'influence possible de la rétroversion et de l'antéversion. Graily Hewitt attache lui aussi une grande importance aux flexions de l'utérus. L'expansion de cet organe serait, d'après lui, gênée par suite de l'incarcération dans le bassin à la suite d'une flexion, mais il pense aussi que la compression des tissus utérins à l'endroit de la flexion amène un tassement de ces tissus et une irritation des nerfs qu'ils renferment, irritation qui par voie réflexe causerait les vomissements. Ce serait, dit-il, en faisant disparaître les flexions utérines que la dilatation du col préconisée par Copeman contre les vomissements amènerait la cessation de ceux-ci, et il pense même que dans les cas où la flexion n'a pas été constatée, elle n'en existerait pas moins mais aurait échappé à nos moyens d'investigation.

Bennett a invoqué l'existence d'exulcérations au niveau du col pour expliquer les vomissements.

Dance aurait trouvé du pus entre le placenta et l'utérus et des concrétions pseudo-membraneuses à la surface externe des membranes.

Chomel aurait également noté dans un cas des plaques de pus concret disséminées en plusieurs points sur la face externe de la caduque.

On a aussi incriminé l'hyperesthésie du col, la dureté ou la rigidité de l'orifice interne.

Actuellement on recherche plutôt l'explication des vomissements dans l'existence d'une toxhémie, sans bien savoir encore quels sont les poisons à accuser.

En présence de ces théories, si nous cherchons à nous faire une opinion, nous sommes certainement un peu embarrassé de prime abord.

Évidemment la question est assez complexe. Un bon nombre des explications données sont acceptables, au moins dans certains cas, et certaines observations peuvent les justifier.

Un état nerveux particulier sans lésion organique encore connue, c'est-à-dire une névrose peut très bien causer des vomissements. Tous les médecins connaissent les vomissements incoercibles des hystériques; chacun sait aussi qu'il peut survenir des vomissements chez certaines personnes à la suite d'une émotion, à l'occasion d'un spectacle ou d'une conversation émouvants ou écœurants. Pourquoi donc dans certains cas de vomissements incoercibles de la grossesse ne s'agirait-il pas d'un trouble purement névropathique? Chez des femmes nerveuses et impressionnables, la grossesse pourrait devenir une cause de vomissements, parce que ces femmes ont constamment l'esprit occupé de leur état, l'âme bouleversée de mille précautions d'avenir. Tantôt c'est l'enfant qui occupe leur pensée, tantôt l'appréhension des douleurs de l'accouchement et la crainte de couches mauvaises ou funestes; ou bien elles ont connu des femmes qui ont eu des grossesses pénibles avec des vomissements fréquents, ou encore elles ont eu elles-mêmes quelques troubles digestifs et redoutent constamment l'apparition des vomissements.

Luez, dans sa thèse de doctorat (Paris, 1892-1893), s'est fait le défenseur de l'origine nerveuse des vomissements de la grossesse et il cite nombre de cas prouvant cette origine nerveuse, montrant combien de guérisons ont été obtenues d'une manière imprévue soit à la suite d'une émotion violente, d'une distraction, d'un voyage, de la satisfaction des caprices de nourriture, soit par la suggestion vigile ou hypnotique. Il va même jusqu'à dire que les traitements préconisés contre les vomissements incoercibles de la grossesse agissent surtout par l'influence qu'ils exercent sur l'esprit de la malade et que bien souvent les traitements employés ont d'autant plus de succès qu'ils frappent davantage l'imagination de la malade.

Nous ne voudrions pas dire que la théorie de Luez est la seule exacte, mais nous sommes assez portés à croire que le système nerveux joue dans la production des vomissements incoercibles un rôle souvent très important au moins comme cause adjuvante.

Quant aux théories qui mettent l'utérus en cause, il ne faut pas non plus les rejeter complètement, nous semble-t-il.

La distension ou la contracture de l'utérus peuvent bien amener des vomissements par réflexe. Ne voyons-nous pas des vomissements survenir à la suite de la distension ou de la contracture de certains conduits excréteurs, par exemple pendant l'expulsion des calculs biliaires ou des calculs rénaux? Un choc, une compression du testicule amène bien aussi des états nauséeux et même des vomissements; enfin, beaucoup de femmes atteintes de dysménorrhée ont des vomissements à l'époque de leurs règles. D'ailleurs les bons effets obtenus dans certains cas de vomissements incoercibles à l'aide du procédé de Copeman, c'est-à-dire de la dilatation du col, semblent indiquer que la contracture utérine est parfois cause des vomissements.

Les déviations utérines peuvent être aussi des causes de vomissements, surtout la rétroversion. En tout cas, il a parfois suffi de corriger ces déviations, lorsqu'on en constatait l'existence pour voir disparaître les vomissements. Leur influence peut s'expliquer, il est vrai, de plusieurs manières et nous les retrouverons quand nous parlerons de l'auto-intoxication gravidique, mais nous pouvons aussi penser que la gêne apportée au développement de l'utérus gravide dans les cas où il y a des déviations et les compressions qui s'exercent alors anormalement sur les organes ou les nerfs voisins, peuvent être le point de départ de réflexes amenant les vomissements.

Les ulcérations du col et son hyperesthésie ont été notées dans plusieurs cas et les bons résultats obtenus soit de la cautérisation et de pansements cicatrisants, soit de l'anesthésie locale au moyen de la cocaïne, permettent de croire que ces lésions n'étaient pas étrangères à la production des vomissements peut-être aussi comme étant causes de réflexes nerveux retentissant sur l'estomac.

Il nous reste maintenant à parler de la théorie qui rattache les vomissements de la grossesse à une auto-intoxication. C'est sans contredit une théorie qui peut convenir à un grand nombre de cas, peut-être à la plupart.

On sait que la grossesse s'accompagne de modifications importantes dans le fonctionnement des différents organes et amène des changements dans la composition des liquides de l'organisme et dans les excreta, ainsi que dans la composition du sang; on sait aussi que le développement de l'œuf dans l'appareil génital de la femme apporte un surcroît de travail aux organes chargés d'élaborer les matériaux de nutrition et de transformer ou d'éliminer les déchets de l'organisme maternel et de l'organisme fœtal. Que l'un des organes importants de la nutrition ou de l'élimination soit ou devienne insuffisant et l'équilibre qui constitue l'état de bonne santé est rompu : on voit alors apparaître des troubles rappelant ceux de certains empoisonnements; il se passe alors quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'urémie; les toxines accumulées dans l'organisme peuvent provoquer des vomissements.

La théorie de l'auto-intoxication est certainement très séduisante, mais quels sont les organes qui entrent en jeu et quelles sont les toxines à incriminer? Nous ne le savons pas encore bien exactement. Cette théorie de l'auto-intoxication a toujours bien pour l'appuyer, les cas où les vomissements apparaissent chez des femmes dont le foie ou les reins fonctionnent mal, dont les urines contiennent de l'albumine ou d'autres principes anormaux, ou encore des proportions anormales des principes qu'elles renferment habituellement.

Le professeur Pinard et son élève Bouffe de Saint-Blaise ont déjà attiré l'attention depuis plusieurs années surtout sur le rôle du foie et des reins dans cette intoxication et ils rattachent les vomissements de la grossesse à ce qu'ils ont appelé l'hépato-toxhémie gravidique, de même qu'ils y ont rattaché l'éclampsie, le ptyalisme et certains autres troubles.

En 1897, Dirmoser exprima l'idée que les vomissements incoercibles étaient dus à l'absorption des produits de putréfaction des matières albuminoïdes, comme l'indol et le scatol. En analysant les urines dans 6 cas graves, il a trouvé ; 1° présence de l'urobiline; 2° matières colorantes du sang dans 4 cas; 3° albumine en petite quantité; 4° peptones dans 4 cas; 5° de l'acétone dans 4 cas; 6° l'acide oxalique était augmenté; 7° l'indol et le scatol étaient également exagérés; 8° les sédiments urinaires étaient toujours abondants; trois fois il y avait des cylindres hyalins et granuleux et des cristaux divers. L'auteur conclut de ces analyses que : 1° les produits de métabolisme sont augmentés dans tous les cas; 2° les corps anormaux comme l'albumine, l'urobiline, l'acétone et la peptone sont trouvés; 3° on peut observer la néphrite aiguë dans ces cas.

La théorie de l'intoxication gravidique n'exclut pas d'ailleurs complètement les autres théories; elle les explique même souvent. Ainsi, les cas où il y a distension exagérée de l'utérus sont souvent des cas où il est légitime d'admettre qu'il y a en même temps intoxication, par exemple quand il s'agit d'une grossesse gémellaire ou d'une hydramnios. Dans la grossesse gémellaire il y a certainement plus facilement surmenage pour les organes maternels, car il y a certainement des échanges nutritifs plus importants et aussi plus de déchets organiques à éliminer. Pour l'hydramnios, elle peut être due à la coexistence d'une néphrite et là encore nous trouvons pour expliquer l'intoxication une insuffisance rénale.

Les déviations utérines sont souvent, elles aussi, une cause d'intoxication, surtout les rétrodéviations qui, par l'enclavement de l'utérus gravide dans le bassin, amènent des compressions soit de l'intestin, soit de la vessie et des uretères. L dépuration urinaire est gênée, de même que l'évacuation des résidus de la digestion; il y a donc dans ces cas élimination insuffisante des poisons de l'organisme, et même absorption par l'intestin des toxines néoformées dues aux altérations et fermentations que subissent dans l'intestin les matières qui auraient dû être évacuées plus tôt.

C'est encore par l'existence d'une auto-intoxication que peut s'expliquer la théorie du Dr Corneliu Christeanu (de Bucarest), qui rattache les vomissements de la grossesse à la diathèse herpétique. Il a d'ailleurs trouvé des traces d'urée dans la salive des femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles, et dans l'urine des dépôts très abondants d'urate de sodium et des cristaux d'acide urique; il a obtenu de bons résultats en administrant du carbonate de lithine et des eaux alcalines, et pense que le bicarbonate de soude employé avec succès par M. Monin, de Lyon, agit surtout en modifiant la diathèse herpétique.

Il n'y a sans doute pas qu'un seul organe qui, par son fonctionnement défectueux, puisse être la cause de l'intoxication, de même qu'il y a probablement aussi plusieurs poisons différents pouvant agir soit seuls, soit diversement combinés. Peut-être, dans les cas où l'analyse des urines ne nous montre pas la présence d'un produit anormal et indique une proportion raisonnable des produits normaux de l'urine, existe-t-il des toxines ou des principes que nous ne savons pas encore reconnaître.

Quant à nous, nous pensons que la cause des vomissements incoercibles de la grossesse est complexe. Nous pensons que le plus souvent il s'agit d'une intoxication, la femme enceinte vomissant parce qu'elle est intoxiquée, soit que d'avance certains de ses organes étaient malades, foie, reins, intestin, estomac, et que la grossesse les a rendus encore plus insuffisants par le surcroît de travail qu'elle impose à l'organisme maternel, soit que la grossesse gêne le fonctionnement d'un organe sain auparavant, par les compressions qu'exerce l'utérus gravide ou par l'apparition de toxines nouvelles. Mais nous sommes portés à croire que l'état nerveux de la femme joue souvent un rôle important dans la production des vomissements; parfois peut-être est-il même seul à incriminer, ou bien c'est chez une névropathe qu'il existe des causes de réflexes nauséeux ou qu'est survenue l'intoxication.

Chez les sujets intoxiqués, en effet, le système nerveux n'est pas étranger à l'apparition de certains troubles ayant pour cause première l'intoxication elle-même. Dans certains cas diverses parties de l'appareil nerveux ont subi des altérations dues à son imprégnation par les substances toxiques (méningo-encéphalites, myélites ou névrites toxiques ou toxi-infectieuses); d'autres fois c'est à l'occasion d'une excitation mécanique qui retentit sur le système nerveux que divers troubles apparaissent chez un sujet intoxiqué.

Chacun sait, en effet, que dans l'éclampsie, où l'intoxication ne fait plus de doute, les crises convulsives se montrent souvent à l'occasion d'un toucher vaginal ou d'une excitation portant sur le col, et que l'on doit placer les éclamptiques dans un milieu calme, éloigné le plus possible du bruit pour que les crises soient moins fréquentes.

Bien que l'intoxication soit la cause capitale de l'éclampsie, les excitations qui parviennent au système nerveux ne sont pas étrangères à l'apparition des crises convulsives.

Dans les cas de vomissements incoercibles, ne peut-il

pas y avoir quelque chose d'analogue? D'ailleurs, que l'on admette l'existence d'une névrose, de contractions réflexes de l'estomac ou d'une intoxication, il faut toujours en arriver à mettre le système nerveux en cause dans la production des vomissements.

Ces explications des vomissements de la grossesse nous amènent naturellement à parler des traitements que nous devons leur opposer. C'est évidemment aux vomissements de la grossesse et c'est de leur traitement que nous voulons nous occuper.

Chez une femme enceinte atteinte de vomissements imputables à la grossesse, il faudra rechercher quel était l'état antérieur du système nerveux et de l'appareil digestif, faire un examen minutieux des urines, voir s'il existe quelque anomalie du côté de l'utérus, et se rendre compte de la part qui revient à l'un ou l'autre de ces appareils dans la production des vomissements.

Bien souvent les renseignements que nous recueillerons ainsi nous permettront d'instituer un traitement préventif des vomissements incoercibles. Il ne faut pas, en effet, négliger les vomissements bénins de la grossesse et l'on doit avoir toujours présente à la mémoire cette parole de Mettler : « J'avoue que je n'ai jamais pu voir un vomissement de la grossesse, quel qu'il fût, sans éprouver un certain degré d'inquiétude ». Les vomissements légers arrivent dans certains cas à une gravité extrême, soit brusquement, soit insensiblement. Prévenir ce passage, voilà le premier principe du traitement ; réagir immédiatement et énergiquement quand le passage a eu lieu, voilà le second principe. Car il faut se rappeler que si la période de dépérissement est quelquefois lente, généralement les femmes qui ont des vomissements incoercibles arrivent rapidement à un état grave de cachexie.

Quand nous aurons affaire à des femmes nerveuses, chez lesquelles l'état névropathique nous semblera jouer un rôle dans les vomissements, nous nous efforcerons d'agir sur leur moral.

L'hydrothérapie, l'électrisation, certains sédatifs du système nerveux, la distraction, la suggestion même peuvent être utiles chez les névropathes, en agissant sur l'irritabilité nerveuse et en contribuant à relever le moral de la malade. Chez toutes les femmes enceintes atteintes de vomissements, il faudra aussi s'adresser directement à l'estomac dans la thérapeutique qu'on établira, en traitant les troubles du chimisme gastrique et en calmant l'éréthisme dont l'estomac est le siège. Il faudra veiller au régime alimentaire, choisir les aliments qui sont le mieux supportés généralement, ceux qui sont d'une digestion facile, tout en s'aidant de médicaments qui rendent l'estomac plus tolérant et qui favorisent la digestion. On a vu parfois des aliments réputés indigestes être mieux tolérés que d'autres, mais c'est encore habituellement au lait et aux laitages qu'on devra recourir : lait simple ou aromatisé, sucré ou salé, lait écrémé, kéfyr, koumiss. Le régime végétal a aussi donné de bons résultats dans certains cas. On pourra faire usage également de boissons glacées, alcooliques ou gazeuses, faire des pulvérisations d'éther sur le rachis et l'épigastre.

Parmi les médicaments, on a vanté tour à tour l'eau chloroformée, les opiacés, la cocaïne, la pepsine, la noix vomique, les amers, le bicarbonate de soude à hautes doses, la potion de Rivière, les sels de cériums, l'orexine... Nous n'en finirions pas si nous voulions tous les citer, mais nous voulons toutefois attirer l'attention sur les bons résultats obtenus à l'aide du lavage de l'estomac suivi du gavage et à l'aide des inhalations d'oxygène.

La présence d'albumine dans les urines, un coefficient azoturique faible, les signes d'insuffisance hépatique devront faire insister surtout sur le régime lacté qui est le régime introduisant le moins de toxines dans l'économie; en même temps on cherchera à lutter contre l'intoxication par l'antisepsie du tube digestif, l'emploi des purgatifs, des bains, du sérum artificiel, et de l'oxygène en inhalations ou sous forme d'eau oxygénée.

L'usage des lavements alimentaires rend aussi de grands services pour obvier au défaut d'alimentation par la voie buccale.

S'il existe quelque chose d'anormal du côté de l'utérus, il faut s'efforcer de le faire disparaître; on soignera donc les ulcérations du col, on redressera les déviations et on corrigera les présentations vicieuses.

Certaines femmes sont très améliorées par le port d'une ceinture abdominale qui soutient bien le ventre et l'utérus.

Swonnikow a employé avec succès dans plusieurs cas de vomissements incoercibles les applications de cocaïne sur le col utérin.

J. Geoffroy dit avoir toujours fait cesser les vomissements à l'aide du massage du pylore, du duodenum et surtout du côlon ilio-pelvien, en faisant disparaître la contracture qui siége en ces différents points du tube digestif.

Lorsque, malgré les divers traitements que nous venons d'indiquer, l'état de la malade continuera à s'aggraver, et que la grossesse ne saurait continuer sans amener la mort de la femme enceinte, on devra recourir au traitement de Copeman ou pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Nous pensons avec Ricard (*Thèse* de Paris, 1894-1895) que l'on pourra toujours commencer par appliquer la méthode de Copeman, c'est-à-dire la dilatation du col utérin avec décollement de la portion des membranes qui l'avoisine, car, dans certains cas, à la suite de cette intervention, on a vu les vomissements s'arrêter et la grossesse continuer son cours; et si l'avortement survenait après l'application du procédé de Copeman, il n'y aurait pas de regrets à avoir, puisqu'on aurait employé ce procédé alors qu'il n'y avait à choisir qu'entre ce procédé et l'interruption de la grossesse.

Si l'avortement ou l'accouchement prématuré n'arrivaient pas après l'application de la méthode de Copeman et si les vomissements continuaient à se produire, il faudrait recourir à un procédé destiné plus spécialement à amener l'évacuation de l'utérus.

Ces procédés sont nombreux et agissent d'une manière plus ou moins rapide. Nous n'entreprendrons point de les décrire. Les principaux consistent dans l'introduction dans l'utérus d'un corps étranger aseptique pour faire naître des contractions, bougie à demeure, tamponnement ou ballon de Tarnier, ou bien tout simplement dans le décollement étendu des membranes avec ou sans déchirure de l'œuf, ou encore le curetage.

Chaque méthode a ses partisans et ses détracteurs; nous croyons qu'on doit s'efforcer de prendre la méthode qui amènera le plus rapidement l'évacuation de l'utérus en exposant le moins possible à l'infection et aux pertes sanguines, et c'est surtout à ces divers points de vue que Daclin, dans sa thèse (Lyon 1896-1897), a vanté le curetage.

Le point délicat est celui du moment, auquel il faut se décider à vider l'utérus. Intervenir de bonne heure, quand la femme est encore résistante dans la crainte de

voir le mal empirer, c'est peut-être sacrifier inutilement une grossesse, car les vomissements allaient peut-être cesser bientôt et l'état général se relever sous l'influence d'un nouvel effort thérapeutique ou sans cause appréciable. D'autre part, avec la crainte de faire un avortement à un moment où la femme pourrait avoir la chance de guérir sans cela, on perd souvent un temps précieux : quand on se décide à intervenir, l'organisme déjà trop affaibli et trop intoxiqué continue à perdre ses forces et la mort arrive dans un délai le plus souvent bien court.

Si encore on avait un signe absolument sûr auquel on pourrait se fier pour dire que la femme gravide est désormais incapable de guérir sans qu'on la fasse avorter et qu'il est encore temps de la sauver par cette intervention. Mais nous ne pouvons dire que nous ayons trouvé véritablement ce signe.

Nous savons toutefois que quand les vomissements incoercibles ont atteint leur troisième période, celle dite des troubles cérébraux, le pronostic est très sombre et que dans ces cas, l'évacuation de l'utérus n'amène que bien rarement la guérison, tandis que pendant la seconde période ou période dite fébrile, l'avortement a beaucoup plus de chances de produire un bon résultat. On sait aussi que, même arrivée à cette seconde période de son évolution la maladie a parfois rétrocédé sans qu'on ait eu besoin de pratiquer l'avortement. On est donc assez bien fondé pour dire qu'on doit attendre au moins la seconde période pour se décider et qu'il ne faut pas laisser survenir la troisième période avant de se décider.

Mais à quel moment la seconde période va-t-elle faire place à la troisième? C'est, pour ainsi dire, impossible à prévoir; tantôt la deuxième période est assez longue, tantôt elle est courte et les troubles cérébraux apparaissent rapidement.

C'est pourtant dans la deuxième période, lorsque l'on a le choix, qu'il est indiqué d'intervenir, bien qu'on ait vu la guérison survenir à cette période sans interruption de la grossesse et bien qu'on ne soit pas certain non plus que l'évacuation de l'utérus amènera la guérison.

A quel moment de cette seconde période faut-il se décider? C'est encore bien embarrassant à dire.

On a prétendu qu'il y a surtout du danger à partir du moment où la femme a déjà perdu un dixième de son poids et qu'il ne faut pas attendre plus longtemps, mais souvent on ne connaît pas le poids antérieur de la malade. Il vaudrait peut-être mieux se fier à des pesées journalières et intervenir, comme quelques-uns le conseillent quand pendant plusieurs jours, on a constaté une diminution quotidienne de poids de 400 à 500 grammes. Si l'on est consulté plus tard, il faut tout de même encore recourir à l'évacuation de l'utérus, car c'est la seule chance qui reste, quoique bien minime de sauver la malade.

On peut peut-être considérer aussi qu'avec l'intervention trop tardive ou l'abstention, il y a presque toujours deux existences de perdues, celle de la mère et celle du fœtus; avec une intervention trop hâtive, on ne sacrifie qu'une existence, celle du fœtus, en admettant encore qu'on intervienne avant le moment où le fœtus est viable. Si la grossesse est déjà avancée et l'enfant viable au moment où l'on commence à craindre sérieusement pour l'existence de la mère, il serait indiqué de tergiverser moins longtemps avant de se résoudre à mettre fin à la grossesse.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Zervoudès (Démosthène N.). *De l'analgésie chirurgicale par la rachicocaïnisation au point de vue de ses inconvénients.* N° 649. (L. Boyer.)

M. Diamantberger (Ém.). *L'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne.* (C. Naud.)

M. Bour (Edmond). *Contribution à l'étude de l'empoisonnement aigu par la cocaïne.* (L. Boyer.)

M. Napier (Antoine-Georges). *Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par les sels de quinine.* (C. Naud.)

M. Lemoine (Emile). *Essai sur le traitement des tumeurs malignes par les sels de quinine.* N° 503. (Jules Rousset.)

M. Valatx (Ludovic). *Contribution à l'étude du traitement du cancer par la quinine.* (Jules Rousset.)

M. Fotiadès. *Traitement de l'ectopie testiculaire inguinale.* N° 384. (Jouve et Boyer.)

M. Pioro. *De la spermatorrhée.* N° 456. (Boyer.)

M. Tarnaud. *Étude sur les calculs de la prostate.* N° 400. (Naud.)

M. Fossard (H.). *Rupture spontanée des kystes de l'ovaire.* N° 425. (Steinheil.)

M. Kahn (N.). *Des opérations conservatrices de la trompe.* N° 391. (Maretheux, éd.)

M. Paris (H.). *Contribution à l'étude du traitement des accès d'éclampsie.* N° 433. (Vigot frères.)

M. Haret. *Étude critique sur 35 cas de grossesse ectopique récidivante.* N° 414. (Steinheil.).

Mlle Guellen (B.). *Des métrorrhagies chez les jeunes filles.* N° 447. (L. Boyer.)

M. Page. *De la cautérisation intra-utérine par l'acide nitrique dans les endométrites chroniques.* N° 363. (L. Boyer.)

M. Huret (G.). *Traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds* (voie sus-pubienne). N° 348. (Steinheil.)

M. Olivares (J.). *Essai sur l'adénome malin de l'utérus.* N° 360. (Boyer.)

M. Jardin. *Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale pour le prolapsus utérin total.* N° 430. (L. Boyer.)

M. Pavret de la Rochefordière. *Opération d'Alquée Alexander avec croisement des ligaments ronds.* N° 432. (Dugas, édit. à Nantes.)

M. Delaze. *L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus.* N° 448 (Steinheil.)

M. Zervoudès énumère les incidents qui peuvent accompagner la rachicocaïnisation. L'analgésie peut faire défaut. Avant d'invoquer une idiosyncrasie, il faut s'assurer que l'injection a bien été poussée dans le canal rachidien et recommencer au besoin. L'analgésie peut, d'autre part, être retardée dans son moment d'apparition.

Les phénomènes de pâleur de la face, de variations du pouls, de transpiration, de malaise général, d'anxiété respiratoire, sont dus à l'état nauséeux du malade qui peut accompagner l'analgésie. Ils rappellent le mal de mer.

Les vomissements peuvent gêner au cours des opérations sur l'abdomen; si l'on recommande au malade de faire de larges inspirations, il est rare que les nausées, sinon les vomissements ne cèdent pas.

Après l'opération, la céphalée constitue un symptôme souvent pénible. Elle existe dans près de la moitié des cas.

L'insomnie disparaît habituellement le lendemain de l'opération.

L'hyperthermie se voit dans 35 p. 100 des cas; elle ne s'accompagne pas des signes habituels de la réaction fébrile.

Les troubles mentaux semblent plutôt sous la dépendance du terrain que de la cocaïne.

Les troubles vésicaux ne sont pas spéciaux à la rachicocaïnisation; ce sont ceux de tout mode d'anesthésie, lorsque les opérations sont pratiquées dans la zone génito-urinaire.

Pour M. DIAMANTBERGER, les injections intra-rachidiennes de cocaïne au cours du travail de l'accouchement produisent une analgésie parfaite de toute la zone génitale.

L'analgésie s'établit dans les premières dix minutes qui suivent l'injection.

La dose d'un centigramme de cocaïne est suffisante pour assurer l'analgésie pendant une heure et demie à deux heures.

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne exercent un pouvoir excitateur de la contractilité de l'utérus.

Les phénomènes quelque peu désagréables qu'on observe pendant l'analgésie cocaïnique ou dans les heures qui la suivent ne présentent aucune gravité et sont généralement de courte durée.

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne peuvent être employées comme analgésiques dans les accouchements normaux lorsque ceux-ci sont très douloureux.

D'après M. BOUR, la dose toxique de la cocaïne n'est pas la même pour tous les individus; elle varie également pour chaque individu, car il faut tenir compte du mode d'application de cette substance et de l'état des tissus qui subissent son contact.

Les symptômes sont presque toujours les mêmes et tirent leur gravité de la tendance à la syncope qui peut être fatale.

Il n'existe pas d'empoisonnement grave survenu à dose thérapeutique lorsque la technique recommandée a été suivie.

Il existe donc avant tout un traitement prophylactique: c'est l'observation scrupuleuse des règles établies pour son emploi.

D'après M. NAPIER, en admettant l'hypothèse très probable que certaines tumeurs malignes sont d'origine parasitaire animale, leur traitement par les sels de quinine semble justifié.

Les sels solubles de quinine agissent non seulement sur les tumeurs elles-mêmes, mais encore sur l'état général.

L'emploi des sels solubles de quinine peut être appliqué au traitement des néoplasmes inopérables ou récidivants.

Leur action est augmentée lorsqu'on les associe aux composés arsenicaux.

Cette méthode de traitement est des plus faciles, car elle utilise un médicament dont les effets sur l'organisme sont bien connus, et ne nécessite aucun outillage particulier.

Pour M. LEMOINE, les sels de quinine dans le traitement du cancer peuvent être administrés par injections hypodermiques, par voie digestive, et appliqués en pansements locaux.

Cette méthode a donné des résultats appréciables au double point de vue local et général.

La quinine agit comme agent antiseptique et comme tonique de l'état général, elle augmente la résistance des tissus au développement du processus morbide, en élevant peut-être la puissance phagocytaire.

Le traitement sera réservé :

1° Aux cancers inopérables ;

2° Aux cancers opérés pour rendre peut-être moins probables les chances de récidives.

Des faits publiés M. VALATX pense qu'on est en droit de conclure que la quinine employée contre le cancer, souvent :

1° Améliore l'état général ;

2° Diminue sensiblement des douleurs ;

3° Améliore les ulcérations ;

4° Retarde de beaucoup l'évolution de la maladie et que ce mode de traitement facile à appliquer et sans aucun danger doit être utilisé de parti pris contre tout cancer inopérable.

Pour M. FOTIADÈS le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale consiste à abaisser artificiellement le testicule dans le scrotum soit par les moyens de douceur soit par l'opération sanglante.

Les moyens de douceur sont en général insuffisants et ne réussissent que dans certains cas d'ectopie dans lesquels le testicule tend à descendre spontanément; dans l'immense majorité des cas c'est l'opération sanglante qui doit être pratiquée.

En dehors de toute complication, l'âge le plus favorable pour l'intervention chirurgicale est celui de 12 à 14 ans.

L'opération de l'abaissement artificiel du testicule ou orchidopexie comprend trois temps principaux : 1° Dissection des adhérences extérieures du testicule et du cordon et cure radicale; 2° Section de tous les éléments du cordon autres que le canal déférent et les vaisseaux spermatiques; 3° Mise en place et fixation du testicule.

La simple fixation de la glande à la peau du scrotum, combinée ou non à la traction mécanique permanente, est impuissante à s'opposer à sa réascension et peut quelquefois occasionner des accidents; seuls les procédés qui fixent le cordon dans son trajet entre l'orifice inguinal externe et l'épididyme donnent des résultats satisfaisants. Dans ce groupe rentre le procédé de M. Kirmisson.

M. PIORO distingue les formes de spermatorrhée suivantes :

a) Pollutions nocturnes pathologiques, survenant malgré les rapports sexuels réguliers;

b) Pollutions diurnes;

c) Spermatorrhée pendant l'effort de la défécation;

d) Spermatorrhée pendant l'effort de la miction;

e) Spermatorrhée continuelle, conséquence de lésions graves de la moelle;

f) Spermatorrhée artificielle, survenant après la dilatation ou l'examen cystoscopique de l'urèthre;

Ce qui prédomine dans les causes de la spermatorrhée c'est une prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise par des maladies antérieures, comme par exemple la neurasthénie sexuelle.

Le diagnostic ne peut être fait que par l'examen microscopique du liquide s'échappant de l'urèthre.

De toutes les méthodes thérapeutiques, l'électrothérapie donne les meilleurs résultats.

M. TARNAUD divise les calculs de la région prostatique en deux classes :

1° Les calculs de l'urèthre prostatique qui ne sont que des calculs urinaires. Ils peuvent d'ailleurs, secondairement se loger dans le tissu de la prostate où ils atteignent un volume plus ou moins considérable.

2° Les calculs de la prostate proprement dits, qui sont dus à l'agglomération de concrétions intra-prostatiques et à la précipitation de sels de chaux dans les culs-de-sac de la glande, consécutivement à une infection atténuée de l'organe. Ces calculs primitivement intra-prostatiques peuvent secondairement faire saillie dans le canal uréthral.

Au point de vue symptomatique les seuls signes caractéristiques des calculs développés dans la prostate sont le frottement calculeux perçu au cours d'une exploration de l'urèthre, ou bien la crépitation constatée par le toucher rectal et due à la collision de concrétions multiples.

La taille périnéale est l'opération de choix.

La communication si habituelle des calculs prostatiques avec l'urèthre postérieur, et la facilité si grande de la cicatrisation des plaies de la taille périnéale doivent faire préférer la voie uréthrale.

On peut pénétrer dans l'urèthre prostatique par la dilatation périnéale ou par la taille prérectale.

Cette dernière opération doit toujours être préférée quand les calculs sont volumineux; elle est également indiquée quand le périnée est épais, comme chez les sujets gras.

Pour M. FOSSARD, la rupture spontanée des kystes ovariens est souvent favorisée par une dégénérescence préalable des enveloppes kystiques, même si elle est consécutive à un traumatisme.

La puerpéralité est un des facteurs importants de la rupture.

Les lésions observées varient selon que la rupture se fait dans la cavité péritonéale ou dans les organes du voisinage. Dans

les ruptures intra-péritonéales, la réaction péritonéale dépend avant tout de la nature du liquide épanché.

Les symptômes des ruptures extra-péritonéales diffèrent essentiellement des symptômes des ruptures intra-péritonéales.

Le traitement qu'il convient d'appliquer à presque tous les cas est la laparotomie pratiquée dans le plus bref délai. Le pronostic de l'affection se trouvera ainsi de plus en plus amélioré.

Pour M. Kahn, les indications des opérations conservatrices de la trompe sont basées d'une part sur l'état des lésions tubaires et d'autre part sur l'état des ovaires.

Les opérations conservatrices comprennent :

a) La destruction d'adhérences et la désobstruction du pavillon tubaire ; ainsi qu'il arrive dans certains cas de salpingite, où la trompe congestionnée est prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, la trompe est physiologiquement oblitérée, le pavillon étant directement appliqué contre la paroi pelvienne, mais elle ne l'est pas anatomiquement, la trompe désinsérée étant parfaitement perméable.

b) L'agrandissement du pavillon tubaire incomplètement oblitéré dans les cas de salpingite catarrhale ou même purulente, s'il n'y a pas d'hypertrophie des parois.

c) L'ouverture du pavillon tubaire complètement oblitéré, dilaté et contenant soit du liquide séreux, soit du sang, soit du pus.

d) La résection de la portion tubaire ou de la portion ampullaire de la trompe.

Les salpingites gonococciques sont probablement les seules à pouvoir bénéficier de cette chirurgie conservatrice. D'autre part, il est indispensable que l'ovaire soit sain, que son fonctionnement soit parfait. L'examen direct de l'organe au cours de l'opération, et surtout avant l'opération, l'interrogatoire de la malade et en particulier la recherche des signes de l'insuffisance ovarienne, permettront à peu près toujours de se rendre compte de l'état d'intégrité de la glande ovarienne.

Pour M. Paris, le traitement rationnel et pathogénique de l'éclampsie visera à relever les fonctions rénales (diurèse) et hépatiques (provocation de la sécrétion biliaire) et à aseptiser l'intestin.

On y arrivera par l'emploi dissocié ou simultané de la saignée, de l'injection de sérum artificiel et du grand lavage intestinal.

L'étude de M. Haret, basée sur 35 nouveaux cas, l'amène à conclure avec MM. Varnier et Sens que la récidive de la grossesse ectopique est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

Elle se fait généralement dans la trompe opposée.

Il existe au moins une observation de récidive dans la trompe antérieurement gravide.

Il n'y a pas d'exemple authentique de trois grossesses extra-utérines chez la même femme. Mais cette éventualité est possible.

La récidive tend à évoluer suivant le même type que la première grossesse par erreur de lieu.

La menace de récidive ne peut être considérée lors d'une première opération pour grossesse ectopique, comme une indication à l'extirpation préventive des annexes du côté opposé lorsqu'elles paraissent normales.

On peut rencontrer chez des jeunes filles, chez des vierges des métrorrhagies qui deviennent parfois très inquiétantes par leur fréquence et leur abondance. D'après Mlle Guellen, les cas de mort à la suite de ces métrorrhagies ne sont pas rares.

Ces métrorrhagies ont souvent pour cause une maladie organique. On les voit fréquemment chez les neuro-arthritiques. Pour certains auteurs, il s'agit d'une infection latente.

Traitement : attaquer la maladie primitive si elle existe. Quand on a des preuves d'une infection : curettage. Si tous les moyens que nous avons énumérés ne réussissent pas, il faut intervenir. L'hystérectomie ou castration est le seul moyen pour sauver ces jeunes malades.

M. Page propose la cautérisation de l'endomètre par l'acide nitrique : elle n'est pas douloureuse, ne met jamais la vie des malades en danger et n'est jamais suivie d'atrésie du canal cervico-utérin.

Dans les différentes formes de métrite chronique elle est le plus souvent suivie de la guérison rapide et durable de cette maladie.

α) Dans la métrite hémorrhagique, elle ne remplace pas le curettage qui reste le traitement de choix, mais elle réussit souvent et aussi bien que le curettage en ne faisant pas courir à la femme les risques d'une opération.

β) Dans la métrite catarrhale, la métrite fongueuse et la métrite blennorrhagique, la cautérisation à l'acide nitrique est toujours suivie de la guérison rapide et durable de ces affections.

M. Huret pense que le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds réunit les avantages des différentes interventions proposées pour combattre les rétrodéviations utérines sans en avoir les inconvénients ; c'est, en effet, une opération à ciel ouvert, qui place la matrice en antéversion physiologique. Les procédés proposés pour l'exécuter sont multiples ; mais il faut préférer les procédés par inclusion pariétale, qui ont le double mérite d'abord d'agir sur la portion interne des ligaments ronds très solide et ensuite de substituer à l'insertion inguino-pubienne peu résistante une insertion sus-pubienne très efficace. Le dernier procédé proposé par M. Doléris est surtout séduisant.

D'après certains auteurs, en particulier d'après M. Doléris, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds est toujours suffisant pour corriger et maintenir réduite la rétrodéviation. Suivant d'autres auteurs, au contraire, en particulier suivant Jonnesco et Mauclaire, il est indispensable d'agir en même temps sur l'utérus et de pratiquer une cunéo-hystérectomie. Cette intervention ne nous paraît d'ailleurs indiquée que dans les cas relativement rares où il y a une tendance invincible à la reproduction de la rétrodéviation.

M. Olivares d'un travail intéressant conclut qu'il semble rationnel d'admettre l'existence, en tant qu'entité pathologique, de l'adénome malin qui paraît constituer une forme de passage vers le carcinome.

L'adénome malin est dépourvu de symptomatologie qui lui soit propre ; son diagnostic est du ressort de l'histologie. Il est caractérisé, au point de vue anatomo pathologique, de la façon suivante :

a) C'est un néoplasme à caractère glandulaire ou mieux pseudo-glandulaire ;

b) Il est constitué presque exclusivement par des cellules cylindriques, accolées dos à dos, séparées par une minime quantité de tissu conjonctif ;

c) En aucun point, il n'existe de cordons cellulaires pleins.

L'adénome malin est une tumeur maligne susceptible d'envahir les tissus voisins, de produire des métastases à distance, de récidiver après extirpation, et enfin d'avoir une issue fatale.

En raison des caractères sus-indiqués il semble légitime d'appliquer à l'adénome malin le traitement du carcinome.

Pour M. Jardus l'hystérectomie vaginale est indiquée dans le prolapsus total de l'utérus, chez les femmes ayant atteint ou dépassé l'âge de la ménopause : lorsque les pessaires et autres moyens de contention de l'utérus auront échoué.

Elle sera faite aussi toutes les fois qu'au prolapsus s'ajoutera une affection grave de l'utérus, telle que le cancer, la gangrène ou le fibrome.

Elle sera rejetée chez les femmes jeunes susceptibles de grossesses ultérieures où l'on devra tenter la fixation de l'utérus.

L'hystérectomie vaginale seule est impuissante à combattre la cystocèle et la rectocèle qui existent dans le prolapsus complet.

La colpopérinéorraphie devra toujours lui être associée, et, autant que possible, elle sera faite dans la même séance.

D'après M. Pavret, l'opération d'Alquié-Alexander est efficace pour remédier aux rétrodéviations de l'utérus, dans tous les cas où il n'existe pas d'adhérences pathologiques de cet organe.

Elle peut aussi être employée dans les cas d'adhérences peu solides, lorsque l'utérus est ramené, sans trop d'effort, à sa position normale, au moyen de l'hystéromètre ou du massage.

Lorsque les adhérences sont résistantes, elles nécessitent une laparotomie et dès lors la ligamentopexie devient l'opération de choix, puisqu'elle présente l'avantage de ne pas immobiliser l'utérus en cas de grossesse.

Les ligaments ronds, grâce à leur élasticité, résistent pendant la grossesse et reviennent à leur état normal, en même temps que l'utérus; ils ne sont pas, comme de simples adhérences, exposés à se rompre pendant la période de gravidité.

L'opération est utilisable également dans le prolapsus, en lui associant, au besoin, une restauration du périnée et du vagin. Elle prévient la descente de l'utérus, en inclinant son axe sur celui du vagin.

Dans une excellente thèse, M. Delage reprend la question si discutée du traitement des annexites par l'hystérectomie.

En présence de l'insuffisance des résultats éloignés de l'oophoro-salpingectomie abdominale de l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des lésions inflammatoires des annexes, il convient de pratiquer une opération plus radicale.

L'hystérectomie abdominale permet d'enlever les lésions en totalité, de nettoyer le petit bassin de toutes les parties malades et de ne refermer l'abdomen qu'après avoir recouvert le plancher pelvien de péritoine sur toute sa surface.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale est plus facile, plus simple, plus courte que l'hystérectomie totale qui donne cependant de bons résultats et qui est indiquée dans les cas très suppurés où l'on veut établir un drainage vaginal ou abdomino-vaginal.

L'hystérectomie vaginale est à rejeter pour tous les cas d'annexites même suppurées, même en période aiguë, et ne doit exister que pour ouvrir une voie d'écoulement aux collections suppurées du petit bassin dans les cas d'extrême urgence où l'état de la malade ne permet pas une intervention abdominale, dans ces cas si rares d'abcès pelviens de Landau.

Les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale dans les cas d'annexite sont supérieurs à ceux de toutes les autres opérations qui ne sont pas moins meurtrières.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Polynévrites arsenicales, par Kratinlik (*Arch. bohêmes de médecine clinique*, 1901, vol. II). — A l'occasion de trois cas d'intoxication observés dans le service de M. Thomayer et dont un a été pendant longtemps minutieusement étudié, l'auteur décrit le tableau symptomatique de la polynévrite arsenicale. Il en distingue trois formes.

Dans la première, la polynévrite s'établit au bout de quelques jours ou de quelques semaines après une dose unique assez forte et après la disparition de symptômes gastro-intestinaux aigus, mais de courte durée. Dans la deuxième, plusieurs doses faibles et suffisamment espacées ont été absorbées par le malade et les symptômes gastro-intestinaux qui précèdent les troubles nerveux sont moins aigus et moins graves. Enfin dans la troisième catégorie, c'est après l'action prolongée de l'arsenic sur l'organisme que la polynévrite, accompagnée par des lésions cutanées, bronchiques et gastro-intestinales, envahit nettement la scène.

La polynévrite arsenicale se manifeste surtout par la paralysie frappant la périphérie des membres. C'est là que les troubles moteurs et sensitifs sont le plus accentués. Dans les cas les plus graves, tout les muscles sont paralysés au même degré, dans les cas moins graves, au commencement de la polynévrite et vers sa terminaison ce sont les extenseurs (du pied, de la main) qui sont beaucoup plus intéressés que les fléchisseurs.

Moins connus que les troubles moteurs sont les troubles sensitifs. Il y a une foule de modalités qui peuvent survenir. La sensibilité tactile est ordinairement obtuse, quelquefois complètement abolie. La sensibilité à la douleur et celle à la température peuvent être conservées ou altérées. L'altération s'effectue soit dans le sens de l'hyperesthésie, soit dans le sens de l'hypoesthésie, et il se peut que les deux sensibilités respectives soient modifiées dans le même sens ou l'une dans le premier, l'autre dans le second. La sensibilité subjective n'est pas moins atteinte que l'objective; les malades se plaignent presque toujours de douleurs vives et de paresthésies extrêmement rebelles. Les réflexes tendineux et cutanés sont habituellement absents, exceptionnellement exagérés. Les muscles paralysés s'atrophient et des contractures se développent d'une manière plus ou moins rapide, plus ou moins complète. Dans certains cas c'est l'ataxie qui domine la scène. La disparition des réflexes, l'affaiblissement de la sensibilité et l'existence du signe de Romberg rappellent assez nettement le tableau clinique de l'ataxie locomotrice. Telle était aussi le tableau qui était réalisé par le malade dont l'histoire est rapportée dans le travail de l'auteur.

La durée de la polynévrite arsenicale est variable. Ce n'est que souvent que les accidents nerveux peuvent persister pendant plusieurs mois, même pendant une année. Parfois ils sont irréparables

ACCOUCHEMENT

La peptonurie dite puerpérale. (Ueber die sogennante puerperale Peptonurie), par Ehrström. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1901, vol. LXIII, p. 695). — L'étude de 8 cas a montré à l'auteur que dans l'urine des femmes enceintes ou accouchées on ne trouve pas de deutero-albumone. L'existence d'une peptonurie puerpérale soutenue par certains auteurs est donc controuvée.

La constatation d'une albuminurie chez une femme enceinte ou accouchée doit donc être considérée comme un fait pathologique, presque toujours en rapport avec une élévation de la température.

Les bactéries dans les matières fécales des nouveau-nés. (Untersuchungen ueber Veränderungen in den Bakterienzahl der Fäces bei Neugeborenen), par Hellström. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1091, vol. LXIII, p. 643). — 1) Pendant les jours qui suivent la naissance de l'enfant, les matières fécales renferment un nombre considérable de germes capables de se développer. Leur nombre diminue après le quatrième jour.

2) Le nombre considérable de germes qu'on trouve avec le microscope et qu'on ne parvient pas à cultiver, sont en majeure partie des germes morts.

3) Les germes qu'on trouve dans les matières fécales du nouveau-né sont des coli-bacilles et des bacilles *lactis aerogenes*.

L'endométrite à microbes pendant la grossesse et la prophylaxie de la fièvre puerpérale. (Latente Mikroben-Endometritis in der Schevangerschaft, puerperalfieber und dessen Prophylaxie), par Albert. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1901, vol. LXIII, p. 487). — Ce travail fait à la clinique du professeur Léopold (de Dresde) aboutit aux conclusions suivantes :

1) Le vagin contient toujours des bactéries; et celles qu'on rencontre dans un vagin sain sont les bacilles de Döderlein.

2) Chaque fois que dans un vagin on trouve des bactéries autres que les bacilles de Döderlein, l'organe doit être considéré comme malade, quand même ses sécrétions se présentent à nous comme normales.

3) Les bactéries du vagin peuvent infecter la cavité cervicale et la cavité utérine à tous les moments de la vie, mais principalement au début de la menstruation. Cette infection vaginale ou cervicale, ou utérine, peut devenir latente après un stade aigu de courte durée.

4) La conception est possible en cas d'infection latente, et c'est à cette endométrite microbienne latente qu'on doit attribuer une grande partie d'avortements et d'accouchements avant terme, ainsi que les accidents septiques consécutifs aux avortements et aux accouchements normaux, les infartus et les adhérences du placenta, parfois la néphrite et les vomissements;

5) A titre prophylactique, on peut recommander, en dehors de la grossesse, le port d'un pantalon fermé se boutonnant sur

les côtés, comme garantie contre la poussière soulevée par les robes. S'il existe un écoulement qui témoigne de l'existence d'une endométrite latente, celle-ci doit être soigneusement traitée. Ce traitement devient de rigueur si la femme devient enceinte.

6) Pendant l'accouchement l'antisepsie et l'asepsie seront rigoureusement établies. Après l'accouchement, la malade sera couchée de façon à avoir le bassin surélevé (de 20 à 45°) afin que les secrétions utérines s'écoulent librement dans le vagin.

CHIRURGIE

Luxations invétérées du coude, par Honzak (*Arch. bohêmes de médecine clinique*, 1901, vol. II. — M. Maydl a opéré 28 luxations invétérées du coude, 25 par l'arthrotomie et 3 par la résection. Dans un cas il s'agissait seulement de luxation isolée du radius en arrière. Dans les 27 autres cas, la luxation était 24 fois en arrière et 3 fois en dehors. Douze luxations en arrière n'étaient pas compliquées, 12 étaient compliquées : 1 par la luxation incomplète en dedans, 3 par une luxation en dehors, 4 par une fracture de l'épitrochlée. Sur les 28 cas on compte 17 femmes, 11 hommes.

L'obstacle à la réduction était formé par l'épaississement et la rétraction de la capsule ligamenteuse, l'interposition d'un lambeau de la capsule ou d'un fragment de l'épitrochlée ou de l'épicondyle entre les surfaces articulaires, et principalement par l'ossification de la capsule ligamenteuse. Cette ossification a été reconnue plusieurs fois par la radioscopie.

M. Maydl préfère l'arthrotomie comme méthode de choix, parce qu'on peut toujours la pratiquer, parce que, seule, elle reconstruit une jointure presque normale, évite le raccourcissement et permet l'accroissement de l'extrémité supérieure. Seulement, là où on trouve une grande destruction des surfaces articulaires ou une ankylose osseuse, ou une ossification énorme de la capsule ligamenteuse, ou une très fausse consolidation de l'apophyse du cubitus fracturé, on doit faire une résection primaire sémiarticulaire humérale, dans l'ankylose osseuse une résection totale.

Quant aux méthodes opératoires, M. Maydl a employé 9 fois la méthode Trendelenburg-Völker, 17 fois la méthode Hueter. M. Maydl préfère la méthode de Hueter, surtout dans les luxations en arrière, parce qu'elle laisse l'appareil extensif intact et par conséquent on peut commencer de meilleure heure avec les mouvements passifs. Pour assurer le succès opératoire complet et la fonction parfaite de la jointure, on doit opérer avec l'asepsie absolue, dénuder et nettoyer les surfaces articulaires assez largement et assez soigneusement, mobiliser la jointure déjà le 10° ou 14° jour après l'opération. On doit continuer les mouvements passifs pendant 3 et 4 mois assidûment.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement hygiénique et diététique de la coqueluche.

D'après M. le professeur Monti (de Vienne) (1).

I. Traitement général. — L'enfant atteint de coqueluche habitera une chambre très claire et très aérée, dont la température sera toujours maintenue vers 18° à 19° C.; il gardera le lit pendant le premier jour de la maladie et sera soumis au régime lacté. Le séjour des coquelucheux dans le Midi pendant l'hiver (Gorz, Gries, Méran, Arco) est des plus recommandables; en été, au contraire, les collines protégées contre les vents et les climats peu sujets aux variations thermiques sont à conseiller.

II. Traitement local. — Nombreuses sont les médications qui ont été préconisées contre la coqueluche, et en première ligne il faut citer les inhalations médicamenteuses, les insufflations d'acide borique, de salicylate de soude, de bicarbonate de soude, les badigeonnages à la cocaïne, à la résorcine, etc.

Parmi ces topiques aussi divers que nombreux, Monti préfère les inhalations phéniquées et déclare que l'action des inhalations phénicomentholées, jointes au traitement interne par la quinine, est éminemment bienfaisante.

La formule de Birch-Hirschfeld est à ce point de vue recommandable :

Acide phénique.	2 gr.
Menthol pur.	1 gr.
Eau distillée.	200 gr.

On fait respirer 2 à 4 fois par jour 25 grammes de cette solution, à l'aide de l'appareil de Siegle.

III. Traitement interne. — Le professeur Monti prescrit la préparation de belladone, d'après la formule suivante :

Poudre de racine de belladone. . . .	0 gr. 10
Bicarbonate de soude. . . . . . }	àâ 1 gr. 50
Sucre blanc. . . . . }	

Pour un paquet, 1 à 3 par jour;

ou bien :

Extrait de belladone.	0 gr. 05
Eau distillée.	10 gr.

à donner 3 fois par jour autant de gouttes que comporte l'âge.

Stepp, Feer, Marfan se sont très bien trouvés de la médication bromoformée. Voici la formule de Marfan :

Huile d'amandes douces. . . .	15 gr.
Bromoforme.	XLVII gouttes.

Après avoir agité fortement, il fait ajouter :

Gomme arabique	15 gr.
Eau de laurier-cerise.	4 gr.
Eau distillée. . . Q S. pour	120 gr.

Chaque cuiller à café de cette mixture contient deux gouttes de bromoforme.

Monti reproche à cette médication l'inexactitude du dosage, car le médecin ne peut se fier au titre exact de la solution; d'autre part, l'accumulation de gouttes de bromoforme peut amener un véritable empoisonnement.

De tous les remèdes préconisés jusqu'ici, c'est à la quinine que Monti donne la préférence, car c'est elle qui donne les résultats les plus tangibles.

Pour les nourrissons de moins de 2 ans, on prescrira :

Tanate de quinine. . . . . }	
Bicarbonate de soude. . . . . . . }	àâ 1 gr.
Sucre blanc. . . . . }	

à diviser en dix doses. Un paquet toutes les 2 heures.

Pour les enfants du second âge, la formule suivante est recommandable :

Chlorhydrate de quinine. . . . . . }	
Bicarbonate de soude. . . . . . . }	àâ 1 gr.
Sucre blanc. . . . . }	

à diviser en dix paquets. Un toutes les 2 heures.

En résumé, les inhalations phéniquées, jointes à l'administration de quinine à l'intérieur, constituent pour le professeur de Vienne le seul traitement logique et rationnel de la coqueluche.

1. *Kinderheilkunde*, n° 12.

Des effets du chloralose dans quelques affections mentales,

D'après M. le Dr M. Bresson (1).

Le chloralose ($C^8 H^{11} Cl^3 O^6$) ou anhydroglycochloral est une substance cristallisable, soluble dans l'eau bouillante, très peu soluble dans l'eau froide (5 p. 1 000), résultant de l'action de la chaleur à 100° sur un mélange de glucose et de chloral.

Les expériences de MM. Ch. Richet et Hanriot ont mis en lumière les propriétés de ce médicament.

D'après ces auteurs, c'est un hypnotique qui agit sur le cerveau en respectant la moelle épinière et le bulbe et qui abolit en même temps la sensibilité à la douleur.

Expérimenté sur l'homme par les professeurs Landouzy et

1. *Thèse*, Paris, 1901.

P. Marie, par le Dr R. Moutard-Martin, il a été trouvé, en général, supérieur au chloral, à plus faible dose : les inconvénients de congestion de la tête sont moindres.

Il provoque un sommeil rapide et léger : toutes les facultés semblent allégées au réveil qui est complet.

L'opinion des aliénistes ne paraît pas être aussi unanime : tous sont d'accord sur ce point que le chloralose agit comme hypnotique, mais certains d'entre eux, tout en lui trouvant des qualités évidentes, ne croient pas qu'il puisse être d'un grand secours en thérapeutique mentale. Massaro et Salemi disent qu'il n'est jamais indiqué; Lombroso déclare que c'est le moins dangereux des narcotiques.

M. Bresson a étudié à son tour l'action du chloralose avec prudence; les premières doses ont toujours été très faibles : la plus forte prescrite au début a été de o gr. 30.

Il est d'ailleurs inutile d'atteindre les doses de 1 gramme et au-dessus données par M. Ch. Féré : la plus grande quantité de chloralose qui a été nécessaire pour produire un effet hypnotique de quelques heures est de o gr. 35.

Haskovec conseille de débuter par o gr. o3 et de ne pas dépasser 1 gramme, car on ne peut prévoir, dit-il, ce qui peut arriver.

Maragliano prescrit d'abord o. gr. 10 et augmente par quantité de o gr. 10 jusqu'à effet.

Le plus souvent il faut accroître la quantité prescrite au début, afin de maintenir l'effet hypnotique des premières doses qui, par le fait d'une accoutumance très nette, diminue sensiblement.

Cette accoutumance est assez rapide et telle que dès la 3e ou 4e prise, le malade est insensible à l'action du médicament.

Si l'on a soin d'interrompre le traitement, l'accoutumance se produit moins et l'effet hypnotique est plus prononcé.

Il existe une susceptibilité qui varie selon les personnes.

C'est environ 1 heure après l'ingestion que le malade s'endort. La durée du sommeil est de quelques heures, jamais inférieure à 2; elle est proportionnelle, en général, à la dose, en tenant compte toutefois de l'accoutumance.

Le sommeil produit par le chloralose est calme, tranquille, excepté, toutefois, lorsqu'au début a éclaté un trouble assez marqué, il est profond et non interrompu.

A l'encontre de ce que l'on observe après le sommeil chloralique, le sujet ne reste pas sous l'influence du chloralose pendant une partie de la journée; il semble qu'à dose non toxique ce médicament cesse d'agir très rapidement; le malade revient vite à son état habituel d'excitation; souvent même les hallucinations sont plus intenses, l'agitation diurne est plus forte (manie hystérique, manie aiguë), puis, après quelques jours de traitement, le calme paraît et, dans deux cas, M. Bresson a vu une amélioration très sensible persister longtemps après la suppression de toute médication.

Le chloralose est donc un hypnotique dont l'action est loin d'être à dédaigner en thérapeutique mentale, il réussit fort bien dans des cas où le chloral, le sulfonal et le bromure ont échoué.

Donné prudemment avec quelques périodes de repos pour supprimer l'accoutumance, il procure un sommeil calme, un réveil agréable; parfois une amélioration notable et sensiblement persistante.

Malheureusement le chloralose n'arrête pas là son action. Il est fréquent de voir se produire après l'administration de ce médicament toute une série d'accidents qui peuvent être rangés parmi les phénomènes d'intoxication, qui n'offrent pas beaucoup de gravité, mais qui peuvent atteindre un haut degré et causer quelques inquiétudes.

Parmi ces accidents, le phénomène qui domine par sa fréquence tous les accidents est la titubation.

On voit le malade tituber en proie à une sorte d'ivresse, étendre les bras pour se soutenir aux meubles, chercher un point d'appui, mais se diriger fort bien, éviter les obstacles. La titubation peut être assez intense pour que l'on soit obligé de le soutenir et de l'empêcher de tomber.

Dans plusieurs cas l'intensité de ces phénomènes ataxiques a été en progressant proportionnellement à la dose du médicament.

En même temps le réflexe rotulien est trouvé exagéré; l'hyperexcitabilité médullaire est d'ailleurs constante chez les sujets soumis au traitement.

Pendant cette période d'ataxie il peut aussi survenir un phénomène curieux, décrit par MM. Hanriot et Richet : la cécité psychique. Les malades voient certainement les objets, car ils les évitent, ils sont en état de somnambulisme.

Dans cinq cas M. Bresson a constaté du tremblement après la prise, en général comme phénomène tardif, c'est-à-dire alors que le malade était depuis plusieurs jours déjà en traitement à des doses qui, sauf dans un cas, ont dépassé o gr. 20, et presque toujours assez longtemps après l'ingestion.

Dans un cas enfin, une malade atteinte de mélancolie anxieuse a présenté, au début de sa crise d'intoxication, une courte période de contracture.

Chez cette même malade, 10 minutes environ après la disparition de la contracture, on a vu apparaître des soubresauts de tout le corps et des secousses spécialement aux membres supérieurs.

L'incontinence d'urine a été signalée deux fois dans les observations de M. Bresson, elle survenait toujours pendant le sommeil.

Les sueurs abondantes ne sont pas rares, enfin, dans un cas, M. Bresson a eu des accidents asphyxiques passagers après une dose de o gr. 15.

Quoiqu'il en soit de ces accidents dans la majorité de ces cas, pour ce qui est de l'hypnose, on obtient un résultat satisfaisant. Le sommeil vient assez rapidement sans que le malade se plaigne de quoi que ce soit et, même sous le coup d'un accident causé par une intoxication légère ou intense, il s'endort sans se douter de rien, repose pendant quelques heures et s'éveille ignorant son ataxie de la veille et la cécité psychique qui a suivi parfois l'ingestion du médicament.

Dans les cas où le bromure n'agirait que faiblement, on peut donner du chloralose avec l'espoir de voir une amélioration passagère, à la condition de reprendre, après quelques jours, la médication bromurée.

Chaque fois qu'il y a insomnie avec agitation, le chloralose peut être donné; il produira un sommeil de quelques heures, sommeil calme qui laissera le malade, au réveil, dans un état analogue à celui dans lequel il était précédemment. La continuation du traitement pourra, dans certains cas (manie hystérique, manie chronique, paralysie générale), amener une amélioration notable, bien que passagère. Y a-t-il, d'ailleurs, une substance capable de produire chez ces malades une amélioration persistante, acheminant vers la guérison?

On devra surtout essayer le chloralose chez les aliénés difficiles à alimenter, l'appétit pouvant être accru.

Ce médicament ne doit pas être donné d'une manière continue, chez les hallucinés à un haut degré; il se produit, presque toujours, une recrudescence notable des troubles sensoriels.

Enfin chez les malades, aliénés ou non, qui sont porteurs d'une lésion pulmonaire, le chloralose est entièrement contre-indiqué.

Les doses doivent toujours être faibles au début; nous croyons pouvoir fixer la dose minima à o gr. 15, avec augmentation progressive de o gr. 10 ou o gr. 15, en surveillant de très près l'action, en s'arrêtant dès qu'apparaissent des phénomènes de susceptibilité trop grande ou d'intoxication assez prononcée. Il sera en général bon d'interrompre de temps à autre le traitement pour éviter l'accoutumance.

Quant à la dose maxima, elle paraît être aux environs de o gr. 75; aller au delà serait s'exposer à voir éclater brusquement des phénomènes d'intoxication embarrassants.

Il n'est pas possible de déterminer exactement la dose à laquelle apparaissent ces accidents; elle dépend du degré de sensibilité du malade à l'action du chloralose; ils pourront naître après l'ingestion de quantités moindres que o gr. 75.

Il ne faudrait pas dans un service hospitalier s'abstenir de prescrire ce médicament dans la crainte seule d'une intoxication toujours possible; elle n'a aucune gravité si le malade n'est porteur d'aucune lésion organique, principalement de l'appareil pulmonaire : elle est passagère, ne laisse aucune trace et l'effet bienfaisant du chloralose ne s'en fait pas moins sentir.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement thyroïdien en pathologie infantile et particulièrement dans l'infantilisme.

Résumé du rapport au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie* de Nantes. — Septembre 1901.

Par le Dr E. Ausset,

professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille.

L'opothérapie a fait depuis quelques années des progrès considérables et semble avoir ouvert une voie féconde en résultats pratiques ; de jour en jour, pour ainsi dire, on enregistre de nouveaux triomphes à son actif, le champ d'action s'élargit de plus en plus. Toutefois, il faut bien convenir que de toutes les médications qui ressortissent à cette méthode, la médication thyroïdienne est celle qui a donné les plus beaux résultats. La première application qui en ait été faite est incontestablement la plus logique : elle est toute puissante dans le myxœdème et s'élève ici à la hauteur d'une médication spécifique ; puis son emploi s'est successivement étendu à un grand nombre de maladies. Certes, les résultats obtenus ont été très variables et il ne faudrait pas vouloir faire une panacée universelle de cette méthode, mais, surtout depuis les beaux travaux de M. Hertoghe, d'Anvers, un certain nombre d'états morbides mal définis et mal classés semblent devoir se ranger sous la dépendance de la fonction thyroïdienne ; les arrêts de croissance, les diverses formes d'infantilisme semblent être heureusement influencés par le traitement thyroïdien. Tous ces faits, minutieusement étudiés, sont en nombre suffisant aujourd'hui pour nous permettre de porter un jugement sur l'efficacité de cette thérapeutique dans les différents cas où elle a été appliquée.

Mode d'action du corps thyroïde.. — Pour mieux comprendre les multiples emplois de la thérapeutique thyroïdienne, il importe de jeter un coup d'œil d'ensemble sur le rôle de la glande tel qu'on semble le concevoir aujourd'hui, en même temps que sur les divers phénomènes qui se manifestent lorsque son fonctionnement vient à être supprimé ou même simplement plus ou moins adultéré.

Nous pouvons ainsi résumer les points qui paraissent acquis, en tenant compte des incertitudes et des lacunes qui appellent encore des observations et des expériences plus nombreuses :

La glande thyroïde verse dans la circulation un principe actif encore mal déterminé qui a pour résultat de régulariser le métabolisme organique ; il ne semble pas qu'il s'agisse ici d'une action antitoxique vis-à-vis des déchets organiques qui, s'accumulant, produiraient, quand l'action antitoxique ne s'effectuerait pas, un empoisonnement. Il paraît plus juste d'admettre que la sécrétion thyroïdienne empêche la production de ces déchets ; elle est un véritable régulateur des échanges organiques et non pas un moyen de défense contre les produits toxiques résultant d'une anomalie de ces échanges. Le liquide thyroïdien est bien un véritable médicament.

Cette sécrétion thyroïdienne est un puissant excitant de la nutrition ; le trophisme général est profondément troublé quand elle est supprimée. On conçoit dès lors que les enfants, organismes en voie de développement, soient principalement influencés par toute attaque portant sur la glande, et c'est surtout chez eux que se manifestent les troubles divers liés à ses altérations. Il existe donc un lien très étroit entre toutes les maladies résultant d'un vice de la nutrition et le fonctionnement du corps thyroïde ; il s'en suit qu'on sera logiquement autorisé à essayer l'emploi thérapeutique de cet organe daus tous les cas où l'on supposera un arrêt ou une entrave à cette nutrition. On ne devra pas limiter cette thérapeutique aux cas seuls, bien typiques, où l'altération thyroïdienne est brusque et complète, donnant naissance aux syndrômes bien connus du myxœdème et du crétinisme ; mais il faudra dépister les cas où la fonction thyroïdienne est simplement pervertie, même à un moindre degré ; la dystrophie s'installe alors seulement, n'atteignant que certaines parties de l'organisme, laissant, par exemple, un enfant parfaitement intelligent, mais arrêté dans sa croissance squelettique ; c'est-à-dire qu'à côté des faits d'athyroïdie absolue, il faudra savoir distinguer les hypothyroïdies de divers degrés, les dysthyroïdies, pour employer cette expression, adoptée pour la première fois par Hertoghe, croyons-nous, et qui a l'avantage de ne rien préjuger sur la nature exacte de cette sécrétion thyroïdienne, et de bien montrer quelles sont les diverses étapes que peut subir un malade pour passer d'une hypothyroïdie bénigne à l'athyroïdie la plus complète.

Applications thérapeutiques. — A) *Myxœdème franc et myxœdème fruste* (*hypothyroïdies graves et bénignes*).

Le Myxœdème classique est aujourd'hui bien connu et ce serait inutile d'en reprendre ici l'étude. Mais que dirons-nous des formes frustes, des formes anormales de ce myxœdème? Combien de fois ne passons-nous pas à côté de la vérité? Le corps thyroïde supprimé complétement crée le myxœdème franc ; mais supposons une

altération primitive partielle de cet organe, imaginons tous les degrés plus ou moins accentués de cette altération partielle et nous allons bientôt nous représenter tous les mêmes degrés par lesquels vont passer les phénomènes myxœdémateux, ou, pour parler un langage plus précis, plus exact, nous allons comprendre comment cette athyroïdie grave va devenir une hypothyroïdie de plus en plus bénigne suivant l'intensité et l'étendue de la lésion de l'organe. Ces formes frustes du myxœdème, parfaitement étudiées par Hertoghe (*Acad. de Médecine de Belgique*, 1897-1899) et publiées ici même, avaient été entrevues par Brissaud et par Thibierge, ce dernier auteur se demandait déjà en 1891 (*Gazette des Hôpitaux*), si certains sujets de proportion générale inférieure et de développement insuffisant des organes sexuels n'étaient pas des myxœdémateux. Depuis lors, dans sa monographie sur le myxœdème (*Œuvre médico-chirurgicale*, 1898-1899), il affirme qu'il demeure convaincu que les sujets « restés infantiles par leur proportion générale et par le développement insuffisant de leur appareil sexuel sont souvent des myxœdémateux à forme atténuée ». Quant à Hertoghe, il n'admet pas la distinction faite par Brissaud des infantiles myxœdémateux et des infantiles type Lorain. A son avis, l'infantilisme syphilitique, rachitique, angioplasique, a toujours, à son origine, un degré plus ou moins accentué de dégénérescence thyroïdienne; en un mot, l'infantilisme est toujours une disthyroïdie.

Au reste, l'idée d'infantilisme n'implique pas toujours un arrêt dans la croissance du squelette. Les sujets peuvent parfaitement se développer en hauteur, tout en restant des infantiles du côté d'autres appareils. On pourrait distinguer des infantiles de l'appareil vocal, des infantiles du système pileux, des infantiles vésicaux, etc.

Il importe, si l'on se trouve en face d'un sujet que l'on soupçonne atteint d'hypothyroïdie, d'étudier méthodiquement non seulement le sujet lui-même, mais encore ses antécédents héréditaires qui, bien souvent, mettront sur la voie du diagnostic.

La méthode indiquée par Hertoghe pour se rendre compte de l'origine thyroïdienne de ces formes anormales, de ces infantilismes rangés encore par certains auteurs sans l'appellation de l'infantilisme type Lorain, cette méthode, disons-nous, est extrêmement pratique et consiste à opérer une sorte de synthèse du myxœdème franc. Supposons, en effet, un myxœdémateux classique soumis au traitement thyroïdien. Nous le verrons successivement passer par toutes les étapes de l'hypothyroïdie bénigne jusqu'au moment où tout symptôme disparaîtra. Inversement, suspendons le traitement chez ce même malade, et nous verrons réapparaître tous les symptômes d'hypothyroïdie de plus en plus grave, de plus en plus accentué, pour arriver à reconstituer un myxœdème franc.

L'enfant ne naît pas toujours avec des symptômes d'hypothyroïdie, et ce n'est qu'ultérieurement que se manifeste l'insuffisance fonctionnelle de la glande. J'en ai eu la preuve dans l'observation d'un enfant actuellement âgé de 35 mois, que je soigne depuis l'âge de 3 mois pour des troubles gastro-intestinaux que je considérais jusqu'à il y a deux mois comme un débile congénital, un ralenti de la nutrition. Pâle, le teint cireux, les dents poussées tardivement et déjà cariées, plus petit que les enfant de même âge, il ne parlait ni ne marchait à 33 mois. Frappé des travaux d'Hertoghe, je recherchais les antécédents et découvris chez la mère un développement un peu anormal du corps thyroïde, une menstruation, deux fausses couches. Je fus ainsi amené à me demander si les troubles de nutrition que présentait l'enfant n'étaient pas dus à un degré plus ou moins accentué de diothyroïdie. J'instituais le traitement thyroïdien et en moins de deux mois j'ai assisté à une véritable transformation du bébé, se manifestant notamment par l'accroissement de la taille; il commence à parler, et marche aujourd'hui facilement. Combien maintenant j'aurai l'attention éveillée en face de ces retards dans le développement des enfants.

Cette action si évidente de la glande thyroïde sur la croissance, que bien des faits cliniques corroborent aujourd'hui, a été prouvée expérimentalement par divers physiologistes, tels que Gley, Hofmeister, Eiselsberg.

C'est surtout à Hertoghe et à Bourneville que l'on doit les premières recherches sur l'influence du traitement thyroïdien sur le développement du squelette. Revillod, Combes, Parker, Paterson, d'autres encore, ont pu constater également l'influence considérable que le traitement thyroïdien exerce sur la croissance des individus.

C'est surtout chez les idiots myxœdémateux que les résultats ont été des plus caractéristiques. Sous l'influence de doses minimes de corps thyroïde, l'accroissement a été considérable. L'objection qu'on a faite à ces auteurs d'avoir pris pour sujet d'expériences des enfants encore en voie d'accroissement, et par conséquent, susceptibles de grandir en dehors de tout traitement, ne présente à notre avis aucune valeur si l'on veut dépouiller consciencieusement les observations de ces auteurs. On remarque que la croissance obtenue à l'aide de préparations thyroïdiennes a beaucoup dépassé la croissance maxima observée chez des enfants de même âge, normaux, dans le même laps de temps.

Mais ce qu'il y a évidemment de plus intéressant, c'est l'action du traitement thyroïdien chez les enfants dont l'arrêt de croissance ne semble pas être d'origine thyroïdienne.

Il est évident que, chez des rachitiques, chez des albuminuriques, chez des angioplasiques, l'arrêt de croissance est dû à un vice de la nutrition indépendant de toute lésion thyroïdienne. Mais il nous semble non moins évident que, dans ces diverses maladies où la nutrition est si profondément troublée, où tous les organes sont atteints à divers titres, la nutrition du corps thyroïde lui-même doit être déviée, et l'on s'explique dès lors l'action bienfaisante que les préparations thyroïdiennes peuvent avoir sur la nutrition en général de ces malades. L'action du médicament n'étant pas spécifique, il ne faut pas s'attendre à un accroissement aussi rapide que chez les hypothyroïdiens, mais cependant l'action n'en est pas moins manifestement bienfaisante.

L'observation suivante nous paraît très démonstrative en ce qui concerne l'action évidente des préparations thyroïdiennes chez des enfants dont le corps thyroïde est en apparence normal.

Il est bien évident que pour que l'action des préparations thyroïdiennes soit efficace chez un sujet en arrêt de croissance, il faut que ses os soient encore susceptibles de s'accroître, c'est-à-dire que son squelette ne soit pas encore complètement ossifié. Il importera donc de s'enquérir auparavant si les cartilages d'accroissement persistent encore. C'est encore à Hertoghe que l'on doit d'avoir trouvé dans les rayons Rœntgen le moyen de diagnostiquer, d'une façon certaine, la possibilité ou l'impossibilité de la reprise de la croissance sous l'in-

fluence du traitement thyroïdien. Il sera donc toujours intéressant d'examiner si les cartilages d'accroissement existent encore dans les extrémités épiphysaires, ce que l'on voit aux rayons X, quand ils existent, sous la forme d'une zone claire. Il sera même possible de suivre les progrès de la croissance à l'aide de ces rayons, et d'examiner l'évolution des cartilages d'accroissement sous l'influence de la médication thyroïdienne.

Cette action si curieuse du corps thyroïde sur la nutrition en général, et sur le squelette en particulier des enfants non myxœdémateux, des rachitiques principalement, nous paraît devoir éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie du rachitisme.

On sait bien que le rachitisme se produit le plus souvent à la suite d'une alimentation vicieuse et qu'il est la résultante d'infections et d'intoxications chroniques d'origine gastro-intestinale. Ces infections, ces intoxications se manifestant sur un organisme en pleine évolution, amènent une sorte d'effet dystrophiant sur tout l'organisme, produisant sur l'accroissement de tous les appareils une sorte d'action retardante qui explique le nanisme, ou à un degré moins accentué, le peu de développement général des rachitiques : le corps thyroïde si richement vasculaire est atteint lui aussi et troublé dans son fonctionnement. Or, comme toute altération dans la fonction thyroïdienne a pour résultante un trouble du trophisme général, on doit concevoir que les phénomènes d'ossification et de croissance seront tout particulièrement entravés.

Tous ces faits ont besoin d'être encore mûrement étudiés et observés; l'expérimentation devra être poursuivie dans ce sens; il nous semble que la voie doit être féconde en résultats heureux et pratiques.

B) *L'Infantilisme*. — Nous venons de voir quelle était l'action de la glande thyroïdienne sur la croissance et le développement du squelette. Il nous faut maintenant étudier son influence sur ce que l'on a appelé l'infantilisme. Mais, auparavant, faut-il conserver la distinction adoptée par Brissaud, de l'infantilisme myxœdémateux d'avec l'infantilisme type Lorain, on admettra avec Hertoghe, que, dans les deux cas, il existe une unité étiologique disthyroïdienne et que, par conséquent, tous les phénomènes cliniques sont sous la dépendance d'un trouble de fonctionnement de la glande thyroïde.

A côté de l'infantile myxœdémateux type, dont on connaît la description classique, il existe des myxœdèmes frustes, dans lesquels on ne retrouve que vaguement estampés tous les signes habituels et qui, cependant, s'identifient avec l'infantilisme myxœdémateux classique.

Il n'est pas rare de rencontrer de ces infantiles dont la tare thyroïdienne est réduite à son minimum et dont les lobules thyroïdes fonctionnent encore assez pour que, malgré l'arrêt du développement, ces malades puissent encore tenir leur place dans l'état social. Il existe parmi les infantiles autant de degrés qu'il en existe dans le myxœdème, et certainement tous ces cas d'infantilisme ne sont que des myxœdèmes atténués.

Est-à-dire maintenant qu'en dehors de cet infantilisme nettement myxœdémateux il existe une autre variété d'infantilisme absolument indépendante des altérations de la glande thyroïde? Pour Brissaud, cette variété est tout à fait distincte de la première. Il s'agit de ces cas où existe une débilité, une gracilité et une petitesse du corps qui représente une sorte d'arrêt de développement qui porte plutôt sur la masse de l'individu que sur un appareil spécial; ou de ceux où l'on constate une juvénilité persistante, telle qu'un homme de 30 ans paraîtra en avoir 18, ou encore dans ces variétés féminines, des hanches développées dans le sens des diamètres horizontaux, c'est-à-dire arrêt de développement de l'appareil génital. Il estime que l'absence des fonctions sexuelles, qui, pourtant, présente une si grande importance dans l'apparition des phénomènes d'infantilisme, n'a, dans l'espèce, aucune valeur particulière, et que les organes génitaux en arrêt de développement ne subissent là que leur part dans les troubles généraux de la nutrition.

Il nous semble, justement, que l'action si prépondérante du corps thyroïde sur la nutrition, vient, contrairement aux assertions de M. Brissaud, nous démontrer que ces arrêts de croissance générale, que ces viciations de ces actes nutritifs pourraient bien, s'ils ne sont pas dus en entier à l'adultération de la fonction thyroïdienne, être tributaires, dans une large mesure, du plus ou moins d'intégrité de la glande thyroïde. Le corps thyroïde joue un rôle prépondérant dans la formation morphologique et dans le bon fonctionnement des organes génitaux des deux sexes. Or, personne ne peut nier que le développement général de l'individu est intimement lié à la bonne formation de ces organes sexuels. N'en découle-t-il pas fatalement une relation, plus ou moins étroite suivant les cas, de cause à effet, entre les diverses variétés d'infantilisme et les altérations thyroïdiennes? Et ne peut-on pas dire que si l'infantilisme rachitique, syphilitique, tuberculeux, etc..., diffère de l'infantilisme proprement dit, il n'en est pas moins vrai que les troubles du trophisme, les arrêts de croissance, le non-développement des organes génitaux sont dus à ce que la glande thyroïde a été secondairement influencée par la syphilis, la tuberculose, le rachitisme?

En effet, les sujets privés de la thyroïde ne deviennent jamais pubères, et ceux chez qui le fonctionnement de cette glande est vicié sans être complètement détruit, voient l'établissement de leur puberté considérablement reculé, et toujours mal défini. « Chez le crétin complet, a dit Broca, la puberté ne s'établit pas, les fonctions génésiques sont nulles et la stérilité est absolue. « Broca, *in Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus, t. V, p. 608). On pourrait ajouter que, chez le myxœdémateux fruste, ces fonctions sont la plupart du temps très restreintes.

Une autre preuve de l'influence de la glande thyroïde sur le développement des organes génitaux, nous est donnée par le fait communiqué par M. Variot à la *Société de Pédiatrie* (12 mars 1901) et la discussion qui suivit). Il s'agissait d'un enfant de 12 ans présentant une double ectopie abdominale des testicules. M. Variot établit un rapport de cause à effet entre l'ectopie testiculaire, la dystrophie et la polysarcie dont cet enfant est atteint. Il note également le même rapport avec le retard extrême dans le développement des fonctions cérébrales.

Or, si nous relisons avec soin cette note de M. Variot, nous y trouvons notés comme dépendant de l'atrophie génitale tous les signes de l'hypothyroïdie bénigne, du myxœdème fruste que présentait cet enfant. Il nous semble que c'est prendre la cause pour l'effet et inversement que de croire que la sécrétion testiculaire règle le développement et la nutrition de l'organisme. Du reste, à la séance suivante, M. Apert rapportait deux observations de cas absolument analogues à celui de M. Variot, et où le traitement thyroïdien a donné des résultats remarquables mettant en évidence le rôle important du développement du corps thyroïde sur le développement des organes génitaux. Et nous sommes même persuadés que si l'on voulait chercher avec attention, on trouverait

bon nombre de ces cas de cryptorchides, ou d'enfants à organes sexuels mal développés, chez lesquels les occidents sont très rapidement amendés par l'extrait thyroïdien.

Dans les antécédents familiaux des infantiles, on retrouve presque toujours des symptômes non douteux d'hypothyroïdiens mais en dehors de cette hérédité, toutes les causes débilitantes, toutes les intoxications ou les infections chroniques des ascendants ou survenant chez l'enfant pendant sa croissance, toutes les causes, en un mot, susceptibles d'enrayer le processus de nutrition, peuvent amener l'infantilisme ; mais ces causes ne produisent ces troubles dans la croissance que parce qu'elles ont, au préalable, porté leur action nocive sur le corps thyroïde, lequel, ainsi adultéré, ne possède plus son action régulatrice normale sur la nutrition.

Il est évident que toutes les infantiles ne sont pas des myxœdémateux, mais il nous paraît certain, d'après l'expérimentation et la clinique, que les arrêts de croissance, s'ils sont causés par diverses actions délétères ne se produisent que par l'intermédiaire d'une altération de la glande thyroïde.

L'alcoolisme des parents, celui des enfants, arrête le développement du squelette et des muscles; les organes sexuels restent souvent rudimentaire, et dans beaucoup de cas, nous trouvons constitué le tableau complet de l'infantilisme. Donnons du corps thyroïde à manger à ces enfants; nous sommes immédiatement surpris de voir la croissance reprendre, l'aspect général se modifier, les organes génitaux évoluer. Pourquoi? Parce que l'intoxication alcoolique a porté son effet sur la glande thyroïde comme sur les autres organes et que, de ce fait, les processus nutritifs ont été troublés profondément.

L'influence de l'hérédo-syphilis est indiscutable et s'exerce souvent de la même façon. Fournier a démontré qu'elle se traduit la plupart du temps par des arrêts dans le développement des individus : l'enfant grandit peu, parle et marche tard, a des dents tardivement. Nous verrons tout à l'heure que les mêmes troubles du trophisme général s'observent ailleurs, dans le rachitisme par exemple, et que, par conséquent, la syphilis n'a ici aucune action spécifique; il s'agit d'une action dystrophiante dont l'intermédiaire commun à toutes ces intoxications est la glande thyroïde. La syphilis a porté son effet sur elle comme sur le poumon, le cœur, les autres organes, et c'est par son intermédiaire que l'arrêt de croissance s'est produit. Une des observations de M. Apert montre même que la tuberculose apporte aussi son contingent à l'infantilisme.

Il est certain que le trouble de la fonction thyroïdienne ne se produit pas dans ces cas de la même façon que dans le myxœdème; mais les poisons tuberculeux altèrent la vitalité de toutes les cellules de l'organisme et produisent par leur action sur la thyroïde, comme sur les autres appareils, un arrêt dans le développement qui crée cet état d'infantilisme.

Les troubles de la croissance, que l'on observe au cours du rachitisme, se produisent incontestablement par le même mécanisme : évidemment, les rachitiques ne sont pas des myxœdémateux, au sens propre du mot; mais ce sont des hypothyroïdiens consécutivement à leur rachitisme, en ce sens que les poisons gastro-intestinaux exercent leur dystrophiante sur le corps thyroïde qui, lésé, ne fonctionne plus qu'imparfaitement : d'où les arrêts dans la croissance et dans le développement de l'individu.

Il résulte de tous ces faits, que si l'on doit évidemment considérer qu'il existe des différences notables entre l'infantilisme myxœdémateux et celui décrit par Lorain, il n'en est pas moins vrai que, par la pathogénie, tous ces cas d'infantilisme tendent à beaucoup se rapprocher, et qu'à leur origine on trouve toujours un trouble plus ou moins accentué dans la fonction thyroïdienne. Les résultats thérapeutiques que l'on a déjà obtenus sont tellement encourageants, que nous sommes d'avis que dans tous les cas d'infantilisme, quelles qu'en soient l'origine et la cause apparente, on devra prescrire l'opothérapie thyroïdienne.

C) *Obésité.* — Lorsque l'on observe un malade soumis à la médication thyroïdienne, on note chez eux un amaigrissement assez rapide, et dans des proportions notables.

Cet amaigrissement s'observe chez les enfants obèses, ainsi que le témoigne la belle observation de Rendu, relative à une fillette de 15 ans qui, ayant atteint le poids extraordinaire de 100 kilogs, perdit en 6 mois, 66 livres de son poids.

Par quel mécanisme se produit cet amaigrissement si notable qu'on observe à la suite du traitement thyroïdien? D'après certains auteurs, cela tiendrait à une combustion très intense des substances albuminoïdes. Mais cette opinion a été contestée. D'autre part, il est d'observation courante que le suc thyroïdien agit énergiquement sur le système nerveux; les sujets apathiques, dolents, deviennent, sous son influence, inquiets, remuants, actifs; quelquefois même on voit survenir de l'insomnie, de l'agitation, du délire. Nous pensons donc que c'est par l'intermédiaire du système nerveux que se fait cet amaigrissement. Quoi qu'il en soit de la théorie adoptée, les faits sont là et les résultats probants.

D) *Sclérodermie.* — La question de la coexistence de la sclérodermie et des altérations du corps thyroïde n'est pas nouvelle : en 1875, Leube publiait un cas de coexistence de goître exophthalmique et de sclérodermie (Sclérodermie et goître exophthalmique, *Klinic. Berich.*, Erlangen, 1875, p. 28). Le 10 août 1894, Jeanselme communiquait à *l'Association française pour l'avancement des sciences* l'observation d'une femme qui fut atteinte de goître simple, puis de goître exophthalmique, et, enfin, de sclérodermie. Singer, Beer, Grunfeld et d'autres auteurs ont également noté des cas où ces deux maladies, goître exophthalmique et sclérodermie, coexistaient. De là à rattacher la sclérodermie à un trouble de la fonction thyroïdienne, il n'y avait qu'un pas. Il a été franchi, et le traitement thyroïdien semble donner raison à cette théorie, puisqu'un grand nombre de faits sont venus prouver que les résultats obtenus sont très satisfaisants. M. le professeur Raymond, partage tout à fait cette manière de voir et cite les guérisons obtenues par cette méthode par Friedheim. Lachs, Arcangelli, Morselli. Son élève Samouilson, dans sa thèse (Paris, 1898), a réuni tous les cas où le traitement thyroïdien avait été efficace; il soutient très brillamment l'origine thyroïdienne du processus sclérodermique et arrive à conclure que cette thérapeutique doit être instituée dans tous les cas de sclérodermie.

E) *Tétanie.* — On sait que l'ablation du corps thyroïde est fréquemment suivie de contractures des extrémités, connues sous le nom de tétanie. L'idée d'appliquer ce traitement thyroïdien à ce syndrôme clinique qu'on observe chez certains enfants a forcément découlé de cette donnée expérimentale. Les résultats qu'on obtint dans certains cas furent tout à fait remarquables. Mais il convient d'ajouter qu'ils donnèrent surtout tout leur effet dans les cas de tétanie post-opératoire. On a essayé également le traitement thyroïdien dans la tétanie dite

idiopathique, et, ici, le succès ne confirma pas toujours les espérances.

La médication thyroïdienne est indiquée dans la tétanie après thyroïdectomie, au même titre que dans le myxœdème. Cette médication sera également très utile, dans certains cas de tétanie idiopathique, pouvant être due parfois à un trouble fonctionnel de la glande thyroïde. Dans ces derniers cas, le traitement sera, par son succès ou son échec, la démonstration de la nature des accidents.

F) *Congestions aiguës du corps thyroïde.* — On sait qu'au moment où s'installe la puberté, on observe parfois des tuméfactions plus ou moins considérables du cou, survenant brusquement, et provenant d'une congestion aiguë de la glande thyroïde. Le traitement habituel de ces accidents est la médication iodurée. M. Halipré, de Rouen, a signalé un cas où ce traitement ioduré a échoué, et où, en revanche, les accidents cédèrent à l'administration de glande thyroïde fraîche. Il s'agissait d'un garçon de 13 ans, porteur d'une tuméfaction récente du corps thyroïde avec essoufflement, dyspnée d'effort, et raucité de la voix. L'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, pendant 1 mois 1/2, ayant échoué, on s'adressa à la médication thyroïdienne, à la dose d'un quart de lobe de glande thyroïde de mouton pendant 4 jours, puis un demi-lobe pendant 6 jours, et après un intervalle d'une semaine, on reprit le traitement à la dose quotidienne d'un demi-lobe. La tuméfaction disparut; depuis, il n'y eut pas de rechute. Se fondant sur cette observation, M. Halipré pense que le traitement thyroïdien paraît constituer, dans ces cas, un auxiliaire précieux de la médication iodurée.

G) *Affections cutanées.* — C'est encore en raison des symptômes observés chez les myxœdémateux, en raison des troubles trophiques que l'on rencontre souvent du côté de leur peau, que l'on a eu l'idée d'essayer le suc thyroïdien dans le psoriasis, l'eczéma chronique, l'ichtyose, le lupus, etc. Dans la plupart des cas, le résultat a été nul, nous en excepterons l'ichtyose qui aurait été améliorée dans une certaine mesure et le psoriasis où l'on a obtenu quelque succès.

H) *Rhumatisme chronique.* — Le rhumatisme chronique est aujourd'hui classé définitivement parmi les maladies de la nutrition, à côté de la goutte.

Sa nature intime est encore mal connue. On a voulu le rattacher à certains troubles fonctionnels du système nerveux. Mais il paraît plus logique de supposer que l'intoxication chronique joue un rôle principal, et que les phénomènes nerveux ne sont que consécutifs et liés à cette intoxication. Dans ces conditions, il était naturel de rechercher les moyens de parer à cette nutrition insuffisante et de restituer à l'organisme les matériaux qui lui manquaient. C'est Lancereaux qui, avec Paulesco, eut le premier l'idée d'appliquer la médication thyroïdienne au rhumatisme chronique (*Académie de médecine*, 3 janvier 1879). Après ces auteurs et comme eux, Claisse, puis Viala ont fait les mêmes essais et obtenu les mêmes résultats favorables.

Nous n'avons pas trouvé de cas de rhumatisme chronique traités par la médication thyroïdienne, ayant trait à des enfants. Mais il est incontestable que les résultats obtenus doivent nous engager à tenter cette médication, lorsque nous nous trouverons en face d'un jeune sujet atteint de rhumatisme chronique.

I) *Végétations adénoïdes.* — En 1808, Hertoghe a communiqué à l'Académie de médecine de Belgique un très intéressant mémoire tendant à prouver que les végétations adénoïdes sont le résultat d'un hypo-fonctionnement du corps thyroïde et que l'on doit les traiter par l'opothérapie thyroïdienne. A son avis, ce ne sont pas les lésions naso-pharyngiennes qui provoquent l'arrêt de développement du thorax et celui de la croissance générale; ces phénomènes dérivent uniquement de l'hypothyroïdie. Pour cet auteur, les végétations adénoïdes sont un symptôme que l'on rencontre constamment chez les myxœdémateux, et d'autre part, il affirme ou bien que les adénoïdiens sont des myxœdémateux ou que l'on rencontre chez eux des tares héréditaires de myxœdème.

Certes, nous sommes un admirateur des beaux travaux de M. Hertoghe, et nous sommes persuadé, comme lui, que le corps thyroïde joue un rôle considérable, souvent même capital, dans les troubles du développement et de la croissance des jeunes sujets. Mais nous ne pouvons souscrire à cette interprétation par trop extensive qui consiste à considérer les adénoïdiens comme des myxœmateux frustes.

Les arguments fourmillent contre cette opinion du médecin anversois. Tout d'abord, si M. Hertoghe veut venir passer quelques semaines dans le nord de la France, il aura sur ce point un champ d'expérience véritablement considérable. Nous n'avons pas fait de statistiques précises, mais d'après les milliers d'enfants qui nous sont passés sous les yeux, soit à l'hôpital, soit en clientèle privée, nous pouvons dire qu'il y en a peut-être les trois quarts qui sont porteurs de végétations adénoïdes. Ce n'est pas ici le lieu de rechercher la cause de cette fréquence que nous croyons plus grande que dans les autres régions de la France; mais, si nous adoptions la théorie de M. Hertoghe, nous arriverions à penser que presque tout le monde est hypothyroïdien, ce qui serait bien triste pour nos concitoyens. D'autre part, nous n'avons jamais prescrit le traitement thyroïdien à des enfants porteurs de végétations adénoïdes, et nous ne pouvons dire, par notre propre expérience, quel est le résultat de cette méthode thérapeutique. Mais il est un fait certain, c'est que chez un très grand nombre d'enfants auxquels nous avons fait enlever ou enlevé ces végétations, nous avons pu constater une reprise rapide de la croissance et une disparition de tous les symptômes propres à l'adénoïdisme. Nous ne voulons pas nous servir de l'argument qui consiste à dire, ce qui est certain, que beaucoup de myxœdémateux n'ont pas de végétations adénoïdes; cela ne prouverait rien. Mais il existe beaucoup d'enfants qui, porteurs d'une forme spéciale bien connue de végétations, ne présentent aucun arrêt dans leur développement et leur croissance; ils n'ont aucun trouble de la respiration et ne viennent consulter que pour des inflammations de l'oreille ou autres complications de la maladie.

Nous n'avons pas ici à rappeler le faciès typique et bien connu des adénoïdiens; il s'agit, on le sait, d'une sorte d'arrêt de développement de la face. Or, cet arrêt de développement, Hertoghe l'attribue à une altération de la fonction thyroïdienne. Comment expliquera-t-il qu'après l'ablation pure et simple, la face reprenne son développement naturel. A notre avis, la cause de cet arrêt de développement réside, comme l'a très bien dit M. Cuvillier (*Traité des maladies de l'Enfance*, tome II, p. 459), dans un défaut de fonctionnement; c'est une atrophie par défaut de fonctionnement. Les fosses nasales obstruées s'arrêtent dans leur développement, ainsi que les apophyses palatines qui leur servent de support et les divers sinus qui leur sont annexés. C'est un phénomène absolument analogue à celui qui se passe pour la cavité

orbitaire; si on fait à un jeune enfant l'énucléation de l'œil, et si l'on n'a pas le soin de faire porter constamment un œil de verre, on voit s'atrophier la cavité orbitaire et le côté de la face correspondant; si l'on obstrue une narine d'un jeune lapin, on constate que le côté correspondant de la face s'atrophie. Ce sont là des faits tout à fait démonstratifs, qui montrent bien la cause purement mécanique de l'atrophie faciale d'origine adénoïdienne. La glande thyroïde n'a pas à intervenir ici, pas plus qu'elle n'intervient dans l'atrophie orbitaire et dans les expériences, chez le lapin, dont nous venons de parler.

Il en est de même pour les arrêts du développement du thorax et les déformations qu'on observe de ce côté. On note les mêmes déformations à l'état aigu dans les sténoses laryngées avec tirage intense; elles sont donc dues au tirage, léger, mais chronique, qu'on observe chez les adénoïdiens. Et la preuve en est dans ce fait qu'on ne les constate pas quand ces végétations sont peu développées et n'entravent pas la respiration nasale, de même qu'elles disparaissent si on opère les enfants suffisamment à temps.

En 1898, M. Bigotte, un de nos élèves, a soutenu sa thèse sur la pseudo-hypertrophique cardiaque de croissance. Il a bien montré que ce phénomène était dû au trouble mécanique apporté par la présence des végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. Nous avons donné des observations des plus probantes où ce syndrôme de pseudo-hypertrophie a disparu après l'ablation des végétations, en même temps que les déformations thoraciques.

Nous concluons donc que les végétations adénoïdes n'ont aucun rapport avec la fonction thyroïdienne et par conséquent il n'y a pas lieu, dans ces cas, de prescrire la médication par le suc organique.

Accidents de la méthode. — Contre-indications. — L'opothérapie thyroïdienne est une méthode d'une grande activité et qui demande à être employée avec la plus grande prudence, surtout chez les enfants, qui y sont particulièrement susceptibles et chez lesquels on peut voir très rapidement se produire des signes d'intoxication plus ou moins graves auxquels on a donné le nom de thyroïdisme.

La tachycardie est le premier signe de l'intoxication. La céphalée, la courbature, les nausées et, à une période plus avancée, de l'insomnie et une agitation cérébrale excessive, en constituent le tableau symptomatique.

Il convient donc d'user de la plus grande prudence quand on administrera du suc thyroïdien et surveiller avec soin chaque jour le cœur. On sait que chez les animaux privés de leur corps thyroïde, il se produit assez rapidement des altérations rénales et hépatiques, de la dégénérescence graisseuse de ces organes causée par l'action des toxines qui imprègnent le sang et tous les tissus. Or, sous l'influence du traitement thyroïdien, toutes ces toxines vont se précipiter vers les émonctoires et si le rein et le foie sont insuffisants, elles seront résorbées au lieu d'être éliminées, d'où des accidents graves d'intoxication. Il faudra donc agir très lentement, tâter pour ainsi dire la susceptibilité de chaque enfant, ne donner tout d'abord que des doses minimes que l'on augmentera alors progressivement, mais doucement, en ayant le soin de surveiller tous les jours les urines, et d'examiner le cœur avec attention. Chez les enfants, l'état du cœur, le plus souvent sain, permettra d'agir avec plus de sécurité; toutefois, si la surcharge graisseuse ou une maladie antérieure avaient produit de l'affaiblissement du myocarde, il y aurait lieu de s'abstenir ou, en tous les cas, de redoubler de prudence et de circonspection. S'il n'y a que de la surcharge graisseuse du cœur sans myocardite, comme chez la plupart des obèses, ce ne sera pas une contre-indication. Si l'on avait affaire à un sujet dont le rein serait adultéré, il faudrait s'abstenir, car on risquerait d'amener des accidents d'intoxication des plus graves, cet organe faisant très rapidement faillite dans ces cas. Chez les enfants, les voies digestives sont très susceptibles et souvent en mauvais état; on devra, avant d'entreprendre le traitement, mettre le tube digestif en état; car, autrement, on verrait très rapidement se manifester les accidents du thyroïdisme.

Dans la production des accidents du traitement thyroïdien, il faut encore tenir compte de la forme sous laquelle le médicament est administré, car suivant les cas, il possède une action très inégale.

Le meilleur mode d'administration est la glande fraîche en nature dont on prescrira toujours exactement en grammes ou centigrammes la dose qu'on devra administrer.

En résumé on devra donc toujours surveiller étroitement tout enfant soumis au traitement thyroïdien, interrompre ou diminuer les doses au moindre signe de thyroïdisme, mettre le malade dans un repos relatif qui deviendra absolu si les accidents se montrent, insister énergiquement sur les diurétiques et désinfecter de temps à autre le tube digestif avec le calomel, ce qui aura pour avantage d'exciter en même temps le fonctionnement du foie. On a préconisé l'arsenic à titre préventif et curatif pour ces accidents de thyroïdisme (Mabille, *thèse* de Lille, déjà citée). Théoriquement, on peut admettre le procédé, mais nous avons encore besoin d'étudier les faits avant de nous prononcer d'une façon définitive.

Mode d'administration. Posologie. — La méthode par ingestion est aujourd'hui à peu près la seule usitée. On peut s'adresser ou à la glande fraîche absorbée en nature, ou à des préparations pharmaceutiques, extraits aqueux ou glycérinés contenant les principes actifs de la glande, ou glande desséchée en tablettes, pilules, etc, On ne prescrira que des produits dont on connaîtra la valeur.

Principes actifs. — La thyroïdine, la thyro-antitoxine, l'iodothyrine, sont les trois substances que l'on a opposées dans ces dernières années aux préparations sèches du corps thyroïde.

Il ne semble pas que les principes actifs aient bien fait leurs preuves thérapeutiques dans la pratique; nous n'avons pas expérimenté ces produits personnellement, mais nous pouvons dire que les essais tentés par divers auteurs n'ont pas été toujours encourageants, et qu'en tous cas ils ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse se prononcer sur leur valeur.

Préparations sèches. — L'inconvénient de ces préparations réside dans ce fait que l'on ne sait jamais exactement combien de glande fraîche représente un poids tonné de poudre. Il est donc important de bien connaître, quand on prescrira une marque quelconque, la quantité exacte de glande contenue dans chaque tablette ou pastille, et l'on devra mettre en garde les malades contre un changement de marque, les doses de glande fraîche étant souvent différentes suivant les fabricants. D'autre part, on aura le soin de ne se servir que de produits parfaitement stérilisés et de préparation récente; ils s'altèrent en effet très vite et peuvent donner naissance à des accidents d'intoxication analogues au botu-

lisme (Lanz, Mossé). Chez l'enfant, nous prescrivons d'habitude chaque jour deux bonbons thyroïdiens dosés à 5 centigrammes de glande fraîche; au bout de quatre jours nous passons à trois; puis, quatre jours après, s'il ne s'est produit aucune apparence d'accident, nous passons à quatre. Nous n'avons pas dépassé cette dose, soit 20 centigrammes de poudre fraîche par jour. Au bout d'un mois de traitement on fera reposer pendant 5 ou 6 jours; puis on reprendra la médication pendant un nouveau mois en commençant par les mêmes doses que la première fois.

On devra d'ailleurs, comme pour tous les médicaments, proportionner les doses à l'âge, et il est évident que chez un enfant de 15 ans, on pourra, sans inconvénient, croyons-nous, arriver progresivement à la dose de 1 gramme de glande fraîche par jour. Mais on n'oubliera pas que les enfants sont d'une sensibilité particulière à la médication thyroïdienne, comme d'ailleurs à toutes les autres médications; d'autre part, ils présentent de grandes différences entre eux dans leurs modes de réaction et des susceptibilités particulières véritablement surprenantes.

Conclusions. — Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur tous les faits que nous venons d'étudier, nous pouvons conclure et nous résumer ainsi :

Le corps thyroïde possède une influence très puissante sur la nutrition : il active les échanges organiques, et c'est justement sur ces propriétés que l'on a basé la méthode thérapeutique qui consiste à administrer de cette glande aux sujets dont les processus organiques sont ralentis ou arrêtés.

Outre l'action efficace et véritablement spécifique du suc thyroïdien dans le myxœdème franc et dans les états mal définis, classés sous la dénomination de myxœdème fruste, qui semblent se rattacher à un hypofonctionnement de la glande, l'opothérapie thyroïdienne donne les meilleurs résultats dans l'infantilisme.

Il y a lieu de distinguer pour ces cas d'infantilisme ceux qui sont directement liés au myxœdème et ceux qui, en apparence, dépendent d'une autre cause comme le rachitisme, la tuberculose, le syphilis héréditaire. Mais nous pensons que, même dans ces derniers cas, s'il est juste de dire qu'il existe un terrain préparé bien favorable, nous pensons que les troubles de la croissance et les arrêts de développement sont dus à une adultération de la fonction thyroïdienne, adultération produite par la tuberculose, le rachitisme, la syphilis.

Il y a donc lieu dans les cas d'infantilisme, quelle qu'en soit l'origine, d'essayer l'opothérapie thyroïdienne qui donnera les meilleurs résultats dans la plupart des cas, bien entendu à la condition que le squelette soit encore susceptible de s'accroître. Cette conception d'une hypothoroïdie d'origine rachitique produisant les lésions du squelette et les retards de développement qu'on note chez ces malades nous semble éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie du rachitisme; les faits de rachitisme fœtal se produisant quand on déthyroïdise des femelles, l'action favorable exercée par le traitement thyroïdien sur le rachitisme nous prouvent que le rôle de la glande doit être considérable dans la production des phénomènes morbides chez les rachitiques. Le succès des phosphates, depuis longtemps connu en thérapeutique anti rachitique pourrait dès lors provenir en partie de ce que la glande thyroïde, très riche en phosphates, récupérerait ainsi ces substances organiques perdues du fait du trouble apporté à son fonctionnement par la maladie primitive.

Le développement et la croissance des organes sexuels est également sous la dépendance directe de la fonction thyroïdienne, et dans les cas d'arrêt dans ce développement il sera indiqué d'employer le corps thyroïde.

La médication thyroïdienne a également donné des résultats dans certains cas d'obésité, mais on devra, chez de tels malades, surveiller tout particulièrement le cœur. Dans la tétanie, elle pourra être justifiée dans une certaine variété de tétanie pouvant se rattacher à un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, dans la sclérodermie, chez les hémophiliques, et dans le rhumatisme chronique.

On ne peut souscrire à la théorie d'Hertoghe qui veut considérer tous les adénoïdiens comme des hypothyroïdiens. Les végétations adénoïdes n'ont aucune relation de cause à effet avec les troubles de fonctionnement de la glande thyroïde. Il n'y a donc pas lieu d'employer ici le traitement opothérapique.

La médication thyroïdienne demande à être maniée avec la plus grande prudence chez les enfants qui y sont particulièrement susceptibles. On devra surveiller le cœur et les reins avec la plus grande attention, cesser le traitement ou diminuer les doses au moindre signe d'intoxication thyroïdique. On devra toujours commencer par des doses minimes, tâter la susceptibilité du sujet, n'accroître ces doses que lentement et progressivement, mettre de temps à autre des intervalles de repos pour éviter l'accumulation. On aura le soin de choisir des préparations bien dosées, bien faites et de date récente; chez les enfants ce sont les tablettes, comprimés et pastilles qui sont les plus commodes à administrer. Enfin, nous terminerons en émettant le vœu que les fabricants de spécialités thyroïdiennes indiquent toujours sur leurs flacons s'il s'agit de glandes d'animal jeune, qu'ils notent la date de la préparation, la quantité exacte de glande fraîche représentée par chaque pastille ou tablette; ils devront aussi veiller à la stérilisation parfaite de leurs produits.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 22 Juin 1901.

Traumatismes articulaires.

M. Van Hassel (de Paturages), *rapporteur*, adopte deux grandes classes de traumatismes articulaires; ce sont :

1° Les contusions articulaires sans lésions cutanées : *a*) arthrites; *b*) contusions sans luxation simple; *c*) contusions avec déchirure tendineuse; *d*) contusions avec luxation et fracture des extrémités osseuses et déplacements des fragments.

2° Les plaies articulaires : *a*) pénétrantes; *b*) larges; *c*) avec lésions osseuses.

L'auteur examine une troisième catégorie de lésions se basant sur la fréquence d'une complication produite par la syphilis ou la tuberculose :

3° Les arthrites diathésiques : *a*) syphilitiques; *b*) tuberculeuses.

Ces différentes lésions sont étudiées successivement au point de vue du traitement. M. Van Hassel indique surtout sa propre pratique; il rapporte un assez grand nombre d'observations

personnelles, en ayant soin cependant de rappeler, sur ces points de la pathologie, la façon de voir des auteurs les plus autorisés.

Dans les contusions articulaires sans lésions cutanées, le traitement a souvent consisté dans l'application de teinture d'iode, de vésicatoire, de pointes de feu et parfois, mais assez rarement, dans l'immobilisation du membre. Cependant, s'agit-il d'hydarthrose chronique, d'un hématome intra-articulaire, de synovite chronique, il recommande la ponction suivie du lavage intra-articulaire par injection de solution boriquée, sublimée, formalinée, de solutions modificatrices (solution phéniquée à 5 p. 100).

Le problème se complique si la contusion s'accompagne de luxation ou de fracture des extrémités osseuses; si la chose est possible, il est indiqué de réduire la luxation, de coapter les fragments et d'appliquer un bandage; de nombreux praticiens s'occupent spécialement de la fracture qu'ils laissent se consolider en bonne position, se réservant de procéder à une réduction tardive de la luxation sous chloroforme.

Dans les plaies articulaires, on pratiquera une bonne désinfection du membre, suivie de l'application d'un pansement humide antiseptique; on interviendra chirurgicalement s'il survient de l'infection, et, suivant les cas, on fera l'arthrotomie, la synovectomie ou même la résection de l'articulation (ostéoarthrite).

Si la plaie est large, on en pratiquera une antisepsie soigneuse, après l'avoir débarrassée des caillots et des corps étrangers qu'elle peut contenir par des lavages au sublimé, au formol ou à l'eau oxygénée; on assurera le drainage de la cavité ou bien on la remplira de gaze iodoformée, attendant le moment propice pour appliquer des sutures.

L'auteur termine son travail par un certain nombre d'observations d'arthrites syphilitiques et d'arthrites tuberculeuses : les premières relèvent surtout du traitement mercuriel, les secondes comportent des traitements fort variés, pour ainsi dire personnels.

M. Depage (de Bruxelles) considère la mobilisation et le massage comme constituant le traitement rationnel des contusions articulaires. Le massage s'adressera surtout aux muscles de la région, car c'est l'atrophie de ces organes qui constitue la cause de l'impotence fonctionnelle consécutive; c'est ainsi que dans les cas douteux, où, après une contusion articulaire, le blessé accuse de l'impotence fonctionnelle du genou; si les muscles de la cuisse ont gardé leur volume et leur tonicité normale, on peut presque toujours conclure à de la simulation de la part du sujet,

De même, dans les anciennes luxations de l'épaule, l'impotence fonctionnelle reconnaît souvent pour cause la présence de brides fibreuses, cicatricielles, périarticulaires. C'est par des mouvements articulaires précoces, passifs et actifs, que l'on peut éviter la production de ces adhérences.

En ce qui concerne les plaies pénétrantes articulaires, il est toujours temps d'intervenir chirurgicalement lorsque des signes d'infection se dessinent.

M. Verneuil (de Bruxelles) procède comme suit, lorsque de l'infection survient à la suite d'une plaie pénétrante articulaire. La cavité articulaire étant largement ouverte, il la nettoie en tous ses recoins avec de petits tampons imprégnés d'une solution à 5 p. 100 de formaline chaude, montés sur une pince. Puis il bourre la cavité de gaze stérilisée et il applique un pansement sans faire aucune suture.

La guérison se fait par bourgeonnement et les complications (clapiers, fusées purulentes, etc.) ne sont pas à craindre.

La cicatrisation étant obtenue, les mouvements et le massage peuvent ramener le jeu de l'articulation dans une certaine mesure.

M. Verhoef (de Bruges), appelé à intervenir dans un traumatisme grave qui avait ouvert largement les articulations médio-tarsiennes et détruit une partie du calcanéum, a fait l'antisepsie de la plaie pour la remplir ensuite de lanières de gaze imprégnées de baume du Pérou; résultat excellent.

M. Hendrix (de Bruxelles) estime qu'il faut ajouter aux causes signalées par M. Depage, pour expliquer l'impotence fonctionnelle après les contusions articulaires, l'élément nerveux qui joue un rôle considérable. Fréquemment, chez les hystériques, des contractures musculaires persistent après les contusions; il est fort difficile de distinguer alors les troubles réels des troubles simulés.

M. Diederich (de Verviers) croit que, dans la clientèle, il faut viser avant tout à faire de la conservation, mais chez les travailleurs, il serait quelquefois plus avantageux d'assurer un rétablissement rapide par une amputation que de traîner de longs mois pour conserver un membre qui ne pourra rendre que de médiocres services.

Dangers de la résection systématique de l'épiploon dans la cure radicale des hernies.

M. Dejardin (de Liège) pense que pour faire une bonne cure radicale de hernie, il suffit d'extirper le sac aussi haut que possible et de procéder à la réfection parfaite de la paroi en fermant l'orifice par l'un ou l'autre procédé. La résection systématique de l'épiploon est inutile et dangereuse, car elle peut amener à sa suite :

a) Des douleurs post-opératoires ;

b) Une hémorrhagie interne, primitive ou secondaire, avec ses conséquences (infection, obstruction);

c) Par infection des fils de ligature, catgut ou soie, une suppuration localisée ou une péritonite;

d) La formation d'adhérences qui occasionnent au moins des douleurs, et souvent d'une manière immédiate ou tardive, l'obstruction intestinale.

MM. Diederich et Gallet déclarent partager les idées de M. Dejardin. La grande majorité des chirurgiens ont aujourd'hui abandonné la résection systématique de l'épiploon.

Thrombo-phlébite otitique du sinus latéral.

M. Lambotte (d'Anvers) rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré pour thrombo-phlébite latérale: toute la fosse occipitale était remplie de pus et de fausses membranes, le sinus latéral paraissait détruit. La veine jugulaire interne, entièrement thrombosée, fut ligaturée et excisée depuis la clavicule jusqu'à l'angle supérieur de la plaie. Malgré un infarctus pulmonaire qui se produisit le 6e jour et qui ramena une température de 41°, une apyrexie complète existait 20 jours après l'opération et, un mois plus tard, la malade sortait guéri. L'auteur est intervenu 6 fois dans la thrombo-phlébite latérale. Deux fois il a pratiqué la simple trépanation mastoïdo-occipitale avec un décès par pyohémie et une guérison après accidents pulmonaires métastatiques (pleurésie interlobulaire suppurée). Quatre fois il a eu recours à l'opération de Chipault, avec deux guérisons et deux décès (un décès par septico-pyohémie à marche rapide et un décès par métastases pulmonaires multiples).

Tumeur cérébrale.

M. Gorisa (de Bruxelles) présente un malade qui, depuis treize ans souffrait de céphalalgie et d'attaques épileptiformes. Une opération pour une tumeur kystique de la région temporale fut alors pratiquée par M. le professeur Sacré, mais le patient n'en retira qu'une amélioration passagère. M. Goris ayant réséqué l'ancienne cicatrice, a trouvé une fistule osseuse conduisant dans l'intérieur du crâne et qui donnait issue à du pus (reconnu stérile). L'os fut réséqué par petits fragments jusqu'à la limite de l'abcès et la guérison s'ensuivit.

Epithélioma de l'ombilic.

M. Gallet est intervenu pour un cas de cancer primitif de l'ombilic chez une femme de 49 ans, obèse, atteinte depuis longtemps d'une petite hernie ombilicale, laquelle, depuis six mois, a sans cesse augmenté de volume.

La tumeur herniée était dure, irréductible, douloureuse à la pression. Autour de l'ombilic, la matité était absolue. Cette tumeur fut enlevée, mais on constata que l'épiploon formait une masse cancéreuse entourant la vésicule biliaire et adhérente à la face postérieure du foie; dans ces conditions, on ne pou-

vait songer à faire l'ablation de cette masse, et on referma le ventre après avoir enlevé deux volumineux kystes de l'ovaire.

Le malade a succombé cinq jours après l'opération. L'autopsie a permis de constater l'intégrité du tube digestif; seul existait le foyer au pourtour de la vésicule biliaire, laquelle était remplie de calculs.

Kyste para-ovarique chez une jeune fille.

M. Dandois (de Louvain) a extirpé, chez une jeune fille, un kyste de l'ovaire droit de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur était la cause de métrorrhagies qui épuisaient et anémiaient la malade.

La guérison se fit sans incidents et les ménorrhagies ont disparu.

Sur l'anesthésie par la méthode de Bier.

M. Hendrix (de Bruxelles), estimant que cette méthode est encore fort imparfaite et que par conséquent les indications en sont restreintes, propose de terminer la discussion pour la remettre à plus tard.

M. Lambotte (d'Anvers) se déclare moins enthousiaste qu'il ne l'était au début; depuis sa dernière communication, il a employé le procédé une vingtaine de fois; il accuse six insuccès, qui sont dus soit à l'impossibilité de faire pénétrer l'aiguille dans la moelle, soit à l'inefficacité de la cocaïne ainsi employée comme anesthésique. Cependant les indications de l'anesthésie médullaire semblent se préciser et la discussion peut à ce point de vue être fort utile.

M. Lorthioir (de Bruxelles) oppose dans une certaine mesure à la cocaïnisation de la moelle la méthode d'anesthésie locale par injection intradermique. Il rappelle que Kocher opère le goître de cette façon : il fait au bistouri, en entamant seulement l'épiderme, le tracé de son incision ; il injecte ensuite dans les tissus sous-jacents plusieurs centimètres cubes de cocaïne à 1 p. 100. Au cours de l'opération, il applique sur le tissu lamelleux périglandulaire des pinces et ne sectionne qu'après avoir ordonné au malade d'émettre un son ah ! Il s'assure ainsi que le nerf laryngé ne se trouve pas inclus dans les parties qu'il est sur le point de sectionner. Selon lui, il faut tenir compte d'un élément fort important : la suggestion.

M. Willems (de Gand) reconnaît que dans certains cas l'anesthésie médullaire présente des avantages. Pour faire œuvre utile, il faut rechercher d'une façon précise quelles en sont les indications et les contre-indications.

M. Hannecart (de Bruxelles) estime qu'en dehors de la suggestion dont a parlé M. Lorthioir, il faut tenir compte de la force de volonté et de la sensibilité à la douleur plus ou moins grande du patient. Van Iterson, de Leyde, pratiquait des opérations abdominales (gastro-entérostomie) par anesthésie cocaïnique locale de la paroi ; M. Depage a opéré plusieurs fois de cette façon, et lui-même a employé ce procédé dans des cas de hernie étranglée ou pour ouvrir une collection purulente intrapéritonéale d'origine appendiculaire : c'est l'incision du péritoine pariétal qui seule est douloureuse lorsque l'injection de cocaïne a été bien faite.

M. Gallet (de Bruxelles) partage cet avis; la section de la paroi stomacale ou intestinale n'est pas ressentie par le patient.

M. Lorthioir. — Il faudrait préciser les contre-indications du chloroforme dans les maladies du cœur; l'existence d'un souffle cardiaque ne contre-indique pas toujours la chloroformisation.

M. Lambotte. — C'est la péricardite avec synéchies qui constitue une contre-indication absolue de la narcose chloroformique.

M. Lorthioir. — Malheureusement cette affection ne peut, en général, être diagnostiquée qu'à l'autopsie.

M. Willems. — Il convient d'y ajouter les altérations du myocarde.

M. Verneuil. — Les lésions vasculaires ne constituent pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme ; il faut surtout redouter la péricardite et la myocardite. Il s'en faut cependant de beaucoup que tous les patients atteints de ces lésions et que l'on a chloroformisés soient morts. Comment prouver qu'un malade atteint de myocardite, décédé après chloroformisation, n'aurait pas eu le même sort si l'on avait employé la cocaïnisation ?

Ostéomes traumatiques.

M. Hannecart. — Voici d'abord la radiographie de la main d'un boucher qui s'était fait accidentellement une coupure profonde au niveau de la face antérieure de la phalange du pouce ; le blessé eut la sensation de la pénétration du couteau jusqu'à l'os.

Des points de suture furent appliqués, mais au bout d'une quinzaine de jours, le médecin traitant constata une si forte tuméfaction de la région qu'il crut à l'existence d'une fracture avec chevauchement des fragments. Un mois plus tard, le malade nous fut adressé pour être soumis à l'examen par les rayons X. Ainsi que l'indique l'épreuve radiographique, la phalange du pouce est normale, sauf qu'il existe, implantée vers le milieu de sa face antérieure, une tumeur osseuse de 1 centimètre de long, ayant la forme d'un « onglet » dont l'extrémité est dirigée en dedans. C'est probablement le périoste décollé sur une certaine étendue qui a été le point de départ de cette exostose.

Cette seconde radiographie montre une tumeur osseuse du pli du coude; elle est semblable à celle que M. le Dr Depage a fait voir à la séance du 17 novembre 1900. Il s'agit, dans le cas présent, d'un jeune officier chez lequel, à la suite d'une chute, on a diagnostiqué une contusion simple du coude; cependant, une forte tuméfaction s'étant produite, sans tendance à rétrocéder, MM. Depage et Janvier, appelés en consultation, reconnurent l'existence d'une tumeur osseuse; ils me prièrent d'exécuter la radiographie du coude. Celle-ci permet de constater, au-devant de la face antérieure du quart inférieur de l'humérus, l'existence d'une ombre très nette, de la forme et des dimensions d'un œuf de poule, reliée par un pédicule épais à l'apophyse coronoïde et à la face antérieure de l'articulation. L'avant-bras, maintenu en semi-flexion sur le bras, ne pouvait exécuter le moindre mouvement de flexion ni d'extension : aussi le malade réclama-t-il une intervention chirurgicale. M. Depage pratiqua l'ablation de la tumeur avec un succès complet et sans autre incident que l'ouverture de l'articulation en un point où la néoplasie adhérait très intimement aux fibres ligamenteuses antérieures de l'articulation.

REVUE DES CONGRÈS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(*52e Session, 4-7 juin 1901.*)

Pseudo-variole ou variole modifiée.

M. T. J. Happell rapporte le résultat de ses observations cliniques sur 300 cas de pseudo-variole ou de variole anomale, à toutes les périodes de la maladie. Dans plusieurs cas la maladie n'était pas transmissible. Plusieurs personnes qui avaient été vaccinées ont eu la maladie, d'autres qui ne l'avaient pas été ne l'ont pas eue.

Voici comme symptômes ce qu'on observe :

1° *Du premier au troisième jour.* — Dans la variole modifiée, au début le malade se plaint de sensation de froid et donne l'impression d'une atteinte de grippe. Température 102-105° F.; peu ou pas de vomissements; peu ou pas de prostration. Pas de délire, et convulsions chez les enfants;

2° *Troisième jour.* — Pas de rash;

3° *Quatrième jour.* — L'éruption a les caractères de l'acné généralisé. Dans quelques cas on a des papules, mais cela est rare. La température redevient normale. L'éruption débute par la face.

4° *Cinquième jour.* — L'éruption acnéique se transforme en pustules opalescentes au début. Ces pustules sont uniceilulaires

et non ombiliquées. Le liquide s'en échappe, se dessèche et brunit, ce qui, dans quelques cas, donne une apparence d'ombilication. La vésicule se ride sur les bords. La température est généralement normale, à moins de complications d'abcès ou autre. La guérison est rapide.

5° *Du sixième au neuvième jour.* — La vésicule se remplit d'un liquide opaque, dans quelques cas avec noyau brun ou autre donnant apparence ombiliquée. Entre le 8° et le 9° jour la fièvre réapparaît ainsi que les troubles généraux du début. Il y a, surtout chez les enfants et les jeunes gens, du délire et des convulsions. C'est la période critique. A partir de ce moment la guérison se fait progressive.

M. Louis Leroy indique les mesures prophylactiques de la variole et décrit un procédé de vaccination par injection hypodermique de vaccin.

M. Heman Spalding donne des détails sur l'épidémie de variole bénigne observée à Chicago en février 1899. L'épidémie venant de Cincinnatti a eu deux périodes distinctes : en 17 mois il y a eu 72 cas, puis un repos de 3 mois 1/2 pendant lesquels aucun cas n'a été observé; à ce moment reprise de l'épiderme. En tout 310 cas observés se décomposant ainsi :

1	variole hémorrhagique. . .	avec	1	mort
13	— confluentes.	—	3	—
24	— semi-confluentes . .	—	2	—
54	— discrète grave . . .	—	0	—
179	— — légère . . .	—	0	—
39	— anormales. . . .	—	0	—

soit au total 6 morts. 271 des malades atteints n'avaient jamais été vaccinés.

M. Frédéric Leavin donne les caractères différentiels de la variole.

M. H. M. Braken dit que Minnesota a rapporté 7211 cas de variole avec 49 morts en 2 ans 1/2. Il insiste sur la symptomatologie de la variole et sur la nécessité de la vaccination. Sur 171 cas observés à Chicago du 30 novembre 1900 au 10 avril 1901, 140 n'avaient jamais été vaccinés; sur les 31 autres, 29 ne présentaient que des traces effacées d'une vaccination ancienne, 2 seulement avaient subi la vaccination avec succès.

Cause de la péritonite diffuse compliquant l'appendicite et la prophylaxie.

M. A. J. Oschener passe en revue les rapports anatomiques et pathologiques, entre l'appendice et les organes adjacents. Il montre comment l'appendice est protégé et fait remarquer la vascularisation du mésentère. L'influence du repos ne peut être niée. L'infection de la cavité péritonéale est due aux troubles intestinaux. Théoriquement et pratiquement il faut éviter toute pénétration de nourriture ou de purgatifs dans l'estomac. M. Oschner cite des cas où il en est résulté aggravation du mal. De janvier 1898 à mai 1901, il a opéré 565 cas d'appendicite avec 20 morts, soit une mortalité de 3 1/2 p. 100.

Mortalité de l'appendicite.

M. John B. Deaver dit que pendant l'année 1900, il a été amené, à l'hôpital allemand de Philadelphie, 268 cas d'appendicite dont 144 aigus, 124 chroniques; 26 de ceux qui ont été opérés « à chaud » sont morts. Pour ceux qui n'ont pas été opérés, la cause habituelle de mort est la péritonite généralisée. Dans un cas, 12 heures après le début de la maladie, l'opération a montré un degré avancé de péritonite purulente.

M. E. Laplace divise l'évolution de l'appendicite en trois périodes : 1° période d'appendicite ; 2° période péritonéale ; période scepticémique.

Remarques sur la chirurgie médullaire.

M. Andrew Mc Costz dit que la compression de la moelle est une raison urgente d'opérer et qu'il est important que l'opération soit précoce. Il recommande l'opération exploratrice. Il a opéré 6 malades de laminectomies avec 2 guérisons et 4 morts, mais les morts ne sont pas directement imputables à l'opération.

Opération pour la guérison du tic douloureux.

M. Frazier propose une opération pour la guérison du tic douloureux ou névralgie trifaciale consistant dans la division du rameau sensitif du ganglion sans résection du ganglion.

Nature du processus cancéreux.

M. Rosweld Park expose la théorie de Cohnheim, puis dit que la théorie parasitaire ou infectieuse du cancer est la seule qui satisfasse aux faits cliniques et pathologiques. De plus en plus les faits se prononcent en faveur de la théorie parasitaire. Le Dr Gaylord a pu reproduire des adéno-carcinomes types chez l'animal.

M. Nicolas Senn dit que la question de l'origine du cancer est la plus importante à l'heure actuelle. Le carcinome résulte de la prolifération atypique de cellules épithéliales.

M. C.-A. Powers propose comme réaction pour servir au diagnostic précoce du cancer l'emploi du sérum cancéreux et l'auto-inoculation.

MM. W. S. Halsted et **J.-C. Bloodgood** divisent les tumeurs du sein en multiples, malignes, bénignes. Sur 294 cas de cancer du sein observés dans leur pratique, le nombre de tumeurs malignes, admises à l'hôpital au début, alors que, cliniquement, on avait les symptômes d'une tumeur bénigne, est de 23 cas, soit 9 p. 100.

M. William J. Mayo dit que le cancer du cæcum entre dans la proportion de 7 p. 100 dans le nombre total des cancers de l'intestin et que le type habituel en est la variété à cellules cylindriques.

Les transformations colloïdales sont fréquentes. Ordinairement annulaire, il peut donner lien à une tumeur bien caractérisée. L'infection ganglionnaire apparaît dans moins de la moitié des cas. L'âge a ici moins d'importance que pour les autres cancers, et il n'est pas rare de voir ce cancer survenir chez des individus relativement jeunes. Cette affection peut être confondue avec l'appendicite chronique, la tuberculose du cæcum, l'occlusion intestinale. Les résultats immédiats et éloignés de l'opération sont bons, comparativement à ce qu'ils sont pour le cancer de certaines autres parties du corps.

M. Robert F. War montre les avantages de l'opération de Maunsell sur celle de Kraske dans le cancer du rectum.

M. Fred. S. Dennis compare le traitement chirurgical du cancer avec les autres traitements (médicamenteux, par toxines, par les caustiques, l'électricité, les rayons X). L'opération chirurgicale ne donne de résultats appréciales que si elle est précoce et radicale.

Prostatotomie ou prostatectomie dans l'hypertrophie prostatique.

M. R. Guiteras fait l'histoire comparative de la prostatotomie et de la prostatectomie qui ont l'une et l'autre subi une évolution progressive. Ses préférences personnelles sont pour la méthode vésico-rectale et le point important dans la technique est de placer deux doigts très haut et très profondément dans le rectum. On ne peut généraliser les conditions de l'intervention dans l'hypertrophie prostatique. Chez les hommes jeunes, l'intervention radicale peut être proposée. Chez ceux plus âgés il faut recourir à la méthode de Bottini, palliative. Certains cas enfin, heureusement moins nombreux, ne réclament aucune intervention. Les statistiques montrent que la mortalité de la prostatectomie est 3 fois plus élevée que celle de la prostatotomie.

M. E. Fuller pense que la prostatectomie est la méthode de choix dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. La mortalité ne dépasse pas 8 à 10 p. 100. La castration est abandonnée; la méthode de Bottini doit être prise en considération.

M. Pasker Syms préconise la prostatectomie périnéale.

Indications opératoires dans les calculs du rein.

M. C. L. Léonard. — Plus de la moitié des calculs rénaux passent dans l'uretère sans avoir donné lieu auparavant à aucun

symptôme. Les rayons X doivent apporter une aide puissante au diagnostic. L'auteur a examiné 165 cas par ce moyen. Ils permettent la localisation exacte des concrétions dans l'un ou l'autre rein.

Abcès disséquant de la paroi abdominale simulant le mal de Pott.

M. J. B. Bulitt rapporte le cas d'un malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, fut atteint de cyphose.

Un examen attentif montra que la difformité était due à une collection purulente de la paroi abdominale, extra-péritonéale. La cyphose était entièrement d'origine compensatrice. L'abcès s'ouvrit finalement à l'extérieur au niveau de l'ombilic. L'auteur a réuni 12 cas semblables dans la littérature.

Stérilité croissante des femmes américaines.

M. G. J. Engelmann dit que le pourcentage de la stérilité aux Etats-Unis est plus élevé que dans n'importe quelle contrée, 20 p. 100 des mariages sont stériles. Il y a 100 ans la moyenne était de 6 enfants par famille. Aujourd'hui c'est tout au plus si elle est de 1 ou 2 enfants. Les causes sont plus d'ordre moral que médical. L'augmentation du luxe va avec la diminution de la fécondité.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Hahn (Camille). *Des prématurés, caractères, pronostic, traitement.* N° 586. (Steinheil.)

M. Roche (Charles-Armand-Félix). *Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite.* N° 488. (Imp. Levé.)

M. Frumusanu (Jean). *Du massage et de quelques-unes de ses applications en obstétrique.* N° 500. (L. Boyer.)

M. Guihal (Paul). *Contribution à l'étude de la grossesse triple (diagnostic, pronostic et conduite à tenir).* N° 651. (Michalon.)

M. Mezger (Guillaume-Chrétien). *De l'oligo-amnios.* N° 572. (Naud.)

M. Capdevielle (L.). *A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du périnée (avantages de la périnéorrhaphie immédiate secondaire).* N° 544. (Boyer.)

M. Sentex (Jacques). *Des causes de la mort du produit de la conception pendant la grossesse.* N° 505. (Rousset.)

1° Les prématurés présentent un inachèvement des organes qui cause à la fois une diminution d'intensité et un trouble dans le fonctionnement.

M. Hahn montre que la mortalité des prématurés est beaucoup plus considérable que celle des enfants à terme.

a) A égalité de poids, c'est le prématuré dont l'âge et la formation sont le plus avancés et dont le placenta de naissance présente avec le poids du fœtus les rapports les plus normaux, ou celui dont la cause de prématuration est la moins grave, qui a le plus de chances de vivre et de se bien porter.

b) A égalité d'âge, c'est le prématuré dont le poids est le plus grand pour son espèce et dont la température se rapproche le plus de l'optimum, 37°, qui a plus de chances de vivre et de se bien porter.

c) A égalité de poids et d'âge, c'est le prématuré allaité par sa mère, allaité le plus tôt possible par elle, et possédant la meilleure qualité de protoplasme, qui aura le plus de chances de vivre et de supporter les maladies dont il pourra être assailli.

Par suite de l'inachèvement de ses divers organes, avec l'insuffisance fonctionnelle qui en est la conséquence, les prématurés, affaiblis dans leurs moyens de défense, présentent une porte ouverte à toutes les infections.

Par suite de l'inachèvement des organes et des fonctions imparfaites qui en résultent, il y a à la fois ralentissement et trouble dans la série des processus chimiques d'oxydations, de réductions, d'interversions moléculaires, de combustions organiques, etc., accomplis par les différents organes dans leur fonctionnement, en particulier par le poumon, par le tube digestif, par le foie : l'hypothermie en est la conséquence.

Les causes qui font naître prématurément les enfants, étant connues pour la plupart, il appartient à la Société et aux accoucheurs de les faire disparaître.

Parmi les femmes qui allaitent, un grand nombre, près de la moitié, voient leurs règles réapparaître au cours de leur nourriture.

Dans la plupart des cas, cette réapparition retentit sur la santé du nourrisson.

Les quelques analyses faites par M. Roche ont montré que l'extrait sec et le beurre étaient augmentés au moment de la période cataméniale dans beaucoup de cas.

L'analyse des troubles observés autorise quelques hypothèses :

a) La perte de poids constatée seule est explicable par une diminution simple de la sécrétion lactée.

b) La perte de poids avec vomissements et diarrhée permet de penser à une alimentation trop copieuse, et pourrait cadrer avec les cas où le beurre est augmenté dans de notables proportions.

c) Quant aux éruptions eczémateuses, elles semblent également en rapport avec une alimentation trop riche.

L'apparition des règles n'est pas une contre-indication de l'allaitement, mais c'est presque toujours un indice que la sécrétion lactée tend à se tarir.

La bénignité habituelle des accidents excuse une thérapeutique expectante.

Dans les cas où la diminution de poids étant le seul signe de réaction de l'enfant, il y a lieu de penser à un déficit alimentaire, on pourrait essayer de le combler en ajoutant à son régime, pendant la durée des règles, et au besoin après, une certaine quantité de lait stérilisé.

Dans les cas, au contraire, où l'intolérance du tube digestif plaide en faveur d'un excès alimentaire, ne pourrait-on pas essayer de rétablir l'équilibre en réduisant l'alimentation par des tétées moins longues?

M. Frumusanu pense que le massage est pour l'obstétrique un puissant adjuvant.

Le massage est absolument indiqué dans les fixations ou déviations utérines, obstacles à la fécondation, les vomissements incoercibles de la grossesse, la délivrance, la *phlegmatia alba dolens*, la lactation et comme traitement général des suites de couches.

Pour M. Guihal le diagnostic de la grossesse triple est possible, pendant la grossesse, par le palper et l'auscultation combinés.

Il ne l'est pas, ou du moins est très difficile lorsqu'on examine pour la première fois la femme en travail.

Grâce à une propreté rigoureuse, le pronostic maternel de l'accouchement triple à terme ou aux environs du terme reste bon.

Le pronostic fœtal est sensiblement plus sévère; toutefois un grand nombre de ces enfants peut et doit actuellement être sauvé par l'emploi de la couveuse et le gavage au lait maternel.

La dystocie fœtale est assez fréquente; mais le petit volume des fœtus permet à l'accoucheur d'en triompher facilement.

L'oligo-amnios étudié par M. Mezger est primaire et secondaire. Celui-ci ne se distingue du premier que par l'hydrorrhée amniotique et la rareté des déformations fœtales.

L'oligo-amnios primaire produit deux ordres de symptômes. Du côté de la mère on trouve une grossesse plus douloureuse, un ventre irrégulier, très peu développé, dur et accolé au fœtus, rendant la palpation très difficile, une absence presque complète de la poche des eaux, des positions vicieuses de l'enfant

rendant la palpation très difficile, une absence presque complète de la poche des eaux, des positions vicieuses de l'enfant (15 p. 100 de présentations de l'épaule) et peut-être quelquefois des ulcérations. Différentes parties de leur corps peuvent s'être arrêtées dans leur développement.

Les causes de l'oligo-amnios secondaire ne sont autres que celles des ruptures prématurées basses ou élevées des membranes. Il faut donc mentionner avant tout le *placenta prævia*. D'autres causes sont le traumatisme, la minceur des membranes, l'hydramnios, la grossesse gémellaire.

La cause de l'oligo-amnios primaire est dans 14 p. 100 des cas l'anurie chez l'enfant, dans 5 1/2 p. 100 des cas la disposition de l'œuf, c'est-à-dire dans les grossesses multiples. Enfin, dans 80 1/2 p. 100 des cas, on doit se demander si l'anomalie de l'œuf n'est pas liée à un développement vicieux sur un terrain diathésique, dans le cas d'arthritisme par exemple.

Le défaut de liquide amniotique gêne la libre expansion des tissus, des organes de l'enfant, et il peut en résulter des déformations plastiques plus durables que celles qui prennent naissance lors de son passage à travers les filières pelvi-génitales.

Bien que la réparation immédiate des déchirures incomplètes du périnée causées par l'accouchement soit acceptée par la généralité des accoucheurs, il existe cependant un certain nombre de considérations qui peuvent, pour M. Capdevielle, déterminer l'adoption d'un délai :

1° L'infection antérieure dûment constatée des voies génitales;

2° Le mauvais état des tissus divisés; infiltration, œdème, thrombus;

3° L'état général défectueux de l'accouchée : albuminurie, grave.

La périnéorrhaphie tardive est une opération de nécessité. La périnéorrhaphie tardive suppose que le chirurgien n'est appelé que longtemps après le traumatisme; l'excuse du retard est tout entière dans ce fait.

Comme opération, elle est parfois d'une réelle difficulté à cause de la pauvreté des tissus et des travées cicatricielles profondes, qui déforment la région. Elle a échoué souvent autrefois entre des mains habiles. Elle a eu cet avantage de pousse à la recherche de l'amélioration technique dans le manuel opératoire.

Du travail statistique de M. Sentex il résulte que du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1879 il est né à la Clinique Baudelocque 20399 enfants.

La mortalité fœtale pendant la grossesse est donc de 3,02 p. 100.

230 d'entre eux étaient issus de primipares et 387 de multipares.

La cause de la mort du produit de la conception est connue dans 485 cas, c'est-à-dire dans plus de deux tiers des cas. Elle n'est restée indéterminée que 132 fois.

La mort du produit de la conception dans ces 485 cas a été causée par :

1° La syphilis, On trouve la syphilis, comme cause de la mort du fœtus 264 fois (136 fois syphilis avérée, latente 128), soit donc 42,7 p. 100 des cas.

2° L'albuminurie. Elle a causé la mort du produit de la conception 96 fois (53 filles, 40 garçons, 3 dont le sexe n'est pas précisé).

3° Causes diverses. 125 fois, soit : 20,25 p. 100, la mort du fœtus a été causée par des causes diverses; ces causes tenant : *a*) aux procréateurs, en dehors de la syphilis et de l'albumine; *b*) au produit de la conception lui-même.

I. *Causes tenant aux procréateurs.* — Elles ont causé sa mort dans 71 cas, soit 11,50 p. 100.

1° Le père semble avoir causé la mort du produit de la conception dans 13 cas, soit 2,10 p. 100.

2° La mère peut être incriminée dans 58 cas, soit 9,31 p. 100.

a) Hémorrhagies, 19 fois, soit 3,07 p. 100;

b) Affections cardiaques, 19 fois, soit 3,07 p. 100 les femmes étaient cardiaques;

c) Traumatisme, 7 fois, soit 1,13 p. 100.

d) Auto-intoxication gravidique, 5 fois, soit 0,81 p. 100;

e) Tuberculose, 4 fois, 0,64 p. 100;

f) Causes diverses, 4 fois, soit 0,64 p. 100;

II. *Causes tenant au produit de la conception lui-même.* — 54 fois, soit 8,75 p. 100.

1° Fœtus, 5 fois, soit 0,81 p. 100;

2° Annexes du fœtus, 49 fois, soit 7,96 p. 100.

a) Placenta, 27 fois, soit 4,39 p. 100;

1° Insertion basse, 10 fois, soit 1,78 p. 100;

2° Altérations, 17 fois, soit 2,75 p. 100.

b) Cordon, 20 fois, soit 3,24 p. 100.

1° Compression (nœuds, circulaires, procidence) 16 fois, soit 2,59 p. 100;

2° Insertion vélamenteuse dans grossesses gémellaires, 3 fois;

3° Anomalies vasculaires, 1 fois;

4° Causes indéterminées.

Dans 132 cas il n'a pas été possible de trouver la cause de la mort du fœtus : elle reste donc ignorée dans 21, 39 p. 100 des cas.

REVUE DES JOURNAUX

ACCOUCHEMENT

Infection généralisée à gonocoques ((Ueber die gonorrhoischen Allgemein Infectionen), par Prockaska (*Virchow's Arch.*, 1901, vol. CLXIV, p. 492). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de 24 ans qui, au cours d'une blennorrhagie, a été pris de fièvre élevée avec tuméfaction des articulations et endocardite ulcéreuse au niveau des valvules aortiques. Il succomba dans l'espace d'une quinzaine de jours et l'autopsie confirma le diagnostic d'endocardite ulcéreuse fait pendant la vie.

L'examen du sang fait pendant la vie a donné un résultat négatif au point de vue de la présence des gonocoques. L'ensemencement de l'exsudat pleural et péricardique, du sang pris au cœur et des végétations aortiques, a montré la présence des gonocoques dans celles-ci, et celle des staphylocoques dans les autres liquides.

Dans deux autres cas d'infection gonococcique avec symptômes généraux légers (arthrite sternoclaviculaire), l'examen du sang fait pendant la vie a montré la présence des gonocoques. Ces deux malades ont guéri.

MÉDECINE

La bronchite des vieillards, par Thomayer (*Arch. bohêmes de médecine clinique*, 1901, vol. II). — L'auteur a observé un grand nombre de cas de bronchite des vieillards, dans lesquels il y avait des accès de dypsnée, quoique l'examen du poumon ne relevât que des signes d'une bronchite légère.

Ces accès de dyspnée dans la bronchite des vieillards sont attribués en général à l'obstruction des bronches par la sécrétion inflammatoire de la paroi.

L'auteur n'admet pas cette explication, du moins pour un certain nombre des cas, et tend à montrer que bien souvent des accès de dyspnée sont provoqués par de l'asystolie et doivent être considérés comme des accès d'asthme cardiaque.

Dans les cas observés par l'auteur, les accès de dyspnée disparaissaient aussitôt que les malades ont été traités par les toniques du cœur : strophantus, digitale, etc.

L'auteur a même observé des cas où les signes de bronchite capillaire étaient beaucoup plus accentués et où les accès de dyspnée n'apparaissaient pas si l'on administrait dès le commencement de la maladie des médicaments cardiaques.

Les malades atteints de ces accès de dyspnée étaient avant la bronchite bien portants et ne présentaient pas de signes de dilatation du cœur gauche.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'inversion utérine.

Résumé du rapport au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie* de Nantes. — Septembre 1901.

Par M. le Dr Oui,

Agrégé des Facultés de médecine,
Chargé d'un cours d'accouchement à l'Université de Lille,
Membre correspondant
de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris.

Varié comme le sont eux-mêmes les cas d'inversion utérine, le traitement de cette affection intéresse à la fois l'accoucheur et le gynécologue. L'inversion récente, d'origine puerpérale, a été et est surtout étudiée par les accoucheurs. L'inversion ancienne et l'inversion polypeuse sont du ressort de la gynécologie et, en grande partie, de la gynécologie opératoire.

C'est dire que les méthodes et les procédés applicables au traitement de ces diverses variétés d'inversion sont absolument différents et que l'étude du traitement, tenant compte de l'ancienneté et de la variété clinique de l'inversion, doit être méthodiquement divisée.

Cette division consacrée à la fois par la tradition et par la clinique est la suivante :

1° Traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale (c'est-à-dire observée avant le retour de couches);

2° Traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale (c'est-à-dire persistant après la réapparition des règles);

3° Traitement de l'inversion polypeuse.

L'influence des complications sur les indications thérapeutiques sera étudiée dans chacune de ces divisions que nous avons adoptées.

Traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale. — L'indication urgente, lorsque l'inversion se produit soit au cours de la délivrance, soit après que la délivrance a été effectuée, c'est de réduire l'utérus. Nous savons, en effet, et les faits le démontrent surabondamment, que les tentatives de réinversion réussissent d'autant mieux qu'elles sont pratiquées plus près du moment où l'inversion s'est produite.

A. — *Intervention immédiate ou pratiquée dans les premières heures après la production de l'inversion.*

Tout d'abord, une question importante se pose :

Lorsque le placenta est adhérent à l'utérus inversé, faut-il le décoller avant de tenter la réduction?

La question n'est pas discutée en ce qui regarde le placenta partiellement adhérent. Il n'en est pas de même au sujet du placenta adhérent dans sa totalité. Alors que Nœgele, Velpeau, Gardien, Schrœder, Pinard, Ribemont-Dessaignes et Lepage se prononcent nettement pour le décollement préliminaire à toute tentative de réduction, Denman, Jacquemier, Cazeaux, Lusk Dürhssen et mon ami Varnier se prononcent non moins nettement dans le sens opposé.

Ces derniers auteurs font valoir que la présence du placenta n'augmente pas sensiblement les difficultés de la réduction, qu'elle garantit l'utérus contre les pressions qu'il a à subir, qu'enfin elle prévient l'hémorrhagie au cas où l'inertie utérine persisterait après la réinversion. D'où le conseil de tenter la réduction sans décoller le placenta et de ne faire le décollement qu'après un échec et avant de procéder à une nouvelle tentative.

J'avoue que ces raisons ne me semblent pas très convaincantes. La facilité de réinversion n'est pas toujours aussi grande qu'on veut bien le dire et des échecs s'observent, même alors que le placenta a été préalablement détaché de l'utérus. Si peu important que soit l'obstacle apporté à la réduction par la présence du placenta, cet obstacle n'en existe pas moins et il y a tout avantage à le supprimer, à moins que cette suppression ne doive entraîner de sérieux inconvénients.

Ces inconvénients existent-ils? Les dangers des pressions exercées sur la paroi utérine me paraissent tout au moins hypothétiques et je ne sais pas d'exemples (dans le cas d'intervention immédiate et manuelle) où ces pressions aient déterminé des accidents sérieux. Quant aux hémorrhagies dues à une inertie utérine persistant après la réduction; je ne les trouve indiquées ni dans les observations déjà citées, ni dans celles de Hutchinson, de Worger, de Fowler, de Pickel, de Pinard, de Queirel, etc. On pourra, il est vrai, objecter que de beaux succès ont été obtenus par la réduction sans décollement du placenta, entre les mains de Tarnier, et de Matth. Duncan, pour ne citer que des modernes; mais cela prouve seulement que la réduction est possible dans ces conditions, nullement qu'elle est aussi facile qu'après la délivrance.

On m'accordera bien, en outre, que cette délivrance faite à ciel ouvert est certainement plus facile et probablement, dans beaucoup de cas, plus complète que la délivrance faite après réinversion, et ce n'est pas là un avantage à dédaigner.

Telles sont les raisons qui me font juger préférable le décollement du placenta avant toute tentative de réduction.

Faut-il avoir recours à l'anesthésie générale?

L'anesthésie paraît inutile lorsque la réduction peut être tentée immédiatement après la production de l'inversion. L'utérus est, à ce moment, assez souple et le col

assez peu résistant pour que la réduction s'opère sans grande difficulté, assez rapidement pour que l'élément douleur soit presque négligeable. Mais il n'en est pas de même lorsque l'inversion date déjà de plusieurs heures. Les manœuvres sont alors plus prolongées, partant plus douloureuses et il peut y avoir un sérieux avantage à user de l'anesthésie générale.

Le chloroforme n'est malheureusement pas inoffensif quand on l'administre à des malades déjà profondément déprimés, en état de shok et, ce qui est habituellement le cas dans l'inversion récente, affaiblis par des hémorrhagies abondantes. Aussi l'éthérisation paraît-elle devoir, dans ce cas, être employée de préférence, à moins que, par un extraordinaire bonheur, on puisse comme Eira, opérer après avoir provoqué chez la malade le sommeil hypnotique.

Manuel opératoire. — Les instruments sont dangereux, cela est indéniable : la réduction doit donc être opérée uniquement par des manœuvres manuelles, c'est-à-dire par taxis.

Le taxis a été exécuté de trois façons différentes qui sont :

1° Le taxis central.
2° Le taxis périphérique.
3° Le taxis latéral.

1. Taxis central ou méthode de Viardel.

Ce procédé de taxis est applicable surtout dans les cas où l'intervention suit immédiatement la production de l'inversion.

La malade étant placée dans la position obstétricale, la main gauche appliquée sur l'hypogastre déprime la paroi abdominale et fixe ainsi l'entonnoir d'inversion.

Avec la main droite fermée (Levret) ou, plutôt, avec l'extrémité des doigts rapprochés et disposés en cône (Viardel), l'accoucheur repousse peu à peu le fond de l'utérus à travers le col. La main pénètre, à mesure qu'elle se reforme, dans la cavité utérine et s'assure que le retournement est complet. Elle est maintenue dans l'utérus jusqu'à ce que l'organe soit fortement contracté.

2. Taxis périphérique ou méthode d'Astruc.

« On baissera le tronc de la femme et on élèvera les fesses; après quoi ayant bien graissé la main droite, on l'introduira dans le vagin jusqu'à la grosseur, qu'on repoussera doucement dans la matrice, en commençant par les côtés, comme on a coutume de faire dans les hernies. On conduira ainsi ce corps avec les doigts jusqu'au fond de la matrice où est sa place. » Astruc).

3. Taxis latéral ou méthode de Deleurye.

Employé pour la première fois par Deleurye, en 1787, pour une inversion récente, ce procédé a été mis en usage, dans des cas d'inversion ancienne, par Sims et par Nœggerath, de New-York, sous le nom duquel il est généralement connu dans les pays de langue anglaise. Il est ainsi décrit par Denucé : « Ce mode de taxis est celui dans lequel le globe utérin étant embrassé par la main, les quatre derniers doigts se trouvent appliquée sur la paroi postéro-latérale droite qu'ils maintiennent fixe par une pression suffisante, tandis que le pouce appuyé sur la partie inférieure de la paroi antéro-latérale gauche déprime cette paroi, et par des pressions successives de bas en haut du pouce engagé dans la fossette ainsi produite, fait, grâce à la membrane séreuse ou péritonéale qui double le sac utérin, glisser cette paroi sur la paroi opposée. La paroi sur laquelle agit le pouce remonte en venant faire vers la partie correspondante de l'orifice du sac utérin une saillie qui augmente graduellement sous la pression continue du pouce et ramène ainsi peu à peu l'utérus dans la cavité abdominale. »

De ces trois modes de taxis, qui ont tous des succès à leur actif, en est-il un qui jouisse d'une évidente supériorité et doive être préféré aux autres? En dehors des indications que nous avons signalées, le taxis central reste certainement le plus répandu : il paraît être, comme je l'ai dit, le procédé de choix pour les cas où l'intervention est immédiate ou très rapide. Mais il n'est pas inutile de préciser quelques-unes des conditions nécessaires à sa bonne exécution.

Ces conditions, M. Pinard les a nettement indiquées de la façon suivante :

« En face d'une inversion utérine complète après l'accouchement, il faut successivement :

1° Décoller le placenta et désinfecter la muqueuse utérine;

2° Réduire l'utérus dans le vagin;

3° Retourner l'utérus de bas en haut en introduisant la main dans le vagin et en opérant des pressions à l'aide des doigts dans l'intervalle des contractions. »

Soins consécutifs à la réinversion. — Une injection intra-utérine antiseptique à 50° suivra la réinversion, comme complément à la désinfection de l'utérus et, surtout, comme excitant de la contraction utérine.

Il ne faut pas négliger, non plus, le traitement général. L'anémie aiguë due aux hémorrhagies antérieures, le shock, doivent être combattus par les injections de sérum salé, les injections d'éther et de caféine. Les malades seront surveillées de très près et ne seront abandonnées à elles-mêmes qu'après que leur pouls se sera relevé et régularisé, et que leur état général sera tout à fait satisfaisant.

B. — *Traitement de l'inversion puerpérale pendant la période d'évolution.*

« Si la réduction d'une inversion n'a pas été tentée 34 heures après la délivrance, il est préférable de retarder toute tentative de quelques semaines, jusqu'à l'entier achèvement de l'involution de l'organe. » Cette formule de Lombe Atthil me paraît, pour ma part, un peu trop absolue.

Il est indéniable que le retard apporté à la réinversion de l'utérus augmente singulièment les difficultés de l'intervention, mais les succès obtenus par le taxis sont assez nombreux et assez concluants, pour qu'on soit autorisé à intervenir prudemment.

L'anesthésie générale est, ici, de toute nécessité, les manœuvres ayant habituellement une certaine durée. Quant aux différents procédés de taxis, ils ont, à ce moment, une valeur inégale. Le taxis central n'est plus de mise, étant donné la rétraction du col, et c'est surtout le taxis périphérique et le taxis latéral, ce dernier de préférence, auxquels on doit s'adresser.

Quant aux réducteurs plus ou moins rigides qui ont été employés dans ces cas, ils doivent être écartés sans hésitation.

Le taxis peut être souvent impuissant à produire la réinversion : on peut alors avoir recours dans ces cas à l'action de la pression continue sur l'utérus inversé.

Cette pression continue a été exercée soit à l'aide du pessaire à tige et à bandes élastiques (repositor d'Aveling), soit à l'aide du tamponnement iodoformé, soit en employant le pessaire de Gariel ou le ballon de Champe-

tier de Ribes. Presque tous ces moyens ont des succès et des échecs à leur actif.

J'avoue, cependant, mon peu de penchant pour l'emploi des pessaires à tige dont le meilleur type est certainement le repositor d'Aveling. La pression de ces instruments, difficile à graduer, expose à déterminer un sphacèle du tissu utérin.

Le tamponnement antiseptique, jouant le triple rôle de désinfectant, d'hémostatique et de compresseur ; le pessaire élastique ou le ballon de Champetier, dont l'action compressive est plus énergique, me paraissent devoir obtenir la préférence sur les repositors. Ils ont, en outre, sur ces instruments, l'énorme avantage d'être à la portée de tous et d'être faciles à employer.

Le traitement de l'inversion puerpérale pendant la période d'involution me paraît donc devoir être dirigé de la façon suivante :

1° Tentatives modérées de taxis sous l'anesthésie chloroformique, en employant de préférence le taxis par refoulement latéral ;

2° En cas d'insuccès, tamponnement à la gaze iodoformée ou application d'un pessaire élastique ou du ballon de Champetier.

Si l'emploi de ces moyens est insuffisant, il serait possible, à l'exemple de Schmalfüss et de Brown, de recourir à la laparotomie pour dilater l'anneau d'inversion et réduire ensuite l'utérus. Bien que cette intervention ait donné à ces auteurs deux beaux succès, elle n'offre de chances sérieuses de succès que tout à la fin de la période d'involution.

Je crois que beaucoup d'accoucheurs préféreront avoir recours au traitement palliatif permettant à la malade d'attendre la fin de la période d'involution et de reprendre des forces en la mettant à l'abri des accidents qui la menacent : l'hémorrhagie et l'infection.

Contre l'hémorrhagie on est puissamment aidé par la lactation qui supprime à peu près tout écoulement sanguin au niveau de l'utérus. Donc, autant que possible, on fera allaiter la malade.

Contre l'infection, les abondantes irrigations antiseptiques donneront certainement des résultats et Varnier dit avoir vu, en 1884, Bantock appliquer avec avantage l'irrigation continue dans un cas d'inversion utérine irréductible.

Mais il me semble que, à ces moyens, on ajoutera avec un très grand avantage le tamponnement iodoformé dont l'action, sur laquelle j'ai déjà insisté, me paraît devoir être, dans les cas de ce genre, particulièrement précieuse.

Inversions compliquées. — A côté de ces cas, relativement simples, il est important d'examiner la conduite à tenir lorsque l'inversion se complique de septicémie ou de gangrène. Ici, les tentatives de réinversion deviennent dangereuses. Qu'on réduise un utérus inversé quand il existe une légère élévation de température, s'il n'y a point d'altérations graves de la muqueuse, rien de plus légitime, à la condition que les précautions antiseptiques soient minutieusement prises et la muqueuse désinfectée avec soin.

Mais on ne saurait, sans s'exposer à déterminer une péritonite suraiguë, refouler dans la cavité abdominale un utérus en voie de sphacèle. Il serait également téméraire de procéder à la réduction d'un utérus profondément infecté. Dans ce cas, l'hystérectomie, je dirai même l'hystérectomie vaginale s'impose, car on ne saurait suivre Marx dans sa tentative d'hystérectomie par la voie abdominale.

L'hystérectomie vaginale peut être pratiquée, comme l'a fait le professeur Queirel (2), par incision des culs-de-sac vaginaux et ablation totale de l'utérus après pincement des ligaments larges ; c'est l'hystérectomie vaginale typique.

MM. Pinard et Segond ont procédé suivant un manuel opératoire différent :

Incision de 4 à 5 centimètres sur la paroi antérieure de l'utérus inversé.

A travers cette boutonnière, exploration digitale de la surface externe (devenue la cavité), exploration qui permet à M. Segond de constater deux choses : l'absence d'une anse intestinale herniée et l'impossibilité absolue de nouvelles tentatives de réduction.

Incision circulaire au bistouri, à l'union du col et de l'isthme de l'utérus et surjet du pourtour incisé avec le catgut n° 4. Les annexes droites sont enlevées avec la masse utérine ; celles de gauche séparément.

L'hémostase est rendue très difficile à cause de la grande friabilité du tissu utérin. A gauche surtout du côté correspondant aux annexes enlevées séparément, le sujet est complètement insuffisant et l'hémostase doit être complétée avec 9 pinces (dont 7 de Segond à mors courts, et 2 longues de Kocher).

Cette intervention constitue ce que le professeur Pinard appelle l'hystérectomie extra-vaginale.

Le manuel opératoire suivi par M. Segond contient un détail très important, qui donne à l'opérateur une précieuse sécurité, c'est l'incision de la face antérieure de l'utérus et l'exploration digitale de la cavité.

Quant au choix à faire entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie extra-vaginale, j'avoue n'en pas voir nettement les indications respectives et il ne me semble pas que l'une de ces opérations ait sur l'autre une supériorité marquée.

Traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale. — Sur les utérus inversés depuis quelques mois, il se produit un ensemble de modifications qui aboutit à des lésions d'endométrite glandulaire et de sclérose; au bout de quelques années, les lésions de la muqueuse sont plus prononcées et peuvent aboutir à la dégénérescence hyaline de l'épithélium et même à la nécrose et à la disparition complète des glandes. En même temps se produisent, du côté des convexes et de la circulation artérielle et veineuse du système génital, des troubles d'importance diverse.

On pourrait donc se demander, en face des constatations des anatomo-pathologistes, si après plusieurs années d'inversion, la muqueuse utérine est capable de se régénérer et si l'utérus est encore apte à remplir ses fonctions.

Les faits cliniques sont là, pour répondre à cette question. Dans de très nombreuses observations, nous voyons noté le rétablissement normal et régulier du flux menstruel après réduction d'inversions utérines chroniques, preuve incontestable de la régénération de la muqueuse. Ce qui est plus concluant, des grossesses se sont produites chez des femmes guéries d'inversions déjà très anciennes. Tel est le cas tout spécialement remarquable de la malade guérie par Tyler Smith, qui devint enceinte après avoir eu, pendant onze années, l'utérus en inversion.

De ces observations il faut conclure que, si prolongée qu'ait été l'inversion, l'utérus reste très longtemps capable de récupérer son intégrité fonctionnelle et que, par conséquent, toutes les tentatives faites pour réduire

l'utérus en le conservant sont légitimes, quel que soit l'âge de l'inversion. Elles doivent prendre le pas sur l'hystérectomie, ressource ultime réservée aux cas où la réduction est impossible.

A. — *Taxis.*

Le taxis présente ici les plus grandes difficultés, il n'a réussi que dans un très petit nombre de cas. Par contre il offre, s'il n'est pratiqué avec la plus extrême douceur, de grands dangers, témoin les graves lésions locales et les morts notées après cette intervention. Il doit donc, si quelquefois on peut en tenter l'application, être abandonné dès que la nécessité devient évidente de recourir à la violence avec tous les périls qu'elle comporte.

C'est à l'échec fréquent du taxis qu'est due l'abondante floraison de pessaires variés avec lesquels on a tenté la cure de l'inversion utérine. Le même principe a dirigé l'effort fait en ce sens par les gynécologues. C'est le principe de la pression continue. Mais les applications de ce principe ont naturellement varié et on peut ramener à deux types les instruments qui reposent sur le principe de la pression continue : 1° les pessaires à tige, exerçant sur le fond de l'utérus une pression limitée; 2° les pessaires à air ou à eau, beaucoup plus employés et dont la surface de pression est beaucoup plus étendue.

B. — *Pesssaires à tiges.*

De ces pessaires à tige qui ne sont pas employés en France, mais qui jouissent certainement d'une réelle faveur dans les pays de langue anglaise, le plus répandu et le mieux connu est certainement le pessaire à double courbure ou *repositor* d'Aveling. Il a donné à son auteur trois succès dans des inversions anciennes dont une datant de 28 mois.

Des tentatives ont été faites avec des appareils improvisés qui ne sont, somme toute, que des pessaires à tiges construits extemporanément par les opérateurs et destinés à combiner « la propulsion du fond de l'utérus à la traction élastique prolongée du col. » (Marcy.)

Ces tentatives, malgré quelques succès, ne se sont pas généralisées en raison des accidents (sphacèle du fond de l'utérus, hémorrhagie, etc.), qu'elles ont provoqués.

C. — *Pessaires à air et à eau.*

C'est surtout à l'application du pessaire à air et du pessaire à eau (colpeurynter des allemands) ou, plus simplement encore au tamponnement antiseptique prolongé du vagin que les gynécologues ont eu recours pour la réduction de l'inversion utérine.

C'est la méthode prônée par Lawson Tait; c'est celle qui paraît avoir les préférences de Denucé, et c'est à cette « méthode de douceur » que se rallie Pozzi, tout en lui préférant le tamponnement répété à la gaze iodoformée également préconisé par Hofmeier.

En ce qui concerne l'emploi du pessaire à air ou du colpeurynter, il semble bien que l'éclatant succès de Tyler Smith, ait fait concevoir aux gynécologues des espérances un peu excessives.

Tyler Smith avait obtenu en une semaine, la réduction d'une inversion datant de 11 ans, et en 1883, Denucé réunissait 26 cas où l'emploi du pessaire à air ou du colpeurynter avait été couronné de succès.

Mais les échecs ne manquent point, et ne permettent guère de partager l'inébranlable optimisme de certains partisans de la méthode.

Un autre inconvénient, et non des moindres, c'est la très longue durée du traitement. Dans la plupart des cas heureux, le succès n'a pas été obtenu en moins d'une semaine. Il a fallu 9 jours à Fessenmayer, 24 jours à Puech, 30 jours à Chouvarsky, 46 jours à Czaplicki et, si on réfléchit que la méthode est habituellement très douloureuse. on pensera que cette longue durée de traitement n'est pas indifférente.

Cette méthode, enfin, est loin, comme on s'est plu à le répéter, d'être inoffensive. Les observations publiées contiennent des constatations peu rassurantes. L'hyperthermie est notée fréquemment. C'est pour cette raison que Trélat dut enlever rapidement le pessaire, malgré les précautions antiseptiques qu'il avait prises. Dans le cas de Netzel, le pessaire amène des élévations de température et des douleurs intenses qui obligent à le retirer, et on constate alors une nécrose de la muqueuse vaginale. Salin se résout à une intervention opératoire après avoir constaté que le colpeurynter a produit de la muqueuse utérine. Græve observe une déchirure du vagin. Enfin, West et Lawson Tait ont eu chacun une mort à déplorer après l'emploi du pessaire élastique.

D. — *Tamponnement.*

Le tamponnement vaginal n'est certes point capable de semblables méfaits. Il a certainement donné de beaux résultats à Grassi, à Black, à Baldy, à Charles C. Lee; mais les cas publiés sont fort peu nombreux et il est permis de douter de l'efficacité constante d'un procédé qui, comme le précédent, a le très gros inconvénient de ne produire le résultat désiré qu'au bout d'un temps très long.

E. — *Interventions sanglantes conservatrices.*

Les trop nombreux échecs du taxis forcé et de la compression élastique par le pessaire à air, par le colpeurynter ou par les différents repositors, devaient naturellement amener les chirurgiens à la pratique des interventions sanglantes. Jusqu'en 1890, l'hystérectomie avait été l'unique ressource du gynécologue entre les mains duquel avaient échoué les procédés dits de douceur; mais depuis ce temps, les opérations conservatrices se sont multipliés, nombreuses, surtout en Allemagne, en Italie, en Suède, aux Etats-Unis, assez rares en France où il semble que nous ayons moins souvent à observer des cas d'inversion utérine.

Les interventions que nous allons étudier ont été pratiquées par la voie abdominale ou par la voie vaginale.

Les laparotomistes, en tête desquels se place Gaillard Thomas (1869), ont eu pour but de faciliter la réinversion de l'utérus en allant directement dilater l'anneau d'inversion, le col, considéré par eux comme l'obstacle unique ou tout au moins le plus important, au retournement de l'organe.

Mais cette dilatation ne fut pas toujours facile à obtenir et surtout à maintenir.

Sur les douze observations que nous possédons, la laparotomie a donné 7 succès, 58,33 p. 100 et 2 morts soit 16,66 p. 100. Les difficultés extrêmes de l'intervention, même dans les cas où elle a réussi, n'est point faite pour susciter de nombreux imitateurs aux chirurgiens qui l'ont entreprise et, en France, l'opération de Thomas n'a, jusqu'ici, que peu de défenseurs.

Les interventions par la voie vaginale peuvent se classer en différents groupes.

Certains opérateurs ont, comme les laparotomistes, considéré le col comme le principal obstacle; mais au lieu de l'attaquer par la voie haute, ils l'ont incisé par la voie vaginale.

D'autres, après Matth. Duncan, attribuant, non sans raison, à la rigidité des parois utérines les difficultés de la réinversion, ont, comme Küstner, pratiqué des débridements sur le corps sans toucher au col.

Enfin, un certain nombre de chirurgiens ayant échoué les uns, comme Borelius et Duret, après débridement du corps utérin, les autres, comme il m'est arrivé, après débridement du col, ont eu recours à la section de l'utérus dans toute sa hauteur, col et corps, pratiquant la colpo-hystérotomie que j'appellerai complète par opposition à l'opération de Küstner qui ménage le col.

A. *Incisions du col.* — Robert Barnes a été le premier à pratiquer par le vagin des incisions sur le col. Il a eu recours aux incisions multiples : deux latérales et une postérieure, et a réussi dans deux cas. Même succès entre les mains de Kemp, de Wilson, d'Arbuckle ; Doyen et Barton Cooke Hirst ont également réussi en ne pratiquant sur le col qu'une seule incision : le premier sur la paroi antérieure, le second sur la paroi postérieure.

Dans les sept cas que nous venons de citer, la réduction a été obtenue ; mais il n'est point superflu de faire remarquer que, dans trois de ces cas, il s'agissait manifestement d'inversions incomplètes ; dans trois autres cas d'inversions relativement récentes.

Enfin, la lecture des observations démontre que les incisions faites sur le col n'ont jamais été suffisantes par elles-même pour permettre au taxis d'opérer la réinversion et que le succès n'a été dû qu'à l'extension des incisions et à la déchirure plus ou moins considérable du tissu utérin. C'est le plus grave reproche à faire à cette méthode, que l'impuissance du chirurgien à limiter l'extension fatale de l'incision ou des incisions primitivement faites et ce reproche n'est point sans valeur. Nous ajouterons que l'incision du col a échoué entre les mains de Gaillard Thomas et d'Arnold W. Lea et que j'ai exécuté ma première colpo-hystérotomie antérieure après échec du débridement cervical.

B. *Débridement du corps utérin.* — Le premier, Matth. Duncan a constaté que la rigidité des parois du corps utérin joue dans les difficultés de la réinversion un rôle aussi considérable que la rétraction du col.

Délibérément il a donc incisé longitudinalement le corps utérin, en avant et en arrière, et tenté, ensuite, de réduire, par le taxis, l'utérus inversé. Il réussit dans un cas et échoua complètement dans un autre, par suite des défectuosités de son manuel opératoire, qui fut précisé par Küstner. Ce dernier ayant échoué dans la réduction par le taxis tentée après colpotomie postérieure, se décida à fendre toute l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus sur une longueur de quelques centimètres, l'incision s'arrêtant à 2 centimètres du fond de l'organe et et à 2 centimètres de l'orifice externe du col. L'utérus fut ensuite réinversé à travers le col resté intact, puis suturé à travers la brèche créée par la colpotomie postérieure, et enfin le cul-de-sac fut fermé.

Ce manuel opératoire, exécuté par Netzel, par Jordan, par Perlis, leur a donné des succès que Perlis a célébrés en termes enthousiastes. Mais d'autres opérateurs ont éprouvé des insuccès et n'ont pas pu parvenir à réinverser l'utérus après avoir opéré le débridement de Küstner.

La méthode de Küstner compte en résumé quatre échecs, résultat peu satisfaisant qui tient à ce que Küstner a méconnu la cause réelle des difficultés que rencontrent les tentatives de réinversion.

Attribuer la résistance au col, l'attribuer uniquement au corps, débrider l'un ou l'autre pour faciliter le taxis, c'est faire fatalement œuvre incomplète.

En réalité, toute la paroi utérine est rigide, tout l'infundibulum d'inversion est rétracté et résistant, et c'est sur toute la hauteur que doit porter l'incision qui permettra alors d'étaler l'utérus et de le replier ensuite sur lui-même, par un mécanisme tout différent du taxis.

C. *Colpo-hystérotomie.* — C'est en envisageant ainsi la question que Piccoli est arrivé à concevoir l'idée d'une opération plus complète, très supérieure à celle de Küstner, et qui mérite bien la qualification de méthode nouvelle que lui a trop facilement déniée Spinelli.

Cette méthode, c'est la colpo-hystérotomie complète dont Piccoli a formulé de la façon suivante le manuel opératoire.

1° Faire l'asepsie du canal génital, abaisser l'utérus avec un lien élastique et, éventuellement, curetter la la muqueuse utérine.

2° Large ouverture de l'espace de Douglas par une incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin.

3° Nouvelle tentative de réinversion, et, si elle ne suffit pas, incision sur la ligne médiane de toute l'épaisseur de la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus jusqu'au fond, s'il est nécessaire, et réinversion de l'organe.

4° Suture de l'ouverture péritonéale faite à l'utérus avec des points séparés.

5° Reposition de l'utérus et fermeture de l'espace de Douglas avec points de suture.

6° Réserver l'hystérectomie pour le cas d'hémorrhagie incoercible de la surface de section.

La méthode de Piccoli diffère essentiellement de ce qui avait été fait jusqu'alors, en ce sens que le débridement total de l'utérus, corps et col, permet de substituer au taxis l'étalement de l'utérus et son repliement, manœuvre d'un effet plus sûr et d'une exécution plus facile.

Parmi les modifications apportées par différents auteurs au Manuel opératoire primitivement fixé par Piccoli, une seule présente un réel intérêt, c'est celle qui, exécutée par Enrico Sava, et ensuite par Duret, consiste à brancher, sur l'incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur, une incision verticale. La brèche vaginale acquiert ainsi une étendue plus grande, et ses bords une mobilité très favorable au replacement de l'utérus.

Par l'hystérotomie antérieure, après incision large du cul-de-sac vaginal, Spinelli a pu réduire une inversion datant de deux ans. J'ai, au cours de l'année 1900, ignorant, alors, l'observation de Spinelli, pratiqué deux fois avec succès la colpo-hystérotomie antérieure dans des cas dont l'un remontait à 5 mois et l'autre à 17 mois.

1° *Incision semi-circulaire du cul-de-sac antérieur.* — J'ai employé le manuel opératoire suivant, peu différent, d'ailleurs, de celui de Spinelli :

Cette incision doit être très large, de façon à ne pas gêner la réintégration de l'utérus dans la cavité abdominale.

2° *Exploration digitale de l'infundibulum d'inversion.*

3° *Incision de l'utérus.* — Des ciseaux sont glissés sur le doigt conducteur et incisent longitudinalement et sur la ligne médiane la paroi antérieure de l'utérus dans toute sa longueur, depuis l'orifice externe jusqu'au fond.

4° *Réduction de l'inversion.* — Les pouces sont appliqués sur la paroi postérieure de l'utérus ; les index saisissent les lèvres de l'incision utérine et les attirent en dehors. Le résultat de cette manœuvre est d'étaler l'utérus. En continuant ce mouvement, on arrive naturelle-

ment à le replier de façon que le retournement soit complet. Le fond de l'utérus est alors dirigé en bas et en avant, le col se trouvant en haut et en arrière.

5° *Suture du corps utérin.* — La plaie utérine est réunie du fond jusqu'à l'isthme par une suture entrecoupée au catgut, dont les points sont espacés d'environ 1 centimètre et comprennent toute la paroi utérine, sauf la muqueuse. Dans l'intervalle de ces premiers points, d'autres sutures sont placées, embrassant la séreuse et et les couches les plus superficielles de la musculeuse, de façon à affronter exactement les bords du péritoine.

6° *Réintégration de l'utérus.* — Le fond de l'utérus est alors repoussé en haut et en arrière, de façon à s'engager dans la plaie vaginale. Des pressions modérées lui font franchir l'ouverture du cul-de-sac antérieur.

7° *Sutures du col.* — Le col est suturé au catgut, les bords de l'incision étant affrontés avec soin. Trois ou quatre points, comprenant toute l'épaisseur de la paroi cervicale, suffisent pour réaliser un affrontement parfait.

8° *Drainage du cul-de-sac antérieur.* — Une petite mèche de gaze iodoformée est introduite dans le cul-de-sac vésico-utérin, dont l'ouverture a été préalablement rétrécie par deux ou trois point de suture et le vagin est tamponné modérément avec de la gaze antiseptique.

La mèche drainante et le pansement peuvent être enlevés trois jours après l'opération. Le tamponnement vaginal est alors seul renouvelé.

Au total, la méthode de Piccoli, dont la colpo-hystérotomie antérieure est une variante que je crois heureuse, a été appliquée à ma connaissance dans 13 cas. Elle a donné un seul insuccès (Josephson) dans un cas datant de 17 ans. La proportion des succès est donc de 92,30 p. 100, certainement très supérieure aux résultats donnés par les autres méthodes. Et, fait des plus importants, il n'y a pas une mort à déplorer.

C'est donc la colpo-hystérotomie complète qui constitue, à mon avis, la méthode de choix, autant par les résultats obtenus que par la facilité d'exécution.

Hystérectomie. — Si remarquables que soient les résultats obtenus par la colpo-hystérotomie, il restera vraisemblablement un certain nombre de cas dans lesquels la réduction de l'inversion sera impossible même avec l'aide de cette puissante méthode. L'hystérectomie constituera alors la dernière ressource pour tirer les malades de leur douloureuse et misérable existence.

Legueu ouvre les culs-de-sac péritonéaux après incision du vagin. Deux pinces sont appliquées de chaque côté sur les ligaments larges et l'utérus est détaché. Dans l'utérus se trouvaient les trompes et les ovaires.

Duret incise les culs-de-sac vaginaux, ouvre le cul-de-sac vésico-utérin et l'espace de Douglas, et lie les artères utérines. Il sectionne ensuite la face antérieure, puis la face postérieure de l'utérus qu'il divise ainsi en deux moitiés, procède à la ligature de chacun des ligaments larges et des utéro-ovariennes et enlève ensuite successivement chaque moitié de l'utérus avec les annexes du même côté.

Bien que le manuel opératoire de Legueu soit plus rapide et plus expéditif que celui de Duret, ce qui n'est pas une qualité à dédaigner, je crois que le procédé de Duret sera plus souvent employé. D'abord, il permet de se rendre un compte beaucoup plus exact de chacune des étapes de l'opération, ensuite, il est probable que l'hystérectomie ne sera plus faite qu'après des tentatives de réinversion par colpo-hystérotomie et, dans ce cas, l'hémisection de l'utérus sera amorcée, par conséquent tout indiquée.

Mes conclusions, quant au traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale, seront donc :

Tenter d'abord, sous chloroforme, la réinversion par un taxis prudent et modéré. Avoir recours, en cas d'échec, aux méthodes dites de douceur, pessaire à air, colpeurynter, tamponnement vaginal, mais sans les prolonger outre mesure. Si ces méthodes échouent, s'attaquer à l'inversion par la colpo-hystérotomie antérieure. Ne pratiquer l'hystérectomie qu'après échec de la colpo-hystérotomie.

L'hystérectomie vaginale est indiquée d'emblée dans les cas d'infection ou de sphacèle. Elle doit être pratiquée également dans le cas d'inversion récidivante ou l'hystéropexie n'aurait pas donné de résultats.

Traitement de l'inversion polypeuse. — Le premier acte nécessaire du traitement est l'ablation du polype. Certes, cette ablation peut parfois offrir des difficultés lorsque la limite entre le polype et l'utérus est insuffisamment nette, et les cas ne sont pas rares dans lesquels, voulant enlever seulement le fibrome, les opérateurs ont, en même temps, enlevé une partie de l'utérus.

Dans ces cas difficiles, Schröder a conseillé de fendre la muqueuse vers l'endroit où elle passe de la tumeur sur le corps utérin inversé et d'énucléer ensuite la tumeur.

Le volume de la tumeur, la pédiculisation plus ou moins complète feront varier les procédés d'ablation : section simple du pédicule, morcellement, énucléation.

Il n'y a là rien de particulier à signaler, que la nécessité d'opérer très prudemment de façon à ne pas sectionner la paroi utérine.

Après l'ablation du polype, on voit, dans un certain nombre de cas, la réduction s'effectuer spontanément. Dans d'autres cas, au contraire, l'utérus reste inversé.

La thérapeutique doit s'inspirer alors des mêmes considérations qui guident l'opérateur dans les cas d'inversion d'origine puerpérale.

Le taxis sera donc pratiqué avec douceur, en prenant la précaution indiquée par le professeur Pinard pour la réduction de l'inversion puerpérale récente et sur laquelle M. Segond a insisté, de rentrer l'utérus dans le vagin avant de faire les tentatives de taxis.

Au cas où le taxis ne réussirait pas, on pourrait, à l'exemple de Krassowki tenter la réduction à l'aide de la pression élastique continue qui a donné également un succès à Wats.

Dans l'inversion polypeuse, on pourrait également avoir recours, au moment même de l'ablation du polype, à la colpo-hystérotomie, ce qui aurait l'avantage de se débarrasser de la tumeur et de l'inversion en une seule séance.

Mais il est incontestable que, dans l'inversion polypeuse, la conservation de l'utérus s'impose généralement moins que dans l'inversion puerpérale.

C'est que l'inversion polypeuse se produit très souvent dans l'âge mûr, alors que les femmes approchent du terme de l'existence génitale active, et la conservation de l'utérus est alors d'un intérêt secondaire. Dans l'inversion puerpérale, au contraire, la femme est habituellement en pleine activité génitale et tout doit être tenté pour conserver l'utérus.

C'est donc, dans ce cas, à l'hystérectomie vaginale typique que j'aurais recours le plus volontiers et cette hystérectomie sera le complément absolument indiqué de l'ablation du polype, chaque fois qu'il existera du sphacèle ou de l'infection.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quand et comment sonder les prostatiques?

D'après M. Alfred Pousson.

Le cathétérisme évacuateur chez les prostatiques a des indications et des contre-indications tirées de la période à laquelle le chirurgien est appelé à intervenir. Or, la succession des symptômes engendrés par l'hypertrophie de la prostate peut être rapportée à deux périodes : une période prémonitoire et une période de la maladie confirmée. Dans la première les troubles morbides étant d'ordre purement dynamique, ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on est appelé à les combattre par la sonde; dans la seconde, ces troubles étant à la fois d'ordre dynamique et mécanique, il faut le plus souvent demander à cet instrument le soulagement des malades.

Bien que tourmentés par des envies fréquentes d'uriner, surtout dans la seconde moitié de la nuit, bien que n'émettant leurs urines qu'avec peine, à jet retardé et sans forces, principalement le matin au réveil, ou dans la journée à la suite d'une longue station assise, les prostatiques à la première période évacuent complètement leur vessie. La question du cathétérisme chez eux doit donc être résolue par la négative. L'introduction de la sonde, qui chez tous serait sans utilité, pourrait devenir nuisible chez certains. L'appareil urinaire de ces malades s'infecte avec facilité en raison de ses tendances congestives, et si minutieuses que soient les précautions antiseptiques, les chances d'infection sont toujours imminentes chez eux lorsqu'on les soumet au cathétérisme répété. Ainsi donc, il faut s'abstenir de tout sondage évacuateur chez les prostatiques qui expulsent en totalité leur urine claire, limpide et bactériologiquement aseptique. Que si, par contre, cette urine devient trouble, leucocytique et bactérienne, il faut y recourir, à la vérité non plus dans le but de mettre à sec la vessie, mais de combattre par des injections antiseptiques l'état des urines et l'infection de la muqueuse vésicale qu'elles traduisent.

Il est une autre circonstance qui, dans la première période du prostatisme, indique formellement le cathétérisme, c'est la rétention aiguë. Lorsqu'à la suite d'un coup de froid, d'un excès de table, de rapports sexuels inconsidérés, la prostate, subitement congestionnée, efface le calibre de l'urèthre et rend inutiles les efforts que la vessie fait pour l'entr'ouvrir, l'évacuation artificielle de l'urine est le plus sûr moyen, non seulement de mettre un terme aux horribles souffrances de la distension vésicale, mais encore de permettre à la vessie de reprendre dans la suite ses fonctions en prévenant la forçure de son muscle.

La seconde période évolutive de l'hypertrophie de la prostate se trouvant constituée du jour où la contraction du muscle vésical est mise en échec par l'obstacle prostatique ; la rétention chronique incomplète sans distension ou avec distension est le principal symptôme qui la caractérise.

Il n'est pas rare que, dans le cours de cette période, aux causes mécaniques qui s'opposent partiellement à l'émission de l'urine, se joignent des causes dynamiqnes, qui congestionnant tout à coup la prostate, suppriment complètement son issue. La rétention complète, aiguë, est un épisode fréquent dans la seconde période du prostatisme. Pour les malades négligents et aussi pour les médecins inattentifs, c'est souvent par cet épisode que se révèle l'affection. De même que dans la rétention aiguë de la période prodromique, le cathétérisme est ici formellement indiqué. Prévenu par les phénomènes locaux et généraux qu'engendre la rétention incomplète sans distension ou avec distension (fréquence diurne et nocturne des mictions, difficulté croissante à rendre les urines, diminution progressive de la quantité émise, perception du globe vésical à l'hypogastre, inappétence, sécheresse de la bouche, soif vive, digestion pénible, constipation) le médecin n'attendra pas que les malades n'urinent plus pour les sonder. L'évacuation artificielle de l'urine, en mettant un terme aux accidents énumérés, leur rendra pour le moment la tranquillité et la santé; elle aura en outre des effets éloignés non moins précieux, car elle contribuera à enrayer les altérations du bas-fond au contact de l'urine résiduale qui menace par sa stagnation les uretères et le rein.

De ce qui précède, on pourrait croire que le cathétérisme est indiqué dans tous les cas de rétention avec distension et qu'il s'impose avec une urgence d'autant plus grande que la vessie retient plus d'urine. Il n'en est rien et le contraire est la vérité clinique. Il faut se garder de sonder, sans les avoir préalablement étudiés de près, les prostatiques, qui se présentent à vous avec une vessie remontant à l'ombilic, et qui se plaignent de besoins d'uriner extrêmement rapprochés, voire même de mictions involontaires, de pissement par regorgement. Pour quelques-uns que l'on aurait la chance de sauver en les débarrassant de leur infirmité, on risquerait d'en perdre un grand nombre. En effet, chez ces vieux rétentionnaires, ce n'est pas seulement la vessie qui est distendue, mais encore les uretères et les reins. Quelque précaire que soit le fonctionnement de ces derniers, ils suffisent à la dépuration du sang, mais que brusquement, à la suite de la diminution de la tension intra-rénale, leurs conditions circulatoires viennent à être modifiées, on les voit se congestionner, s'enflammer même et faiblir à leur tâche. Dès lors, si le malade échappe à l'infection à laquelle son appareil urinaire est si bien préparé, il aura bien peu de chances de survivre à l'intoxication.

Le professeur Guyon nous a donné la formule du traitement de ces cas particulièrement embarrassants. Chez les prostatiques dont la vessie fortement distendue constitue avec les troubles de la miction la seule expression symptomatique de la maladie et dont la santé n'est pas altérée, le cathétérisme évacuateur peut être pratiqué immédiatement sans danger. Par contre, chez ceux qui ont pâli, maigri et perdu leurs forces, qui n'ayant plus d'appétit sont tourmentés par des troubles dyspeptiques gastro-intestinaux, l'évacuation de la vessie doit être différée, et chez certains même à jamais interdite. Avant de s'occuper de leur rétention d'urine, il faut, par le régime lacté mitigé, par une médication tonique et réparatrice, dissiper les atteintes initiales de l'empoisonnement urineux et restaurer les forces vitales. Que si sous cette influence la santé s'améliore et que les fonctions digestives en particulier se rétablissent, on pourra intervenir par les sondages avec grandes chances de succès. Dans le cas contraire, mieux vaudra s'abstenir que de s'exposer à rompre l'équilibre de la santé de malades qui, abandonnés à eux-mêmes, peuvent encore vivre un certain temps.

Après vous avoir indiqué quand il faut sonder les prostatiques, il faut voir maintenant comment il faut procéder à cette petite opération.

Avant de l'entreprendre, on doit tout d'abord se rendre compte de l'état du canal en l'explorant du méat à la vessie à l'aide de la tige à boule olivaire. On s'assurera ainsi que l'obstacle à l'émission de l'urine ne reconnait pas d'autres causes que les modifications subies par le canal dans sa traversée prostatique et avec un peu d'habitude on acquiert en outre des notions précises sur la longueur, la déviation, le calibre de l'urèthre à ce niveau et la résistance de ses parois. Ce sont là des renseignements de grande valeur qui vous guideront dans le choix des instruments dont vous devrez vous servir.

Passons en revue les différents cas qui peuvent se présenter.

Si votre explorateur à boule n° 18 ou 20, après avoir franchi le cul-de-sac du bulbe et la portion membraneuse, parcourt sans difficulté l'urèthre postérieur et se dégage aisément dans la vessie, on aura recours avec grande chance de réussite à la sonde molle en caoutchouc, dite de Nélaton. Grâce à son extrême flexibilité qui lui permet d'épouser toutes les inflexions du canal, elle passera même dans les cas où celui-ci est dévié. Il faut néanmoins pour cela que ses parois souples se laissent écarter. Il en est presque toujours ainsi dans les cas de rétention chronique, mais dans les cas de rétention aiguë, les parois uréthrales gorgées de sang et rigides, s'opposent souvent à la progression de la sonde en caoutchouc. C'est alors qu'on trouve une ressource précieuse dans l'emploi des sondes anglaises à tissu de soie, dont la souplesse, sans égaler celle des sondes en caoutchouc, est bien plus grande que celle des sondes courantes en gomme.

Lorsque aucune des deux espèces de sonde précitées n'a pu pénétrer, ou lorsque l'explorateur à boule a montré une grande

1. *La Touraine médicale*, 15 août 1901.

résistance des lobes prostatiques à se laisser écarter, on doit s'armer de sondes en gomme.

Laissant de côté les sondes coniques et olivaires qui, en raison de leur extrémité aiguë, pourraient pénétrer dans le tissu de la glande et créer de fausses routes, on choisira les sondes cylindriques, dont le bout mousse et arrondi glissera sur la muqueuse uréthérale. Il faut les choisir assez volumineuses, car le canal n'est jamais rétréci dans l'hypertrophie de la prostate, ses parois sont seulement plus ou moins fortement accolées l'une à l'autre. Tandis qu'on peut comparer l'urèthre dans ses rétrécissements à une porte en partie murée, on peut assimiler le conduit dans l'hypertrophie de la prostate à une porte dont les vantaux auraient été gonflés par l'humidité.

Chez certains malades, dont le canal est peu déformé par l'hypertrophie, les sondes cylindriques en gomme rectilignes se dégageront sans difficulté dans la vessie. C'est à elles qu'on doit donner la préférence toutes les fois que l'explorateur à boule ne révèle pas une courbure prononcée de l'urèthre prostatique. Mais, outre que l'existence de cette courbure n'est pas facile à apprécier pour ceux qui ne sont pas rompus aux manœuvres intra-uréthrales, sa grande fréquence doit vous faire délaisser dans l'immense majorité des cas les sondes rectilignes pour les sondes coudées et bicoudées ou à béquilles. Alors même que le canal prostatique n'est nullement déformé, leur introduction est plus facile que celle des sondes droites, car tandis que leur bec relevé est conduit par la paroi supérieure lisse et régulière, leur talon glisse sur la paroi inférieure sans risque de s'embarrasser dans le cul-de-sac du bulbe toujours si développé chez les vieillards. On a aussi tout avantage à prendre d'emblée, dans tous les cas, des sondes coudées qui, après avoir franchi sans coup férir le cul-de-sac du bulbe, passeront également sans peine par dessus tous les obstacles accumulés sur la paroi inférieure de l'urèthre postérieur, à condition que l'on maintienne la concavité de la coudure au contact de la paroi supérieure et que l'on pousse l'instrument d'un mouvement lent et continu de la main droite, tandis que la gauche tend fortement la verge.

Bien qu'à l'aide des sondes coudées et bicoudées on arrive le plus souvent à pénétrer dans la vessie, on peut cependant échouer dans les cas où le canal présente du fait du développement du lobe médian une longueur considérable et une incurvation très prononcée. Dans ce canal qui revêt la forme d'un crochet, la paroi inférieure arrête le bec de la sonde avant qu'elle ait franchi le col et s'oppose à sa progression. Pour que celle-ci soit assurée il faut que le bec de l'instrument continue à se relever tout en avançant. C'est ce que réalise de la façon la plus heureuse la manœuvre du mandrin imaginée par le professeur Guyon. Le mandrin qu'il emploie à cet effet est une tige métallique rigide coudée à angle obtus à l'une de ses extrémités et munie à l'autre d'une pièce conique pourvue de deux ailerons à sa base. Cette pièce conique perforée suivant son axe joue sur la tige du mandrin, qui la traverse, et peut y être fixée à volonté à l'aide d'une vis de pression. Pour s'en servir on engage à la suite du mandrin introduit dans la sonde l'extrémité de la pièce mobile dans son pavillon, de manière à ce que la sonde, faisant corps avec le mandrin, ce dernier ne risque pas de sortir par un de ses yeux et de blesser l'urèthre. On peut avec ce mandrin coudé transformer instantanément une sonde droite en sonde coudée et une sonde coudée en sonde bicoudée; on peut aussi donner à la portion coudée la longueur que l'on veut, enfin, et c'est là l'avantage le plus précieux du mandrin, on peut, en le retirant, mobiliser la coudure et la bicoudure de la sonde et imprimer à son bec le mouvement d'élévation, qui seul peut assurer son dégagement dans la vessie.

Pour accomplir la manœuvre du mandrin, on conduit d'abord le bec de la sonde jusqu'au delà de la portion membraneuse, à l'entrée par conséquent de la région prostatique, mais pas plus loin. Il va sans dire que l'on a soin de tourner la concavité de la coudure vers la paroi supérieure de l'urèthre, les ailerons de la pièce mobile vous servant à cet égard de repère. A ce moment on saisit entre le pouce d'une part, l'index et le médius d'autre part de la main gauche, le pavillon de la sonde, tandis que la main droite s'empare du mandrin au niveau de la pièce conique. D'un mouvement simultané mais inverse des deux mains, on repousse alors vers la vessie la sonde tenue dans la main gauche et retire le mandrin saisi de la main droite. On est averti de la réussite de la manœuvre par la liberté qu'éprouve la sonde à progresser. Si on rencontre quelque résistance, il ne faut pas insister; on retire sonde et mandrin et on recommence, après avoir modifié la coudure et sa longueur par un léger déplacement de la pièce mobile. Si cette manœuvre plusieurs fois renouvelée échoue, l'introduction de l'index dans le rectum, appuyant sur le talon de la sonde près du bec de la prostate et lui fournissant un point d'appui au moment où l'on pousse vers la vessie, contribuera le plus souvent à la faire réussir. Mais dans ce cas, comme la main droite est immobilisée par le doigt introduit dans le rectum, il faut faire employer le concours d'un aide.

Placé en face du chirurgien, du côté gauche du malade, il a pour mission de tendre fortement sur la verge avec la main droite en même temps qu'il retire le mandrin de la main gauche, tandis que lui-même repousse la sonde de la main droite. C'est le cathétérisme à quatre mains.

Lorsqu'on est parvenu à introduire la sonde dans la vessie, la tâche ne sera pas finie, car il faut évacuer l'urine suivant certaines règles. Si l'on a affaire à un prostatique à la première période, atteint de rétention aiguë et datant seulement de quelques heures, il n'y a aucun inconvénient à vider complètement et en une seule fois la vessie. Il faut veiller seulement à ce que l'écoulement de l'urine se fasse lentement, graduellement; à cet effet vous aurez eu le soin de ne pas choisir une sonde de trop large calibre, le n° 18 est bien suffisant, et vous vous garderez de presser sur le globe vésical pour activer l'évacuation. En présence d'un malade, à la seconde ou à la troisième période, atteint de rétention aiguë greffée sur une rétention chronique incomplète avec distension, ou de rétention complète avec pissement par regorgement, il faut évacuer la vessie en plusieurs séances, de manière à éviter, par sa déplétion brusque et rapide, l'afflux du sang dans ses parois, et la production d'une hémorrhagie *ex vacuo*. Autre précaution non moins importante : afin de conserver l'asepticité du milieu vésical et de remédier à son infection, si elle se présente, il faut faire suivre chaque évacuation partielle, de l'injection d'une seringue d'eau boriquée à 4 p. 100 dans le premier cas, de nitrate d'argent à 1/500 dans le second. Répétant le cathétérisme évacuateur toutes les 4 ou 6 heures, il faut 24 à 48 heures pour mettre à sec une vessie remontant jusqu'à l'ombilic, c'est-à-dire contenant 1 000 à 1 200 grammes de liquide. Que si l'introduction de la sonde a été difficile, on aura eu le soin de la laisser à demeure en l'obturant avec un fosset, mais alors il faut redoubler de soin et de propreté, pour que l'irritation que son séjour dans le canal détermine ne devienne pas le point de départ d'accidents infectieux.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Pégot (J. Gaston). *Les surdités de la furonculose et de la grossesse et leur traitement. Existence d'un centre psychique d'auto-audition.* N° 563. (Impr. des sourds-muets.)

M. Duboz. *Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique.* (C. Naud.)

M. Baudin (Henri). *Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale.* (L. Boyer.)

M. Dramard (Raymond). *De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.* N° 560. (L. Boyer.)

M. Broutelle (Honoré). *Contribution à l'étude des pseudo-infections et infections puerpérales d'origine intestinale.* N° 333. (L. Boyer.)

M. Bretonville (P.). *Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales.* N° 332. (Vigot.)

M. Dauzats (Edouard). *Recherches sur la contagiosité de la pelade.* N° 395. (Steinheil.)

M. Batard (Charles). *Contribution à l'étude des troubles oculaires dus aux parasites intestinaux*. N° 571. (L. Boyer.)

M. Pelthier (J.). *Contribution à l'étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse*. N° 442. (Michelin.)

M. Ratier (Octave). *Contribution à l'étude du pronostic, des complications et du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants*. N° 618. (Boyer.)

M. Bourier (Pierre). *Considérations sur la sécrétion lactée chez la femme (augmentation, retour, établissement tardif)*. N° 486. (Imp. Levé.)

D'après M. Pégot, la furonculose du conduit auditif externe peut intoxiquer assez gravement l'oreille moyenne, peut-être l'oreille interne, pour produire la surdité.

L'auteur décrit en outre une surdité de la grossesse, créée soit directement par les toxines gravidiques elles-mêmes, soit indirectement parce que, affaiblissant l'organisme, elles engendrent un défaut de résistance aux affections causales.

Cette surdité peut se produire dès le début, dans le cours ou à la fin de la grossesse, après l'accouchement ou pendant l'allaitement. Tout cela tient à ce que les sécrétions de l'embryon, agissant comme parasites, ne sont pas détruites par la mère pour une raison quelconque. Les toxines gravidiques, se portant sur l'oreille moyenne ou interne, déterminent une vaso-dilatation locale d'où résultent la congestion et la sclérose. La grossesse peut aggraver les surdités préexistantes et par cela même est susceptible d'en créer. Il faut traiter immédiatement ces surdités à quelque moment qu'elles apparaissent, faire de la prophylaxie, car une maladie non infectieuse ne débute jamais brusquement. Sa gravité dépend du terrain sur lequel elle évolue.

La grossesse peut provoquer des intoxications centrales temporaires sur l'oreille, produire par exemple une surdité verbale pour sa propre parole, probablement par lésion momentanée d'un centre psychique d'auto-audition semblable au centre dont la lésion détermine la surdité verbale. Plusieurs faits militent en faveur de son existence.

Pour M. Duboz, l'albuminurie gravidique est très fréquente, surtout chez les primipares.

Ses causes sont diversement interprétées. Pour les uns elles sont d'ordre purement mécanique; pour d'autres elles sont physiologiques, d'autres considèrent l'abuminurie comme le résultat d'une auto-intoxication.

Le diagnostic doit en être fait dès le début de façon à pouvoir éviter les complications : hémorrhagies et eclampsie pour la mère; avortement et accouchement prématuré pour l'enfant.

Le régime lacté absolu ou mixte est la base du traitement.

Toute femme albuminurique dont l'état général est satisfaisant peut et doit allaiter son enfant.

D'après M. Baudin, dans l'infection puerpérale l'hystérectomie est indiquée dans deux cas.

a) S'il y a adhérences du placenta et friabilité de l'utérus empêchant l'involution de se faire;

b) Si l'état général ne s'améliore pas sensiblement par le sérum et la réfrigération.

La voie à suivre pour l'hystérectomie est la voie abdominale.

Au cas de lésions péri-utérines la laparotomie permettra de se rendre compte des lésions et d'agir en conséquence.

M. Dramard ne se montre pas partisan de l'hystérectomie, car il n'existe pas de signe ou de complexus symptomatique qui permette d'affirmer qu'une malade atteinte d'infection puerpérale est « dans un état désespéré ».

Dans la majorité des cas l'utérus, foyer initial de l'infection, ne joue plus qu'un rôle secondaire lorsqu'il a été curetté et désinfecté soigneusement.

Les partisans de l'hytérectomie avancent que leurs cas de guérison portent sur des malades qui seraient inévitablement mortes sans l'opération; or, l'auteur montre dans son travail que certaines malades paraissant *in extremis* et ayant tous les signes classiques du pronostic le plus fatal, peuvent guérir sans hystérectomie abdominale ou vaginale.

En somme, en dehors des indications fournies par des lésions annéxielles ou péri-utérines, on doit être, après l'accouchement, très sobre d'interventions radicales s'adressant à l'utérus.

Localement on devra user largement du curettage à l'instrument mousse et des lavages topiques intra-utérins aidés de la colpotomie postérieure, s'il y a lieu, et on s'adressera surtout au traitement de l'infection générale, par les injections de sérum, de caféine, d'huile camphrée, par le sulfate de quinine, les lotions froides, l'enveloppement froid, etc...

Pendant le cours de la gravidité, il existe entre l'intestin et l'utérus des rapports anatomiques et physiologiques qui permettent à ces deux organes voisins de s'influencer mutuellement. Aussi M. Broutelle croit-il que, pendant les suites de couches, le tube digestif pourra devenir le point de départ d'infections pseudo-puerpérales et puerpérales.

L'agent de ces infections est le colibacille, dont la virulence pourra être exaltée à l'occasion de la stagnation des matières fécales, conséquence de la constipation habituelle des femmes enceintes et accouchées.

Suivant que le colibacille restera cantonné dans l'intestin, ou envahira l'utérus, on aura deux types cliniques différents : le 1er est une pseudo-infection puerpérale; le 2e est une infection puerpérale au sens exact du terme.

Au point de vue thérapeutique, il importe de surveiller l'intestin des femmes enceintes, principalement pendant les derniers temps de la grossesse; on combattra énergiquement la constipation et la diarrhée. L'infection est-elle déclarée? le traitement consistera surtout en une soigneuse désinfection du tube digestif, par l'entéroclyse. Si l'infection s'est propagée à l'utérus, elle sera traitée comme toute autre infection puerpérale.

Par psychopathie puerpérale, M. Bretonville entend tout état morbide à prédominance cérébrale, léger ou grave, naissant à l'occasion de la puerpéralité, c'est-à-dire, en prenant ce dernier terme dans son sens le plus large, celui qui apparaît pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches ou la lactation.

La fréquence de cette complication est relativement élevée puisqu'elle représente environ un dixième des cas de psychoses observées dans les asiles.

Les causes actuellement connues et susceptibles de donner naissance aux psychopathies puerpérales, sont multiples et variées, mais deux causes surtout priment toutes les autres; ce sont l'éclampsie et l'infection puerpérale, dominées l'une et l'autre par l'hérédité.

Le pronostic des psychopathies puerpérales, prises en bloc, est sombre puisqu'une bonne moitié des femmes qui en sont atteintes restent incurables ou meurent

Plusieurs facteurs influent sur le pronostic.

a) La forme mentale : la manie donne un pourcentage de de guérisons supérieur au pourcentage donné par la mélancolie;

b) Le moment d'apparition : le maximum de guérisons s'observe pendant la lactation et le minimum pendant la première moitié de la grossesse, la seconde moitié donnant davantage de guérisons;

c) Les accès antérieurs : à chaque récidive de psychopathie avant déjà guéri, le pronostic s'améliore;

d) Les causes : dans les psychopathies liées à l'éclampsie ou à l'infection, le pronostic est encore aggravé autant et plus du fait de l'atteinte portée à l'état général par ces états morbides concomitants que du fait de la psychopathie elle-même.

Le traitement repose tout entier sur l'isolement des malades, réserve faite des femmes infectées.

Aux psychopathies liées à l'éclampsie et à l'infection puerpérale, on ajoutera le traitement prophylactique et curatif de ces affections.

Enfin, il sera parfois prudent de déconseiller l'allaitement et, si la psychopathie apparaît pendant la lactation, de séparer la mère de son enfant.

M. Dauzats consacre une étude très intéressante et bien documentée à la question de la contagiosité de la pelade. Il en conclut que, dans l'immense majorité des cas de pelade, la contagiosité est impossible à prouver. Cette contagiosité paraît être

extrêmement rare, ainsi que le soutiennent actuellement plusieurs savants dermatologistes.

Il existe des faits négatifs tout à fait précis et probants en faveur de la non-contagiosité de la pelade.

La réalité des épidémies de pelade paraît devoir être considérée comme une erreur accréditée par des observations anciennes, sur la valeur démonstrative desquelles il faut faire les plus expresses réserves, et ces réserves sont commandées non seulement par la critique attentive des relations de ces épidémies, mais encore par la notion actuelle exacte des fausses pelades (alopécies post-inflammatoires et cicatricielles, alopécies artificielles par épilation, etc.). Si la pelade jouit parfois d'un pouvoir contagieux, il est toujours très faible et incapable de créer des épidémies.

Dans beaucoup de cas et les plus graves, la pelade, sans être précisément une maladie générale, s'accompagne d'un état général, traduit en partie par l'urologie, et excluant l'idée d'une maladie locale simple. De plus, la pelade est quelquefois héréditaire d'une façon manifeste.

Tous ces arguments en faveur de la non-contagiosité de la pelade, qui tendent à être de plus en plus admis à l'heure actuelle, doivent avoir pour sanction pratique une plus grande libéralité dans les mesures prophylactiques prises à l'égard des peladiques dans les diverses agglomérations.

L'admission ou le maintien des peladiques dans les écoles, les ateliers, les administrations, les magasins, les casernes, etc., s'impose dans tous les cas, et c'est l'immense majorité, où une enquête sérieuse sur le début de leur maladie et sur la non-transmission à leur entourage, démontre au médecin la non-contagiosité de cette pelade. Dans les cas contraires, si rares, le peladique sera tenu en observation et traité jusqu'à ce que le médecin le reconnaisse comme non-contagieux et lui délivre un certificat dans ce sens.

Ce certificat devra énoncer à la fois les droits du peladique à être admis dans son groupe et les mesures auxquelles il doit se conformer; ces mesures consisteront essentiellement dans la continuation d'un traitement régulier dont le contrôle sera assuré par une visite médicale mensuelle au moins, à laquelle tout peladique devra se soumettre jusqu'à complète guérison.

Pour que ce certificat puisse être accordé sans inconvénient, il est nécessaire que le diagnostic ait été soigneusement établi, pour atteindre ce but, il faut que les médecins inspecteurs des écoles surtout soient pourvus des connaissances et du matériel indispensables au diagnostic ferme d'une alopécie peladique et ne confondent par la pelade et les diverses teignes.

M. Batard montre qu'il existe des accidents oculaires uniquement dus aux parasites intestinaux, tænias, lombrics, anchylostomes.

Ces accidents peuvent aggraver les lésions préexistantes qui ne guérissent qu'après l'élimination des parasites.

Ce sont des accidents surtout réflexes.

On les rencontre dans toutes les parties de l'œil. Ils y provoquent des troubles fonctionnels du côté de la paupière, de la cornée, des muscles, du nerf optique et de la rétine.

On doit penser à la présence des vers intestinaux toutes les fois qu'une affection oculaire, au lieu de présenter les caractères ordinaires d'une maladie clinique bien définie, s'en distingue au contraire par sa soudaineté et l'étrangeté de son allure.

Quand une affection ne guérit pas par la thérapeutique ordinairement employée, il faut songer à la possibilité de parasites intestinaux comme cause occasionnelle.

Il sera toujours utile, dans les cas douteux, d'administrer une médication anthelmintique.

D'une bonne étude sur les formes cliniques de la péricardite tuberculeuse, M. Pelthier conclut que la péricardite tuberculeuse est souvent latente; mais, tandis que Rousseau la trouvait telle 54 fois sur 100, on peut aujourd'hui conclure que cette latence ne se rencontre plus que 45 fois sur 100.

Trois formes cliniques sont particulièrement caractéristiques, ce sont : la péricardite avec épanchement hémorrhagique, la forme étudiée par MM. Hayem et Tissier et la cirrhose cardio-tuberculeuse de l'enfant décrite par M. Hutinel.

C'est dans la péricardite hémorrhagique que l'épanchement est le plus considérable; sa quantité dépasse, en général, un litre et demi.

La position génu-pectorale est un signe précieux des grands épanchements; elle peut s'observer dans la péricardite tuberculeuse hémorrhagique et sa persistance rend la recherche des signes cliniques difficile.

Est également un signe d'épanchement, la tympanite postérieure du poumon gauche, par suite du développement de la cavité péricardique en arrière et du refoulement du tissu pulmonaire (signe donné par M. Rendu).

Chez le même malade, l'affection peut présenter différentes formes cliniques de la maladie; mais c'est vers la symphyse que tendent les deux autres formes.

La symphyse est rarement diagnostiquée chez l'adulte, plus souvent chez l'enfant où elle aboutit, en règle générale, à une asystolie hépatique.

La plupart des signes physiques de la symphyse rhumatismale manquent dans la symphyse tuberculeuse; au contraire, dans les péricardites sèches ou avec épanchement, ces signes sont sensiblement les mêmes que dans les péricardites rhumatismales.

Une affection du péricarde une fois reconnue, c'est l'ensemble des signes fonctionnels et généraux, ainsi que l'évolution — beaucoup plus rarement aiguë que chronique — qui permettront d'affirmer la nature tuberculeuse de la péricardite.

Chez l'enfant la fièvre typhoïde est une maladie plus grave qu'on ne le croit généralement.

M. Ratier remarque que la plupart des complications que présente la dothiénentérie chez l'adulte peuvent se rencontrer chez l'enfant, avec une moindre fréquence, mais avec la même gravité.

On note en effet des complications intestinales, hémorrhagies et perforations; des complications cardiaques, des myocardites; des complications nerveuses : méningite, aphasie, délire; des accidents d'évolution (rechutes doubles et triples).

Le traitement par la méthode de Brand, ou méthode par les bains froids, constitue un progrès considérable sur les autres médications de la fièvre typhoïde. Mais il n'est pas toléré par tous les enfants, sans exception. On ne peut donc pas l'appliquer systématiquement et d'emblée à tous les enfants typhiques. Cette méthode demande à être dosée et donnée progressivement et dans quelques cas même on doit lui substituer les bains tièdes ou les bains chauds.

D'après M. Bourier, on ne doit pas se hâter de déclarer qu'une femme n'a pas assez de lait pour nourrir et, pour cette raison, donner à l'enfant une nourrice mercenaire ou bien instituer l'allaitement artificiel; au contraire, il faut attendre et espérer.

L'allaitement mixte bien dirigé — pour les femmes qui ont quitté l'hôpital ou qui sont accouchées chez elles — permettra d'attendre l'établissement en quantité suffisante de la sécrétion lactée : il est, dans ces circonstances, un moyen qui permet non seulement d'attendre l'établissement complet de la sécrétion, mais encore de favoriser cet établissement.

Pour les femmes qui sont à l'hôpital, on confiera leur enfant à une nourrice au sein qui fournira ce qui manque à la mère, et pendant ce temps, on fera téter la mère par son propre enfant et par un autre plus vigoureux dont les succions feront monter le lait.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Du traitement de l'anus contre nature, par Delore et Patel (*Revue de chirurgie*, 1901, nos 5 et 6). — Les conclusions que ces auteurs tirent de l'étude des diverses méthodes opératoires et des faits qu'ils ont observés, peuvent être résumées ainsi :

1° Les méthodes extra-péritonéales, dans la cure du traitement de l'anus contre nature, doivent être employées exceptionnel-

lement : ce sont des méthodes parfois dangereuses, souvent incomplètes lorsqu'on se contente d'opérations anaplastiques. Elles sont indiquées cependant si l'anus est sans éperon et récent;

2° Les méthodes intra-péritonéales, peu dangereuses aujourd'hui, permettent d'agir vite et d'une façon certaine.

L'entéro-anastomose paraît inutile; on peut à la rigueur, faire une entérectomie, ou une exclusion unilatérale, si l'abouchement dans l'S iliaque est possible. L'entérorrhaphie latérale doit être réservée aux cas d'anus siégeant sur le gros intestin dont le rétrécissement n'est pas à craindre. L'entérectomie est l'opération de choix. La réunion des deux bouts intestinaux au moyen de la suture semble devoir être aujourd'hui l'exception. L'emploi du bouton de Murphy, dont les avantages sont incontestables, doit se généraliser de plus en plus.

La cause de la mort dans la péritonite par perforation (Experimentelle Untersuchungen über die Todesursache bei Perforationperitonitis), par Heineke (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1901, vol. LXIX, p. 429). — Les recherches faites sur des lapins ont montré à l'auteur que :

1° La cause de la mort dans la péritonite par perforation chez le lapin est la paralysie des centres bulbaires frappant en premier lieu le centre vaso-moteur, en second lieu le centre respiratoire;

2° Les troubles du côté de l'appareil circulatoire précèdent ceux du côté de l'appareil respiratoire, bien que la respiration s'arrête avant la circulation;

3° Les troubles de la circulation qui sont le symptôme le plus important sont provoqués par la paralysie du centre vaso-moteur. Le cœur n'intervient pas directement dans la génèse des troubles circulatoires qui évoluent dans la péritonite par perforation avec les mêmes caractères que dans les autres maladies infectieuses;

4° La paralysie des centres bulbaires est produite par le passage dans le sang des toxines formées dans le péritoine.

La laparotomie et la colpo-cœliotomie dans la péritonite tuberculeuse (Vaginaler und abdominaler Bauchschnitt bei tuberculoser Peritonitis), par Baumgart (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n°s 2 et 3). — L'auteur rapporte dans son travail 36 cas de péritonite tuberculeuse, traités les uns par la laparotomie, d'autres par la colpo-cœliotomie. En comparant les résultats fournis par ces deux modes opératoires chez 24 malades opérées avant 1898 (17 laparotomies et 7 colpo-cœliotomies), l'auteur trouve que la laparotomie a donné 64,7 p. 100 de guérisons définitives, 5,8 p. 100 d'améliorations et 29,4 p. 100 de morts; la colpo-cœliotomie a de son côté donné 57,1 p. 100 de guérisons, 14,3 p. 100 d'améliorations et 28,5 p. 100 de morts. Les deux opérations donnent par conséquent des résultats sensiblement les mêmes.

De l'étude de tous ces faits. l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'ouverture de la cavité abdominale comme mode de traitement de la péritonite tuberculeuse, peut se faire aussi bien par la laparotomie que par la colpo-cœliotomie. Comme nous ne connaissons pas exactement le mode d'action de l'ouverture de la cavité abdominale sur le processus tuberculeux, on ne voit pas, *a priori*, les raisons pour lesquelles la colpo-cœliotomie agirait autrement que la laparotomie. La colpo-cœliotomie a, en outre, l'avantage de comporter un choc opératoire moindre et d'exposer moins aux infections que la laparotomie.

2° En cas de laparotomie, une petite incision, sur la ligne blanche est préférable à une longue incision;

3° La laparotomie, comme la colpo-cœliotomie, agit aussi bien sur la forme ascitique que sur la forme sèche de la tuberculose péritonéale.

MÉDECINE

Les modifications de la moelle osseuse dans la leucocytose (Ueber die Veranderungen der Knochenmarker, bei Leukocytose), par Rubinstein. (*Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1091, vol. XLII, p. 161. — Les recherches de M. Rubinstein ont consisté à provoquer chez des lapins une leucocytose par l'injection de certaines substances (essence de térébenthine, streptocoques dans des bouillons, propeptones, etc.) et à examiner histologiquement la moelle osseuse de ces animaux à diverses phases de l'expérience.

L'auteur a pu ainsi constater que la leucocytose est fonction exclusive de la moelle osseuse. Lorsque, sous l'influence des injections, les leucocytes polynucléaires émigrent dans le sang, on constate dans la moelle osseuse une néoformation accrue de gros mononucléaires homogènes qui ne tardent pas à se charger de granulations, à se transformer en myélocytes, lesquels myélocytes, par une modification de leur noyau, se transforment en polynucléaires. Si la leucocytose provoquée est maintenue pendant un long temps, il peut s'accumuler dans la moelle osseuse une telle quantité de myélocytes qu'ils arrivent à former la moitié des cellules qu'on y trouve ordinairement.

Les leucocytes à granulations se constituent aux dépens de gros mononucléaires homogènes, par formation, dans leur protoplasma, de granulations qui, à l'état jeune, sont basophiles. Ce n'est donc pas dans le sang, mais exclusivement dans la moelle osseuse que les jeunes cellules homogènes mûrissent et deviennent adultes et à granulations.

Les gros leucocytes mononucléaires homogènes proviennent de petites cellules lymphoïdes qui se trouvent dans la moelle osseuse où elles se sont formées; elles n'ont aucun rapport de parenté avec les lymphocytes du système lymphatique.

Les leucocytes éosinophiles, de même que les pseudo-éosinophiles ou les neutrophiles, proviennent aussi des cellules lymphoïdes de la moelle osseuse. Jamais on ne trouve dans le sang ni dans la moelle osseuse des formes intermédiaires entre les neutrophiles et les éosinophiles.

Suivant M. Rubinstein, le développement d'un leucocyte dans la moelle osseuse passe par les phases suivantes:

1° Petite cellule lymphoïde avec un noyau à structure nette, entourée d'un protoplasma étroit, non granuleux, nettement basophile;

2° Cellule lymphoïde plus grosse, avec un noyau à structure nette, entouré d'un protoplasma granuleux large;

3° Grosse cellule lymphoïde; le noyau se colore bien, mais sa structure apparaît moins nettement; le protoplasma est large, granuleux;

4° Leucocyte mononucléaire sans granulations; c'est une grosse cellule lymphoïde dont le noyau arrondi se colore faiblement et dont le protoplasma clair ne renferme pas de granulations;

5° Myélocyte ou leucocyte mononucléaire avec un noyau rond et un protoplasma renfermant des granulations (neutrophiles chez l'homme);

6° Leucocyte à noyau polymorphe ou à plusieurs noyaux et à protoplasma contenant des granulations neutrophiles (pseudo-éosinophiles chez le lapin);

7° Les éosinophiles passent par les mêmes phases, avec cette différence que leurs granulations sont, dès le début, relativement volumineuses et montrent bien la réaction éosinophile à la place de la neutrophile.

La microbiologie des poumons normaux (Untersuchungen über den Keimgchalt der normalen Lungen als experimenteller Beitrag zur Ætiologie der Lungeninfection), par Boni (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1901, vol. LXIX, p. 542). — Conclusions :

1° Les poumons des animaux de laboratoire (cobaye) ne renferment presque jamais de bactéries. Dans quelques cas seulement on peut trouver des microorganismes parfois pathogènes (pneumocoque);

2° Les poumons des animaux de boucherie fraîchement tués (porcs) renferment souvent des germes parmi lesquels on peut trouver des espèces pathogènes (pneumocoque, streptocoque, pneumobacille) avec prédominance du pneumocoque (dans 25 p. 100 de cas). Dans un tiers des cas, les poumons sont stériles ou renferment des germes non pathogènes;

3° On peut donc admettre que chez l'homme, à l'état normal, les poumons renferment souvent des bactéries parmi lesquelles prédominent les pneumocoques;

4° La virulence des bactéries pathogènes qu'on trouve dans les poumons est très diminuée.

VARIÉTÉS

Une femme incomplète au point de vue physiologique peut-elle convoler en justes noces ?

La cour de Douai vient de répondre *négativement* à cette question, et son jugement qui, en raison de la question elle-même, intéresse le médecin, est basé sur une série de considérants qui méritent d'être relevés, surtout en un moment et à une époque où la chirurgie gynécologique travaille activement à la suppression des organes physiologiques dont il s'agit :

« Attendu que la prétention de la dame Y..., si elle était admise, aurait pour résultat de maintenir le sieur G... dans les liens du mariage, où il ne rencontrerait ni la satisfaction des besoins sexuels, ni l'espoir si universellement conçu, si légitime et si respectable de reporter son affection sur sa descendance, ni l'espérance non plus, toujours si douce à l'esprit humain, d'assurer la continuation de sa personnalité dans cette descendance;

« Attendu que G..., dans le cas où il n'accepterait pas les privations de tout genre que comporte une pareille union, se verrait exposé, le cas échéant, soit aux sanctions de la loi pénale en cas d'aldutère, soit aux rigueurs de la loi civile en cas d'abandon de sa femme, refus de cohabitation, etc.;

« Attendu qu'avant d'admettre que la loi soumet à une telle épreuve un conjoint qui n'a eu aucun tort et qui est victime d'une tare constitutionnelle de l'autre conjoint, tare dont il ne pouvait se rendre compte avant la célébration du mariage, il convient de rechercher si cette solution s'impose au juge chargé d'interpréter la loi, d'une façon tellement inéluctable qu'il soit obligé de la consacrer;

« Attendu que, s'il arrive quelquefois à la loi de léser certains intérêts particuliers et personnels, elle ne le fait jamais et n'a le droit de le faire que si sa décision est imposée par un intérêt supérieur ou d'ordre public;

« Attendu qu'on ne voit pas quel intérêt supérieur de morale, d'humanité ou d'ordre public imposerait le maintien d'un mariage dans les conditions afférentes à l'union des époux G..., mais qu'au contraire le maintien de cette union semble ne pouvoir favoriser ou encourager que les individus assez négligents pour ne pas tenir compte de leurs tares constitutionnelles, ou d'assez mauvaise foi pour les cacher;

« Attendu que tel est précisément le cas de la dame G...; que celle-ci ne pouvait ignorer tout ce que son état tout spécial avait d'anormal et de préjudiciable au point de vue matrimonial, et qu'il ne tenait qu'à elle, en recourant aux conseils d'un médecin, de vérifier quelles pouvaient être ses aptitudes physiques au point de vue du mariage; qu'en ne tenant aucun compte de son état physiologique, elle a tout au moins commis une grave imprudence, sinon une faute, dont elle ne peut se plaindre d'avoir à supporter les conséquences;

« Attendu que la dame G..., n'ayant point en sa faveur l'équité, compte, pour faire admettre sa demande, sur le mutisme du législateur au sujet des nullités de mariage qu'on invoque contre elle;

« Attendu, en effet, que le Code civil n'a point expressément fait un cas de nullité du mariage du défaut de conformation sexuelle de l'un des époux; mais que le sieur G..., soutient que, lorsque certains organes font défaut, comme dans l'espèce, l'individu doit être considéré comme n'appartenant pas au sexe qu'annonce sa conformation extérieure, et que, dès lors, l'union avec une personne ainsi constituée n'est pas un mariage;

« Attendu, en ce qui concerne la prétention de G..., que de tout temps, chez tous les peuples, dans la terminologie juridique, religieuse ou philosophique, on a désigné sous le nom de mariage, toujours et exclusivement, la consécration de l'union entre un homme et une femme, union impliquant des relations à avoir et la procréation d'une famille dans des conditions déterminées par les lois, la religion et les mœurs;

« Attendu que si le mariage comporte, pour le bon fonctionnement de la vie conjugale, et si la loi prescrit la mise en commun de qualités morales et d'intérêts matériels, on n'a jamais considéré cette mise en commun comme constituant un mariage, lorsqu'elle avait lieu en dehors de l'acte de rapprochement; qu'aussi les lois n'ont jamais réglementé l'association que faisaient dans ces conditions un homme et une femme réunis par un sentiment de mutuelle estime, sans communauté d'intérêts, une pensée d'assistance réciproque;

« Attendu, à la vérité, que les lois n'ont pas refusé la consécration du mariage à l'union de deux personnes trop âgées pour créer une descendance, ou même sur le point de quitter la vie; mais que, si de pareilles unions ont été consacrées par respect des bienséances ou pour donner satisfaction à des sentiments d'affection invétérés et louables, par contre, la plupart des législations civiles et religieuses ont admis la nullité du mariage en cas de stérilité de la femme ou d'impuissance du mari, lorsque les deux époux sont jeunes et normalement constitués;

« Attendu que telle était la législation française avant la promulgation du Code civil; que celui-ci, sans doute, n'a pas admis comme une cause de nullité du mariage la stérilité et l'impuissance; qu'il l'a fait avec raison, par suite de la difficulté d'arriver à la constatation de phénomènes dont les causes sont mystérieuses, relatives, souvent temporaires et guérissables; mais qu'il ne s'ensuit pas qu'il n'ait pas entendu considérer le mariage comme une union ayant pour but primordial et prépondérant la fondation d'une famille;

« Attendu que cette pensée s'accuse nettement dans l'article 144, interdisant le mariage entre époux trop jeunes, et dans l'article 203 du Code civil, qui place en tête des obligations des époux celle de nourrir, entretenir et élever leurs enfants;

« Attendu, dès lors, que, lorsque le Code a prévu l'union d'un homme et d'une femme, il a entendu parler de l'union de deux êtres humains appartenant, par leur organisation tout entière, l'un au sexe masculin, l'autre au sexe féminin, et non de deux êtres différents quelconques;

« Attendu que ce qui caractérise le sexe, d'après tous les auteurs traitant de physiologie et de biologie, ce sont les organes faisant de l'un des êtres un mâle et de l'autre une femelle, et non point des apparences et une conformation extérieures qui ne sont que des accessoires les rattachant à un sexe plutôt qu'à un autre;

« Attendu que la dame G... est, de l'avis des médecins, dénuée des organes constituant le sexe féminin, bien qu'elle possède ceux qui sont l'apanage externe de ce sexe; qu'en réalité, elle n'est pas une femme, mais une personnalité incomplète avec laquelle la loi n'a jamais pu vouloir imposer l'union à un homme qui, ignorant ce défaut d'organisme lorsqu'il a contracté mariage, ne peut être censé en avoir accepté les conséquences;

« Attendu qu'au point de vue de la morale et des mœurs le législateur n'a jamais pu vouloir et prescrire le maintien d'une union dans laquelle il ne pourrait exister que des relations immorales ou même contre nature entre les époux;

« Attendu qu'il résulte de toutes les considérations qui viennent d'être exposées, que la nullité du mariage, pour les raisons indiquées par le sieur G..., est conforme au texte et à l'esprit du Code civil et de nos principes de morale;

« Par ces motifs;

« Et en adoptant, en outre, les motifs non contraires des premiers juges, dit que la nullité, invoquée par le sieur G..., est implicitement contenue dans le Code civil, réglant les rapports de l'homme et de la femme dans leur union;

« Dit qu'on ne saurait considérer comme appartenant au sexe féminin la créature humaine n'ayant que la conformation extérieure et accessoire du sexe féminin, les organes constitutifs de ce sexe faisant défaut (1) ».

1. *Journal médical de Bruxelles*, 1901, p. 534.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le massage direct du foie,

Par MM. A. Gilbert et P. Lereboullet.

Chaque jour les indications du massage se multiplient, et le massage médical prend en thérapeutique une place sans cesse plus large. Les services qu'il rend dans nombre d'affections abdominales nous ont fait nous demander s'il ne pouvait pas avoir la même utilité dans le traitement des diverses maladies du foie. Nous avons alors recherché si au *massage abdominal*, n'agissant sur le foie qu'indirectement, il ne serait pas possible d'adjoindre ou de substituer des *manœuvres directes*. Grâce au concours de M. de Frumerie, qui, sur notre conseil, a consacré sa thèse à ce sujet (1), nous pouvons, d'ores et déjà, fixer la technique du massage direct du foie, en signaler les effets heureux ou défavorables, en préciser les indications et les contre-indications. Ce sont ces premiers résultats que nous désirons résumer dans cette courte étude.

Technique. — Le massage direct du foie est assez facile à mettre en pratique, pour peu que l'on agisse méthodiquement et en évitant toute violence.

L'*effleurage* en est la manœuvre initiale; agissant superficiellement, il ne peut intéresser qu'une minime partie du lobe droit et une portion un peu plus grande du lobe gauche du foie. Il se fait au-dessous du rebord costal gauche que l'on suit de près et en agissant dans les deux sens; on augmente un peu la pression au creux épigastrique là où le foie est le plus accessible.

L'*écrasement* se pratique ensuite, en pénétrant à la faveur des inspirations profondes jusqu'à la face antérieure, puis à la face inférieure du foie.

L'habitude permet au masseur qui emploie cette manœuvre de faire disparaître ses doigts presque entièrement sous le rebord costal, même chez les sujets à paroi abdominale résistante. Il a ainsi dans les mains la face inférieure de l'organe, sur laquelle il peut agir par un *pétrissage* plus ou moins énergique.

Le masseur peut d'ailleurs varier les manipulations pratiquées sur le foie, et M. de Frumerie, dans l'étude complète qu'il a faite de cette technique, en indique un certain nombre.

Quelle que soit la manœuvre employée, ces recherches permettent d'affirmer la possibilité du massage direct du foie et des voies biliaires, mais il va de soi qu'il doit toujours être pratiqué avec beaucoup de ménagements et de douceur.

But et effets. — Le massage direct du foie peut *a priori* agir soit sur la circulation intra-hépatique viciée, soit sur la circulation biliaire entravée, soit enfin sur les troubles fonctionnels de la cellule hépatique. Ce sont ces divers effets que nous avons recherchés chez une série de malades atteints d'affections hépatiques diverses.

Effets sur la circulation hépatique, sur le cœur et la circulation générale. — Pour nous rendre compte de ces effets, nous avons fait pratiquer avec prudence le massage direct du foie soit dans des cas de cirrhoses veineuses ou biliaires avec gêne de la circulation portale plus ou moins marquée, soit dans des cas de congestions passives du foie d'origine cardiaque. Nous avons pu ainsi étudier l'action du massage sur la circulation intrahépatique même, sur la circulation générale, sur la circulation portale.

L'action sur la circulation intra-hépatique semble assez constante, et, le plus souvent, la diminution de volume du foie, sous l'influence du massage direct de l'organe, est venue démontrer cette action favorable.

L'action sur la circulation générale a été tantôt favorable, tantôt défavorable; dans les deux cas l'influence du massage a paru évidente.

La *polyurie* (ou tout au moins le retour des urines au chiffre normal) a été, en effet, assez nettement constatée dans les cirrhoses soumises au massage, et elle a paru en rapport avec l'amélioration du trouble circulatoire et la diminution de volume du foie.

Dans d'autres cas, c'est au contraire, le désordre de la circulation générale que nous avons observé du fait de l'emploi du massage direct, et par deux fois nous avons noté l'apparition de véritables crises d'*asystolie provoquées par le massage*. Chez une malade atteinte de cirrhose hypertrophique avec ictère, d'origine syphilitique, le massage, pourtant pratiqué avec prudence, amena, après une dizaine de séances, une crise d'asystolie fort nette avec œdème des membres inférieurs, pouls veineux jugulaire, tachycardie, dilatation du cœur droit avec souffle tricuspidien, etc. Cette crise d'asystolie cessa d'ailleurs rapidement, dès que le massage fut interrompu. Dans ce cas, le massage semble donc avoir provoqué une crise d'asystolie réflexe, analogue à celles qui ont été signalées dans diverses affections gastriques ou hépatiques.

Chez un autre malade, atteint d'emphysème avec insuffisance tricuspidienne, et congestion passive du foie, le massage hépatique (pratiqué alors que les phénomènes asystoliques avaient depuis longtemps cessé, mais que le volume du foie tardait à redevenir normal) paraît avoir amené la réapparition des symptômes asystoliques. Ces deux cas montrent combien le massage hépatique doit être prudent, et comment il convient de

1. De Frumerie, Le massage direct du foie. *Thèse* de Paris, 1901.

le cesser dès qu'on voit survenir des troubles circulatoires indiquant une action trop énergique.

L'action sur la circulation portale était intéressante à étudier, en raison du rôle de l'hypertension portale dans la production des divers symptômes des affections hépatiques, mais les éléments d'appréciation eussent fait à peu près complètement défaut, sans le nouveau signe précoce de l'hypertension portale que nous avons décrit sous le nom d'*opsiurie*, et que M. Lecerf a récemment étudié dans sa thèse (1).

Ce signe, fourni par l'examen fractionné des urines, consiste dans le retard de l'élimination aqueuse de l'urine, qui, au lieu d'avoir son maximum dans la période digestive, le présente dans la période de jeûne. Sa recherche méthodique aux diverses phases du traitement permet de se rendre compte des effets du massage du foie. Un des cas les plus nets que nous ayions observé, concerne un malade atteint de cirrhose pigmentaire palustre, et qui, porteur d'un très gros foie avec opsiurie très nette à son entrée à l'hôpital, a été très amélioré par le massage direct du foie. Les dimensions verticales de l'organe ont en effet diminué de 4 à 5 centimètres à la suite d'une dizaine de séances de massage, et l'opsiurie a complètement disparu, pour faire place au rythme normal de l'élimination urinaire. D'autres cas semblables nous ont permis de conclure à l'action favorable du massage direct du foie sur la circulation portale.

Mais il n'en va pas toujours ainsi, et parfois au contraire, le massage semble exercer une action fâcheuse sur cette circulation. C'est ainsi que, dans deux cas, l'un de cirrhose biliaire avec hypertension portale manifeste, l'autre de cirrhose alcoolique, le massage a paru favoriser la production d'*hémorrhagies gastro-intestinales*.

L'action du massage direct du foie sur la circulation portale est donc évidente, mais, comme l'action sur la circulation générale, elle peut être favorable ou défavorable suivant les cas.

Effets sur la circulation biliaire. — Dans les quelques cas d'ictère lithiasique et d'ictère catarrhal, où nous l'avons fait pratiquer, les résultats n'ont été démonstratifs ni dans un sens ni dans l'autre, mais le massage direct du foie semble *a priori* susceptible d'exercer une influence utile en favorisant la chasse biliaire.

Effets sur les fonctions du foie. — Nous avons à diverses reprises insisté sur les troubles fonctionnels du foie, et leur division possible en troubles d'hypo- ou d'hyperfonctionnement et en viciation fonctionnelle, soit en *hyperhépatie, anhépatie* et *parhépatie*. Le massage hépatique a été pratiqué dans des cas répondant à ces trois types. C'est dans l'anhépatie qu'il paraît appelé à rendre des services, en stimulant l'activité de la cellule hépatique. C'est ainsi qu'il a semblé efficace contre quelques cas de diabète par anhépatie, réserve faite toutefois de la possibilité de l'intervention d'autres facteurs; dans une de nos observations où, avant le massage, il y avait par 24 heures 8 gr. 88 de sucre et 26 gr. 88 d'urée, le sucre avait disparu après quelques séances de massage et l'urée était remontée à 32 grammes. Par ses effets sur la glycosurie et l'azoturie, le massage direct du foie semble donc se comporter comme un stimulant des fonctions du foie.

Indications et contre-indications. — Les résultats que nous venons de résumer montrent que, s'il entraîne parfois quelques accidents, plus souvent le massage direct du foie peut, à condition d'être pratiqué avec prudence, être employé avec avantage dans un certain nombre d'affections hépatiques.

Il semble devoir amener de bons résultats dans tous les cas, où il y a gêne portale persistante démontrée par l'opsiurie. C'est ainsi qu'il peut être pratiqué dans certains cas de *congestions passives* du foie d'origine cardiaque, de *cirrhoses veineuses* avec ou sans ascite, de *cirrhoses biliaires*, et même de *cirrhoses pigmentaires*. Sans doute, dans tous ces cas, on ne peut espérer obtenir une rétrocession marquée de tous les symptômes, mais on peut voir survenir une diminution très nette du volume du foie, et la disparition de l'opsiurie montre que l'on a agi sur la circulation portale.

La *lithiase biliaire*, certains cas d'*ictère catarrhal* semblent être parfois justiciables du massage direct du foie qui, en facilitant la chasse biliaire, peut aider à l'atténuation des symptômes et favoriser la guérison.

A ces affections l'on peut joindre encore la *cholémie simple familiale* dans les cas où elle s'accompagne d'hypertrophie du foie.

Enfin dans certaines maladies, à l'origine desquelles on peut invoquer un trouble fonctionnel du foie, et parmi lesquelles le *diabète* doit être placé au premier rang, le massage direct du foie est souvent indiqué; c'est ainsi que, comme nous l'avons dit plus haut, plusieurs cas de *diabète par anhépatie* ainsi traités ont été nettement améliorés; en revanche cette méthode thérapeutique semble moins applicable dans le *diabète par hyperhépatie*. Peut-être aussi la *goutte* pourrait-elle être, dans quelques cas justiciable du massage, isolée du foie.

En regard de ces affections où l'on peut espérer une amélioration réelle, se placent toute une série d'autres états pathologiques où le massage est nettement contre-indiqué et peut même être dangereux : *kystes hydatiques du foie, abcès du foie, cancers du foie, cirrhoses graisseuses* de divers types, etc.

D'ailleurs, même dans les cas où l'on peut retirer avantage du massage direct, il va de soi qu'il convient de surveiller de près le malade, afin de cesser au moindre trouble indiquant que ce traitement est mal supporté, et qu'il faut se rappeler la possibilité d'accidents (d'ailleurs exceptionnels), du fait de son emploi (asystolie, hémorrhagies gastro-intestinales, etc.).

L'étude du massage direct du foie, quel que soit l'avenir réservé à cette méthode, nous a en tout cas montré qu'il était une arme thérapeutique utile, et digne d'être employée assez fréquemment, en raison de ses effets sur la circulation portale et sur l'activité fonctionnelle du foie.

1. Gilbert et Lereboullet, *Soc. de biologie*, 9 mars 1901, et Lecerf, L'opsiurie, *Thèse* de Paris, 1901.

REVUE GÉNÉRALE

La variole congénitale

Par M. M. Champ.

Historique. — Ce n'est qu'au début du xve siècle que la question de l'existence de la variole contractée par le fœtus dans le sein de la mère fut soulevée.

Pintor, médecin de Valence, relatant une épidémie de variole survenue à cette époque, dit n'avoir jamais observé cette maladie chez le nouveau-né, et en nie même la possibilité :

En 1514, Forestuis, et Fernellus, en 1549, contraire-

ment à l'assertion de Pintor, viennent affirmer l'existence de la variole fœtale.

Cette question de la transmission de la variole de la mère au fœtus est reprise par Fabrice de Hilden. Dans une lettre écrite le 31 décembre 1613 au philosophe Gregorius, médecin du landgrave de Hesse, il rapporte l'observation suivante :

Une mère en pleine éruption de variole accouche prématurément; l'enfant qu'elle met au monde était couvert sur tout le corps de pustules varioliques. Huit jours après sa naissance, il succombait.

Bartholin parlant d'une épidémie meurtrière de variole en 1656, cite des faits analogues, tout en affirmant que l'infection qui a atteint la mère peut en même temps retentir sur le fœtus :

Plus tard, Pechlin, en 1691, Dolée (Jean), en 1684, Ettmuller, Hagendorn, apportent des observations, confirment à leur tour la réalité de ces faits, sans toutefois leur accorder plus de développement.

Puis Mauriceau, étudiant l'influence nocive de la variole sur la grossesse de la mère, et sur le produit de la conception, affirme que l'infection de la mère peut atteindre aussi le fœtus pendant la vie intra-utérine. Se prenant comme exemple, il raconte « qu'à sa naissance, il était porteur de 5 ou 6 grains effectifs de variole. »

En 1701, Ruysch rapporte le cas d'une femme enceinte de 8 mois, atteinte de variole à la fin de sa grossesse. Quelques jours après l'apparition de l'éruption, elle accouche d'un enfant mort dont le corps était complètement couvert de pustules varioliques.

En 1771, Cotugno étudiant les différentes modalités de l'infection, ne veut point croire à l'existence d'une éruption pouvant atteindre l'enfant pendant la vie intra-utérine, tout en reconnaissant cependant qu'une telle éruption peut se produire quelques jours après.

Ces conclusions de Cotugno furent battues en brèche par Kraetzer et Rayer, qui, dans son Atlas d'anatomie, cite l'observation d'un enfant, né d'une mère varioleuse, qui présentait à sa naissance un grand nombre de pustules, disséminées sur tout le corps, ayant respecté particulièrement les mains et le visage.

Bien plus tard, Méjean rapporte deux cas de variole congénitale.

En 1834, Deneux, dans la *Gazette des Hôpitaux de Paris*, cite le cas d'un enfant né à terme d'une mère atteinte de variole, enfant qui, à sa naissance, était couvert d'éléments éruptifs.

En 1846, Guoli, de Bologne, en 1847, Chaigneau, dans sa thèse inaugurale, rapportent des nouveaux cas de variole fœtale.

Quelques temps avant, Devilliers, en 1842, relate le cas d'un anfant né avant terme, au 7e mois de la grossesse de la mère. Le corps, à la naissance, présentait des pustules varioliques, quoique la mère ne portât aucune trace de cette affection.

Depaul, en 1851, cite l'observation d'un fœtus de 6 mois 1/2, n'ayant pas vécu, mais qui était couvert de pustules.

En 1853, Charcot rapporte deux nouveaux cas de variole contractée dans l'utérus de la mère.

En 1870, nouvelle observation de Gubler, puis de Chantreuil.

En 1880, Depaul et Blot rapportent des cas de variole congénitale.

Huc, dans sa thère inaugurale, rapporte un cas de variole fœtale avec pustules en suppuration au moment de la naissance.

Mme Margoulieff, dans sa thèse, relate une nouvelle observation de variole fœtale.

En 1892, pendant l'épidémie de variole, Richardière a observé à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers 2 femmes enceintes et à terme, atteintes de variole discrète dont elles guérirent toutes les deux.

Courmont, relatant l'histoire de la récente épidémie de Lyon, dit que sur 3 enfants nés de femmes varioleuses, 3 sont morts en quelques heures. A la naissance aucun n'avait présenté soit éruption, soit cicatrices.

Dans un autre cas observé ultérieurement, les éléments éruptifs très peu nombreux survinrent vers le 7e jour et l'enfant succomba.

Enfin, tout récemment (*Société de biologie*, 29 mars 1901) MM. Roger et Weill ont étudié la variole des nouveau-nés. C'est à la thèse de leur élève, M. Champ (1), que nous empruntons les éléments de cet article.

De la transmission par voie placentaire de la variole congénitale. — En présence des diverses observations de variole fœtale qui viennent d'être mentionnées, on doit se demander quel est le mécanisme de cette infection intra-utérine et quel en est l'agent pathogène.

Jusqu'en 1882, on niait d'une façon à peu près absolue la possibilité des microbes à travers le placenta.

En 1880, Arloing, Cornevin et Thomas démontrèrent que le bacille charbonneux va de la mère au fœtus.

En 1883, Straus et Chamberland, opérant sur 26 fœtus, démontrèrent chez 14 la présence de bactéries, établissant du même coup, et d'une façon irréfutable, la transmission de la maladie de la mère au fœtus.

La contagion intra-utérine est observée plus tard par Paltauf et Marchand qui, en 1887, rapporte l'observation d'une femme morte de charbon presque immédiatement après l'accouchement. Son enfant, qui succomba quatre jours après, présentait à l'autopsie les mêmes lésions que la mère.

Une série de travaux ont montré depuis la transmission transplacentaire au fœtus du germe de la rage, de celui de la morve, du streptocoque, de l'érysipèle, du pneumocoque, enfin du bacille de Koch.

D'autres travaux sont venus, qui prouvent la transmission des maladies infectieuses de la scarlatine, du choléra asiatique et des oreillons, quoique nous en ignorions encore actuellement les agents pathogènes.

En somme, la transmission intra-utérine de l'infection de la mère au fœtus n'est plus un fait contestable, toute infection sanguine peut se transmettre par le placenta.

Mais on peut se demander à quelle cause attribuer l'inconstance des résultats.

Pour que le fœtus soit contaminé, il faut qu'il y ait infection du sang de la mère par les bactéries, et que le placenta, comme l'a démontré M. Malvoz, ait subi des altérations.

Alors l'altération du placenta, s'ajoutant à la lésion bactérienne du sang, permettra à l'agent pathogène d'infecter le fœtus.

Or, la clinique de tout temps a montré que la variole, dans ses différentes phases, se rapprochait de l'évolution des maladies infectieuses. Ces dernières relevant toujours d'un agent microbien, dans certains cas encore inconnu, on a été porté à rechercher si la variole n'était point due à un agent pathogène pouvant traverser le placenta pendant la vie intra-utérine.

Dès 1881, Renaut signala d'autre part, dans les pus-

1. Les observations et les indications bibliographiques se trouvent dans la *Thèse* de M. Champ, 1901, n° 613 (Rousset).

tules, des corps spéciaux, qu'il considéra comme les agents de la pustulisation.

Van der Lœff, Pfeiffer et Guarnieri le décrivirent après lui.

MM. Roger et Weill, puis M. Bosc, ont repris la question ; ils ont décrit le parasite, et M. Roger a montré la transmission de la mère au fœtus.

La fréquence du corpuscule variolique dans les humeurs de l'organisme a amené MM. Roger et Weill à examiner tout d'abord un œuf, puis un liquide amniotique provenant d'une femme enceinte morte dans le service. La première malade, âgée de 31 ans, expulsa au 5° jour d'une variole confluente un œuf complet, renfermant un fœtus âgé d'environ 5 mois. L'eau de l'amnios montra, une première fois, une quantité de corpuscules et quelques cellules épidermiques provenant du fœtus. Les leucocytes y faisaient totalement défaut. Ce liquide injecté à des lapins détermina la mort.

Une deuxième fois, dans un liquide provenant d'une femme enceinte de 8 mois, morte dans le service, l'on constata ces mêmes éléments une heure après la mort. Le liquide était clair et transparent.

L'examen du sang du fœtus pratiqué les deux fois montra la présence de corpuscules.

Ces examens semblent donc prouver que le corpuscule passe d'une façon constante de la mère au fœtus. L'infection a été constatée deux fois seulement, mais ses manifestations constantes permettent d'admettre qu'elle est la règle en cas de variole de la mère, qu'il s'agisse d'une variole discrète et curable, ou d'une variole hémorrhagique mortelle. Ce passage des microbes par le placenta se fait rapidement. L'accouchement peut précéder l'invasion, comme dans une de nos observations, peut se faire deux heures après l'apparition des phénomènes généraux, ou un jour après les premières manifestations de la maladie. En règle générale, elle est contemporaine ou antérieure à l'éruption.

Modalités cliniques. — La transmission intra-utérine de la variole de la mère au fœtus est donc possible, mais elle nécessite une lésion du placenta. Dans un premier cas, l'enfant naît en l'état d'incubation ; à sa naissance il ne présente aucun phénomène ou symptôme pouvant faire croire à une infection. Ce n'est que bien plus tard, dans les jours qui suivront, que le nouveau-né présentera les premières traces de l'infection variolique. Et pourtant, dès cette époque, l'enfant variolisé n'offre plus le même aspect que l'enfant né d'une femme n'ayant subi aucune infection. La température sera toujours au-dessous de la normale.

Cet enfant est hypothermique, il est en pleine période d'incubation, période à laquelle viendra succéder celle de l'éruption après un nombre de jours variables avec chaque sujet. Ce n'est pas à la naissance, mais bien plus tard, que l'infection du fœtus viendra se traduire à l'extérieur par une éruption.

D'autres fois, l'enfant, à sa naissance, a le corps couvert de papules blanchâtres, affaissées, irrégulières. Il faut donc admettre que la variole a atteint le fœtus pendant la vie intra-utérine, que la période d'incubation de la maladie s'est passée dans l'utérus de la mère. L'enfant est chétif, son poids, s'il naît à terme, est en général, au-dessous de la normale. Le plus souvent il succombe quelques heures après l'accouchement, n'ayant pas la force de résister à cette infection massive de son organisme.

L'infection peut aussi affecter une autre forme ; l'enfant, à sa naissance, présente des cicatrices. La variole a alors parcouru toute son évolution dans la cavité utérine. Ces faits sont assez rares, mais n'en existent pas moins. Mauriceau en est un exemple frappant : à sa naissance il portait cinq ou six cicatrices effectives de variole, sans que pourtant sa mère eût présenté de traces d'infection.

Une observation de ce genre est fournie par Simpson, d'Edimbourg, en 1860. Il s'agissait d'une femme âgée de 22 ans, ayant eu ses dernières règles le 1er juillet 1858, qui fut prise, le 7 février, de nausées, vomissements et de rachialgie intense. Le 8 février, apparition d'éléments varioliques ; elle guérit le 23 février, 18 jours après l'invasion de la maladie. Elle accoucha le 22 mars d'un enfant présentant quelques pustules irrégulières peu nombreuses ; et plusieurs d'entre elles avaient même disparu, laissant à leur place des dépressions cupuliformes, de véritables cicatrices. L'enfant avait donc été atteint de variole dans le sein de la mère.

Dans d'autres cas, le nouveau-né, à sa naissance, n'a, sur le corps, ni papules, ni cicatrices. Son état général est mauvais ; on suit son évolution pendant plusieurs semaines, et on est fort surpris de ne découvrir aucun élément éruptif. Une première fois on le vaccine, on n'obtient aucun succès ; 8 jours après, on tente à nouveau, toujours insuccès. L'enfant est réfractaire à la vaccine, et pourtant, la mère est en pleine variole.

Telles sont les observations de Mead et Acrell de Chamberland, de Desnos, de Lop. Dans le service de M. Roger, M. Champ a suivi une observation semblable. Il s'agissait d'une femme atteinte de variole discrète qui accoucha au 20e jour de son éruption, en pleine période de dessiccation. L'enfant, né à terme, était normalement constitué sans stigmates d'infection. Dix jours après sa naissance, on le vaccine. Pas de succès. Huit jours après, nouvel insuccès.

Dans ces différents cas on peut admettre que ces vaccinations répétées n'ont échoué que grâce à l'immunité acquise par l'enfant pendant la vie intra-utérine.

Toutefois, dans la variole cette immunité sera toute relative ; sa durée s'étendra peu, deux ou trois mois au plus. Et si, plus tard, le sujet né d'une femme varioleuse, est atteint de cette infection, celle-ci revêtira chez lui une forme très bénigne.

Enfin, le fœtus étant dans la cavité utérine, naît en pleine éruption de variole, quoique la mère n'ait présenté aucun symptôme de cette maladie.

Comment expliquer cette infection de l'enfant, alors que la mère n'en portait aucune trace ? Peut-être la mère a-t-elle été atteinte d'une éruption très discrète, n'ayant que quelques éléments macules ou papules qui ont pu passer inaperçus. Ou plutôt, cette mère, vaccinée antérieurement, a acquis une immunité relative, suffisant à la protéger contre les manifestations varioliques, tout en permettant la pénétration de l'agent pathogène dans la circulation et l'infection du fœtus.

On peut se demander ce qui se produira dans les cas de grossesse gémellaire.

Or, Kaltenbach rappelle l'observation d'une femme atteinte de variole qui accoucha à la période d'éruption de trois enfants : deux présentaient des pustules ; l'autre était sain. Le Dr Fumée, de Montpellier, remarqua lors d'une grossesse gémellaire chez une femme varioleuse, qu'un seul des enfants présentait des éléments éruptifs.

Chantreuil ayant vu survenir l'avortement chez une femme enceinte de cinq mois et demi, dit qu'un seul des fœtus présentait une éruption identique à celle de la mère.

Dans ces différentes observations, il existait deux placentas ; or comme l'infection de la mère au fœtus se fait, ainsi que nous l'avons démontré, à travers le placenta, ne peut-on point admettre que l'un est resté sain tandis que l'autre, lésé dans sa structure, a permis le passage du parasite de la mère au fœtus ?

Enfin, Jobard et Chamberland citent des faits où l'enfant, né à terme d'une mère varioleuse, a été, à sa naissance, vacciné avec succès.

Sans doute le placenta ne présentait, dans ce dernier cas, aucune altération pouvant permettre la transmission de la maladie de la mère à l'enfant.

Symptomatologie. — 1° *Hypothermie et ictère.* — L'enfant a résisté à l'infection pendant la vie intra-utérine, il paraît bien constitué, et pourtant c'est le cas le plus fréquent, il est atteint de variole.

Tantôt, cette infection ne se traduira que par deux grands signes, un abaissement très considérable de la température, et de l'ictère, s'accompagnant de refroidissement des extrémités et d'œdème. Ces deux phénomènes généraux, qui caractérisent la période pré-éruptive de la variole du nouveau-né pourraient être les seuls pendant toute la durée de la maladie.

Tantôt, quelques jours après la naissance, l'enfant né sain en apparence, toujours hypothermique et ictérique, présentera une éruption variolique, qui s'accompagnera toujours d'augmentation de la température.

A la période pré-éruptive aura succédé la période éruptive.

Chez l'enfant nouveau-né dont la mère est en pleine santé, la température normale varie entre 37° et 38°; même dans les infections graves, autres que la variole, elle restera sensiblement la même.

Dans la variole congénitale, au contraire, la température est restée toujours au-dessous de 36°, jamais elle ne s'éleva à 37°.

Alors que d'autres symptômes font défaut, l'abaissement de la température existe toujours; elle semble être l'expression d'une infection profonde qui sidère l'organisme.

Loin de diminuer dans les jours qui suivront, cette hypothermie s'accentuera de plus en plus, pour atteindre parfois un degré très bas. Si, dans les premiers jours qui suivent la naissance de l'enfant variolisé, cet abaissement est quelquefois très léger, oscillant entre 35° et 36°, la plupart du temps et c'est la règle, elle atteindra des chiffres en apparence extraordinaires (28°, 27°, même 22°).

Si on étudie les courbes de la température dans les divers cas de variole congénitale, on est surtout frappé de l'écart considérable qui existe entre les températures extrêmes.

Dans un cas de M. Champ, la température qui était le 20 mars, à 28°, était le 21, à 40°,2.

Dans un autre, la température du 11 juin était de 32°, du 12, de 42°,2.

De plus la température est instable; il n'y a point de régularité dans sa marche, point de régularité dans le cycle quotidien, la température vespérale étant tantôt supérieure, tantôt inférieure à la température matutinale.

L'hypothermie relève-t-elle bien de l'infection variolique et ne peut-on soupçonner d'autres causes?

Certes, d'autres infections que la variole peuvent s'accompagner d'hypothermie chez le nouveau-né : la sclérème, l'athrepsie, l'algidité progressive des nouveau-nés de Parrot, la cyanose ; mais l'absence fréquente de ces symptômes dans les observations de M. Champ et la constance de l'hypothermie chez ces enfants, nés de mères varioliques, ne peut laisser de doutes sur la relation étroite qui réunit l'hypothermie à la variole.

Le mécanisme même de l'anomalie thermique est extrêmement complexe. Il semble qu'on peut chercher à l'expliquer en tenant compte, d'une part, des conditions mêmes dans lesquelles se fait l'infection et, d'autre part, des conditions de résistance de l'organisme infecté; en d'autres termes, en envisageant successivement le mode d'infection et le mode de réaction du fœtus.

L'infection du fœtus est une infection massive; le transport des germes par le sang se fait d'une façon prolongée; le sang du fœtus est comme baigné par un sang renouvelé et lui apportant de nouveaux germes pendant une période plus ou moins longue. Or, la plupart des poisons minéraux ou microbiens, à faible dose, élèvent la température, à forte dose, l'abaissent.

Les différences s'accentuent d'ailleurs, si on envisage les conditions de résistance à l'infection. Elles expliqueraient pourquoi, d'une façon constante, on trouve l'hypothermie à la naissance. L'élévation thermique, qui est un moyen de lutte de l'organisme contre l'infection, suppose le concours complexe de divers appareils qui, chez le fœtus, sont suppléées par les appareils maternels. Or, ceux-ci sont en souffrance.

Quoi qu'il en soit, l'enfant naît avec de l'hypothermie, et celle-ci persiste, ou du moins reste prédominante. Cette persistance de l'hypothermie peut être rattachée à différentes causes, ou plutôt elle paraît résulter de l'action complexe de ces diverses causes : le ralentissement de la circulation et des phénomènes d'échange (myocardite), le peu de réaction du système nerveux, soit que celui-ci soit atteint directement dans ses centres par les toxines parasitaires, soit qu'il succombe à l'élimination insuffisante des produits toxiques par le foie. Le foie joue, en effet, un rôle de régulateur de la chaleur et sa dégénérescence est une des constatations les plus fréquentes à l'autopsie des nouveau-nés varioleux. L'ictère, bien que ne relevant pas directement de la variole, témoigne aussi de son atteinte.

Ainsi, on peut considérer l'hypothermie comme un des signes de l'absence de réaction à l'infection par la voie placentaire.

Tantôt l'enfant né d'une mère variolique, guérit; tantôt il y a avortement ou naissance d'un fœtus mort-né. Entre les deux cas extrêmes, on peut placer le cas le plus fréquent où l'enfant, après une phase hypothermique plus ou moins longue, finit par succomber, comme si la dose virulente qu'il a reçue par la voie sanguine, trop forte pour le laisser vivre, était cependant trop faible pour le tuer immédiatement.

Après l'hypothermie, le phénomène le plus constant de la variole congénitale est l'ictère.

L'ictère, dans les différentes observations de M. Champ est apparu le plus souvent 2 jours après la naissance; dans un cas, au 4° jour ; dans deux autres cas, au 6° jour.

La coloration jaune, d'abord peu marquée, était plutôt subictérique qu'ictérique; elle ne devint nette à la peau et aux conjonctives que quelques jours après son apparition.

A la naissance, jamais les enfants ne présentèrent cette coloration des téguments.

Cette teinte augmente d'intensité les jours suivants; quelquefois, elle disparaît pendant un jour ou deux pour reparaître au 8° et 10° jour et persister jusqu'à la mort. Souvent, elle a coïncidé avec de l'œdème, qu'il

soit localisé à la région plantaire, à la face dorsale des mains, au scrotum. Cet œdème était particulièrement dur, blanc, il faisait place ensuite à une coloration rouge des téguments, parfois lie de vin.

Dans plusieurs cas, les extrémités prirent un aspect bleuâtre, très spécial, rappelant la cyanose des extrémités. Ce phénomène coïncidait avec une hypothermie très marquée des extrémités et de la face.

Dans un cas, la sensation éprouvée en touchant les mains de l'enfant était absolument comparable à celle qu'eût produit le contact avec un cadavre.

Si l'enfant est faible, il n'a point la force de réagir contre les éléments pathogènes, l'éruption, un des plus puissants moyens de défense de l'économie, ne peut se produire, et l'hypothermie persiste jusqu'à la mort.

D'autres fois, au contraire, l'enfant, mieux constitué pourra lutter contre l'infection massive dont il est atteint, et cette réaction se fera par l'intermédiaire de l'éruption; à ce stade l'hyperthermie succèdera à l'hypothermie, la température se rapprochera du chiffre normal, l'atteindra assez souvent et pourra même le dépasser.

Après l'apparition de l'éruption, caractérisée par un nombre restreint d'éléments, l'hypothermie reparaît; il semble que l'enfant soit à nouveau épuisé par cet effort.

Si au contraire l'évolution des éléments se fait normalement, où même passant par les stades intermédiaires, arrive à la pustulisation, la température s'élèvera, deviendra voisine de 40°.

Quelle que soit la marche de la température dans l'infection, l'enfant retombe toujours dans l'hypothermie et y succombe.

Cette hypothermie finale atteignit dans les cas de M. Champ 28°, 27°, 30°.

Dans deux cas, la température prise 10 minutes après la mort donna des chiffres surprenants. Elle fut une fois de 45° et l'autre 40°,2.

Éruption. — Il est des cas où l'éruption a fait totalement défaut, et où l'infection variolique ne s'est traduite chez le nouveau-né que par l'hypothermie suivie d'ictère; le plus souvent, on a constaté une éruption consistant tantôt dans l'apparition d'un rash tout comme chez l'adulte, tantôt dans la présence d'éléments varioliques véritables.

Lorsqu'il existe une éruption, les éléments apparaissent en général, disent les auteurs, entre le 6e et le 10e jour.

Exceptionnellement (1 cas) ils sont apparus plus tôt, 4 jours après la naissance de l'enfant.

Dans certaines observations où l'éruption a fait défaut, le rash a été seul observé. Il s'agissait de rash généralisés, morbilleux, très légers le plus souvent, ou même scarlatineux.

Dans un cas, cet érythème scarlatiniforme a même revêtu une très grande intensité. Survenu au 9e jour, après la naissance, il était généralisé au tronc, à l'abdomen, avait respecté les membres supérieurs et inférieurs, était surtout marqué à la face. Mais jamais M. Champ n'a vu de rash hémorrhagique.

Quant à l'éruption, elle présente plusieurs points intéressants. Tout d'abord elle apparaît non pas en une fois, mais par poussées successives, qui ont été séparées les unes des autres par des intervalles de 1 jour, de 2 et même de 5 jours.

Chez l'adulte, rien de semblable n'a été constaté; l'éruption se fait en une seule fois.

Un deuxième caractère frappant, dans cette évolution de la variole fœtale, est ce fait que l'éruption est presque toujours fort discrète; une seule fois elle fut cohérente par places.

Dans aucun cas, M. Champ n'a rencontré la forme cohéro-confluente ou confluente.

Il n'y a donc pas à décrire de forme confluente chez le nouveau-né, pas non plus de variété hémorrhagique, quoique au cours des autopsies pratiquées, il ait été trouvé des signes d'hémorrhagies viscérales, sous forme de piqueté localisé à la surface du rein ou du foie, piqueté que l'on retrouve dans la variole hémorrhagique de l'adulte.

La variole du nouveau-né est donc une variole très discrète, à éléments peu nombreux, avec ce point spécial que l'intensité et la gravité de l'infection ne sont nullement en rapport avec l'abondance de l'éruption.

Chez le nouveau-né, l'éruption n'offre aucune localisation spéciale, et apparaît sur un point quelconque du corps.

La taille des éléments est en général très petite, beaucoup plus que chez l'adulte, leur dimension variant entre celle d'une tête d'épingle et d'un grain de millet, atteignant rarement celle du grain de chènevis. La plupart du temps leur volume rappelle celui des taches rosées lenticulaires que l'on observe au début du deuxième septenaire dans la fièvre typhoïde.

Chez le nouveau-né les éléments éruptifs sont plats, irréguliers, très pâles; leur aspect blanchâtre rappelle celui des papules ou pustules développées sur les muqueuses. En général, leur nombre est peu élevé, il y en a 5 ou 6 au plus.

Chez l'adulte, chaque élément éruptif passe par diverses phases successives.

Chez le nouveau-né, rien de semblable ne se produira dans la plupart des cas. Une seule fois cependant l'évolution totale a eu lieu, une seule fois le stade de suppuration a été atteint.

Mais le plus fréquemment les premiers stades de l'évolution seuls sont atteints. Ce sont des macules, entourées par une légère couronne blanchâtre, peu abondantes.

L'éruption variolique peut en rester là, ou encore, et c'est la majorité des cas, cette tache rouge va devenir saillante, la macule va devenir papule, quelquefois même se remplira d'une petite quantité de liquide louche. On assistera alors à l'éclosion d'une petite vésicule contenant de la sérosité, mais toute différente de la grosse vésicule de l'adulte, par l'aspect, la forme et les dimensions.

Un autre point reste encore à mettre en lumière, c'est la rapidité de la disparition de ces macules ou papules, c'est la brièveté de leur existence comparativement à celles de l'adulte. Chez le nouveau-né, il semble que la variole tourne court, et reproduise, pour de tout autres causes, l'aspect noté parfois chez l'adulte alors qu'une vaccination récente a abrégé l'évolution des éléments et en a tempéré la gravité.

La variole du nouveau-né diffère donc de la variole de l'adulte par son éruption qui est très discrète, par le siège des éléments, par leur nombre, leur dimension et par leur dessiccation rapide, et surtout comme nous l'avons vu, dans toutes nos observations, par la marche de la température, par cette hypothermie qui nous paraît le point le plus saillant, hypothermie presque toujours suivie d'ictère.

Pronostic. — Les éléments éruptifs peuvent être considérés comme un mode de réaction de l'économie contre l'infection variolique, comme un procédé de défense

qu'emploie l'organisme pour rejeter au dehors l'agent pathogène; or, si cette éruption fait défaut, si, existant, elle se fait mal, il y aura rétention du parasite à l'intérieur et, partant, une intoxication massive qui aura un retentissement fâcheux sur la vie du nouveau-né.

L'enfant infecté, variolisé, peut à sa naissance ne pas avoir la force de lutter, et il meurt aussitôt, en pleine hypothermie.

D'autres fois, mieux constitué, mais encore peu résistant, il succombe les jours suivants, n'ayant pas présenté d'autres phénomènes que de l'hypothermie et de l'ictère.

Dans un troisième groupe, les enfants ont pu réagir contre l'infection, traverser la période pré-éruptive, et le corps, entre le 6e et le 10e jour de la maladie, a été couvert de macules ou de papules. Mais chez eux, l'éruption s'est développée par à-coups successifs; elle a été toujours fort discrète, et la pullulation du parasite de MM. Roger et Weill a entraîné leur mort.

Cette éruption qui se fait mal rend le pronostic grave, car alors un des meilleurs moyens de protection de l'organisme fait presque complètement défaut.

En résumé, la variole congénitale, toujours mortelle, doit cette terminaison au peu de résistance de l'organisme fœtal, à l'abondance des parasites dans les différents organes, et à leur virulence.

Le pronostic ne semble point, d'après nos nombreuses observations, en relation avec la variole de la mère; que celle-ci ait été hémorrhagique, discrète, cohérente ou confluente, l'enfant n'en a pas moins succombé après une réaction plus ou moins longue.

Dans un seul cas, l'enfant a pu guérir; il était né à terme, bien constitué, d'un poids supérieur à la moyenne, et la mère, vaccinée au 7e mois de sa grossesse, ne présenta qu'une variole discrète.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 19 Juillet 1901.

Hémiplégie progressive par dilatation ampullaire de l'artère basilaire.

MM. de Massary et **Carton** rappellent que le diagnostic de la cause d'une hémiplégie progressive est toujours difficile à préciser. On connaît actuellement deux variétés d'hémiplégie progressive : l'une décrite par Fletcher en 1846, sous le nom d' « ingravescent apoplexy », ou apoplexie progressive due à une hémorrhagie cérébrale dilatant l'espace compris entre la face externe du noyau lenticulaire, et la capsule externe; l'autre décrite par MM. Brissaud et de Massary au Congrès d'Angers en 1898, hémiplégie progressive due à un ramollissement blanc hypertrophique causé par un anneau d'endartérite éloignée.

Ces deux variétés sont faciles à distinguer l'une de l'autre par la clinique et par l'anatomie pathologique. Le cas présenté aujourd'hui pourrait faire créer une troisième variété, s'il était autre chose qu'une exception.

Une femme de 43 ans, alcoolique, commença sans ictus, une hémiparésie gauche totale, le 7 juillet; cette hémiparésie s'accentua les jours suivants, devint une hémiplégie vers le 18 juillet; le coma survint le 20, et la mort eut lieu le 22 en hyperthermie. La cause de ces accidents était une dilatation ampullaire probablement récente de l'artère basilaire, ayant comprimé la partie supérieure de la protubérance, à droite, et ayant agi sur la pyramide droite, soit en la comprimant, soit en y produisant des troubles de circulation. Les hémisphères cérébraux n'étaient que fortement vascularisés. La mort fut le résultat d'une thrombose ultime de l'artère basilaire.

Désarticulation interscapulo-thoracique.

M. Morestin apporte un membre supérieur enlevé par la désarticulation interscapulo-thoracique, chez une femme opérée d'un cancer du sein, et réopérée deux fois pour récidive. L'ablation du membre fut décidée pour débarrasser la malade d'une névrite très douloureuse et d'une paralysie du cubital.

Fracture du bassin.

M. Morestin montre un bassin fracturé en plusieurs points, recueilli chez un homme tombé d'un lieu élevé, et chez lequel s'était produit un énorme hématome sous-péritonéal.

Adénopathie pseudo-cancéreuse.

M. Paul Delbet montre un ganglion tuberculeux de la région sous-maxillaire, qu'on avait considéré cliniquement comme un ganglion cancéreux.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 15 Mai 1901.

Lésion traumatique ou inflammatoire de l'avant-bras ayant déterminé des déformations de la griffe cubitale de Duret.

M. Vermeersch a observé trois cas de ce genre de lésions : les deux premiers chez des malades de l'Ommelet, le troisième n'a été remarqué qu'après la mort de l'individu, à l'autopsie.

Dans l'un, il s'agit d'un homme de 54 ans, actuellement en traitement à l'Asile, pour des phénomènes d'excitation cérébrale, qui fut atteint, il y a six ans, d'un énorme phlegmon péri-articulaire de la région du coude droit, et qui, depuis, porte une large cicatrice sur la face antérieure de l'avant-bras, au niveau du coude, et une autre plus petite, au niveau de la gouttière épitrochléo-olé-cranienne. Le malade ne peut plus fléchir complètement l'avant-bras, les mouvements de rotation de l'articulation radio-cubitale supérieure sont incomplets et douloureux. Les deux derniers doigts sont recourbés; la main est déformée et porte des ulcérations qui apparaissent d'une façon presque spontanée ou qui sont provoquées par l'usure de la peau par les ongles des doigts incurvés. Cette déformation n'est apparue que progressivement et très lentement.

Il existe, en outre, une atrophie assez marquée de l'avant-bras droit, ayant surtout porté sur les muscles de la région antéro-interne, et une sorte de tuméfaction dure, profonde, au niveau des articulations huméro-cubitale et radio-cubitale supérieure.

Au poignet, tous les mouvements sont conservés.

Synovite chronique du genou sans altération ligamenteuse ou osseuse, avec tubercules fibreux. Arthrotomie. Guérison.

M. Duchêne lit l'observation d'une jeune fille de 17 ans, qui, à la suite d'un léger traumatisme au niveau du genou (piqûre d'aiguille), remarqua que l'articulation se gonflait, qu'elle devenait douloureuse et que les mouvements diminuaient d'amplitude. Divers traitements (vésicatoires, topiques divers, ponctions répétées et injections à l'éther iodoformé), restèrent sans résultat, et quand la malade entra à l'hôpital, trois ans après le début des accidents, le genou droit mesurait 425 millimètres de circonférence, l'autre mesurant 33 centimètres), la synoviale était épaissie, les mouvements de flexion limités. Le système osseux paraissait sain, il n'y avait pas d'atrophie musculaire, et la marche était facile avec une légère claudication. A la face externe siégeait un petit abcès ne communiquant

pas avec l'articulation. Le diagnostic posé fut : synovite hypertrophiante avec abcès circumvoisin.

M. Duret pratiqua l'arthrotomie. L'abcès superficiel fut d'abord ouvert; il contenait un pus grumeleux mal lié, de mauvais aspect. Après incision curviligne, la synoviale apparut très épaissie, enflammée, de consistance analogue à celle du caoutchouc. L'articulation contenait un peu de sérosité louche. Elle fut largement ouverte et lavée avec une grande quantité d'eau phéniquée chaude. Après suture et drainage, le membre fut immobilisé dans une gouttière plâtrée.

L'examen histologique de la synoviale montra l'existence d'un tissu conjonctif adulte, très vascularisé à la partie externe, et de véritables tubercules dépourvus, pour la plupart, de zone périphérique embryonnaire, entourés et traversés par du tissu fibreux.

Les suites opératoires furent bonnes et la malade, après avoir eu un peu de suppuration, est actuellement en voie de guérison.

M. Duchêne insiste sur les difficultés du diagnostic différentiel de la synovite chronique et de la tumeur blanche, et déclare que l'arthrotomie peut amener la guérison de lésions tuberculeuses articulaires, comme la simple laparotomie amène dans certains cas, la guérison de la péritonite tuberculeuse.

Appendicite perforante avec péritonite généralisée.

M. Vermeersch présente l'observation d'un malade du service de M. Duret. Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, habituellement constipé, qui eut, 1 an 1/2 auparavant, un point de côté violent qui se localisa dans la région des fausses côtes droites et qui céda à l'application d'un vésicatoire. Depuis, le malade ressentit des coliques plus légères de temps en temps. Il y a 3 ou 4 jours, elles apparurent de nouveau, après une diarrhée assez abondante suivie elle-même d'une période de constipation, et s'accompagnèrent de vomissements, de ballonnements du ventre, avec pouls petit et rapide, d'un faciès grippé et d'une température de 38°,8. A l'examen, le malade accusait une douleur spontanée dans tous le bas-ventre, avec un maximum d'acuité un peu au-dessus et en dedans du point de Mac Burney, et sans empâtement bien net dans le flanc droit.

Un traitement médical (opium et glace) amena une légère amélioration pendant 3 jours. Puis, la fièvre augmenta, les douleurs augmentèrent. L'intervention chirurgicale montra l'existence d'une péritonite généralisée consécutive à une appendicite. L'appendice occupait une position rétro-cæcale et remontait vers la ligne médiane; il était rouge, tuméfié; son sommet était épanoui en pavillon à franges déchiquetées, et renfermait vers son milieu un corps très dur, comparable à un noyau de cerise, et présentait une perforation due à une ulcération.

Les suites furent bonnes, et le malade paraît actuellement hors de danger.

M. Duret insiste sur les difficultés du diagnostic quand l'appendice est situé derrière le paquet intestinal, presque sur la ligne médiane. Dans un cas pareil, il n'existe pas de symptômes de localisation; on observe du tympanisme et des signes de péritonite. L'âge du sujet est un bon élément de diagnostic; chez l'enfant, toute péritonite à marche aiguë doit faire soupçonner une origine appendiculaire.

Au point de vue opératoire, il y a avantage à pratiquer une incision latérale allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, car en faisant une incision médiane, on risque de décoller des anses intestinales légèrement adhérentes, et de semer la péritonite.

Péricardite sèche aiguë par cause traumatique.

M. Le Roy relate l'observation d'une fillette de 6 ans qui, en convalescence d'une varicelle, reçut un choc dans la région précordiale. Le lendemain la malade accusait, au niveau de l'appendice xyphoïde, une légère douleur qui augmenta progressivement et qui était exagéré par la marche, l'effort, la toux. A l'examen, on ne trouva pas de traces de traumatisme; on nota une accélération du rythme cardiaque, un bruit de frottement superficiel systolique et diastolique et, à la base du poumon droit, de la matité, et un souffle doux inspiratoire. Les jours suivants, l'état général s'altéra, la fièvre monta à 39°,6; le pouls, à 146 pendant le frottement, prenait un caractère râpeux et devenait perceptible dans toute la région précordiale.

L'enfant fut soumis au régime lacté, au benzoate et au salicylate de soude, à la dose de 2 grammes par jour, et reçut une injection de 10 centim. cubes de sérum antistreptococcique de Marmoreck. Trois jours plus tard, les signes de péricardite étaient toujours aussi accusés, mais l'épanchement pleurétique avait disparu. Une nouvelle injection de sérum de 10 centim. cubes fut suivie de la diminution progressive du bruit de péricardite, de la fréquence des battements du cœur et, quelques jours après, l'enfant sortait guérie de l'hôpital.

M. Le Roy fait ressortir les particularités intéressantes de ce cas : la pathogénie et le traitement. Au point de vue pathogénique, il admet que le traumatisme a déterminé une localisation péricardique de l'infection varicelleuse, très probablement streptococcique, et cite les travaux de Banti, qui confirment son interprétation. Pour expliquer l'apparition d'une pleurésie à droite et non à gauche, il s'appuie sur des raisons anatomiques et déclare que le sinus pleural costo-médiastinal, qui s'avance presque jusqu'au niveau du bord gauche du sternum, a subi l'influence du traumatisme d'une façon plus marquée que le sinus gauche. Cette interprétation pathogénique faisant prévaloir l'idée d'une localisation streptococcique, le sérum de Marmoreck se trouvait par conséquent indiqué.

Arthrites gonococciques chez une enfant de 5 mois.

M. Decottignies rapporte l'observation d'une fillette de 5 ans qui présenta, au niveau du poignet et du coude, un œdème, rouge, douloureux à la pression et des signes de vulvite dont le pus épais renfermait du gonocoque. Un traitement au permanganate de potasse et au salicylate de méthyle amena rapidement la guérison des accidents vulvaires et articulaires.

M. Duret demande si l'arthrite est réellement de nature vénérienne; en effet, la vulvite, assez fréquente chez les petites filles, n'a pas toujours une origine vénérienne. La contamination se fait souvent par un objet malpropre et il y a lieu de se demander si le gonocoque est bien l'agent de cette infection.

Fracture du crâne.

M. Delobel résume l'observation d'un cas de fracture du crâne.

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui, après une chute volontaire de la hauteur d'un second étage, présenta une plaie contuse au cuir chevelu en arrière et à droite, un coma peu prononcé, une légère contracture des membres, sans perte de connaissance et sans écoulement de liquide sanguin et séreux ni par les oreilles ni par le nez. La mort survint le 4e jour après l'accident, après que la blessée eut présenté des troubles de la déglutition, de l'anurie pendant 48 heures, un pouls très rapide et une température élevée (40°). L'autopsie montra une fracture étendue depuis le pariétal droit jusqu'au trou occipital, une ecchymose au niveau du cervelet, un caillot recouvrant entièrement le lobe frontal gauche et une destruction partielle de la matière cérébrale au niveau de ce lobe.

M. Duret fait remarquer que le trait de fracture traversait la région occipitale, la fosse occipitale, contournait la partie latérale du trou occipital et venait y aboutir après avoir produit une esquille assez grosse. Cette fracture représente une de ces formes non classiques des fractures de la base du crâne, car elle ne s'accompagne pas d'écoulement séreux ou sanguin par le nez ou l'oreille et ne produit pas d'ecchymose sous-conjonctivale ou sous-palpébrale. Elle ne se manifeste que par des phénomènes de paralysie et de contracture légère. Quénu s'est occupé de ces fractures dites occipito-postérieures; les unes sont médianes, les autres, après avoir atteint le trou occipital, le dépassent et arrivent jusqu'au rocher et jusqu'à la région orbitaire. Ces fractures se caractérisent par des signes de commotion cérébrale

et de paralysie. Elles appartiennent à la catégorie des fractures par irradiation, mais la direction du trait est assez constante. La lésion cérébrale observée au niveau du lobe frontal du côté gauche est une lésion par contre-coup, car le choc a porté à la partie postérieure et droite du crâne. La mort doit être attribuée à de la méningo-encéphalite, car la température est montée jusqu'à 40° et le pouls était très fréquent. Le traitement, qui consiste à trépaner, ne donne pas de résultats. Cette méningo-encéphalite peut être attribuée à l'infection ou plutôt à l'attrition de la substance cérébrale.

Diverticule prévatérien congénital et cancer de l'ampoule de Vater, déterminant une obstruction biliaire.

M. Le Roy lit l'observation d'une femme de 64 ans qui, à 22 ans, fit un ictère catarrhal bénin, et qui, il y a 10 ans, eu une fracture de l'extrémité inférieure du fémur. Il y a 5 mois, elle ressentit des douleurs au niveau de la 12° côte, douleurs s'irradiant le long du grand et du petit nerf adommo-génital, et commença à maigrir; il y a 1 mois, les urines devinrent très foncées, les selles se décolorèrent, les téguments prirent une teinte jaune, et les vomissements apparurent.

A l'examen, on trouva un foie volumineux, lisse, non déformé, débordant de 7 travers de doigt les côtes; une vésicule biliaire distendue, hydropique, des urines ictériques, des selles décolorées, une teinte nette des conjonctives et des téguments.

L'autopsie montra un foie vert brun foncé, très hypertrophié. A la coupe, les canaux biliaires étaient dilatés, remplis de pus; le canal cholédoque mesurait 4 centimètres de diamètre. L'orifice du cholédoque à l'ampoule de Vater était obstrué par une tumeur circulaire, de la grosseur d'un pois, à surface granuleuse, dont le centre correspondait au centre de l'ampoule, et laissait passer un fin stylet. L'examen microscopique de cette tumeur montra qu'il s'agissait d'un cancer. Au hile du foie, ni partout ailleurs, il n'y avait pas de propagation ganglionnaire. En arrière de l'ampoule, snr la paroi duodénale, existait un diverticule ressemblant à une fossette sphérique, régulièrement arrondie, mesurant 9 millimètres de diamètre, portant un orifice circulaire et paraissant formée par une plicature de la muqueuse. La cavité de ce diverticule présentait un diamètre transversal à peine plus grand de 2 millimètres que l'orifice et d'une profondeur de 1 centimètre; sa paroi interne était lisse, de la couleur de la muqueuse intestinale voisine, sans trace d'irritation.

M. Le Roy insiste sur la rareté de ce genre de malformation; il rappelle les 4 observations antérieures de Letulle, Nattan Larrier, P. Marie et Gandy, où il s'agissait de dépression à cavité unique ou multiple. Il déclare que les anomalies du pancréas définitif et de son canal excréteur sont beaucoup plus fréquentes que les déformations de la paroi intestinale proprement dite, qui peuvent être considérées, d'après Doutrebente et Gombault, comme un simple accident de développement. L'anomalie peut recevoir et retenir des corps étrangers qui, par irritation ou par leur volume, pourront amener une obstruction des voies biliaires. M. Le Roy se demande si l'influence de l'irritation sur la production du cancer étant admise, la tumeur observée n'est pas la conséquence pathologique de la malformation.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE LILLE

Séance du 15 Mai 1901.

Empyème de la mastoïde avec myosite du sterno-mastoïdien.

M. Lavrand. — Il s'agit d'un garçon de 15 ans, venu à la clinique, pour une otorrhée gauche ancienne, dont le début remonte, il ne sait au juste, à 12 ou 13 ans environ; il ne s'en est d'ailleurs jamais occupé.

Le fond de la caisse largement ouverte est rempli de pus; les osselets sont absents. Le malade est malingre, chétif, paraît 13 ans à peine ; son teint est mat pâle; on trouve des ganglions un peu partout. Lavages antiseptiques.

Huit jours plus tard, le malade est pris de douleurs avec fièvre élevée. On diagnostique un abcès sous-périosté avec antrite aiguë. L'intervention permet en effet de trouver une collection sous-périostée abondante avec décollement en arrière, de 5 à 6 centimètres; puis on trépane l'autre, qui est plein de pus.

Les suites sont normales durant les premiers temps et sans fièvre. En moins de trois semaines, la plaie opératoire se ferme. Tout paraissait terminé, quand le pus se reforme dans le décollement postérieur qui semblait guéri. Il faut drainer à nouveau. Bientôt la tête se penche à gauche et se tourne un peu à droite : le sterno-mastoïdien est dur, contracturé.

On ouvre successivement deux abcès venant de la gaîne du muscle. Peu à peu, les abcès guérissent et la tête reprend sa mobilité normale, et l'enfant guérit.

A noter dans cette observation : 1° L'existence d'une vieille otorrhée négligée, qni s'est réchauffée tout à coup. A cela, rien d'extraordinaire, car tout otorrhéique non soigné court le risque de mourir par son oreille;

2° Les abcès de la gaîne du sterno-mastoïdien, qui ont fait craindre une mastoïdite de Bezold. La marche aiguë de l'antrite, la guérison des abcès par simple drainage ont fait rejeter cette hypothèse et le traitement qu'elle eut comporté.

Endocardite végétante infectieuse.

MM. Desplats et Augier. — Un jeune homme de 21 ans, bien portant, fut obligé de quitter son travail dans la journée du mardi 2 avril. Le lendemain, ses camarades le trouvèrent très souffrant et le firent transporter à l'hôpital. Il était très prostré et avait une fièvre intense. Pendant toute la nuit, il eut du délire, et le lendemain, il avait 40°,4 et 120 pulsations. Il se plaignait d'une céphalée intense, avait de la raideur de la nuque et du rachis et quelques vomissements. Rien de net à l'auscultation. Quoiqu'on ne crût pas, à l'existence d'une fièvre typhoïde, on fit le séro-diagnostic, qui fut négatif. Un bain à 25° fut administré, qui fit tomber la température à 36°,4 sans amener de soulagement. A 4 heures, le thermomètre était remonté à 41°. Un nouveau bain fut administré, qui amena une nouvelle chute, l'état restant le même. La nuit fut mauvaise, mauvaise aussi la journée, et le malade mourut le soir, sans qu'il eut été fait de diagnostic.

A l'autopsie, on trouva le myocarde flasque et au niveau de l'orifice aortique, à la jonction des deux sigmoïdes, sur la face inférieure, une végétation très volumineuse et flottante. La rate était très grosse, mollasse, friable, et présentait, à la partie inférieure, un volumineux infarctus.

Les reins étaient gros et parsemés, au niveau de la substance corticale, de petits abcès miliaires.

La main présente une déformation qui rappelle la griffe cubitale dont M. Duret a fait une étude détaillée en 1872. Les denx derniers doigts sont incurvés en crochet : il y a extension de la première phalange sur le métacarpien correspondant, flexion incomplète de la phalangine sur la première phalange et flexion également incomplète de la phalangette sur la phalangine, de sorte que le doigt décrit un arc de cercle à concavité dirigée vers la paume de la main. Le médius est légèrement fléchi, l'index l'est davantage et se dirige vers l'axe du membre, ses deux dernières phalanges sont atrophiées, tandis que la première est œdémateuse et comme infiltré de graisse.

La paume de la main est profondément excavée, les éminences thénar et hypothénar semblent légèrement atrophiées. Au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, le mouvement d'adduction est seul impossible.

La face dorsale de la main présente une atrophie très marquée. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont hypertrophiées.

En plus de ces déformations, il existe des troubles trophiques, des troubles vaso-moteurs qui rendent la main très sensible aux variations de température. Il n'y a pas de troubles sensitifs, sauf quelques douleurs spontanées. Les troubles moteurs consistent en une flexion des doigts très limitée, une impossibilité de l'extension, de l'écartement, des mouvements de l'éminence hypothénar.

Dans le second cas, observé chez un homme de 70 ans, on

note un vaste phlegmon de la main et de l'avant-bras, qui a évolué il y a 30 ans, et une blessure (coup de scie), à la face interne de l'avant-bras, il y a deux ans. Ici, le médius est recroquevillé, de même que l'annulaire et l'auriculaire. Le poignet est normal. L'éminence hypothénar est complètement atrophiée; l'éminence thénar, encore saillante à la racine du pouce, est séparée de la paume de la main par une gouttière profonde. Les espaces interosseux sont profondément excavés, le pouce est en rotation forcée, l'index est en extension et incliné vers l'axe de la main, les autres doigts, également déviés vers l'axe, chevauchent les uns sur les autres.

Il n'existe pas de troubles sensitifs. Les troubles trophiques sont peu accusés : ulcération tenace à la face dorsale du petit doigt et aspect lisse, violacé de la peau. Aucune ankylose. L'extension du petit doigt est impossible, celle de l'annulaire et du médius est incomplète, l'adduction du pouce et l'écartement du doigt sont impossibles. M. Vermeersch rapporte ces troubles à une lésion traumatique du nerf cubital, compliquée d'une inflammation intérieure d'une ou plusieurs gaînes synoviales des tendons fléchisseurs de la main.

Le troisième cas a été observé sur le bras gauche d'un individu vigoureux, décédé à l'hôpital de la Charité. Il existe, à la face interne, une cicatrice transversale, adhérente aux parties profondes, de l'atroohie de l'éminence hypothénar du petit doigt et de l'annulaire, qui sont fléchis à angle droit au niveau de l'articulation de la première avec la denxième phalange. Quelques troubles trophiques. En disséquant la pièce, on vit que l'artère et le nerf cubital avaient été sectionnés et que l'extrémité proximale du nerf présentait un renflement ganglionnaire du volume d'une amande. Les fléchisseurs superficiel et profond (faisceau interne), les muscles de l'éminence hypothénar, les lombricaux des deux derniers doigts étaient atrophiés.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 28 Juin 1901.

Epilepsie jaksonnienne ayant débuté 11 ans après le traumatisme. — Opération. — Guérison.

M. Breton présente un enfant de 14 ans, soigné dans le service de M. Ausset, pour des attaques d'épilepsie partielle du côté gauche, et opéré par M. Folet, le 21 janvier 1900. Ces crises ont commencé 11 ans seulement après une chute d'un premier étage dans la rue. Elles sont toujours restées localisées, mais ont augmenté de fréquence quelques jours avant l'intervention. Celle-ci a été couronnée de succès, bien qu'elle n'ait montré qu'une fissure de la région pariétale droite entre les lèvres de laquelle s'est présenté un kyste hématique sous-duremérien peu volumineux. Le bourrage de la cavité et les sutures cutanées ont terminé l'intervention.

Les particularités intéressantes, sur lesquelles d'ailleurs on insiste, sont : la longue période symptomatique qui a séparé l'époque de l'accident de l'apparition de crises; l'existence d'une fêlure restée intacte après une période post-traumatique de 12 ans; l'absence de généralisation des symptômes jacksonniens, fait anormal chez l'enfant; enfin, le mode d'intervention tout opportuniste, puisqu'il n'a pu intéresser les portions corticales du cortex.

M. Ausset. — Quelques jours après l'opération, l'enfant a présenté une crise épileptique qui aurait pu donner quelques craintes sur les résultats de l'intervention, si de pareils accidents se reproduisaient. Tout récemment, Mauclaire a signalé, à la Société de pédiatrie, une crise épileptique identique post-opératoire, qu'il attribuait à des phénomènes de compression traumatique et qui, en réalité, reconnaissait pour cause une compression exercée par le pansement.

Salpingo-ovarite tuberculeuse.

M. Colle présente des trompes et des ovaires tuberculeux, enlevés à une malade de 24 ans, mariée depuis 7 mois. Les premiers signes du mal remontent aux premières semaines du mariage. Malgré quelques antécédents héréditaires et personnels (cicatrices récemment fermées au cou), l'origine conjugale de l'affection fut adoptée. Il n'y avait d'ailleurs aucun signe clinique viscérale, du tube digestif ou du péritoine.

L'opération montra les anses d'intestin et tout le péritoine pariétal couvert de granulations tuberculeuses jeunes.

Pas d'ascite, pas d'adhérence d'un anse à l'autre. La trompe droite est encastrée sous un ovaire gros comme une anse d'intestin et adhère à l'épiploon. La libération fut assez pénible. Du côté gauche, ovaire moins gros, trompe bosselée, et ablation plus particulièrement difficile.

M. Colle fait ressortir l'impossibilité presque absolue du diagnostic et insiste sur la rareté d'une péritonite tuberculeuse granuleuse sans adhérences et sans ascite. Il présente les pièces, remarquables par la transformation de tout l'ovaire droit, en un vaste kyste purulent. Il montre que le pavillon de la trompe, contrairement à la plupart des observations, n'est pas accolé à la surface de l'ovaire dégénéré. Il est resté libre et déversait le caséum tuberculeux, dont la trompe est remplie, directement dans la séreuse.

Les suites opératoires ont été bonnes, sauf la formation, au quatrième jour, d'une fistule stercorale que la profondeur des lésions intestinales, au niveau des adhérences avec l'ovaire droit, suffisent à expliquer. Cette fistule est en voie de rapide régression, ainsi qu'il arrive généralement en pareil cas.

M. Carlier croit que les lésions tuberculeuses du péritoine sont souvent d'origine génitale; la lésion initiale du système génital retentit sur la séreuse par l'intermédiaire de la voie circulatoire plutôt que par mécanisme de déversement de la collection salpingienne dans le péritoine, car ces abcès ont généralement un contenu peu virulent comme les abcès du foie et ne provoquent que des lésions de réaction.

REVUE DES CONGRÈS

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

(Congrès annuel tenu à Cheltenham, 30 Juillet, 2 août 1901.)

SECTION DES MALADIES INFANTILES.

Traitement de l'intussusception chez les enfants.

M. Bernard Pitts a publié en 1897, 7 cas d'intussusception opérés avec six guérisons. L'étude de ces cas l'avait amené aux considérations suivantes. Dans les cas d'intussusception aiguë récente, la distension de l'intestin par l'air on l'eau combinée aux manœuvres externes appropriées peut être faite avec anesthésie. Le chirurgien toutefois doit être prêt à ouvrir l'abdomen si un résultat satisfaisant n'est obtenu. Dans plusieurs cas l'effet de cette insufflation est de réduire la masse principale de la tumeur sans lever complètement un obstacle irréductible dans la région iliaque droite ou lombaire. Elle facilite ainsi l'opération subséquente qui peut nécessiter qu'une étroite incision. Parfois l'insufflation suffit à amener la guérison.

L'incision exploratrice doit être pratiquée d'emblée sans insufflation lorsqu'en raison de la gravité des symptômes ou de la chronicité du cas, on a lieu de craindre que l'insufflation ne soit dangereuse : dans ces cas elle peut aider au shock.

L'incision médiane convient à la majorité des cas, mais si la tumeur siège dans la région iléo-cæcale une incision limitée sur la ligne semi-lunaire droite peut être préférée. Pour la réduction finale la tumeur doit être sortie de l'abdomen de façon à ce que l'opérateur ait sous les yeux la cause de la nature exacte de l'intussusception.

L'épaississement de la valvule iléo-cæcale peut faire croire à une incomplète réduction. Dans le doute une incision peut être pratiquée dans le côlon et les parties examinées sur leur face interne.

Quand la réduction est trouvée impossible, la résection offre les meilleures chances de succès. L'existence d'une zone gangrenée chez l'enfant laisse peu d'espoir. La résection complète et l'union bout à bout, soit par un bouton de Murphy ou par la suture donne peu de résultat. La résection rapide avec implantation latérale de l'intestin grêle sur une portion saine du côlon en fixant l'extrémité sectionnée du côlon à la paroi, pour donner temporairement passage aux gaz est la meilleure pratique à adopter.

Depuis ces premières conclusions, le Dr B. Pitts a étudié 115 cas d'intussusception traités à « Saint-Thomas-Hospital »; il y a sur ce nombre 105 enfants au-dessous de 12 ans avec 36 guérisons; 13 ont guéri par l'insufflation ou les manipulations externes, 23 par laparotomie. L'âge moyen des cas guéris par insufflation est de 22 mois; 5 de ces cas se rapportent à des enfants de moins de 6 mois. L'âge moyen des cas opérés est 19 mois, 13 ayant 6 mois au moins.

Pendant les années 1898-1899-1900, la pratique uniforme à Saint-Thomas-Hospital a été la laparotomie primitive avec 27 morts, 21 guérisons. La seule exception est un enfant de 7 mois traité par l'insufflation d'eau, 36 heures après le début. Tandis que de 1875 à 1894 inclus, 40 cas seulement ont été amenés à l'hôpital de 1895 à 1900 inclus, il y a 68 cas.

Cette fréquence plus grande bien que réelle, tient aussi à une meilleure connaissance du tableau chimique, à un diagnostic meilleur.

L'étude des cas observés depuis 1897, conduit l'auteur a modifier ses premières conclusions dans le sens plus favorable à la précocité de l'intervention. L'insufflation et les manipulations ont seulement pour but de réduire la masse.

Dans les cas aigus, surtout lorsqu'il y a gangrène il faut sectionner la portion malade, baisser les deux extrémités de l'intestin hors de l'abdomen, et pratiquer la réunion par une opération subséquente.

M. d'Arcy Power dit que de 1860 à 1900, 113 cas d'intussusception ont été admis à Saint-Bartholomew-Hospital et à Victoria-Hospital. Il y a eu 66 morts, 47 guérisons. Pour ces dix dernières années les cas observés ont été de 65 sur un total de 46 197 cas chirurgicaux : 42 de ces 65 cas sont morts, 23 ont guéri; 30 présentent un intérêt spécial; 2 ont guéri spontanément. Dans un cas la laparotomie fut pratiquée sans intussusception et 3 fois l'intussusception ne fut pas trouvée lors de l'opération, mais constatée *post mortem*,

Un enfant de 12 ans guérit après une laparotomie qui montra 3 intussusceptions différentes, une sur la région iléo-cæcale, 2 sur l'intestin grêle. L'enfant était malade depuis 4 jours. 15 de ces malades ont subi l'entérectomie, 1 seul a guéri. Dans 6 cas, on fit un anus contre nature. L'opération de Maunsel fut faite 2 fois.

M. W. Mc Adam Ecdes se prononce en faveur de la laparotomie précoce.

M. A. H. Tubby étudie les mérites respectifs de la laparotomie et de l'insufflation. L'insufflation est souvent suivie de récidive, la laparotomie précoce est préférable.

M. Fr. E. Batten dit que la maladie est due en grande partie à l'abus d'aliments chauds et de purgatifs. Elle est plus fréquente dans les classes pauvres. Elle est plus rare en France et demande à M. B. Pitts s'il possède quelques renseignements à cet égard.

M. B. Pitts répond qu'il n'a aucun document sur ce point.

M. Fred. Eve dit que l'insufflation est rarement efficace. Sur 24 cas traités ainsi à London-Hospital, pas un seul n'a guéri par ce seul moyen, 18 ont été opérés après et 6 sont morts sans opération. Des 18 cas opérés, 14 fois la réduction a été opérée alors que l'insufflation avait échoué. Cette méthode donne souvent une illusion de guérison : elle n'est d'ailleurs pas scientifique.

L'expérience lui a montré qu'au moins chez les enfants, la valvule stomacale est si bien fermée que toute pénétration d'air ou de liquide dans l'iléon est impossible. L'invagination iléo-colique et iliaque constitue 38 p. 100 du total général. M. Eve attire l'attention sur une variété d'invagination débutant au niveau de l'origine du cæcum. Il en a observé 6 cas sur 26 opérations. Sur 21 cas, il y a eu 11 décès, soit 52,4 p. 100.

Hydropisie essentielle ou toxémique. Hydropisie sans albuminurie.

M. W. P. Herringham désigne, sous le nom d'hydropisie essentielle, les cas d'anasarque sans albuminurie ni cardiopathie.

Fagge dit que dans ces cas on peut douter de l'intégrité du rein. Bristowe fait intervenir l'anémie. Osler les rattache au mal de Bright. Dickinson, Duckworth et Goodhardt mentionnent des cas de cette nature.

L'auteur a observé un cas : un enfant de 2 ans entre à l'hôpital avec une ascite non douteuse rapportée à une péritonite tuberculeuse. Les symptômes disparurent et l'enfant resta à l'hôpital 4 mois, en raison de sa débilité et de son anémie prononcée. Il se développa progressivement de l'anasarque et l'enfant mourut de cachexie. L'urine ne contenait ni albumine ni éléments figurés. L'examen *post mortem* montra de l'exsudation dans les glomérules et les tubuli contorti.

Un second cas analogue se rapporte à un homme de 38 ans, observé par M. Donald Hodd.

Rilliet et Barthez ont vu 78 cas dont 35 primitifs précédés par une période de malaise et 43 secondaires, dont 23 secondaires à la scarlatine.

La maladie débute par une période de troubles généraux : frissons, fièvre, malaise, langue saburrale. Peu à peu apparaît l'hydropisie. L'urine reste sans albumine, mais elle est tantôt rare, tantôt normale, tantôt abondante. L'hématoporphyrinurie existait dans le cas du Dr Hodd. L'anasarque débute par les jambes, gagne le ventre et les bras.

Les lésions anatomiques ne sont pas constantes : dilatation du cœur, reins normaux en apparence, mais parfois altérés au microscope.

Quelle est la nature de cette maladie? Est-ce une néphrite, ou bien cet état dépend-il de l'anémie, ou bien est-il indépendant de l'une et de l'autre?

L'étiologie (froid, scarlatine), les lésions rénales, pourraient faire penser à une néphrite. Les phénomènes hydropiques, d'autre part, ne sont pas rares dans l'anémie. En réalité, l'auteur croit devoir rapporter cet état à une toxémie d'origine microbienne.

M. F. E. Batten dit que l'hydropisie sans albuminurie n'est pas rare chez les enfants et peut s'observer sous l'influence de causes diverses (syphilis, anémie, diarrhée). Il rapporte plusieurs cas.

Résultats de la greffe tendineuse dans la paralysie infantile et spasmodique.

M. A. H. Tubby, durant les 3 dernières années, a opéré 11 cas de greffe tendineuse pour paralysie infantile : 4 fois pour calcanéo-valgus, 2 fois pour talus-calcaneus, 1 fois pour equino-valgus, 3 fois pour equino-varus et 1 fois pour calcaneo-varus. En ontre, dans 4 autres cas de paralysie spasmodique de l'avant-bras et de la main, il a employé la méthode décrite par lui en 1897, qui consiste dans la transplantation du tendon du pronateur et section des fléchisseurs du poignet. Les résultats de ces différentes opérations, rapportées en détail, est bon dans son ensemble. Sur les 11 cas de pied bot il a eu 6 bons résultats et 5 échecs; sur les 4 cas de paralysie spasmodique, il y a 3 guérisons et 1 amélioration.

M. Sinclair White donne le détail des cas qu'il a opérés.

Diagnostic précoce des fièvres spécifiques aiguës.

M. Foord Caiger considère d'abord un premier groupe de maladies dont le point commun, c'est-à-dire la source de confusion, est dans l'existence, au début, d'un catarrhe des premières voies respiratoires, à savoir : rougeole, rubéole, coqueluche, refroidissement. Le fait que la rougeole et la rubéole ont ordinairement une éruption bien marquée, différencie déjà ces deux affections.

Le rash de la rougeole est généralement précédé par une période prééruptive de 2 ou 3 jours, tandis que dans la rubéole le rash apparaît dès le début. Le rash de la rougeole commence généralement pendant la 3e nuit et est précédé par l'injection conjonctivale et le larmoiement. Dans la rougeole post scarlati-

neuse, c'est-à-dire survenant pendant la convalescence de la scarlatine, le rash peut apparaître d'emblée. Sur 78 cas semblables observés dans les 15 derniers mois, 27 fois le rash apparut dès le début, 34 fois le second jour, 13 fois le troisième et 4 fois seulement le quatrième. Plusieurs de ces rougeoles furent graves, la mortalité étant 14 p. 100.

Dans la rubéole, le rash apparaît dès le premier symptôme de malaise, s'accompagne d'endolorissement des ganglions cervicaux postérieurs, surtout au niveau de la mastoïde. Les symptômes catarrhaux sont limités.

Quant au rash lui-même, dans la rubéole, les taches sont ordinairement plus petites, plus pointillées, plus diffuses dès le début et restent plus discrètes et plus persistantes que dans la rougeole.

Un autre symptôme important qui pourrait peut-être être pathognomonique, est le signe dit de Koplik, à savoir que dans la rougeole il existe à la période prééruptive des taches éruptives sur la muqueuse buccale, fait qui ne se voit jamais dans la rubéole. La priorité de ce signe revient à Filatow. Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la constance de ce signe. Sur 431 cas de différents observateurs, l'auteur trouve ce signe noté 420 fois, soit 97,6 p. 100.

Les autres pyrexies catarrhales des premières voies se différencient des précédents par l'absence de rash, de larmoiement.

Dans la coqueluche au début, on peut croire à une bronchite vulgaire. Dans certains cas, les quintes restent très effacées, et d'autres enfants peuvent être infectés avant que la véritable nature de la maladie ait été reconnue. Le gonflement des yeux, l'œdème subconjonctival, la viscosité des crachats, le fait que les râles sont surtout localisés au sommet du poumon, aident à la différenciation. Koplik confirme l'observation de Afanassieff, Szemetzchenko et Zuch, qui ont décrit un bacille à la période de début. 13 fois sur 16 cas, il a pu isoler ce bacille avec les caractères qui lui sont attribués par ces auteurs.

Valeur de la séro-réaction de Widal dans le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants.

M. J. H. Thursfield a employé la séro-réaction dans plus de 100 cas différents. 42 fois la réaction a été positive. Dans ces 42 cas il en est certain nombre pour lesquels le diagnostic eut été difficile. Dans un cas par exemple, le diagnostic était si difficile que le 3ᵉ jour de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 16ᵉ jour de la maladie, la température était normale. La réaction fut positive dès le 1ᵉʳ jour. Dans un autre cas, la température redevint normale au 10ᵉ jour et sa convalescence continua sans interruption. La réaction a toujours été positive lorsque le diagnostic ne faisait d'autre part aucun doute.

L'auteur pense que chez les enfants la présence de la réaction de Widal est un signe certain de fièvre typhoïde. Son absence n'est pas un signe certain en faveur de l'exclusion de la maladie, et en pareil cas l'épreuve doit être répétée plusieurs fois.

Rachitisme intra-utérin.

M. F. C. Abbott rapporte le cas d'une petite fille de 14 mois, présentant les lésions caractéristiques du rachitisme. Il n'est pas douteux que cette affection doive être regardée comme intra-utérine, car dès la naissance on put constater la courbure particulière des os.

M. Asby a vu un cas semblable.

Cure radicale de la hernie inguinale chez les enfants.

M. Harold J. Stiles, durant les trois dernières années a opéré plus de 100 hernies chez des enfants. Dans la discussion du *British medical Association*, il y a 2 ans, M. Eve avait nettement exprimé l'opinion que le bandage ne donnait le plus souvent que de mauvais résultats, par suite de la négligence et de l'ignorance des parents. C'est également l'opinion de l'auteur.

Les inconvénients du port du bandage sont de longue durée et d'un résultat incertain, tandis que les dangers de la cure sont pratiquement nuls et le résultat favorable. Coby, de New-York, sur 500 cas, n'a pas eu une seule mort. L'auteur a été moins heureux, car sur les 200 cas, il compte 3 décès. 40 p. 100 de ces cas n'avaient jamais porté de bandage.

Plusieurs opinions existent sur l'opportunité de l'âge. La majorité des auteurs préfèrent attendre 4 ou 5 ans. Il est certain que l'opération est moins urgente au-dessous de cet âge, la possibilité d'une guérison par le bandage étant plus grande. Sur les 100 cas de l'auteur, 14 fois l'opération a été faite au-dessous de 6 mois, 9 fois entre le 6ᵉ et le 12ᵉ mois, 56 fois entre la seconde et la 3ᵉ année 21 fois au-dessus de 3 ans. Il ne croit pas avec Langlois, que « les conditions anatomiques de la hernie inguinale ne sont pas favorables à une cure radicale chez les tout jeunes enfants, car il n'y a pratiquement pas de canal, l'orifice primitif de la hernie étant tout à fait en face de l'anneau externe et les muscles étant si mous et peu développés qu'on ne peut espérer une réunion suffisante ». M. H. J. Stiles croit au contraire que non seulement l'opération est plus simple, mais encore plus exempte de récidive que chez l'adulte.

Ainsi que l'a bien fait ressortir Russell, le sac, c'est-à-dire le processus vaginal partiellement ou complètement ouvert, est préformé et c'est le facteur étiologique essentiel de la hernie. Il en résulte que le point essentiel de l'opération chez l'enfant est l'isolement et l'ablation du processus funiculaire dont le col sera ligaturé au niveau de l'orifice interne. Le fait que chez les enfants le canal est si court et que l'anneau interne est presque juxtaposé à l'orifice externe, permet à l'opérateur en tirant en bas sur le processus funiculaire, d'appliquer une ligature sur le col sans traumatiser la paroi aponévrotique et musculaire. Russell préfère limiter l'opération à l'isolement, la ligature et l'excision du processus funiculaire. Personnellement M. H. J. Stiles préfère appliquer une ou deux sutures sur l'entrée du canal. On n'a jamais eu ainsi aucun ennui.

Sur les 100 cas opérés il compte 95 garçons, 5 filles, 72 hernies du côté droit, 20 à gauche, 8 doubles; 19 fois la hernie existait à la naissance, 45 fois elle apparut avant le 4ᵉ mois, 19 fois entre le 4ᵉ mois et le 12ᵉ mois. Autrement dit, 83 p. 100 de ces cas sont apparus dans la 1ʳᵉ année.

Au point de vue technique, l'opération comprend : 1° l'exposition du cordon, des piliers et de l'anneau; 2° l'isolement, la ligature et l'excision du processus funiculaire; 3° la fermeture de l'anneau; 4° la suture de la plaie.

Pour la fermeture de l'anneau, M. H. J. Stiles place une ou deux sutures à travers le pilier interne et le tendon conjoint en dedans et le ligament de Poupart en dehors.

Au point de vue clinique, 86 de ces 100 cas étaient réductibles. Sur 7 cas admis comme irréductibles et peut être étranglés 4 fois, la réduction se fit peu d'heures après. Dans 3 cas M. Stiles a trouvé le sac tuberculeux.

M. W. Adam Eecler dit que la cure radicale est indiquée chez les enfants qui, à 2 ou 3 ans, n'ont pas été guéris par le port d'un bandage. Au point de vue technique, les sutures profondes ne sont pas nécessaires dans les cas simples. La tuberculose péritonéale est souvent cause de la tuberculose herniaire. L'opération est ici d'un excellent résultat.

M. C. Firmin Cuthbert pense avec M. Stiles que le bandage nécessite un soin tout particulier dans son application pour donner des résultats, aussi l'opération lui est, elle le plus souvent préférable.

M. E. Mansel Sympson dit que si l'enfant a moins d'un an et est porteur d'un phémosis en même temps que de sa hernie, il faut avant d'opérer celle-ci, supprimer le phémosis.

M. Alex. Hugh Fergusson donne comme indications opératoires : 1° le volume de la hernie; 2° l'impossibilité de maintenir la hernie par un bandage 3 p. 100 l'étranglement. La non-fermeture du processus funiculaire a été depuis longtemps regardée comme la cause principale de la hernie congénitale variété inguinale oblique. Le muscle oblique interne doit attirer l'attention comme cause de hernie. Sur l'abdomen normal, c'est le seul gardien efficace de l'anneau interne au cas de hernie, il est insuffisant. Or ce point doit être pris en considération dans la cure radicale et la ligature du sac seule est insuffisante.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

L'arthritisme chez les enfants (1).

Résumé du rapport au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie* de Nantes. — Septembre 1901.

Par M. le Dr J. Comby,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

La bactériologie, révolutionnant les doctrines médicales, a renversé les classifications basées sur l'anatomie pathologique ou sur la clinique pure. En quelques années se sont effondrées la plupart des diathèses.

Cependant, l'arthritisme, la grande diathèse des peuples riches et civilisés, la grande dyscrasie des citadins et des intellectuels, la grande dégénérescence des races épuisées par les excès de l'estomac et du cerveau, l'arthritisme est resté debout.

L'arthritisme étant presque toujours une maladie héréditaire, un trouble permanent de la nutrition (Ch. Bouchard) transmissible à la descendance, il importe de saisir les premières manifestations de ce tempérament morbide qui se traduit par tant de modalités diverses. C'est dans le bas âge, dans la première comme dans la seconde enfance, que se montre le germe, l'ébauche des grands paroxysmes qui doivent fondre sur l'âge mûr.

L'arthritisme, chez l'enfant, ne donne que rarement des manifestations frappantes et d'un classement facile. Si l'accès de goutte manque, il a ses équivalents dans la première comme dans la seconde enfance, et c'est à déterminer ces équivalents que nous devons nous appliquer. L'important est d'être averti, pour ne pas perdre le lien héréditaire, la filiation qui permet de rattacher au tronc principal les ramifications les plus éloignées et les plus divergentes.

Ce n'est pas tant les manifestations bien connues : obésité, diabète, asthme, migraine qu'il faut décrire : telles on les voit chez les adultes, telles on les retrouve dans l'enfance, avec quelques variantes qui ne changent pas le fond des choses. Au contraire, je chercherai à mettre en relief toutes les autres formes cliniques, toutes les expressions fonctionnelles ou organiques que la jeune descendance des arthritiques peut présenter.

Habitus extérieur. — Le jeune arthritique est un enfant intelligent, à l'œil vif, aux mouvements prompts. On peut lui reprocher sa turbulence, son indocilité, son caractère impulsif, son irritabilité, son inconstance. Mais il faut lui accorder la précocité d'esprit, la volonté agissante, l'énergie morale et des sentiments affectueux. Sans doute il y a des exceptions, et ce portrait doit être retouché dans bien des cas; mais nous pouvons admettre sans surprise que les produits de la culture nerveuse intensive fassent preuve de précocité et de force intellectuelles. L'arthritique, dégénéré cérébralement et amoindri psychiquement, ne provient pas de l'arthritisme pur et sans mélange; il subit le poids d'une double diathèse convergente, d'une association neuro-arthritique, dont les produits sont d'un ordre très inférieur. C'est ainsi qu'on peut voir l'arthritisme héréditaire, renforcé par la vésanie, l'alcoolisme, la syphilis, aboutir à des produits de dégénérescence mixte et défigurée.

Physiquement, l'enfant arthritique se développe dans de bonnes conditions: il est aussi grand que les enfants de son âge, parfois plus grand, plus fort, mieux charpenté. Sa peau est souvent fine et blanche, laissant voir par transparence le réseau veineux sous-cutané. Il a des sueurs faciles, parfois profuses et généralisées. Il peut présenter les traits du lymphatisme comme je le dirai plus loin; l'aspect lymphatique, le tempérament lymphatico-nerveux sont assez communs dans la descendance des arthritiques.

Mais on peut distinguer au moins deux types assez accusés dans la première enfance : 1° Un type gras, polysarcique; 2° un type maigre, lymphatico-nerveux. Les arthritiques gras peuvent eux-mêmes se subdiviser en sanguins, pléthoriques (visage coloré, muqueuses rouges), et en anémiques, hydrémiques (chairs molles et pâles, muqueuses décolorées). Plus tard, la polysarcie peut disparaître et les bébés gras peuvent devenir des enfants maigres.

Lymphatisme et anémie arthritiques. — Les descendants d'arthritiques offrent souvent, dans l'enfance, les attributs du tempérament lymphatique : peau blanche, chairs molles, glandes lymphatiques très développées, organes lymphoïdes engorgés, inflammables. La plupart de ces enfants ont la gorge sensible, ils ont fréquemment de la rhino-pharyngite, des amygdalites, des adénoïdites qui peuvent se traduire par un engorgement ganglionnaire du cou.

Chez les enfants arthritiques, l'anémie peut se rencontrer indépendamment de la polyadénopathie. On note, chez eux, non seulement la pâleur de la peau et des muqueuses, mais encore les bruits de souffle de la base du cœur et des vaisseaux du cou.

L'anémie est parfois notable dès les premiers mois de la vie et pendant toute la première enfance, même quand les nourrissons jouissent d'un allaitement naturel irréprochable, et présentent une augmentation de poids normale ou supérieure à la normale.

Dans la seconde enfance, dans l'adolescence, s'il s'agit de filles, nous pourrons observer la chlorose vraie, la chloro-névrose, qui, très souvent, est liée à l'arthritisme héréditaire.

1. Consultez les mémoires que j'ai déjà publiés sur la question : L'uricémie chez les enfants (Congrès de Paris, 1900, in *Archives de médecine des enfants*, janvier 1901); — De quelques syndromes arthritiques chez les enfants (*Soc. méd. des hôpit.*, 25 janvier 1901).

Donc lymphatisme, micropolyadénopathie, anémie de la première et de la seconde enfance, chlorose des jeunes filles, peuvent être autant d'expressions cliniques de la diathèse arthritique.

Appareil circulatoire. — Les enfants arthritiques sont très exposés aux troubles circulatoires. Beaucoup sont émotifs et présentent des modifications vaso-motrices frappantes sous l'influence du moindre choc nerveux, pâlissant et rougissant avec la plus grande facilité.

Chez quelques enfants, on constate le ralentissement permanent, la bradycardie avec arythmie, tantôt permanente, tantôt intermittente.

La fréquence exagérée des battements, la tachycardie, est parfois paroxystique et cause au malade une grande anxiété, s'accompagnant de palpitations assez violentes.

L'éréthisme cardiaque est commun chez les enfants arthritiques, principalement aux approches de la puberté ; battements violents, occupant une large surface ; il semble que le cœur soit hypertrophié. C'est ce qu'on a décrit sous le nom d'hypertrophie cardiaque de croissance.

Les enfants qui présentent les symptômes de cette soi-disant hypertrophie de croissance sont des neuro-arthritiques. La percussion, la phonendoscopie, la radioscopie montrent qu'il s'agit d'une fausse hypertrophie. Cependant, outre l'arythmie, il peut y avoir quelquefois un souffle de la base ou même de la pointe, souffle inorganique, extra-cardiaque.

Les arthritiques nerveux, émotifs, irritables, sont exposés aux lipothymies et aux syncopes.

En somme, tous les troubles cardiaques que nous venons d'énumérer sont d'origine neuro-arthritique ; ils sont purement fonctionnels, sans lésions du myocarde ni de l'endocarde. On ne peut pas dire cœur uricémique, car on n'a pas la preuve d'une altération humorale de l'organe, d'une dystrophie du myocarde, d'une intoxication par les urates, mais on peut grouper ces diverses manifestations sous le terme d'arthritisme cardio-vasculaire.

Appareil respiratoire. — Les différents étages de l'appareil respiratoire peuvent être touchés par l'arthritisme, Les enfants de souche arthritique s'enrhument avec la plus grande facilité. Un courant d'air froid, le passage d'un local chauffé à une pièce froide, du soleil à l'ombre, du dedans au dehors, déterminent aussitôt chez eux des éternuements répétés, un coryza spasmodique, une sorte d'asthme nasal dont les répétitions incessantes ne sauraient passer inaperçues. Cette sensibilité exagérée de la pituitaire, cette hypercrinie peut aller jusqu'au raptus hémorrhagique, et les enfants arthritiques sont très sujets aux épistaxis. Ces épistaxis, qu'on rencontre surtout dans la seconde enfance et aux approches de la puberté, sont plus fréquentes en été qu'en hiver, au printemps qu'en automne, et sont liées souvent dans une certaine mesure aux changements de temps et aux brusques variations du baromètre. Elles peuvent affecter le caractère périodique.

L'asthme ou fièvre des foins (hay fever) est encore une sorte de rhinite spasmodique qui ne se voit que dans les familles arthritiques. Les enfants un peu grands y sont très sujets.

Viennent ensuite les laryngites spasmodiques (laryngite striduleuse, spasme de la glotte) qui se voient très fréquemment chez les enfants neuro-arthritiques, et récidivent chez eux au moindre refroidissement, au rhume le plus banal. Chez ces mêmes enfants, on note souvent la présence de grosses amygdales, de végétations adénoïdes, et le stridulisme est souvent mis en branle par une poussée de congestion ou d'inflammation adénoïdienne.

Après les laryngites viennent les trachéo-bronchites spasmodiques, qui se caractérisent par une toux opiniâtre, quinteuse, et s'accompagnent de râles musicaux. Nous sommes déjà sur le chemin de l'asthme, et nous voyons des enfants arthritiques présenter une dyspnée exagérée pour des manifestations bronchitiques médiocres (quelques râles disséminés, peu ou pas de fièvre, etc.).

Quelques enfants en restent là ; les rhumes, les bronchites qu'ils présentent ont un caractère spasmodique inusité.

D'autres deviennent de vrais asthmatiques. L'asthme vrai, l'asthme essentiel, *sine materia*, est très fréquent chez les jeunes arthritiques ; chez eux l'asthme présente souvent des caractères inquiétants par la violence de la dyspnée poussée jusqu'à l'orthopnée et la cyanose ; de plus il s'accompagne d'un catarrhe bronchique abondant et assez durable. La musicalité des signes stéthoscopiques, qu'on entend à distance, est frappante. Un accès d'asthme simule à s'y méprendre le catarrhe suffocant, la bronchite capillaire, mais il s'en distingue par le faible degré de la fièvre.

Dans plusieurs cas, j'ai noté l'alternance des éruptions urticariennes ou eczémateuses avec les crises dyspnéiques, et j'ai vu aussi l'asthme remplacer définitivement un eczéma tenace ou récidivant, dont la nature arthritique recevait de ce fait même une démonstration éclatante.

Les laryngites, trachéites, trachéo-bronchites spasmodiques, l'asthme, ne sont pas les seules localisations respiratoires de l'arthritisme. Il faut ajouter, à cette liste déjà longue, certaines congestions pulmonaires aiguës, dont l'enfance est coutumière, qui surviennent spontanément ou à l'occasion d'un refroidissement, d'une fatigue, de la grippe, et qui présentent la même fugacité que les manifestations précédentes.

La fluxion peut dépasser le parenchyme pulmonaire, atteindre la plèvre et donner des accidents pleurodyniques ou pleurétiques. Dans quelques cas, il y a un véritable épanchement séro-fibrineux, une pleurésie arthritique qui doit être distinguée de la pleurésie bacillaire.

Tube digestif. — L'arthritisme héréditaire se manifeste très souvent par des troubles digestifs.

Beaucoup d'enfants sont anorexiques, ou bien ils manifestent une préférence, un goût exclusif et déraisonnable pour certaines substances alimentaires ou non alimentaires. Quelques-uns ont de la parorexie, ils avalent des corps étrangers, de la terre (géophagie), des ficelles, des cheveux, des grains de riz ou de café (pica et malacia). D'autres ont de la boulimie, un appétit exagéré ; ils mangent trop et trop vite, et sont prédisposés, par cela même, à l'embarras gastrique, aux coliques intestinales, aux indigestions.

Il en est qui avalent facilement les liquidés, qui sont polydipsiques, et qui éprouvent une certaine appréhension et une certaine difficulté pour la déglutition des solides, ils ont de l'œsophagisme à un degré modéré et incomplet.

Souvent les petits arthritiques ont la langue pâteuse, sale, recouverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, avec saveur amère, fade ou fétide de la bouche. Ils sont exposés à de fréquentes poussées d'amygdalite et de pharyngite. Toutes les variétés de dyspepsie, principalement la dyspepsie atonique, flatulente, avec gonflement abdominal, renvois nidoreux, coliques, etc., se rencontrent chez eux.

Sur cette dyspepsie chronique se greffent parfois des accidents aigus, des poussées d'embarras gastrique fébrile, avec ballonnement extrême du ventre, borborygmes, érythème prurigineux rappelant un peu l'urticaire.

La fièvre de digestion est un syndrome fréquemment observé chez les enfants arthritiques.

La constipation est habituelle chez les enfants arthritiques; elle est parfois opiniâtre, elle prédispose à l'entérite glaireuse et muco-membraneuse si fréquente dans les familles arthritiques.

L'entérite muco-membraneuse, avec ou sans lithiase intestinale, présente parfois un caractère familial, dont j'ai vu des exemples saisissants.

Quelle que soit la pathogénie invoquée pour expliquer l'entéro-colite, on ne doit pas perdre de vue que cette maladie est déplorablement fréquente, tenace, récidivante, durable dans les familles arthritiques.

Il m'a semblé que les enfants arthritiques accusaient une certaine prédisposition à l'appendicite, mais je n'ai pas de chiffres à l'appui de cette opinion.

J'ai vu des hémorrhoïdes chez un petit arthritique de 8 ans; cette manifestation exceptionnelle dans le jeune âge est fréquente chez les arthritiques adultes. Il faut ajouter des flux diarrhéiques non moins soudains, des coliques intestinales plus ou moins douloureuses, tous phénomènes affectant le caractère paroxystique et spasmodique des épiphénomènes de l'arthritisme.

Cela va nous servir de transition pour aborder l'étude d'un syndrome arthritique effrayant, étudié en Amérique par Rachford, Whitney, Griffith, et dont mon élève le Dr Solélis a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1). Je veux parler du vomissement périodique ou cyclique.

Voici comment procède ordinairement le vomissement cyclique des enfants arthritiques.

Un enfant, garçon ou fille, jusqu'alors bien portant, est pris tout à coup de fièvre et de vomissements, qui se répètent avec fréquence pendant 2, 3, 5, 6 jours, parfois davantage. Tout est rejeté, les liquides comme les solides, et on ne peut alimenter le malade par la bouche.

En même temps, on note, dans quelques cas, de la fièvre, du mal de tête, de l'agitation et toujours une faiblesse avec abattement inquiétant. La maigreur fait, en quelques jours, des progrès excessifs. On pense à la méningite, le médecin a peine à ne pas partager les alarmes de l'entourage. Mais, tout à coup, les vomissements cessent, la fièvre tombe, si elle existait, et la santé se rétablit du jour au lendemain. Tel est, en raccourci, l'accès de vomissement cyclique.

Au bout de plusieurs semaines ou plusieurs mois, parfois 6 mois et plus, nouvel accès, semblable au premier, avec quelques variantes, quant à la durée et l'intensité. Après une nouvelle période intercalaire, à peu près égale à la première, troisième accès, et ainsi de suite. Ce retour périodique des accidents, les intervalles de bonne santé qui les séparent, l'absence de causes provocatrices, tout est déconcertant dans l'histoire du vomissement périodique.

Et certes, on n'en comprendrait pas exactement la signification, si l'on ne faisait intervenir la notion des antécédents héréditaires et du tempérament familial. Et il est aisé de s'assurer que l'arthritisme règne en maître dans l'ascendance des enfants sujets à ces symptômes effrayants.

Le sujet lui-même, indépendamment de ces accès d'intolérance gastrique, offre les attributs du tempérament arthritique. Bref, on est conduit à voir dans le vomissement périodique ou cyclique, comme l'équivalent d'un accès de goutte, d'une crise asthmatique ou migraineuse, et l'hypothèse d'une auto-intoxication uricémique se présente à l'esprit.

Quelle que soit la gravité apparente des vomissements incoercibles, le pronostic est généralement bon et la vie n'est pas en danger.

Toutefois, Griffith déclare avoir vu mourir deux enfants sur quatre (*The am. jour of the med, sc.*, déc. 1900). D'après lui, l'urine pourrait contenir de l'acétone, de l'albumine, un excès d'acide urique.

Au moment de l'accès, il n'y a pas d'autre traitement à instituer que le repos au lit et la diète absolue; pas d'aliments solides, pas de lait même; de l'eau pure ou gazeuse, seulement si elle est gardée. Si l'enfant vomit l'eau, donner des lavements d'eau bouillie ou d'eau salée, et, dans les cas graves, faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Après la crise, on traitera l'enfant comme un arthritique, par les moyens hygiéniques et les remèdes dont nous parlerons à la fin de ce travail.

Appareil génito-urinaire. — L'examen attentif et répété des urines s'impose chez tous les enfants nettement arthritiques. J'ai noté souvent l'augmentation de densité (1028, 1030), sans trace de glycose. En même temps, il y a une acidité exagérée, de l'azoturie, des cristaux abondants d'acide urique ou d'urate de soude.

Quelquefois on relève la présence de l'albumine, à l'état de traces, ou en proportions notables et dosables. Cette albuminurie des enfants arthritiques n'est pas permanente. Elle rentre dans la classe encore obscure et mal limitée des albuminuries intermittentes, fonctionnelles, variables, orthostatiques, familiales, prégoutteuses, de croissance, etc.

Jamais l'albuminurie arthritique, même abondante, ne s'annonce par de l'œdème de la face ou d'une autre partie du corps. Tout au plus signale-t-on la pâleur, la faiblesse générale, l'anémie dans quelques cas.

Cette albuminurie guérit momentanément par les moyens hygiéniques, par la campagne, la montagne, la mer, par une cure à Saint-Nectaire, mais elle est sujette à rechutes.

La glycosurie, en dehors du diabète véritable, est plus rare que l'albuminurie chez les enfants arthritiques; cependant j'ai noté, dans plusieurs observations, des traces de glycose accompagnant l'azoturie et l'uricémie.

Sans doute, il y a d'autres modifications chimiques qu'on pourrait étudier, la phosphaturie, l'oxalurie, les modifications des chlorures, etc. Mais ces modifications sont encore mal connues chez les jeunes arthritiques.

Les troubles fonctionnels des voies urinaires sont fréquents. Il y a, d'abord la polyurie, la pollakiurie, le spasme de la vessie, qui sont assez communs chez les arthritico-nerveux.

Dans quelques cas, on peut rencontrer une véritable inflammation de la vessie ou de l'urèthre, sans gonocoques. Il y a, chez les enfants arthritiques comme chez les adultes, une cystite et une uréthrite uricémiques, avec écoulement de pus opalin, peu épais, avec ardeurs modérées à la miction, etc.

Enfin, il faut faire une place à la lithiase rénale et vésicale, qui se rencontre, il est vrai, chez des enfants non arthritiques, comme je l'ai montré (*Arch. de méd.*

1. Dr J. Solélis. Du vomissement périodique chez les enfants (*Thèse de Paris*, 1899).

des Enfants, 1889 (1), mais qui n'en est pas moins assez commune chez ceux que la diathèse a marqués de son empreinte. Les calculs du rein peuvent avoir pour conséquence la néphrite, la pyolonéphrite, l'hydronéphrose, le calcul de la vessie, et, enfin, la colique néphrétique souvent méconnue dans le bas âge, mais qui parfois est indéniable.

Quoique la lithiase rénale et la lithiase vésicale (complication de la première) soient fréquentes chez les enfants mal nourris, il ne faut pas méconnaître leur parenté, dans beaucoup de cas, avec les autres manifestations de la diathèse arthritique.

Le rein mobile m'a semblé être, dans maintes circonstances l'apanage des familles arthritiques. J'ai vu fréquemment cette anomalie chez les enfants, en particulier chez les filles; la mobilité affecte presque toujours le rein droit; dans un cas, cependant, chez une fillette arhritico-nerveuse de 10 ans, la mobilité rénale était à gauche. Plusieurs fois j'ai relevé l'hérédité similaire, les enfants présentant un rein mobile comme leurs parents (une mère et sa fille, une mère et son fils, un père et son fils). Dans ces trois cas, l'arthritisme était évident.

Chez quelques fillettes arthritiques, on peut observer la vulvite à rechutes, à répétitions, sans qu'on puisse incriminer un contact suspect. D'ailleurs, l'examen bactériologique ne révèle pas la présence du gonocoque; parfois même le liquide, qui est muco-purulent, pâle, opalin, de faible abondance, ne révèle aucun microbe. L'inflammation reste limitée à la vulve, ne se propage ni à l'urèthre, ni au vagin, et n'expose à aucune des complications habituelles de la vulvo-vaginite gonococcique.

Peut-être faut-il attribuer à l'arthritisme certaines anomalies de développement des organes génitaux externes, l'adhérence des petites lèvres par exemple, qui peut exister isolément ou accompagner d'autres anomalies.

Au moment de la puberté, chez les filles arthritiques, on observe fréquemment de la dysménorrhée douloureuse, des irrégularités, des ménorrhagies. Il faut parfois 2 ou 3 ans pour que la menstruation suive un cours régulier et normal.

Système nerveux. — Le chapitre des manifestations nerveuses de l'arthritisme infantile comporterait de grands développements.

Les fils d'arthritiques, dès la plus tendre enfance, sont susceptibles de présenter accidents nerveux plus ou moins intenses. Ils sont agités, dorment mal, crient sans trêve et sans motif, troublent le repos de leur entourage. L'insomnie, qu'ils accusent dès les premiers mois, n'est pas imputable à une faute hygiénique, à un vice alimentaire, elle traduit simplement un tempérament nerveux héréditaire.

Plus tard, ces nourrissons criards et insupportables auront de l'excitation cérébrale, ne restant jamais en place, personnifiant le mouvement perpétuel. Ces enfants sont irritables, émotifs, prêts à se pâmer pour une cause futile, sujets à de violentes colères sans aucun objet. Quelques-uns vont jusqu'à la convulsion éclamptique, et cette dernière manifestation peut présenter une certaine périodicité.

Les convulsions arthritiques de la première enfance disparaissent dans la seconde, mais elles peuvent être remplacées par d'autres manifestations de même origine.

1. Voir aussi la thèse de mon élève, le Dr du Camp d'Orgas (Paris, 1897 : *Lithiase rénale dans la première enfance*).

Au nombre de ces manifestations, je signalerai les terreurs nocturnes (*pavor nocturnus*), qui souvent provoquées ou entretenues par des troubles digestifs, n'en sont pas mois déterminées dans beaucoup de cas par l'arthritisme.

Si les fils d'arthritiques ont quelquefois des convulsions sans cause occasionnelle, il faut reconnaître qu'ils sont bien plus exposés encore à en avoir à l'occasion d'une maladie aiguë (rougeole, pneumonie, scarlatine, grippe, etc.). Quand l'invasion d'une maladie aiguë est marquée par des convulsions, Il faut soupçonner immédiatement la tare neuro-arthritique.

D'autres descendants d'arthritiques, sans avoir de convulsions, ni de terreurs nocturnes, auront une sensibilité exagérée, une émotivité outrée.

A rapprocher des accidents nerveux précédents, le spasme nutant, sorte de tic salutatoire se répétant plusieurs fois par crises, et différents tics plus ou moins analogues, dont la fréquence est notable chez les enfants arthritiques. Dans la seconde enfance, outre la migraine vraie, qui est assez fréquente et qui se transmet si facilement des parents à leurs enfants, nous avons à signales les céphalalgies les plus variées et les crises névralgiques ou névralgiformes. Mais j'appellerai surtout l'attention sur les crises de céphalalgie périodique que mon élève, le Dr H. Caussade, a étudiée dans sa thèse (Paris 1900. La céphalalgie uricémique chez les enfants). Ce syndrome bizarre mérite, par sa durée, sa violence, sa périodicité, d'être rapproché des vomissements cycliques dont j'ai parlé dans une autre partie de ce rapport.

Il s'agit d'enfants déjà grands, d'écoliers souvent, fils d'arthritiques (goutte, obésité, gravelle). Tantôt la céphalalgie est soudaine et éphémère; c'est une fulguration douloureuse qui arrête l'enfant dans ses jeux ou ses leçons; cette douleur très aiguë, frontale ou occipitale, pourra se répéter tous les jours, à la même heure, pendant un certain temps. Puis elle cédera pour reparaître ensuite par série d'accès analogues aux précédents. Tantôt les crises céphalalgiques sont plus durables, persistant plusieurs jours d'une façon continue, pour cesser ensuite. Mais, au bout de 5 à 6 semaines, elle reviendront à l'improviste, et cela un grand nombre de fois.

L'enfant, obsédé par ses douleurs, se décourage, les parents s'inquiètent, on craint une méningite.

Parfois un véritable état de neurasthénie vient se greffer sur la céphalalgie.

C'est ce que le Dr R. Blache avait décrit autrefois (*Revue des maladies de l'enfance, 1883*) sous le nom de céphalalgie de croissance. La croissance est pour peu de chose dans ce syndrome, c'est l'arthritisme qui le domine. L'étude des antécédents héréditaires, l'examen des enfants, l'analyse des urines en fournissent la preuve.

Pour terminer ce chapitre, je dirai que les enfants de souche arthritique sont prédisposés à la chorée et à l'hystérie.

Téguments. — Les enfants arthritique ont généralement la peau mince, fine, irritable, fragile. Sous l'influence de la chaleur, et surtout du vent, du froid, les joues se colorent et se fendillent, leurs téguments s'éraillent. Ils présentent très facilement des phénomènes vaso-moteurs, sous l'influence des causes physiques ou psychiques. Les émotions, le froid, le chaud font aisément rougir leurs pommettes ou pâlir leur physionomie. Ile sont très sujets aux engelures.

En été, ils présenteront des transpirations abondantes et auront facilement des poussées de miliaires sudorale, de dysidrose, d'érythème saisonnier, d'érythème poly-

morphe. L'hyperhydrose est parfois très accusée, tantôt générale, tantôt locale (mains et pieds).

L'urticaire, quel que soit l'agent provocateur qui la détermine (indigestion, aliments avariés, dyspepsie, abus de liquides), est très souvent une manifestation arthritique.

De l'urticaire arthritique, bien connue et très fréquente, nous devrons rapprocher une manifestation plus rare, dont le Dr L. Galliard a rapporté un bel exemple chez une fillette arthritique, l'œdème aigu des paupières. Cet œdème aigu, œdème angio-neurotique, survient par poussées soudaines, périodiquement, à quelques mois de distance, sans provocation alimentaire appréciable, sans cause occasionnelle notable. Il disparaît en 24 ou 36 heures. C'est une sorte d'accès de goutte larvée, comparable aux poussées de conjonctivite et d'iritis goutteuse, plus rares d'ailleurs chez les enfants que chez les adultes. M. Trousseau lui donne, à juste titre, le nom d'œdème arthritique des paupières.

La séborrhée du cuir chevelu, le pityriasis capitis, la kératose pilaire, la xérodermie, le psoriasis, l'acné ponctuée, sont également fréquentes chez les enfants de souche arthritique.

Mais la dermatose la plus commune et sans contredit la plus intéressante est l'eczéma arthritique des nourrissons.

On voit des enfants, garçons ou filles, bien nourris, allaités par leurs mères ou par de bonnes nourrices, bien réglés quant au nombre, à la répartition, à la quantité des tétées, présenter dès les premiers mois de la vie, à la face et à la tête, des lésions eczématiformes rebelles à tout traitement et finissant par céder toutes seules après des mois et des années. Cet eczéma des nourrissons au sein ne saurait se comprendre sans l'intervention de la diathèse arthritique qui s'affirme chez les ascendants par l'existence avérée de la goutte, de l'obésité, de l'eczéma, du diabète, etc. Et d'ailleurs les petits eczémateux que nous sommes appelés à soigner pourront à leur tour présenter plus tard, quand l'eczéma aura disparu, d'autres manifestations arthritiques équivalentes qui dénoteront encore plus clairement la diathèse : asthme, migraine, etc.

Appareil locomoteur. — Les enfants arthritiques peuvent avoir des manifestations articulaires, non infectieuses, indépendantes du rhumatisme articulaire aigu, et qui semblent être de nature toxique et uricémique.

L'arthrite uricémique, qui se rapproche plus de la goutte que du rhumatisme, peut affecter différentes localisations ; elle peut être mono- ou polyarticulaire. Quand elle est polyarticulaire, elle se localise à un petit nombre d'articulations.

Elle siège habituellement aux membres inférieurs, mais elle ne respecte pas toujours la colonne vertébrale et on peut lui attribuer certains torticolis ou lombagos (arthrite cervicale subaiguë, arthrite lombaire, etc.).

Chez quelques enfants, les douleurs ne siégeaient pas au niveau des articulations, mais bien sur le trajet des os, sans gonflement ni symptômes inflammatoires (ostéalgies uricémiques). Dans d'autres cas, j'ai observé des douleurs musculaires et même une véritable myosite limitée au deltoïde.

Il y a donc toute une catégorie d'affections pararhumatismales ou rhumatoïdes qui relèvent de l'arthritisme héréditaire et qu'on peut ranger sous la bannière de l'uricémie.

Dans les mêmes conditions d'âge et de tempérament morbide, on pourra voir se produire, par poussées soudaines et fugaces, des œdèmes péri-articulaires ou abarticulaires, erratiques, avec ou sans rougeur de la peau, rappelant l'œdème aigu des paupières du Dr Galliard.

Ces œdèmes toxiques se présentent sans fièvre, sans douleurs notables, sans acuité. Pour reconnaître la nature de ces manifestations, il ne suffit pas de les étudier en elles-mêmes, il faut s'enquérir du terrain qui les produit, rechercher les antécédents héréditaires et personnels, constater l'intégrité du cœur et des autres viscères, etc.

Enfin, il ne faut pas oublier que la goutte vraie, articulaire, peut exceptionnellement se rencontrer chez les enfants comme pour couronner les manifestations plus vagues et moins typiques de la diathèse arthritique.

Fièvre arthritique. — Parmi les manifestations générales de l'arthritisme infantile, il n'en est pas de plus étrange ni de plus déroutante que celle dont j'ai observé 5 cas (filles de 3 et 6 ans, garçons de 7, 8 et 9 ans), et que j'ai désignée sous le nom de fièvre uricémique ou arthritique.

L'enfant est pris en pleine santé, parfois après de légers prodromes (mal de gorge, anorexie, nausées), d'un accès de fièvre des plus intenses avec ses trois stades classiques de froid, de chaleur et de sueurs.

Cet accès, qui fait monter la colonne thermométrique à 40° et au delà, se reproduit le lendemain et les jours suivants, pendant 5, 6, 8 jours et parfois davantage. Il semble qu'on soit en présence d'une fièvre palustre intermittente quotidienne.

Voici, en résumé, comment procède la fièvre uricémique.

La fièvre arthritique s'observe dans la seconde enfance, après le sevrage, vers la 3e ou 4e année et dans les années qui suivent jusqu'à l'adolescence. Elle se rencontre chez les filles comme chez les garçons, peut-être plus fréquemment chez ces derniers (3 garçons pour 2 filles).

Tous les sujets atteints étaient de souche arthritique : goutte paternelle, asthme, migraine de la mère, obésité chez les parents ou grands-parents, gravelle, diabète, etc.

Ils étaient généralement gros mangeurs, et mangeurs de viande. Quelques-uns cependant avaient l'appétit languissant et pouvaient être classés parmi les dyspeptiques. J'ai trouvé, chez ces derniers, les signes physiques de l'ectasie gastrique. La plupart ont un embonpoint modéré, ou même de la maigreur, quoiqu'on puisse rencontrer un commencement d'obésité.

Tous sont plutôt pâles, anémiques, lymphatico-nerveux. Mais ils sont bien portants dans l'intervalle des accès, qui procèdent de la façon suivante.

Tout à coup, sans cause occasionnelle appréciable, la fièvre s'allume, le thermomètre monte à 39°, 40°, la peau est chaude, le visage rouge, la langue saburrale, l'appétit nul ; on a noté parfois des nausées ou même quelques vomissements. Pendant 3, 5, 8 jours, la fièvre persiste avec des exacerbations vespérales et des rémissions matinales qui peuvent aller jusqu'à l'apyrexie complète. Il y a parfois plusieurs accès dans la même journée.

Nous n'insisterons pas sur les variantes relatives à l'intensité de la fièvre, à la durée de la crise, à ses retours plus ou moins éloignés.

Chez certains enfants, les accès sont modérés, la température ne dépasse pas 39°, la crise est relativement courte (4 à 5 jours).

Chez d'autres ou chez les mêmes, lors des crises ultérieures, on verra la température atteindre ou dépasser 40°, la crise fébrile durer 8, 10, 15 jours même.

Tantôt les crises se reproduisent tous les mois, tantôt tous les 3, 4 ou 6 mois. Bref, il y a, dans l'évolution des paroxysmes fébriles, la même diversité que dans celle du vomissement cyclique.

Pendant toute la durée de la crise fébrile, dont il est impossible de trouver la localisation (rien au foie, à la rate au cœur, au poumon), l'enfant est très abattu, très anémié ; refusant toute nourriture, il maigrit rapidement. Puis la fièvre étant tombée, la santé se rétablit promptement, parfois du jour au lendemain.

La fièvre, dans ce syndrome morbide, est le phénomène saillant sinon exclusif, le seul qui soit constant, avec des allures intermittentes d'un caractère frappant. Mais, accessoirement, il faut signaler la céphalalgie assez notable dans quelques cas, la lipothymie et la syncope que j'ai relevée chez un neuro-arthritique de 7 ans. Ce garçon avait un pouls lent (60 à la minute) et régulier.

On ne comprendrait rien à ces accidents si l'on ne tenait compte du terrain neuro-arthritique sur lequel ils se développent.

Le diagnostic repose donc avant tout sur l'étude du tempérament de l'enfant et de ses antécédents héréditaires.

La fièvre de digestion, liée à la dyspepsie, subordonnée souvent à la dilatation de l'estomac, a des allures beaucoup moins intermittentes et paroxystiques ; son intensité est moindre, ses causes prochaines sont plus tangibles.

La fièvre nerveuse ou hystérique ne se rencontre guère dans l'enfance ; elle est l'apanage des femmes nerveuses.

Les fièvres palustres relèvent de la quinine ; elles entraînent une hypertrophie de la rate qui manque dans la fièvre arthritique ; elles ont une origine bien connue et leur diagnostic peut se faire par l'examen du sang (hématozoaire).

La leucémie, la pseudo-leucémie, les maladies du sang en général, sont aisées à éliminer par l'étude microscopique du liquide sanguin.

La tuberculose peut donner, à un degré avancé, une fièvre intermittente quotidienne, analogue à la fièvre arthritique, mais cette fièvre n'a pas de retours paroxystiques coupés par de longs intervalles de santé parfaite.

La recherche des antécédents héréditaires, ensuite le traitement hygiénique viendront confirmer le diagnostic que la clinique avait permis d'entrevoir.

Le pronostic est sérieux sans être grave. Les récidives sont à craindre, la durée sera forcément indéterminée. Mais, par un traitement judicieux, on est en droit d'espérer que les accès s'atténueront, s'éloigneront et finiront par disparaître.

NOTIONS PATHOGÉNIQUES. — La pathogénie des multiples manifestations que nous venons de passer en revue n'est pas facile à établir. Le trouble nutritif est évident ; mais comment agit-il pour produire des accidents aussi disparates ?

Il faut reconnaître que la plupart des enfants dont les observations servent de base à cette étude sont dyspeptiques. Beaucoup ont de la dilatation stomacale et des digestions imparfaites. Il est permis d'invoquer chez eux les auto-intoxications mal définies, mais réelles, qui résultent d'une mauvaise élaboration de la matière assimilable.

Il est souvent fort difficile de faire le départ entre les accident dyspeptiques et les accidents arthritiques. Mais un certain nombre d'enfants ne rentrent pas dans la classe des dyspeptiques. Ils ont été nourris au sein dans de bonnes conditions, ils n'ont subi aucune infraction hygiénique, et néanmoins ils présentent l'urticaire à répétition, l'eczéma, la céphalalgie, les accès asthmatiformes, les poussées d'entéro-colite, les vomissements périodiques, la fièvre uricémique, etc.

Dans ces cas, qui sont loin d'être rares, la notion des antécédents héréditaires sera d'un grand poids pour interpréter les symptômes objectifs ou subjectifs qui se présenteront. On remarquera que ces syndromes ont un caractère familial très marqué, qu'ils se reproduisent chez plusieurs membres de la même famille, soit sous la même forme, soit sous une autre.

Il y a en un mot un terrain commun, un tempérament morbide héréditairement transmissible qui donne la clef d'une pathologie complexe et obscure.

Il y a longtemps que les médecins français ont compris la nature et la filiation de tous ces désordres. Bazin, sur le terrain particulier de la dermatologie, a soutenu avec le plus grand talent la doctrine de l'arthritisme.

Tout le monde a lu la brillante synthèse du professeur Ch. Bouchard (*Maladies par ralentissement de la nutrition*, Paris, 1882). Dans ce beau livre, le savant maître a su donner à la doctrine un vernis scientifique et il l'a incontestablement popularisée et rajeunie.

L'arthritisme, suivant la doctrine française, n'a pas été toujours bien accueilli à l'étranger. Cependant il a trouvé récemment un écho aux États-Unis, dans le camp des pédiatres.

Rachford incrimine l'intoxication par l'acide urique et ses composés, par la xanthine, la paraxanthine, l'hétéroxanthine. L'acide urique, étant peu ou pas soluble, agirait surtout localement ; la xanthine, plus diffusible, donnerait des symptômes généralisés. Les paroxysmes migraineux coïncideraient avec une excrétion d'énormes quantités de xanthine par les urines.

Certes, la théorie uricémique se heurte à des objections. D'après les recherches récentes (Lambling, *Traité de pathologie générale*, III, 1900), l'acide urique ne serait pas un produit de combustion incomplète, mais un produit de dédoublement des nucléines. Ce dédoublement donnerait lieu, outre l'acide urique, aux bases xanthiques (xanthine, hypoxanthine, adénine, guanine), beaucoup plus toxiques. Quoi qu'il en soit, selon toute vraisemblance (Bouchard), l'acide urique est un produit de transformation médiate des substances azotées. Il a pour origine la matière azotée des aliments, il dépend donc de l'alimentation.

Lehmann a obtenu, chez l'homme, 1 gr. 40 d'acide urique avec le régime animal, 1 gramme avec le régime végétal ; H, Ranke, 0 gr. 88 et 0 gr. 65 ; J. Ranke, 0 gr. 24 avec l'abstinence et 2 gr. 11 avec le régime carné. Ces chiffres sont à retenir.

D'autre part, si nous revenons à la clinique, nous voyons que les malades sont presque toujours des mangeurs de viande, et dédaignent le régime végétal.

Quand nous analysons leurs urines, même en dehors des paroxysmes arthritiques, nous trouvons une acidité exagérée, une densité trop forte de l'azoturie, un excès d'acide urique et d'acide oxalique, parfois de l'albuminurie légère et intermittente, etc. Ce qui domine, dans ces urines d'arthritiques, c'est la proportion exagérée des produits de combustion incomplète de l'alimentation azotée.

Vient-on, par le régime végétarien, par la sobriété, par une bonne hygiène, à modifier cette composition anormale des urines, on voit les symptômes les plus pénibles se modifier favorablement.

Aussi, quelle que soit la théorie scientifique destinée à prévaloir, nous sommes conduits par la clinique à établir un rapport entre l'uricémie comprise dans son sens le plus large (auto-intoxication par l'acide urique ou par les corps alloxuriques, par la xanthine, l'hypoxanthine, etc.) et les accidents dits arthritiques. Mais cette uricémie elle-même, d'où vient-elle, où est sa source, son *primum movens?* A ce sujet peuvent se donner libre carrière les hypothèses sur les modifications moléculaires des tissus, sur l'orientation des cellules organiques, sur les modalités anatomiques ou fonctionnelles des éléments nerveux, des neurones, sur les aptitudes héréditaires ou innées des organites dont l'agglomération constitue le corps humain.

La cause première nous échappe; il faut nous contenter d'en relever et d'en classer les effets.

CONSIDÉRATIONS PROPHYLACTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES. — La prophylaxie des manifestations multiples que nous venons d'étudier doit s'inspirer des antécédents héréditaires relevés dans tous les cas et de la pathogénie que nous avons entrevue.

L'arthritisme dérive, pour une bonne part, d'infractions hygiéniques qui, par leur durée et leur répétition, ont fini par créer une diathèse transmissible des parents aux enfants. Négligeant l'hygiène corporelle, la sobriété, la vie au grand air, les exercices musculaires qui devaient garantir la santé physique, l'homme a surmené son cerveau tout en se livrant sans mesure à la sédentarité, à l'air confiné, à la suralimentation, aux fatigues de la vie mondaine, etc. C'était porter une grave atteinte à l'équilibre fonctionnel de ses organes et à leur nutrition.

Pour faire que les descendants remontent la pente fâcheuse où les a précipités la vie néfaste de leurs ancêtres, pour redresser le pli héréditaire dans la mesure du possible, il faut les ramener à la vie primitive et naturelle des laboureurs, des ruraux, des pasteurs.

L'enfant de souche arthritique sera autant que possible élevé comme un fils de paysan, au grand air, à la campagne, pour se livrer sans contrainte aux jeux du dehors, à la promenade, à la course, à tous les exercices physiques qui accélèrent la nutrition et assurent la combustion et l'élimination des matériaux usés de l'organisme.

Il ne suffit pas d'assurer ainsi l'élimination des déchets et les dépenses organiques. Il faut encore établir les recettes et fixer avec précision le régime qui convient à cette catégorie de malades ou de prédisposés à la maladie.

L'alimentation joue un rôle capital dans la prophylaxie et le traitement de l'arthritisme. Elle doit être surveillée et réglée dès sa naissance. On conseillera d'abord l'allaitement naturel exclusif et prolongé. L'enfant sera nourri au sein jusqu'à 18 mois ou 2 ans, ne prenant pas, avant 10 ou 12 mois, d'autres aliments que le lait. Pas de viande avant l'âge de 3 ans, pas de vin, ni autres boissons fermentées. Après 3 ans, on pourra donner les viandes blanches, mais non les viandes noires (gibier de poil), ou rouges, la charcuterie, les mets faisandés, etc.

L'enfant sera surtout un végétarien et un buveur d'eau. Comme boisson, lait ou eau; 3 repas par jour, composés de : pain et farineux, soupes et potages, œufs et laitages, légumes secs et légumes verts, pâtes alimentaires (nouilles, macaroni), poissons frais et viandes blanches, fruits cuits, etc. On prendra garde aux mets épicés, trop acides, trop sucrés.

Les fonctions intestinales seront surveillées de très près; on combattra la constipation par le régime des légumes et des fruits cuits, par le pain de Graham, le pain qui n'est pas le pain de son, mais le pain complet, avec mouture spéciale réduisant l'écorce du blé en particules extrêmement fines, le pain d'épices, les suppositoires glycérinés, les petits lavements de glycérine, le massage, etc. Ne pas négliger les fonctions de la peau : affusions froides et douches, bains tièdes, drap mouillé, frictions sèches et alcooliques, etc.

Le régime conseillé pour la prophylaxie convient aussi à la cure de la maladie en évolution. A ce régime végétarien et hydrique, on ajoutera les remèdes qui atténuent les acidités organiques, qui activent la digestion, qui favorisent l'élimination des toxines, qui assurent la régularité des selles et la sécrétion des urines.

Les alcalins et dissolvants de l'acide urique se recommandent en première ligne : bicarbonate de soude, de potasse et de chaux, citrate de potasse, carbonate et benzoate de lithine, magnésie, etc. La noix vomique en poudre sera avantageusement associée aux poudres alcalines précédentes, comme apéritif et stimulant du péristaltisme, à la dose maxima de 1 centigramme par jour et par année d'âge, en ayant soin de suspendre pendant 5 à 10 jours, après 8, 10, 15 jours d'usage.

On peut prescrire la lithine (carbonate et benzoate), à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, pendant 8 à 10 jours.

Quand il y a prédominance d'acide urique, d'urates (sables urinaires), on peut employer la pipérazine et l'uricédine.

Quand la diathèse s'est dévoilée par des paroxysmes plus ou moins intenses, il faut songer au traitement hydrominéral qui mérite d'être rangé parmi les modificateurs les plus puissants et les plus durables de la nutrition générale.

Pour le choix des stations, on s'inspirera des diverses localisations de la diathèse, de la prédominance de tels ou tels symptômes, de l'habitus extérieur des malades (type lymphatique, type nerveux, type polysarcique, etc.)

Les enfants sujets aux douleurs rhumatoïdes, aux arthrites uricémiques, aux craquements articulaires, seront envoyés aux eaux chlorurées sodiques chaudes telles que Bourbonne, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, ou aux boues de Dax, Saint-Amand, Préchacq.

Ceux qui ont des poussées intestinales, des flux diarrhéiques, des coliques, des douleurs de ventre, de l'entéro-colite, seront dirigés sur Plombières, Châtel-Guyon. Cette dernière station convient surtout aux constipés.

Les enfants obèses, polysarciques, seront envoyés à Brides, Châtel-Guyon, Miers.

Les albuminuries arthritiques sont favorablement traitées à Saint-Nectaire, à Ragatz.

La gravelle rénale et tous les désordres urinaires d'origine arthritique sont revendiqués par Contrexéville, Vittel, Martigny, Evian, Capvern.

Les arthritiques anémiques et lymphatiques feront une cure à la Bourboule, à Royat, à Saint-Gervais. Ils peuvent aller également à Salies, Salins, Briscous, etc.

Les arthritiques dyspeptiques trouveront du soulagement à Vichy, Pougues, Vals. De même ceux qui auront des poussées congestives au foie et des tendances à l'ictère catarrhal.

Les dermatoses arthritiques seront traitées à La Bourboule, à Uriage, à Luchon.

Les enfants excitables, nerveux, neurasthéniques peuvent être soignés à Divonne, Gérardmer, Bagnères-de-Bigorre, etc. Les fillettes chlorotiques et dysménorrhéiques iront à Luxeuil.

Les paroxysmes aigus et graves de la diathèse, tels que le vomissement périodique, la fièvre arthritique, etc., demandent le repos au lit pendant un temps assez long. On prescrira en même temps la diète hydrique. Si l'enfant ne tolère pas le lait, ni l'eau, on le soutiendra par de grands lavements d'eau bouillie et par les injections de sérum artificiel.

Les crises de céphalalgie, avec ou sans neurasthénie, commandent la suppression momentanée ou prolongée de la vie scolaire, c'est-à-dire le repos du cerveau, sans préjudice du traitement hygiénique dont nous avons parlé plus haut.

En somme, c'est sur l'hygiène qu'il faut compter pour améliorer la nutrition des enfants arthritiques : hygiène de la digestion, de la peau, des muscles, des poumons, du cerveau. Des aliments choisis, en quantité convenable, sans excès, des repas réguliers, des boissons aqueuses, des bains, douches et pratiques hydrothérapiques, le massage, les exercices physiques et jeux de plein air, pas de surmenage intellectuel.

Telles sont les grandes lignes de l'hygiène thérapeutique qui convient aux jeunes arthritiques.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Chimot (Fernand). *De l'arthritisme des premières voies respiratoires.* N° 643. (J. Rousset.)

M. Perrot (Henri). *Infection de la glande parotide chez le nouveau-né.* N° 222. (J. Boyer.)

M. Pignot (Maurice). *Étude clinique des teignes. Hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes en 1900 à Paris et dans sa banlieue.* N° 99. (G. Steinheil.)

M. Fargeas de Lamothe. *L'hypotonie organique dans la pelade. Rôle thérapeutique du massage.* N° 550. (Société d'édit. scient.)

M. Laufer (J.-N.). *L'hypochloruration et l'action des bromures dans l'épilepsie (Étude physiologique).* N° 281. (Institut de bibliographie scientifique.)

M. Laure (Louis-Marie-Joseph). *Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique.* N° 217. (Steinheil.)

M. Pothet (Roger). *Essai critique et historique sur la suette miliaire.* N° 516. (Boyer.)

M. Viel (Maurice). *Des roséoles ordonnées.* N° 495. (Imp. Rousset.)

M. Blanc (Prosper). *De la forme anémique du cancer de l'estomac.*

M. Glennie. *Broncho-pneumonie intestinale.* N° 274. (Imp. Rousset.)

M. Gaudu (Émile). *Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona.* N° 640. (J. Rousset.)

M. Leveillé (G.). *Syndrome de Maurice Raynaud et péricardites.* N° 40. (Vigot frères.)

M. Bernheim (Fernand). *De l'aphasie motrice (Étude anatomo-clinique et physiologique).* N° 129. (Carré et Naud.)

M. Roustan (Paul). *Contribution à l'étude de l'albuminurie syphilitique précoce.* N° 534. (J. Rousset.)

M. Tulbendjian (Minass). *De la maladie d'Addison et de sa forme fruste prolongée à mélanodermie primitive.* N° 454. (Boyer.)

M. Martin (Georges). *De la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde.* N° 638. (Boyer.)

M. Grillot (Henri). *Le sanatorium français. Sa possibilité. Son organisation.* N° 604. (Naud.)

M. Platey (Louis). *De la fréquence et de l'instabilité du pouls dans la tuberculose pulmonaire chronique (leur importance pour le diagnostic précoce).* N° 539. (Imp. Witski.)

D'après M. Chimot la diathèse arthritique a une influence incontestable sur les premières voies respiratoires.

Il en donne pour preuve le fait qu'on observe sur ces premières voies des troubles nerveux avec l'asthme des foins, le spasme de la glotte, le vertige laryngé, la névralgie laryngée; des troubles vaso-moteurs dans les fosses nasales, le pharynx et le larynx qui tous trois sont le siège de congestions et d'hémorrhagies, lesquelles se font avec des caractères qui mettent hors de doute leur origine diathésique; et enfin, des troubles trophiques avec les rhinites hypertrophique et atrophique et les pharyngites chroniques.

Pour l'auteur quand on est appelé auprès d'un malade dont les premières voies respiratoires sont atteintes, il est absolument nécessaire de savoir dépister la diathèse, car dans bien des cas le traitement local sera absolument sans effet si l'on n'a eu soin d'y adjoindre le traitement général.

Les parotidites chez le nouveau-né étudiées par M. Perrot sont des affections très rares.

Elles sont à peu près toujours liées à une infection buccale ou à une lésion de voisinage.

Cette infection peut avoir lieu avant l'accouchement, pendant l'accouchement, ou après la naissance.

Les espèces microbiennes rencontrées jusqu'ici dans ces cas ont été le staphylocoque et le streptocoque.

La marche de l'affection est ici particulièrement hâtive. Une collection purulente considérable peut, dans ces jeunes tissus, se faire en un temps relativement très court.

Le pronostic est toujours grave; il varie cependant avec l'état de débilité ou de résistance de l'enfant.

Le traitement consiste dans l'intervention précoce qui permettra d'évacuer le pus au dehors et d'établir un bon drainage; il ne faut pas trop attendre pour pratiquer l'incision, afin d'éviter la diffusion du pus ou l'ouverture spontanée de la collection purulente dans le conduit auditif externe. On désinfectera soigneusement la bouche du petit malade, et il sera prudent, au moins pendant quelques jours, de ne pas le mettre au sein, de manière à éviter la galactophorite et l'infection de la mère.

Après avoir rappelé les caractères cliniques de la pelade, des favus, des teignes tondantes et des trichophytes, M. Pignot insiste sur le développement de la teigne à Paris et dans sa banlieue. D'après Feulard, en 1886, il y a 15 ans il y avait à Paris 3 000 teigneux; actuellement il y en a environ 10 000. Les mesures prises actuellement pour assurer la prophylaxie des teignes sont pour l'auteur absolument insuffisantes, d'où les résultats déplorables actuellement constatés. Il insiste vivement sur deux réformes qui lui paraissent primordiales : l'extension à donner aux colonies scolaires extra-parisiennes d'enfants teigneux, et l'amélioration des services médicaux de l'inspection des écoles. Sur ce dernier point l'auteur propose d'exiger des médecins inspecteurs des écoles un certificat d'aptitude dermatologique spécial. A propos de l'hospitalisation, l'auteur insiste sur la nécessité de l'hospitalisation à la campagne, beaucoup moins coûteuse, hospitalisation qui doit se limiter à ceux qui ne peuvent, pour des raisons d'ailleurs multiples, suivre un traitement dans une policlinique. Il y a lieu en tout cas de prendre des mesures énergiques pour combattre la teigne parisienne, dont l'importance populaire est considérable, car actuellement Paris à lui seul paraît contenir plus d'enfants teigneux que toutes les villes d'Allemagne réunies.

Élève de Jacquet, M. Fargeas de Lamothe admet qu'il existe dans la pelade :

a) Une hypotonie locale (aire cutanée atone, inélastique, flasque);

b) Une hypotonie générale (ptoses cutanées; phlebectasies diverses : varices, varicocèle, hémorrhoïdes; dilatation stoma-

cale, atonie intestinale, constipation, hernies; prolapsus utérin, ectopie rénale, etc.)

c) Des viciations trophiques (troubles quantitatif et qualitatif de la diurèse : polyurie, oligurie; hyperchlorurie, hypophosphaturie, hyposulfaturie, augmentation du coefficient de déminéralisation).

Cet état dyscrasique nécessite :

a) Un traitement local.

Pour ce traitement local on peut associer les topiques irritants classiques au massage, toujours aisément réalisable, et dont les pratiques ont l'avantage de s'adresser directement aux éléments hypotonisés.

b) Un traitement général :

Il diffère suivant le *primum movens* mais on pourra y ajouter l'hydrothérapie, les frictions, les injections de sérum.

Élève du professeur Richet, M. Laufer montre que si le chlorure de sodium joue dans l'organisme un rôle réellement utile, s'il est même indispensable à l'organisme, en revanche, les fortes quantités de sel (15 gr. en moyenne) que nous ajoutons à notre alimentation sont loin d'être indispensables. L'hypochloruration consiste précisément dans la diminution du sel ingéré jusqu'à une quantité minima qui peut être fixée à 2 gr. 50 ou 3 grammes. Cette quantité est suffisante pour couvrir nos besoins stricts en Na Cl, et elle est largement dépassée par le sel que contiennent les aliments eux-mêmes. Le lait renferme 1 gramme de sel environ par litre et il entre 5 grammes de sel au maximum dans un régime mixte ordinaire, y compris le sel ajouté au pain.

Avec la quantité minima de 3 grammes, aucun phénomène fâcheux n'est à redouter, de quelque nature qu'il soit.

Il peut y avoir consécutivement un abaissement du taux chloré des tissus qui fait comprendre la rétention de sel qui s'observe si, après plusieurs jours d'un régime hypochloruré, on ajoute de nouveau du sel à l'alimentation, et permet de prévoir que si on ajoute dans ces conditions, non du Na Cl, mais une substance chimiquement analogue telle que Na Br, celle-ci sera également retenue.

En fait, l'expérimentation montre qu'avec l'hypochloruration, le bromure devient beaucoup plus actif. Si l'on ajoute du sel à l'alimentation d'un sujet hypochloruré et bromuré, on constate une élimination plus rapide et plus intense du bromure. L'hypochloruration entraîne un certain degré de rétention du bromure qui se substitue en partie au chlorure de sodium des tissus. C'est ce qui explique l'activité accrue du bromure avec l'hypochloruration.

Pratiquement, l'hypochloruration sera réalisée avec le régime lacté, le plus simple et le plus facile à employer. Cependant on pourra le remplacer par un régime bien choisi, sans addition de sel, soit le régime lacto-végétarien, soit le régime mixte qui est le régime physiologique par excellence, mais avec peu de viande.

La dose de 5 grammes de sel, que renferme le régime mixte ordinaire, a été signalée comme suffisante, pour réaliser avec le bromure, les effets thérapeutiques recherchés. Dans le cas où on emploiera le régime lacté, on pourra prescrire trois litres de lait et une livre de pain ordinaire (contenant environ 2 gr. 50 de sel) de façon à obtenir une quantité de sel alimentaire proche de 5 grammes qui assurera au sujet une légère chloruration de luxe.

Il n'y a pas d'inconvénient à passer brusquement du régime salé ordinaire à l'hypochloruration; il suffira de se rappeler que la dose de bromure doit être diminuée. Inversement, il faudra augmenter la dose de bromure si l'on passe de l'hypochloruration au régime ordinaire.

M. Laure conclut d'une très consciencieuse revue sur le diagnostic précoce de la tuberculose qu'on devra tenir compte des antécédents héréditaires et personnels, mais on n'oubliera pas que ces antécédents ne sont nullement nécessaires, et que dans bien des cas la contagion se fait chez des individus sains et sans tares.

Les signes fournis par l'appareil respiratoire ont une grande valeur, mais il faut pour cela qu'ils se présentent avec des caractères de fixité, de siège et de durée.

Les troubles de l'appareil cardio-vasculaire, la température, seront toujours pris en sérieuse considération, ils sont précoces et très importants. Il en est de même pour les troubles de l'appareil digestif et de la sécrétion urinaire.

La tuberculine est un puissant moyen, qui peut rendre les plus grrnds services, son emploi est subordonné à certaines conditions que nous avons signalées.

Le sérum artificiel et l'iodure ne doivent pas être employés, moins parce qu'ils peuvent dépasser le but, que parce qu'ils n'ont rien de pathognomonique.

Le séro-diagnostic est un des meilleurs moyens, mais encore trop difficile et trop jeune pour pouvoir porter sur lui un jugement définitif ; il est dans tous les cas indiqué quand on pourra le faire, mais il ne faudra pas oublier qu'il peut être positif chez l'homme sain.

Le chimisme respiratoire pratiqué par A. Robin et Binet est, selon M. Laure, celui parmi tous ces moyens qui fournit les indications les plus précises et les plus précoces. Malheureusement, comme le séro-diagnostic, la radiographie et la pneumographie, il n'est pas à la portée de tout le monde, et exige comme ces derniers des connaissances et des appareils spéciaux.

Il résulte de l'étude historique de M. Roger Pothet que c'est surtout la France, l'Angleterre, le nord-ouest de l'Allemagne et le nord de l'Italie qui ont été le centre des principaux foyers épidémiques de la suette miliaire. S'il n'est pas permis d'affirmer que la suette est en voie d'extinction actuellement, de nouveaux foyers en formation pouvant exister, on peut cependant dire que la suette, à part quelques rares exceptions, est devenue avec la marche de la civilisation progressivement plus bénigne, et qu'à l'heure actuelle les conditions matérielles de la vie et les progrès de l'hygiène ont enlevé à ses épidémies la plus grande partie de leur gravité.

M. Viel montre que la disposition en bandes est une chose fréquente dans les dermatoses, beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois. En effet, dans le zona, la sclérodermie, le pemphigus, les nævi, le psoriasis, etc., on observe des dispositions particulières qui font que les éléments éruptifs ne sont pas disposés au hasard, mais au contraire suivant un certain ordre. Les observations tendent à se multiplier de plus en plus. La syphilis n'échappe pas à cette loi. C'est une notion classique en en effet, que les syphilides palmaire et plantaire, l'iritis, les gommes, etc., ont tendance à avoir une disposition symétrique.

Les manifestations cutanées tertiaires et secondo-tertiaires peuvent présenter également une certaine systématisation.

Mais on n'avait pas signalé, à une période moins avancée de la syphilis, la disposition ordonnée des éléments syphilitiques. Or, à une époque assez précoce de la période secondaire, il existe, comme on peut le voir par les observations de M. Viel, une disposition particulière de la roséole, qui fait que les éléments éruptifs se groupent au dos et des deux côtés de la colonne vertébrale, en des bandes parallèles suivant les côtes et les espaces intercostaux.

La conception métamérique de Head, qui veut que les zones métamériques soient non horizontales, mais obliques, paraît à M. Viel expliquer suffisamment la disparition de ces roséoles.

M. Prosper Blanc étudie la forme du cancer de l'estomac qu'à cause de la prédominance des symptômes anémiques, M. Hayem a décrite sous le nom de forme anémique du cancer de l'estomac.

Cette maladie se présente sous l'apparence d'une anémie pernicieuse progressive, sans troubles gastriques bien marqués.

La pathogénie en est difficile à affirmer ; il s'agit d'une action hématolytique en rapport avec l'action des toxines cancéreuses ou plus vraisemblablement avec l'infection surajoutée.

Le diagnostic se fait grâce à l'examen du suc gastrique qui révèle une hypopepsie accentuée avec fermentations anormales.

Cette forme du cancer de l'estomac est favorable à l'intervention chirurgicale, sans doute parce que les symptômes en sont précoces.

Des complications pulmonaires peuvent survenir au cours

des entérites infectieuses. Ces complications pulmonaires sont d'ordres variés : elles sont les unes congestives, les autres infectieuses broncho-alvéolaires. Le terme broncho-pneumonie intestinale ne peut d'après M. Glennie les englober toutes. Les phénomènes d'ordre congestif sont toxi-infectieux. Ils sont analogues aux accidents congestifs des toxi-infections et des intoxications. Leur pathogénie est simple. Ils sont à séparer complètement de la broncho-pneumonie intestinale. Le terme congestion intestinale serait moins impropre.

La broncho-pneumonie aiguë, observée au cours des entérites infectieuses, ne se distingue ni par ses lésions anatomiques, ni par son évolution, des broncho-pneumonies banales mono- ou polymicrobiennes. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'admettre son origine sanguine, et de repousser une origine inhalatoire que démontrent le processus anatomique et l'expérimentation.

La broncho-pneumonie intestinale perd ainsi son individualité, l'entérite n'étant qu'une cause occasionnelle de son éclosion ; elle doit donc être rayée du cadre pathologique.

M. Gaudu étudie la paralysie faciale dans le zona et conclut qu'elle n'est pas due à une simple concomitance, elle reconnaît la même cause infectieuse que la maladie elle-même. L'apparition de la paralysie faciale se fait généralement dans les 8 jours qui suivent le début de l'éruption vésiculeuse; elle est toujours contemporaine de cette éruption et les phénomènes se succèdent habituellement dans cet ordre : névralgie, éruption, paralysie.

La paralysie faciale peut apparaître dans tout zona, quel que soit son siège.

Les trois éléments du zona (névralgie, éruption, paralysie) peuvent être plus ou moins dissociés, plus ou moins isolés, sans pour cela cesser d'être une même maladie.

Pour les classiques anciens, les paralysies faciales zostériennes passaient pour des raretés pathologiques. Et, en effet, M. Klippel, dans ses recherches récentes, n'a pu trouver que 17 cas de signalés jusqu'en 1898. Mais, depuis cette époque, le nombre de cas publiés semble démontrer une plus grande fréquence de ces paralysies : c'est ainsi que depuis l'année 1898, 6 nouveaux cas ont été publiés, et que M. Gaudu a pu, en une seule année, en observer 3 cas nouveaux.

Parmi les causes nombreuses qui peuvent produire l'asphyxie locale des extrémités, M. Leveillé signale les troubles cardiaques.

Il a en effet, avec son maître Widal, observé 2 cas chez lesquels ont coïncidé une péricardite et des symptômes d'asphyxie locale symétrique des extrémités.

Il attribue à l'insuffisance fonctionnelle du myocarde gêné par l'épanchement du péricarde ces phénomènes de cyanose.

D'une remarquable et très importante étude, M. Bernheim, élève de Dejerine, conclut que l'examen des aphasiques moteurs doit être répété à plusieurs reprises et porter, pour être complet au point de vue clinique, sur : la parole spontanée, la parole répétée, la récitation, le chant, la lecture à haute voix, la lecture mentale, l'audition verbale, l'évocation spontanée des images auditives verbales, l'épreuve de Lichtheim-Dejerine, les diverses modalités de l'écriture, — spontanée, sous dictée et d'après copie, — le calcul, l'état intellectuel et la mémoire, la mimique, l'audition, la motilité et la sensibilité.

Pour M. Bernheim, l'aphasie motrice corticale ou avec altération du langage intérieur peut se distinguer cliniquement de l'aphasie motrice sous-corticale ou aphasie motrice pure de Dejerine. Dans cette dernière le langage intérieur est intact : l'épreuve de Lichtheim-Dejerine est positive, il n'y a pas d'agraphie pour l'écriture spontanée et sous dictée, les attaques épileptiformes sont absentes ou, en tout cas, beaucoup plus rares. — A ces deux variétés cliniques importantes de l'aphasie motrice correspondent les localisations anatomiques également différentes : l'aphasie motrice pure répond jusqu'à présent à une lésion à prédominance manifestement sous-corticale, mais la corticalité n'a pas encore été trouvée absolument intacte sur les coupes microscopiques sériées; l'aphasie motrice avec altération du langage intérieur traduit une lésion surtout corticale.

La localisation de l'aphasie motrice corticale au pied de la 3e frontale gauche doit être désormais étudiée par la méthode des coupes microscopiques sériées. Peut-être les limites données à cette localisation devront-elles s'étendre jusqu'au pied de la 2e frontale et aux circonvolutions antérieures de l'insula. L'étude des dégénérescences des faisceaux d'associations et des fibres de projection dans chaque cas, permettra de compléter le chapitre d'anatomie pathologique de l'aphasie motrice. — Enfin par la connaissance de l'état du système calleux, recherché dans chaque autopsie d'aphasie motrice, on arrivera peut-être à des données plus précises sur la question des suppléances entre les hémisphères cérébraux dans le mécanisme des altérations du langage.

D'une bonne revue d'ensemble sur l'albuminurie syphilitique à laquelle il joint plusieurs observations inédites, M. Roustan conclut que la syphilis, au cours de sa période secondaire, peut présenter, au nombre de ses manifestations viscérales, une néphrite différente des néphrites qui surviennent à la période tertiaire.

Elle survient dans les premiers mois qui suivent le chancre, et, bien qu'une syphilis bénigne puisse lui donner naissance, elle est plutôt l'apanage des syphilis malignes, c'est-à-dire à manifestations viscérales précoces.

Elle se manifeste par : une forme légère caractérisée par l'insuffisance urinaire décelable aux moyens d'exploration moderne (toxicité urinaire, bleu de méthylène, et cryoscopie), avec ou sans albuminurie légère passagère ; une forme moyenne caractérisée par l'œdème et l'albuminurie persistants, mais se terminant par la guérison ; une forme grave, forme classique des auteurs, caractérisée par l'énorme quantité d'albumine, la rapidité et l'échéance fatale des accidents urémiques.

Elle relève manifestement de la syphilis sur le tissu rénal, en particulier sur l'épithélium. C'est une néphrite avec participation légère des glomérules.

L'action du mercure dans la production de la néphrite est rare et doit être négligée ; celle des infections secondaires peut être invoquée dans certains cas, mais le plus fréquemment il s'agit de néphrites vraiment syphilitiques.

Le diagnostic n'en doit pas moins se faire par une rigoureuse élimination des causes habituelles de néphrite, et par les caractères tirés plutôt des commémoratifs, c'est-à-dire de la nature des autres accidents spécifiques, que par les caractères de la néphrite elle-même.

Enfin le traitement doit être toujours institué. Il faut donner le traitement mercuriel à doses faibles à cause de la salivation fréquente, et s'adresser surtout à l'iodure de potassium à doses élevées.

Le traitement ordinaire de la néphrite elle-même ne doit pas être négligé.

Autour d'une observation du professeur Debove, M. Tulbendjian a groupé quelques autres observations de maladie d'Addison à forme fruste prolongée avec mélanodermie primitive. Cette forme excessivement rare, compatible pendant longtemps avec une bonne santé, prend une allure très grave, aussitôt que les autres symptômes généraux apparaissent.

La douleur est un symptôme fréquent du début de la fièvre typhoïde. Elle siège surtout à ce moment à la fosse iliaque droite. M. G. Martin rappelle qu'elle peut être une cause d'erreur et souvent le diagnostic sera hésitant entre une appendicite, une entérite, une péritonite et même l'hystérie. On peut également observer au début une douleur épigastrique s'accompagnant de troubles gastriques.

On peut voir dans le cours de la maladie des douleurs plus ou moins vives apparaître sans qu'il y ait aucune complication. Dans ces cas un examen approfondi de tous les symptômes devra être fait de façon à éviter toute erreur.

Quelques-unes des complications, par exemple l'avortement, la cystite, les écarts de régime, etc..., seront parfaitement reconnues.

Dans la plupart des autres cas, les symptômes seront ceux d'une péritonite, dont souvent le point de départ restera inconnu.

M. Henri Grillot consacre un très important et volumineux travail à l'étude des sanatoria et arrive aux conclusions suivantes : la France, par son climat, sa variété topographique,

la diversité de ses altitudes, est un des pays les plus favorables au traitement hygiénique de la tuberculose. Pour l'emplacement du sanatorium français, il faut rechercher les régions où la pression barométrique est constante, l'état hygrométrique faible, choisir un lieu bien ensoleillé, abrité des vents, éloigné des grands centres.

L'expérience des sanatoriums étrangers et français dont l'auteur analyse les principales dispositions, prouve qu'un tel établissement ne doit être ni un hôpital, ni un hospice, ni la maison banale, mais répondre à un type déterminé.

Ce type est caractérisé par les services généraux qui seront indépendants des pavillons de malades et réunis, par nécessité et par économie, en un ou plusieurs bâtiments voisins.

Avant tout l'hygiène, spécialement l'hygiène antituberculeuse, doit réglementer la construction et l'aménagement : pavillons séparés affectés à chaque sexe, chambres hygiéniques, galeries de cure distinctes des pavillons, mais les reliant.

S'imposent également les moyens de désinfection des crachats et des crachoirs, des eaux-vannes et vidanges.

Le médecin du sanatorium doit posséder certaines qualités indispensables : clinicien connaissant à fond la méthode de traitement hygiéno-diététique, éducateur bien au courant du caractère du tuberculeux, administrateur, maître au sanatorium dont il est le médecin-directeur.

Dans l'état actuel de la science, le sanatorium est la meilleure méthode du traitement de la tuberculose.

Le sanatorium offre à la société les plus sérieuses garanties de prophylaxie et de préservation sociale. Il constitue avant tout une œuvre d'assistance. Un sanatorium populaire ne peut fonctionner qu'en assistant la famille de l'hospitalisé.

Dans la lutte contre la tuberculose, le sanatorium use d'adjuvants puissants et indispensables :

α) Moyens curatifs :

Tels les dispensaires antituberculeux, les services spéciaux de tuberculeux à l'hôpital général.

β) Moyens prophylactiques :

Tels les hôpitaux marins, les maternités-sanatoriums, l'assistance à domicile, les restaurants de tempérance, les maisons salubres à bon marché, etc.

Il peut se produire au cours de la tuberculose pulmonaire chronique des tachycardies d'ordre divers. M. Platey distingue la tachycardie par lésion du pneumogastrique, celle liée à une lésion cardiaque tuberculeuse ou infectieuse secondaire, l'asystolie terminale; la tachycardie d'origine gastro-intestinale chez les dyspeptiques; la tachycardie thyroïdienne; la tachycardie fébrile.

En l'absence de ces causes, et même en état d'apyrexie, les tuberculeux sont souvent tachycardiques quand ils sont étendus horizontalement; — ils le sont presque toujours quand ils sont debout, et surtout lorsqu'ils exécutent les moindres mouvements.

Cet état porte le nom de tachycardie instable.

M. Platey n'a trouvé aucun rapport évident entre la fréquence du pouls, sa stabilité et la pression artérielle.

Mais l'un quelconque de ces symptômes existe toujours en l'absence des autres, ce qui permet de confirmer le diagnostic dans les cas douteux de tuberculose.

Il existe deux variétés de la tachycardie apyrétique : la tachycardie précoce, qui apparaît avec l'amaigrissement, la tachycardie cachectique qui succède à la précédente, ou se développe primitivement.

Leurs causes sont probablement différentes, mais encore hypothétiques.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Nouvelle méthode de coloration du sang (Eim nem Methode fur gleichzeitige Combinations färbung von Bluttrockenpräparaten mit Eosin und Methylenblau), par Willebrand (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 4, p. 57). — La solution que l'auteur préconise et qui lui a donné des résultats très satisfaisants est préparée de la façon suivante :

On mélange à parties égales une solution aqueuse concentrée de bleu de méthyle et une solution alcoolique d'éosine à 0,5 p. 100 (l'alcool est à 70°); à 50 centimètres cubes de ce mélange, on ajoute 10 à 15 gouttes d'acide acétique dilué à 1 p. 100; et on filtre.

Pour que la coloration réussisse bien, il est nécessaire de fixer auparavant la préparation de sang soit par la chaleur sèche, soit par l'alcool absolu, soit par l'alcool formaliné à 1 p. 100. La coloration qui demande 5 à 10 minutes, se fait en chauffant la préparation, jusqu'à l'apparition des bulles de gaz. On lave à l'eau, mais on ne décolore pas.

Sur les préparations ainsi colorées, les érythrocytes apparaissent en rouge, les noyaux en bleu foncé, les granulations neutrophiles en violet, les granulations acidophiles en rouge pur, les granulations des mastzellen en bleu intense.

Le pouvoir antitoxique des tissus. (Ueber Entgiftung im Thierkörper), par Kleine. (*Zeitschr. f. Hyg.* 1901, vol. XXXVI, p. 1). — Il y a un an, MM. Czyhlarz et Donath ont attiré l'attention sur un fait très curieux qu'ils ont constaté dans l'expérience suivante : Si après avoir solidement lié le membre postérieur d'un cobaye au-dessus du genou, on injecte au-dessous de la ligature serrée la dose mortelle minima de strychnine, l'animal reste en vie, quand au bout de 2 heures on enlève la ligature qui était assez serrée pour arrêter la circulation sanguine et lymphatique. Pour expliquer cette tolérance de l'animal pour la strychnine, MM. Czyhlarz et Donath avaient admis que, pendant les 2 heures pendant lesquelles la strychnine reste, au-dessous de la ligature, dans le tissu conjonctif ou musculaire, elle est desintoxiquée par les tissus et rendue inoffensive pour l'organisme.

M. Kleine a repris ces expériences et reconnu l'exactitude du fait. En effet, la strychnine, injectée à la dose mortelle de 1 milligr. 50 au-dessous de la ligature posée sur la patte d'un cobaye, ne tue pas l'animal quand, au bout de 1 ou 2 heures, on enlève la ligature. Seulement, d'après M. Kleine, la survie de l'animal tiendrait non pas à la désintoxication du poison, mais à de nouvelles conditions de résorption.

Il fait notamment observer que, pour la strychnine en particulier, la différence entre la dose non mortelle et la dose mortelle minima est, pour ainsi dire, insignifiante. Dès lors, on peut admettre que, malgré la ligature serrée, une petite quantité de strychnine est résorbée (par osmose ou autrement) et éliminée; quand, au bout de 2 heures, on enlève la ligature, il n'existe plus, au-dessous, qu'une dose non mortelle de strychnine qui se résorbe difficilement et qui, par conséquent, ne tue plus l'animal.

Et, en effet, si au lieu d'injecter 1 milligr. 5 de strychnine, on en injecte 3 milligrammes, l'animal succombe après l'ablation de ligature. En second lieu, l'urine des cobayes qu'on tue avant d'avoir enlevé la ligature, renferme de la strychnine qu'on peut isoler et qui est en quantité suffisante pour tuer une souris.

M. Kleine pense même que la désintoxication de la strychnine par de la substance cérébrale, affirmée par quelques auteurs, n'existe pas non plus, et que si les animaux survivent à l'injection d'un tel mélange, cela tient à ce que, dans ces conditions, la strychnine s'absorbe mal et lentement, et a le temps d'être éliminée.

Les granulations basophiles des hématies (Zur Kentniss der basophilen Granulationen der rothen Blukorperchen), par Moritz (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 5, p. 68). — L'apparition de granulations basophiles est considérée par les

uns comme un phénomène artificiel dû au procédé de fixation et de coloration du sang, par d'autres comme un phénomène pathologique de dégénérescence pouvant acquérir une valeur diagnostique dans certains cas. On sait, en effet, que, chez les animaux soumis à l'intoxication par la pyrodine ou par le plomb, on trouve les hématies chargées de granulations basophiles.

L'auteur cite à l'appui de la valeur pathologique de ces granulations le fait suivant : chez six ouvriers travaillant dans une fabrique de couleurs à base de plomb, l'examen du sang a montré, chez tous, l'existence des hématies à granulations basophiles. Sur ces six ouvriers, quatre paraissaient en bonne santé, un avait des coliques de plomb et un autre avait présenté peu de temps auparavant des symptômes d'intoxication saturnine.

En injectant à des lapins de l'acétate de plomb sous la peau, on en leur donnant des pilules d'acétate de plomb, l'auteur a provoqué l'apparition dans le sang de ces animaux, des hématies à granulations basophiles.

L'auteur ajoute qu'il a encore rencontré des hématies à granulations basophiles dans 3 cas de leucémie, 1 cas de malaria, 1 cas de septicémie et 1 cas de cachexie carcinomateuse.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'Euquinine.

D'après M. le Dr J. LAUMONIER (1).

L'euquinine produit de synthèse que l'on obtient en traitant la quinine par l'acide éthylcarbonique se présente sous forme de fines aiguilles blanches, fondant à 95° C., solubles dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, mais peu solubles dans l'eau; elle est à peu près insipide, ce qui lui donne un avantage marqué sur la quinine et ses sels usuels, et ne manifeste qu'une très légère amertume qui cesse d'être sensible quand on mélange ce produit au sucre et aux sirops, au lait, au cacao et au bouillon. Le chlorhydrate cependant a un goût plus notable et désagréable, mais le tannate d'euquinine, dont on se sert quelquefois, est dépourvu de toute saveur fâcheuse.

L'euquinine est parfaitement tolérée par l'estomac; elle ne cause pas de vomissements ni de troubles dyspeptiques, et n'amène pas les symptômes encéphaliques et tintements d'oreilles qui constituent l'ivresse quinique. Son ingestion est suivie de deux sortes de phénomènes, dont les uns sont prompts et dont les autres ne se manifestent qu'au bout d'un certain temps. Les premiers aboutissent à un abaissement de la température, constatée par tous les auteurs, dans tous les cas de pyrexies, périodiques ou non; mais l'activité très remarquable de ce médicament dans la malaria et les maladies similaires prouve que l'action antithermique de l'euquinine est liée en partie à son pouvoir antiseptique à l'égard des germes des fièvres malariques et palustres. Les effets à longue échéance de l'administration prolongée de l'euquinine sont une augmentation du nombre des hématies et de la teneur du sang en hémoglobine, comme l'a constaté Overlach, et, en rapprochant cette action du pouvoir antimalarique, Bianchi conclut que ce produit agit d'une manière spéciale sur la rate et en général sur les organes hématopoïétiques. On retrouve là l'influence tonique de la quinine à petite doses. Enfin, d'après Panegrissi et Gammarelli, l'euquinine commence à s'éliminer par l'urine une demi-heure environ après l'ingestion; l'élimination atteint son maximum au bout de 7 heures, et au bout de 48 heures, elle est terminée et les urines n'en contiennent plus. L'alcaloïde extrait de ces urines est très amer, ce qui porte à croire que l'euquinine se dédouble dans l'organisme et régénère la quinine.

1. Nouveaux remèdes, n° 15, 1901.

2. La formule est de l'euquinine $CO\begin{cases} OC^{20}H^{23}Az^{2}O \\ OC^{2}H^{5} \end{cases}$ c'est l'éther ethylcarbonique de la quinine.

De ce qui précède résultent les indications thérapeutiques de l'euquinine. C'est en un mot le succédané le plus efficace et le moins nocif de la quinine. A cet égard, on doit désirer voir entrer dans la pratique ce nouveau médicament qui offre sur cette dernière l'avantage d'une tolérance plus grande pour l'estomac et d'une toxicité moindre.

Auto-panseur gynécologique (1).

(*Porte-tampon stérilisable*)

Du Dr CH. FAGUET (de Périgueux)

Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Cet appareil se compose :

1° D'un cylindre de verre double ayant la forme d'un spéculum de Fergusson, mais le biseau est beaucoup plus court.

Son diamètre et sa longueur sont calculés de façon à pouvoir recevoir un ovule et un tampon de coton hydrophile ;

2° D'une tige de verre cylindrique, creuse de 2 centimètres de circonférence et d'une longueur de 17 centimètres.

A l'une de ses extrémités, cette tige porte deux rondelles de verre séparées par une rainure dans laquelle se loge un anneau de caoutchouc rouge. Cette partie constitue un piston qui glisse sans frottement dans le cylindre de verre.

L'autre extrémité est légèrement évidée en entonnoir et présente une bague de verre qui vient se heurter à un bouchon de caoutchouc rouge fixé à frottement dans le corps de l'appareil. Cette disposition est destinée à limiter la course du piston.

L'auto-panseur gynécologique est constitué par une seringue en verre — dont la partie cylindrique et la tige offrent des dispositions spéciales — et des rondelles de caoutchouc rouge. Il se démonte facilement et il est entièrement stérilisable par l'ébullition.

Cet auto-panseur gynécologique permet aux malades de faire elles-mêmes régulièrement, facilement et proprement, les pansements vaginaux pui leur sont conseillés.

Il sert à placer des ovules à la glycérine solidifiée et des tampons de coton hydrophile ou des tampons imprégnés de diverses substances médicamenteuses.

Mode d'emploi. — Après avoir stérilisé l'appareil par l'ébullition, on le prépare de la façon suivante :

1° Retirer la tige ;

2° Introduire dans le cylindre de verre (extrémité évasée en entonnoir) un ovule et à sa suite un tampon d'ouate muni d'un fil solide;

3° Engager le fil dans la tige creuse du piston jusqu'à ce que son extrémité sorte au niveau de la partie évidée en entonnoir de cette même tige ;

4° Replacer la tige dans le cylindre de verre et l'engager jusqu'à ce que l'ovule vienne affleurer dans les biseaux.

L'auto-panseur gynécologique se présente alors sous l'aspect d'une seringue chargée.

La malade se place sur son lit, dans la position dorso-sacrée, écarte les deux grandes lèvres de la main gauche et introduit l'auto-panseur préalablement enduit de vaseline antiseptique ou d'huile stérilisée. Quand l'appareil est mis en place, il ne reste plus qu'à presser sur la tige du piston; le moyen le plus simple consiste à appliquer la face palmaire des deux pouces en arrière du pavillon du cylindre-spéculum, pendant que les index appuyent lentement mais d'une façon continue sur la tige du piston.

Le tampon ou l'ovule ou l'un et l'autre tombent dans le vagin quand le piston est arrivé à la fin de sa course, et il ne reste plus alors qu'à retirer l'appareil.

Ces manœuvres, plus longues à décrire qu'à exécuter, sont très faciles et les malades y sont très vite habituées.

1. *Rev. int. bibl.*, 1901, p. 262.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Ostéopathies blennorrhagiques,

D'après M. le Dr G. Philippet (1).

Les complications de la blennorrhagie qui frappent les articulations et certaines membranes séreuses (gaines tendineuses, bourses séreuses) sont aujourd'hui bien connues et définitivement séparées du rhumatisme vrai.

Mais celles qui intéressent le squelette osseux proprement dit, c'est-à-dire les complications ostéo-périostées, plus rares, il est vrai, que les synovites articulaires et tendineuses, ont moins souvent attiré l'attention des cliniciens.

Elles viennent d'être étudiées, à la lumière de plusieurs faits récents, dans la thèse de M. Philippet.

Historique. — Déjà, en 1869, le professeur Fournier (2) donnait des ostéo-périostites blennorrhagiques une description très précise :

« Cette variété d'accidents blennorrhagiques est encore mal connue, je pourrais même dire qu'elle est restée presque complètement inconnue jusqu'à ce jour. Elle est cependant assez fréquente, je l'ai rencontrée pour le moins sur une douzaine de mes malades. Si les lésions que je vais décrire n'ont pas encore été signalées sous le nom que je leur assigne, ce n'est pas à coup sûr qu'elles n'aient été déjà observées, c'est plus vraisemblablement qu'on les a prises pour ce qu'elles n'étaient pas, et qu'on les a confondues avec d'autres manifestations du rhumatisme blennorrhagique. »

Durant de longues années, les auteurs n'ajoutèrent que fort peu à cette description.

Mauriac, en 1883, dans ses *Leçons sur les maladies vénériennes*, se contentait de signaler que « le catarrhe spécifique de l'urèthre pouvait, dans quelques cas, produire des tuméfactions du périoste et des gonflements osseux ».

Ozenne, en 1891, attirait l'attention sur les accidents ostéo-périostés qu'il venait de constater chez un malade à la suite d'une blennorrhagie.

1. *Thèse* de Paris, 1901, n° 523.
2. Fournier. *Annales de Dermatologie*, 1869.

En 1892, Jacquet reprenait, à propos de la talalgie, l'opinion du professeur Fournier. De ses recherches, il croyait pouvoir conclure que, le plus souvent, la talalgie est due soit au rhumatisme ostéo-fibreux calcanéen, soit à l'ostéite. « Je n'ai point vu, disait-il, cette ostéite calcanéenne mentionnée dans la littérature médicale, et pourtant elle ne paraît pas être absolument exceptionnelle, puisque sur 12 malades, je l'ai notée 2 fois. »

Plus récemment cet auteur, revenant sur la nature de la talalgie, apportait, à l'appui des hypothèses qu'il avait émises quelques années auparavant, une preuve irréfutable, l'examen nécropsique. Il avait ainsi pu vérifier, après la mort, le diagnostic fait *in vivo* de calcanéite ossifiante double d'origine blennorrhagique.

Presque en même temps, Achard, publiant l'observation d'un malade atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique, faisait remarquer que les os et le périoste étaient altérés chez ce malade; l'exploration clinique et surtout la radiographie, lui en avaient fourni la preuve.

Claisse, dans une observation intitulée « ostéopathies blennorrhagiques », attirait à nouveau l'attention sur les altérations osseuses, à localisations spéciales, que présentait une jeune fille atteinte de blennorrhagie.

A.-H. Voisin, dans sa thèse (1898-99), reprenait l'étude de la talalgie.

Launois, relatant l'histoire d'un malade ayant eu des écoulements gonococciques répétés, signalait « au niveau du coude droit une tuméfaction diffuse due en partie à l'épaississement du tissu fibreux et à l'hypertrophie de l'extrémité inférieure de l'humérus ».

Il y a quelques mois, Hirtz et son interne Delamare rapportaient l'intéressante observation d'une jeune femme atteinte, à la suite d'une blennorrhagie, d'une ostéo-périostite diaphysaire du fémur, qu'ils purent suivre assez longtemps.

Enfin, trois nouvelles observations, recueillies dans le service de M. Claisse, sont rapportées dans la thèse de M. Philippet.

Etude clinique. — Les ostéopathies blennorrhagiques revêtent deux formes différentes :

1° L'une, la forme aiguë, correspond à la périostite ou simple fluxion inflammatoire du périoste de Fournier et au premier degré du blenno-rhumatisme ostéofibreux de Jacquet. Dans quelques cas, suivant la juste remarque de ce dernier auteur, la périostite se complique d'un léger degré d'ostéite, en sorte qu'il s'agit d'ostéo-périostite aiguë.

2° L'autre, la forme chronique, correspond à la périostose de Fournier, à l'ostéite hyperostosante de Jacquet, à l'ostéopériostose hypertrophiante de Hirtz.

I. — *Forme aiguë des ostéopathies blennorrhagiques. — Ostéo-périostite aiguë. Siège.* — Ces accidents se localisent surtout aux points proéminents du squelette, au tibia par exemple, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres au-dessous du ligament rotulien, ou au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; à l'épitrochlée, à l'extrémité inférieure du cubitus, c'est-à-dire dans les points où cet os est sous-cutané; sur la tête du péroné, au grand trochanter, aux extrémités des métacarpiens ou des métatarsiens, sur la face postérieure du grand os, enfin et surtout sur les faces postérieure et inférieure du calcanéum. Il n'est point rare, d'ailleurs, de rencontrer plusieurs de ces manifestations sur le même sujet.

M. Fournier cite un malade qui présentait, en différents point du corps, cinq plaques de périostite.

Symptômes. — A l'inverse de ce que nous verrons pour la forme chronique, les signes fonctionnels ont comme éléments de diagnostic une valeur beaucoup plus grande que les signes physiques.

Le plus souvent le malade accuse une douleur en un point circonscrit, répondant à un os. Si l'on explore, on reconnaît que la pression provoque une souffrance très vive, et cela sur une étendue généralement assez restreinte, sur une surface égale, par exemple, à une pièce de 1 ou de 2 francs. En dehors et au voisinage de cette petite surface, la pression ne détermine plus aucune sensation douloureuse.

De même, si la lésion siège en certains points du squelette, au calcaneum par exemple, la douleur, parfois sourde ou même nulle à l'état de repos, est vivement éveillée par la marche.

Ainsi, la douleur, très nettement circonscrite, douleur sourde ou même nulle au repos, mais très vivement excitée par la pression ou la marche, voilà le symptôme capital, parfois unique, de cette variété d'ostéopathies blennorrhagiques.

Dans la talalgie sans déformation que nous prendrons comme type, la douleur réveillée par la pression ou par la marche existe en deux points maxima :

a) A l'attache calcanéenne du tendon d'Achille;

b) Sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes.

Dans deux observations de M. Fournier, ce fut la douleur seule qui permit de reconnaître l'existence des périostites.

Parfois, mais non pas constamment, au niveau même du point où existe la douleur, on peut percevoir un certain empâtement des tissus formant une saillie légère.

Dans quelques cas même, ce n'est pas seulement une légère saillie que l'on constate, mais une véritable tuméfaction disparaissant en quelques jours, comme dans le cas relaté par Ozenne (1).

Plus rarement enfin, les téguments présentent en ce point un faible degré de suffusion rosée.

En résumé, la forme aiguë des ostéopathies blennorrhagiques s'accompagne toujours de douleurs revêtant les caractères spéciaux que nous avons énumérés, et c'est là l'élément principal du diagnostic, parfois d'une saillie plus ou moins prononcée, rarement de rougeur des téguments.

Evolution, durée. — En règle générale, les ostéo-périostites aiguës évoluent rapidement.

Débutant vers la 3e ou la 4e semaine de la blennorrhagie (toutefois les exceptions sont loin d'être rares) elles durent environ de un à deux septenaires.

Au bout de ce laps de temps, les phénomènes douloureux et le léger engorgement des tissus s'amendent, puis la résolution complète s'opère; il n'y a aucune tendance à la suppuration.

En d'autres cas, au contraire, mais bien plus rarement, la tuméfaction persiste et s'accroît; il paraît se produire, sur l'os, un dépôt plastique qui finit par former un soulèvement plus ou moins volumineux et une véritable périostose se trouve constituée.

Enfin, les malades qui, une première fois, sont affectés de ces accidents, sont prédisposés aux récidives, à de nouvelles atteintes, quand ils viennent à être réinfectés plus tard.

M. Fournier a eu l'occasion d'observer sur le même sujet, trois poussées de périostite au cours de trois blennorrhagies successives.

Diagnostic. — Il est généralement facile. Encore faut-il songer à sa possibilité et prendre la peine de soumettre à un examen local et attentif tout sujet, se plaignant d'une douleur quelconque, au cours de la blennorrhagie.

Une exploration sommaire et peu méthodique pourrait facilement faire admettre une de ces formes plus ou moins vagues de rhumatisme musculaire ou même articulaire, surtout lorsque la douleur accusée par le malade n'est point rapportée à son véritable siège.

Fournier met en garde contre les difficultés du diagnostic, dans certains cas à localisations assez rares, telles que l'épine de l'omoplate, par exemple, les apophyses épineuses, et insiste sur la valeur symptomatique de la douleur nettement circonscrite à la pression.

« Les malades racontent, dit-il, qu'ils souffrent de l'épaule, et l'on pourrait croire, à un examen superficiel, que la jointure est affectée, alors que le siège réel de la douleur est tout différent.

Si l'on procède, en effet, à une exploration minutieuse en ayant soin de circonscrire avec les doigts les foyers douloureux, on reconnaît sans peine que la lésion réside uniquement sur une portion plus ou moins limitée de l'un des bords de l'omoplate, ou du bord postérieur de l'épine du même os.

Pronostic. — Le pronostic des ostéo-périostites aiguës est généralement bénin.

Mis au repos et bien soigné, le malade guérit la plupart du temps.

Au contraire, s'il néglige de se soigner, la lésion peut aboutir à l'ostéopériostose hypertrophiante, lésion beaucoup plus grave, parfois irrémédiable.

II. *Forme chronique des ostéopathies blennorrhagiques. Ostéo-périostose hypertrophiante. Siège.* — Ici, les déterminations ostéo-périostées n'ont plus, comme dans la forme précédente, pour siège à peu près exclusif, les épiphyses et surtout les petits os de la main et du pied.

Ces dernières localisations sont évidemment de beaucoup les plus fréquentes, mais l'ostéo-périostose diaphysaire des os longs s'observe aussi, quoique assez rarement.

Symptômes. — Dans l'ostéo-périostose hypertrophiante les signes objectifs deviennent l'élément principal du diagnostic, les signes fonctionnels sont relégués au deuxième plan, encore n'existent-ils point toujours.

Dans quelques cas, chez un blennorrhagique dont la maladie a été abandonnée à elle-même, ou à la suite d'infections gonococciques répétées, on voit apparaître, à la surface d'un os, une véritable tumeur, paraissant avoir son origine dans la trame même du périoste ou de l'os.

Cette tumeur aplatie, étalée, immobile, adhérente à l'os, donne au palper une sensation de résistance indiquant bien une néoformation osseuse, et non pas seulement un empâtement péri-osseux par inflammation des parties molles.

Généralement peu volumineuse, elle est susceptible de prendre parfois un développement assez considérable.

Le symptôme douleur est fort variable et inconstant. Ordinairement douloureuse à son début (mais ce n'est point une règle absolue) la tuméfaction devient de moins en moins sensible et finit même dans l'indolence à peu près complète.

Pourtant il faut faire une exception pour la talalgie avec hyperostose. Il n'est point rare, ainsi que l'a dit Jacquet, de voir la douleur persister atroce, des mois, des années même, à chaque essai de marche, et con-

1. Ozenne. *Annales de Dermatologie*, 1891.

stituer une véritable infirmité, les malheureux qui en sont atteints étant réduits à l'impotence fonctionnelle.

La peau paraît généralement saine, rarement on l'a vue altérée; chez quelques malades, au début tout au moins, elle était rouge et enflammée.

Le type le plus fréquent et le plus classique de cette variété de lésions est la talalgie avec hyperostose ou calcanéite ossifiante de Jacquet. « Fort souvent, dit cet auteur, le talon est gonflé en masse, il est plus gros et plus haut, il y a accroissement dans le sens longitudinal et dans le sens transversal, cela grâce à l'hyperostose évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille, des faces latérales, et des tubérosités ».

Citons encore la forme noueuse du blenno-rhumatisme, décrite par Fournier et Erasmo do Amaral (*Thèse*, 1891), sous le nom de polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse.

Cette maladie consiste en une tuméfaction péri-articulaire, atteignant surtout les extrémités des phalanges ou des métacarpiens, ou bien le gros orteil.

Rarement primitives, ces lésions sont ordinairement consécutives à des attaques multiples, ayant d'abord porté sur les grandes jointures.

Si l'on examine la région malade, on constate au toucher un empâtement diffus qui donne la sensation d'une tumeur, dure comme une simple hyperostose, lisse, sans les inégalités et les reliefs particuliers des concrétions tophacées.

Au niveau de cette tuméfaction qui siège seulement du côté de l'extension et des faces latérales, nullement du côté de la flexion, il n'existe ni œdème, ni rougeur des téguments.

Légèrement douloureuse à son apparition, elle devient ensuite tout à fait indolore, sauf à la pression.

La maladie rapidement constituée, reste longtemps stationnaire; puis elle s'atténue et peut même disparaître.

Ne retrouve-t-on point là, en entier, les symptômes que nous avons décrits à l'ostéo-périostose hypertrophiante?

Peut-être est-il bon de signaler un caractère particulier de cette affection. Lorsque la lésion porte sur la jointure de la 1re avec de la 2e phalange, il en résulte une déformation caractéristique du doigt qui devient fusiforme : c'est le doigt *en radis* du professeur Fournier. Il se voit surtout à l'annulaire et à l'index.

Cette déformation est pathognomonique de la blennorrhagie, car si l'on voit des dactylites analogues dans la maladie de Haygarth, elles occupent tous les doigts des deux mains, tandis que, dans la blennorrhagie, il n'y en a qu'un, deux, trois au plus qui soient atteints.

Mais, quelle est la nature des lésions de la polyarthrite progressive pseudo-noueuse? La tuméfaction périarticulaire est considérée par nombre d'auteurs, comme résultant d'une légère hypertrophie osseuse, et surtout d'une hyperplasie du tissu fibreux périphérique, constituant des nodosités, des calus analogues à ceux du rhumatisme déformant.

Toutefois, peut-être s'agit-il, plus souvent qu'on ne le croit, de lésions surtout osseuses. Cette opinion s'appuie sur une communication faite par M. Achard à la *Société médicale des hôpitaux*, en 1896 (1). Chez un malade atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique, M. Achard a pu constater, au moyen des rayons de Rœntgen, que les lésions ne portaient pas seulement sur les articulations et les tissus périphériques, mais aussi sur les os et le périoste. Bien que la palpation ne permît de rien sentir, une végétation ostéophytique, décelée, sous forme de tache sombre, par la radiographie sur le côté externe du 1er métatarsien, rendait compte d'un point doulourenx très limité, à la partie antérieure du 1er espace interosseux.

1. Ch. Achard. Application des rayons de Rœntgen à l'étude d'un cas de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 juillet 1896, p. 608).

Jusqu'à présent nous n'avons eu en vue, dans l'étude de l'ostéo-périostose hypertrophiante, que la variété la plus fréquente, c'est-à-dire, les déterminations épiphysaires et celles qui siègent sur les os de la main et du pied. Mais ainsi que nous le faisions remarquer au début de ce chapitre, ce n'est point la seule forme qu'il importe de connaître. L'ostéo-périostite chronique diaphysaire des os longs, plus rare, il est vrai, que les précédentes, mérite une mention spéciale.

Déjà en 1896, M. Achard rapportait en quelques mots l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'une arthropathie blennorrhagique, avait conservé une hyperostose générale du fémur, facile à constater en raison de l'atrophie du triceps. A ce propos, il faisait remarquer, le premier, que la variété déformante n'est pas la seule forme du rhumatisme chronique blennorrhagique, qui s'accompagne de lésions intéressant non seulement les articulations mais aussi les os.

Plus récemment M. Hirtz (1) attirait à nouveau l'attention sur la variété diaphysaire de l'ostéopériostose hypertrophiante. Par bien des points la malade de M. Hirtz, rappelle celle de M. Achard.

Dans les deux cas, il s'agit d'une hypertrophie de la diaphyse fémorale, consécutive à un rhumatisme blennorrhagique non déformant. Cette hypertrophie constituait une tuméfaction indolore, très dure, faisant corps avec l'os, et s'accompagnant de troubles trophiques, tels que, extrême atrophie des muscles de la cuisse, et hypertrophie de tout le système pileux sur le membre malade.

Telle est l'histoire clinique de la forme chronique des ostéopathies blennorrhagiques.

Diagnostic. — Il est assez facile, pourvu que l'on songe à la blennorrhagie. Cependant, l'ostéopériostose hypertrophiante blennorrhagique peut évoquer l'idée d'un accident de syphilis ignorée.

On sait que, dès 1869, Fournier signalait l'analogie de certaines périostoses syphilitiques et blennorrhagiques.

Il existe, toutefois, un signe différentiel permettant, le plus souvent, de les distinguer l'une de l'autre : c'est la douleur.

L'ostéo-périostose blennorrhagique est en règle générale, nous l'avons dit, complètement indolore; les périostoses et les exostoses syphilitiques s'accompagnent, au contraire, de douleurs caractéristiques dites ostéocopes.

De plus, un examen minutieux du malade permet, fort souvent, si la spécificité existe, de retrouver un stigmate appréciable de syphilis acquise ou héréditaire.

Enfin, dernière ressource, si l'on conserve quelque doute, le traitement antisyphilitique servira de pierre de touche.

Evolution, durée. — Une fois développée, l'ostéopériostose hypertrophiante a une marche essentiellement chronique.

Elle peut persister plusieurs mois, plusieurs années même, sans modification en dépit de tous les traitements.

1. E. Hirtz. Ostéo-périostose hypertrophiante blennorrhagique de la diaphyse fémorale (*Soc. médic. des hôpitaux*, 27 juillet 1900, p. 913).

Le professeur Fournier l'a presque toujours vu finir par la résolution; d'autres auteurs déclarent que la lésion peut diminuer, mais non disparaître totalement.

Pronostic. — Il est grave, la maladie pouvant durer indéfiniment et condamner, selon son siège, le sujet à une impotence fonctionnelle. De plus, comme dans la forme aiguë, la lésion peut reparaître avec une nouvelle blennorrhagie, si elle avait quelque peu rétrocédé.

Anatomie pathologique. — L'étude des lésions anatomiques et histologiques qui existent dans les ostéopathies blennorrhagiques est assez difficile, quel qu'en soit l'intérêt, vu la rareté des examens nécropsiques.

Cependant Jacquet (1), dans le service du professeur Debove, a pu vérifier, sur le cadavre, l'exactitude du diagnostic de « calcanéite ossifiante double » porté longtemps auparavant. Il a montré que le gonflement du talon tenait à l'hyperostose calcanéenne :

« Cette opinion, dit-il, simplement probable alors, est devenue certaine, depuis que, chez un malade de mon maître Debove, le diagnostic de calcanéite ossifiante double, d'origine blennorrhagique, que j'avais fait pendant la vie, a été vérifié après la mort. Voici l'un des calcanéums de ce malade. Comparez-le à ces deux calcanéums normaux, il y a hyperostose évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille et de la facette lisse et cartilagineuse qui lui fait suite. On conçoit ainsi que l'extrémité inférieure du tendon soit à la fois renflée et refoulée en arrière de manière à constituer la saillie calcanéenne postéro-supérieure et le sillon qui la sépare de la partie postéro-inférieure de l'os, ou encoche achillo-calcanéenne. De plus, il est non moins évident que les faces latérales surtout l'externe, sont hyperostosées, ce qui explique l'accroissement du talon dans le sens transversal; enfin la tubérosité inféro-externe est, elle aussi, anormalement développée et la douleur sous-calcanéenne des talalgiques trouve là, elle aussi, un substratum anatomique positif.

Sans doute, on a discuté (2) l'hyperostose osseuse. Le principal argument invoqué contre celle-ci était le suivant : dans un cas, où l'examen physique paraissait révéler une hyperostose évidente, les rayons de Rœntgen donnèrent un résultat négatif. Et cependant, on ne peut pas aller contre l'examen nécropsique de Jacquet.

D'ailleurs il est assez facile de s'expliquer la raison de cette contradiction ainsi que l'a démontré ce dernier auteur. Elle semble résulter de ce fait : le tissu osseux jeune n'est pas opaque pour les rayons X et par conséquent n'est pas perceptible par la radiographie. Il se comporte, à ce point de vue, comme le tissu fibreux, dont il est d'ailleurs biologiquement très voisin.

En effet, à la même séance, on rapporta l'observation d'un malade atteint de fracture de jambe, consolidée dans le délai habituel et qui marchait en s'appuyant parfaitement sur la jambe cassée. On radiographia le malade dont le cal était certainement constitué et pourtant ce cal n'apparut point sur le cliché. La fracture paraissait persister, les fragments supérieur et inférieur du tibia n'étaient pas unis l'un à l'autre, en apparence du moins.

Cette démonstration était des plus claires. Toutefois, à côté de cas tels que celui que nous venons de relater où la radiographie donne un résultat négatif, parce qu'il s'agit de formations osseuses jeunes, il en est d'autres, heureusement, où les rayons X sont d'un précieux concours. Les résultats qu'ils donnent sont alors aussi incontestables que ceux fournis par l'autopsie. Nous en avons la preuve dans les observations de MM. Achard et Hirtz. Dans la première, alors que la vue et le toucher ne donnaient que des renseignements imparfaits sur l'état du squelette du pied, c'est-à-dire des parties les plus atteintes, la photographie, au moyen des rayons de Rœntgen, révéla qu'il y avait une altération osseuse. Elle fit voir, au point précis où siégeait la douleur, une tache sombre correspondant à l'ombre projetée d'une végétation arrondie ostéophytique qui s'attachait par un pédicule au premier métatarsien. De même que les déformations visibles à l'œil nu, cette altération était symétrique comme le sont habituellement aussi la plupart des lésions du rhumatisme noueux.

Dans la seconde, les rayons X montrèrent la part qui revenait soit à l'os, soit au périoste dans l'hypertrophie considérable de la diaphyse fémorale.

En résumé, l'examen nécropsique de Jacquet, l'emploi de la radiographie dans deux autres cas, nous permettent de constater que : tantôt la lésion est surtout osseuse, presque uniquement osseuse, tantôt elle est surtout périostique.

Pathogénie. — Les notions que l'on possède sur la pathogénie des manifestations ostéo-périostées de la blennorrhagie manquent de précision.

Car, si les arthropathies, complications assez fréquentes de la blennorrhagie, ont, maintes fois, fourni aux cliniciens un substratum anatomique ou bactériologique nécessaire pour essayer d'en élucider la pathogénie, il n'en est point de même des ostéopathies, complications rares de la gonococcie, pour lesquelles aucun examen, tant histologique que bactériologique n'a été pratiqué.

Diverses opinions, toutes acceptables d'ailleurs, que nous allons passer en revue sommairement, furent émises, à l'effet d'expliquer les lésions du blenno-rhumatisme.

Les diverses opinions émises à propos des arthropathies peuvent être discutées pour les manifestations osseuses.

La première de ces théories est celle de l'infection. Actuellement, en effet, on tend de plus en plus, à considérer la blennorrhagie comme une maladie générale pouvant porter son action sur les différentes parties de l'organisme.

Y a-t-il infection du sang par le microbe de Neisser lui-même, c'est-à-dire gonohémie avec production d'accidents à distance ou métastatiques, résultant du passage de l'agent pathogène dans la circulation générale?

Ou bien y a-t-il infection du sang par d'autres microbes implantés à la suite du gonocoque et auxquels il ne ferait que frayer le chemin; en d'autres termes, le microbe de Neisser, favorise-t-il le développement d'infections secondaires associées et surajoutées? Enfin y a-t-il même invasion locale de microbes, ne sont-ce pas simplement les toxines qui sont en cause?

L'accord est loin d'être fait sur ces différentes questions. On sait en effet que certains auteurs nient avoir jamais trouvé dans le sang ou dans les articulations le gonocoque décrit par Neisser. Au contraire, d'autres observateurs plus heureux ont vu leurs recherches couronnées de succès.

Enfin, quelques autres, Bumm par exemple, ont trouvé les pyogènes ordinaires. Aussi nous semble-t-il permis de croire, avec Guiard, que les ostéo-périostites blennorrhagiques, ainsi que les autres manifestations du blenno-rhumatisme, sont, tantôt causées par la migration du gonocoque, son arrêt et sa pullulation soit dans l'os, soit

1. Jacquet. *Bull. de la Soc. de Dermatologie*, 1892, p. 294 et *Soc. médic. des hôpitaux*, 5 mars 1897, p. 345.
2. *Société de Dermatologie*, 1898; Communication d'Emery.

dans le périoste, soit dans les articulations, tantôt produites par une infection mixte.

Toutefois, le nombre des constatations restées négatives à l'égard de toute espèce de microbes, malgré la rigueur et la multiplicité des recherches, est si considérable, qu'il serait véritablement illogique de n'en point tenir compte. On peut les expliquer en admettant que les déterminations articulaires et ostéo-périostées peuvent être causées, à défaut de gonocoque, par les produits solubles qu'il sécrète (Janet) et qui seraient résorbés par la muqueuse uréthrale.

Une deuxième doctrine qu'il importe de considérer, tend à reconnaître une origine névropathique aux manifestations du blenno-rhumatisme, aux déterminations ostéo-périostées, entre autres.

« Ces lésions, dit Jacquet, sont dues à un rhumatisme ostéo-fibreux analogue au rhumatisme chronique dont la nature nerveuse est encore si discutée de nos jours. »

En effet, certains auteurs, Jeanselme et Jacquet en particulier, frappés de la fréquence des troubles trophiques et des amyotrophies (1), qui accompagnent les lésions osseuses et périostées, étudiées dans ce travail, veulent étendre au pseudo-rhumatisme chronique blennorrhagique la théorie nerveuse du rhumatisme tropho-névrotique.

Plusieurs raisons plaident d'ailleurs en faveur de cette théorie névropathique. Il existe d'abord, chez les sujets atteints de ces lésions, une prédisposition spéciale, une sorte de diathèse. Citons encore les paroles de Jacquet à propos de la talalgie avec ou sans hyperostose, que nous avons plusieurs fois prise comme type au cours de cette étude : « Chez tous ceux que j'ai observés et étudiés d'une manière complète, des phénomènes nerveux variés accompagnent la talalgie, et le terrain organique était merveilleusement préparé pour l'éclosion de ce que j'étudierai sous le nom de forme myélopathique du blenno-rhumatisme. »

De plus, la clinique nous montre l'association fréquente, avec les lésions ostéo-périostées, de troubles trophiques cutanés, et névropathiques variés, douleurs sciatiques, retour des accidents sous l'influence d'une fatigue nerveuse, chez des blennorrhagiques guéris : la bactériologie d'autre part nous fait constater l'absence de microbes, quels qu'ils soient, dans certains cas. Aussi semble-t-il assez légitime de songer à l'origine névropathique de ces accidents.

Enfin, rappelons que Jacquet a observé un malade non blennorrhagique, qui fut atteint d'une dothiénentérie grave, à multiples manifestations nerveuses, parmi lesquelles il convient de signaler une névrite du membre inférieur droit, et qui présentait, d'autre part, une hyperostose calcanéenne. N'est-ce point là une démonstration quelque peu probante de l'origine névropathique de cette hyperostose?

Et cependant, il est impossible d'affirmer la nature nerveuse des ostéopathies blennorrhagiques. On peut se demander si les troubles nerveux sont, non pas antérieurs, mais secondaires aux déterminations ostéo-périostées.

D'autre part, on peut admettre que l'infection agit simultanément sur le périoste et sur la moelle, et qu'ainsi il y ait coïncidence de symptômes.

Ce sont là autant d'hypothèses qu'on ne peut encore résoudre, faute d'examens nécropsiques et histologiques, et faute de renseignements bactériologiques suffisamment précis.

Étiologie. — Le début des ostéopathies blennorrhagiques est fort variable. Rares au commencement de la chaudepisse, il semble qu'elles se déclarent surtout de la 3e à la 5e semaine, sans pourtant que cette règle ait rien d'absolu. La précocité de ces accidents par rapport au début de la blennorrhagie paraît s'accroître avec le nombre des attaques. On les observe surtout lorsque l'écoulement est prolongé ou à la suite de plusieurs blennorrhagies. Tous les âges sont susceptibles de manifestations ostéopériostées, mais tous n'étant pas également capables de gagner la blennorrhagie il en résulte que ces complications ne s'observent que chez l'adulte. Le sexe masculin était jadis censé jouir, pour contracter l'affection qui nous occupe, d'un fâcheux et exclusif privilège; il n'en est rien. Deux de nos observations ont trait à des femmes; il s'agit là seulement d'une question de plus grande fréquence.

Cette prédilection particulière pour l'homme se comprend facilement si l'on se rend compte des causes prédisposantes, telles que la fatigue, le surmenage, la profession. En effet, nous avons remarqué dans nos observations qu'il s'agissait le plus souvent de sujets astreints à la station debout prolongée.

Quant à l'influence de la diathèse rhumatismale, l'unanimité des auteurs pensent qu'elle est nulle; les rhumatisants ne sont pas prédisposés plus que d'autres aux diverses manifestations du blenno-rhumatisme.

Peut-être n'en est-il pas ainsi de certaines causes d'affaiblissement telles que : l'alcoolisme, les excès vénériens, les tares héréditaires nerveuses, Jacquet ayant signalé chez tous les sujets qu'il a vus, nous l'avons déjà dit, un terrain d'éclosion spécial pour les accidents ostéopériostés.

Enfin, lorsque les complications du rhumatisme blennorrhagique apparaissent chez un sujet jeune dont la croissance et l'ossification sont incomplètes, les lésions peuvent présenter une topographie spéciale et un développement plus considérable. Ainsi, dans une observation de M. Claisse (1), il est question d'une jeune fille présentant au niveau des cartilages costaux une série de nodosités formant un véritable « chapelet blennorrhagique » et des nouures très accusées à la jonction des diaphyses et des épiphyses tibiales; il était permis de se demander, vu la petite taille du sujet et les déformations précitées, si le rachitisme n'avait pas été réveillé par le gonocoque, ou n'avait pas localisé l'action de ce microbe.

En résumé, la profession, la fatigue, le surmenage, l'âge, les tares nerveuses, telles sont les principales causes qui nous semblent influer sur le développement et la localisation des ostéopathies blennorrhagiques.

Traitement. — Le traitement comporte quelques indications variables avec la région du corps où siège la lésion.

Mais, outre ces indications spéciales, le traitement général peut être ainsi formulé dans ses grandes lignes :

1° Le traitement de l'écoulement s'impose, s'il persiste; dans ce but, on recommandera les lavages au permanganate de potasse pratiqués suivant la méthode de Janet et les instillations au nitrate d'argent, si efficaces pour tarir les écoulements chroniques et la goutte militaire.

1. P.-E. Launois. Arthropathies récidivantes, troubles trophiques multiples (cornes cutanées, chute d'un ongle) d'origine blennorrhagique (*Soc. médic. des hôpitaux*, 21 juillet 1899, p. 736); — Chauffard. Infection blennorrhagique grave, avec productions cornées de la peau (*Ibid.*, 23 avril 1897, p. 569); — Jacquet, *loc. cit.*

1. Claisse. Ostéopathies blennorrhagiques (*Soc. médic. des hôpitaux*, 5 novembre 1897, p. 1261).

2° Le repos est nécessaire au moins pendant quelque temps, surtout s'il s'agit d'une talalgie; dans ce cas, il sera bon de faire cesser pendant plusieurs mois toute profession exigeant la station debout, et même de la faire quitter complètement, si c'est possible, afin d'éviter les rechutes.

3° La révulsion à la fois locale et générale est nécessaire; *loco dolenti* on fera quelques pointes de feu ou bien on mettra quelques ventouses scarifiées ou même un vésicatoire volant. Ces moyens soulagent rapidement le malade et la guérison est ensuite facilement obtenue à l'aide de quelques badigeonnages à la teinture d'iode. Le long de la colonne vertébrale il sera bon de faire une révulsion énergique afin qu'elle agisse sur la lésion nerveuse qui a engendré le blenno-rhumatisme.

On peut encore pratiquer la révulsion soit locale, soit générale à l'aide des bains térébenthinés, selon la méthode de Balzer. Ces bains sont généraux ou locaux.

Généraux, ils sont indiqués dans le cas de lésions multiples ou éloignées, ou bien lorsque le bain local n'est pas applicable, vu le siège des ostéopériostistes, par exemple à la colonne vertébrale, à l'omoplate, etc.

Pour préparer un bain général, on ajoute à l'eau du bain 200 à 400 grammes du mélange suivant :

Emulsion aqueuse de savon noir. 100 gr.
Essence de térébenthine . . . . . 100 gr.

(agiter avant de préparer le bain).

On peut aussi émulsionner la térébenthine avec la décoction concentrée de bois de Panama.

On devra toujours procéder graduellement, et tâter la susceptibilité de la peau du sujet pour l'essence de térébenthine.

Le bain général est donné à une haute température, à laquelle on habitue progressivement les malades. Il n'est point nécessaire de dépasser environ 40°. Il détermine une vive rougeur de la peau avec une cuisson qui est surtout accentuée à la peau des organes génitaux. Cet inconvénient est notablement atténué, si l'on a soin d'enduire de vaseline cette région cutanée.

L'amélioration se manifeste après chaque bain et elle devient souvent définitive après un petit nombre de bains.

D'autres fois, il faut les continuer longtemps, sans qu'ils présentent d'ailleurs le moindre inconvénient.

La durée du bain général est d'une demie-heure environ.

Les bains locaux s'emploient pour les ostéopathies qui se prêtent à ce traitement, celles du pied, la talalgie surtout, celles des poignets, des coudes, des mains, etc.

La température peut être portée progressivement très haut, à 45° et à 50°.

Le dosage du mélange térébenthiné peut être également très fort, atteindre le double proportionnellement de ce qui est employé pour le bain général, en procédant graduellement toujours.

Leur durée est d'une demi-heure à une heure suivant la tolérance particulière de chaque sujet.

4° Le massage et l'hydrothérapie semblent également avoir donné de bons résultats.

Le traitement de la polyarthrite déformante pseudonoueuse mérite une mention spéciale. Le point délicat est ici de décider à quel moment précis on pourra considérer la période aiguë comme suffisamment passée pour rompre une immobilité exposant justement à l'ankylose, et quand on pourra recourir au massage et à une gymnastique articulaire modérée sans risquer de provoquer une rechute aiguë. D'une façon générale ce moment sera venu quand les extrémités péri-articulaires ne seront plus sensibles sous la pression des doigts.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTE CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 28 Juin 1901.

Trois cas de cancer généralisé.

MM. Ingelrans et **Druchert** présentent des pièces anatomiques provenant de l'autopsie de trois malades morts à l'hôpital de la Charité. Il s'agit, dans les 3 cas, de cancer généralisé.

La première malade avait 39 ans. Elle entra à l'hôpital dans un état de cachexie avancée et mourut dès son arrivée. A l'ouverture du corps, on constate que le grand épiploon est transformé en un tablier épais de 4 centimètres, d'aspect quasi-fibreux; le péritoine pariétal est épais de 2 centimètres. Une masse cancéreuse, paraissant née aux dépens de l'ovaire gauche, remplit le petit bassin. Quelques noyaux sur le péritoine du gros intestin, nombreux ganglions dans le mésentère, un noyau unique dans le foie. Légère hydronéphrose bilatérale. Les tumeurs sont constituées par du carcinome.

Le second malade avait 48 ans; il entra dans le service de M. le professeur Combemale, pour des douleurs très violentes, consécutives à un ancien traumatisme du thorax (fracture de côte par enfoncement). Après un séjour de plusieurs semaines il fut pris d'une paraplégie subite avec amyotrophie : la cachexie s'établit rapidement et, vers la fin, des troubles psychiques se manifestèrent. Mort subite. — A l'autopsie, noyaux cancéreux très nombreux dans les muscles thoraciques, prédominant au voisinage de l'ancienne fracture. De petites masses néoplasiques existent sur la plèvre pariétale, mais sont plus volumineuses au niveau du diaphagme; il en existe dans les poumons, etc. En outre, le péricarde est farci de nodosités cancéreuses et le myocarde présente, au niveau du ventricule droit, un autre noyau important. Généralisation au foie, à la rate, au pancréas, aux reins, dans le péritoine, l'épiploon, etc. Grosse tumeur au niveau de la capsule surrénale droite; c'est sans doute la masse primitive. Rien dans l'encéphale. Les coupes microscopiques indiquent qu'il s'agit de carcinome.

Le troisième malade avait 61 ans; albuminurique d'ancienne date, il fut pris dans les derniers jours de sa vie, d'une paraplégie flasque avec rétention d'urine. Mort dans le marasme. On trouve de nombreuses tumeurs, à la région thoracique, sous la peau et sous la plèvre. Le foie est couvert de petits noyaux secondaires ; ganglions cancéreux dans le mésentère. Examen microscopique : sarcome à cellules rondes.

Exclusion de l'intestin.

M. Druchert présente l'anse exclue d'un chien qui est mort 227 jours après l'exclusion avec fermeture totale et sans lavages de 13 centimètres de gros intestin. L'animal est mort de péritonite purulente sans perforation. L'anse exclue est distendue par 50 grammes de pus; elle a 6 centimètres de diamètre; elle a la forme d'un gros fuseau posé transversalement dans l'abdomen. Ses parois sont très épaisses. Le contenu était presque uniquement formé de bactéries, parmi lesquelles on distingue du bactérium coli et du streptocoque. On ne trouve pas de lésions ulcéreuses de la muqueuse.

Nephrectomie pour tuberculose et double salpingectomie pour tuberculose des trompes.

M. Carlier présente le rein droit d'une femme ayant subi une néphrectomie en janvier 1900, pour des lésions tuberculeuses consistant en une caverne à l'intérieur de l'organe et un sinus de granulations à la surface. Les suites opératoires furent

bonnes. La malade s'améliora beaucoup. Elle revint à l'hôpital pour des douleurs de ventre et subit une laparotomie qui montra une tuberculose des deux trompes, chacune d'elles était grosse comme un doigt et sa surface était parsemée de granulations tuberculeuses.

M. Carlier insiste sur la rareté de la coexistence de la tuberculose des trompes et de la tuberculose du rein. Le rein gauche ne présentait pas de lésions tuberculeuses; mais comme la malade a présenté une crise typique d'hydronéphrose intermittente, M. Carlier croit à l'indication d'une néphropexie du rein gauche.

Appendicite catarrhale à répétition.

M. Folet présente un appendice enlevé à froid chez un jeune homme de 17 ans, qui après une crise appendiculaire apparue, il y a un an, avait éprouvé une dizaine de coliques appediculaires, durant 48 heures.

L'opération montra un appendice situé au-dessous du cæcum, rendu adhérent par un méso très court dont la partie inférieure était dure, renflée en massue et présentant un étranglement. M. Folet montre combien est variable l'allure de l'appendicite, qui dans la forme grangreneuse aboutit rapidement à la perforation, tandis que dans la forme muqueuse l'affection reste latente.

M. Carlier ajoute qu'il a opéré pour une appendicite une femme présentant un foyer para-appendiculaire, gros comme une petite noix, situé dans la fosse iliaque, près de l'appendice malade, mais non perforé.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 Avril 1901.

Hernie du cæcum et de l'appendice avec épiploïte.

M. Venot présente des pièces provenant d'une hernie inguinale opérée vendredi dernier dans le service de M. Boursier.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui était porteur de sa hernie depuis plus de dix ans. Cette hernie était irréductible depuis longtemps et, à partir du mois d'août 1900, elle était devenue douloureuse et augmentait insensiblement de volume; elle était, au moment de l'opération, grosse comme les deux poings.

Cliniquement, elle était intéressante en ce qu'elle présentait au milieu de sa masse une tumeur arrondie du volume d'un œuf environ, douloureuse à la pression qui fut prise pour un noyau d'épiploïte.

Cette hernie présentait encore certaines particularités. Le sac ouvert, une petite quantité de liquide séreux s'écoula, puis, l'épiploon réséqué, on constata que le cæcum et l'appendice étaient étalés sur le sac et fortement adhérents; l'appendice en particulier était collé au sac, déformé par les adhérences, son extrémité seule était libre.

La portion du sac en contact avec la tumeur épiploïque était épaissie, blanc nacré, et avait un aspect cartilagineux.

Ectopie testiculaire.

M. Galtier rapporte le cas d'un enfant de douze ans atteint d'ectopie testiculaire gauche. La malformation se présentait sous l'aspect d'une petite tumeur située dans la région inguinale gauche, à 2 centimètres au-dessus du pli inguinal, de la grosseur d'une noix, douloureuse à la pression, adhérente aux plans sous-jacents et non à la peau. Le scrotum gauche est déshabité.

Cette petite tumeur apparut, il y a quatre ans, comme l'enfant soulevait un de ses camarades. Prise pour une hernie, elle fut traitée par l'application d'un bandage qui provoqua une douleur telle que l'enfant ne put le supporter.

Après un second effort douloureux, l'enfant entra dans le service de M. Courtin qui, par quelques manœuvres manuelles, essaya, mais en vain, de faire redescendre le testicule. Il fit alors l'opération et trouva, au niveau de l'orifice externe de l'anneau inguinal, un testicule de volume plutôt légèrement supérieur au volume normal; un épididyme énorme, de couleur rouge violacé, qui, ponctionné, laissa échapper un liquide séro-sanguinolent, et un cordon dont les différentes parties, fortement contournées, étaient adhérentes les unes aux autres. Tous ces organes étaient, d'ailleurs, fortement adhérents aux plans sous-jacents.

La castration fut opérée, et une petite pointe de hernie interstitielle ligaturée. Les organes examinés se montrèrent fortement hématiques. Sur le trajet du cordon, on aperçoit une petite tumeur formée d'éléments qui semblent déjà devenir fibreux.

Se basant sur les antécédents, sur le volume normal du testicule, sur le peu d'importance de la hernie, M. Courtin pense avoir affaire à une ectopie de retour.

Dothiénentérie compliquée d'accidents laryngés.

M. Duvergey présente le larynx d'un malade mort dans le service de M. Arnozan.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, qui entra salle 14, se plaignant d'une céphalée intense et dans un état de prostration à peu près complet. Ses antécédents héréditaires et personnels étaient nuls. Huit jours auparavant, il avait ressenti un malaise, malgré lequel il avait continué de travailler. Au même moment, il avait ressenti une gêne et de la douleur au niveau du larynx, phénomène qu'il rapportait à un refroidissement,

A l'examen, prostation complète; de la constipation; pas de ballonnement du ventre, un peu d'angine érythémateuse, etc., le tout avec de la bronchite généralisée.

L'examen du sang au point de vue bactériologique montrait que le séro-diagnostic était positif; à cette époque, des taches rosées lenticulaires apparaissent. La température s'élève jusqu'à 41°; le pouls oscille entre 120 et 140 pulsations; il présente de la broncho-pneumonie; la prostration devient de plus en plus complète. Les bains froids sont appliqués au malade; une injection d'essence de térébenthine ne donne aucun résultat, aucune réaction, signe d'un pronostic fatal. En même temps, l'enrouement s'accentue, la dyspnée apparaît; l'examen du pharynx ne révèle toujours que de la rougeur diffuse sans autre caractère apparent.

Une seconde injection d'essence de térébenthine ne donne aucune réaction. Le malade présente du tirage, du cornage, et l'on s'apprêtait à faire une trachéotomie quand le malade mourut dans un accès d'oppression.

L'autopsie a démontré, outre l'existence de plaques de Peyer, la présence au niveau du larynx de fausses membranes tapissant la région sus-glottique, les cordes vocales, le ventricule et la région sous-glottique; une de ces fausses membranes, en forme de cylindre, s'engageait jusque dans la trachée arrivant jusqu'au niveau du huitième anneau environ. Le tout était congestionné, œdématié, à tel point que l'orifice glottique était complètement obstrué.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Séance du 6 Juin 1901.

Pronostic de la gonorrhée ascendante chez la femme.

M. Thorn insiste tout d'abord sur ce fait que la propagation de la gonorrhée à l'utérus peut être évitée par un traite-

ment approprié de la vaginite. Le col de l'utérus s'oppose à la pénétration du gonocoque, comme il le fait, du reste, pour d'autres, et cette pénétration ne se fait qu'à la faveur de certaines circonstances adjuvantes, qui sont la menstruation ou l'état puerpéral. C'est donc pendant ces états qu'il faut redoubler de vigilance, afin d'éviter une infection gonococcique de l'utérus. Le mieux, c'est de mettre la malade au lit, de soigner en même temps la gonorrhée du mari et les prévenir tous les deux de ce qui peut arriver si les prescriptions médicales ne sont pas exécutées à la lettre.

Une autre cause fréquente de la propagation de la gonorrhée à la cavité utérine est le cathétérisme de l'utérus qu'on fait généralement trop facilement. Cette intervention peut être évitée dans l'énorme majorité des cas, grâce à la palpation combinée qui fournit tous les renseignements nécessaires au diagnostic.

Le traitement médical permet encore d'obtenir la guérison quand le gonocoque a déjà envahi la cavité utérine. D'après M. Thorn, les interventions locales, le curettage, la cautérisation, etc., ne font qu'aggraver la situation.

Il en est de même, d'après M. Thorn, de l'annexite gonorrhéique provoquée par la pénétration du gonocoque dans les trompes. Au début, la salpingite forme une humeur considérable, mais il faut savoir que généralement il y a peu de liquide dans la trompe, et que la masse est principalement constituée par un exsudat péri-tubaire et par l'agglutination des intestins. Sous l'influence du repos au lit et d'un traitement antiphlogistique, la masse diminue rapidement de volume, et la lésion guérit souvent. Même la péritonite gonorrhéique, malgré les symptômes bruyants qu'elle provoque, n'est presque jamais mortelle et guérit fort bien par le traitement médical.

Il va de soi que la *restitutio ad integrum,* sous l'influence du traitement médical, est rare. Mais ce traitement donne une guérison relative avec capacité de travail pendant des années et des années, et évite, enfin, la mutilation de la femme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HALLE

Séance du 3 Juillet 1901.

De l'intervention chirurgicale dans la fièvre puerpérale.

M. Bumm. — Parmi les interventions que l'on peut être amené à pratiquer au cours de l'infection puerpérale, la plus simple en apparence est le curettage de l'utérus. Pourtant l'application banale du curettage est une intervention des plus dangereuses, amenant à sa suite de la péritonite, de la pyohémie, des phlébites. Ces complications, le plus souvent mortelles, sont dans l'ordre des choses si l'on prend en considération que la curette ouvre des sinus thrombosés et y introduit les germes septiques de l'endomètre. On peut donc dire en règle générale, que le curettage instrumental est fortement contre-indiqué dans l'endométrite streptococcique, la forme la plus fréquente d'infection puerpérale et qu'en cas de rétention du placenta, il faut lui préférer le curettage digital ou manuel toujours moins dangereux.

Lorsque malgré les lavages antiseptiques et le curettage, l'infection progresse et semble se localiser au tissu utérin, on a proposé de pratiquer l'hystérectomie. M. Bumm a fait cette opération 5 fois, mais seulement deux des opérées ont guéri. Dans les deux cas l'examen de la pièce a montré une putréfaction de la muqueuse utérine et des couches musculaires sous-jacentes. Comme ces lésions ont une tendance naturelle à se limiter et à guérir, on peut en conclure que les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale de l'utérus sont très rares.

Il arrive parfois que l'infection envahit les trompes en donnant lieu à la formation d'un pyosalpinx avec abcès ovarique, le tout formant une tumeur annexielle. Contrairement à ce qui s'observe dans les tumeurs annexielles d'origine gonococcique qui, du reste, guérissent souvent spontanément, l'intervention dans les tumeurs d'origine puerpérale, souvent streptococcique, est dangereuse et grave en raison de l'infection presque inévitable du péritoine pendant l'opération.

Reste la péritonite septique résultant de la propagation de l'infection par voie lymphatique. Les interventions tentées contre cette péritonite ont toujours échoué. M. Bumm a essayé dans 4 cas la laparotomie avec lavage abondant du péritoine à l'eau salée : les malades ont succombé. La guérison ne s'observe que dans les cas où le processus tend naturellement à se localiser et à aboutir à l'encapsulement de la collection purulente. L'ouverture ultérieure de ces collections doit être fait avec un soin tout particulier afin d'éviter l'infection de la cavité péritonéale.

Il existe enfin des cas dans lesquels on se trouve en face d'une véritable pyohémie résultant de l'infection par les thromboses d'une veine spermatique. Parfois on peut sentir cette veine en pratiquant la palpation sans le chloroforme. Pour mettre fin aux accidents, il faudrait exciser cette veine. Cette intervention a été pratiquée une fois par M. Freund, 2 fois par M. Bumm : les malades ont succombé.

Intoxication mortelle par l'huile de foie de morue phosphorée.

M. Nebelthau. — Il s'agit d'un garçon de 2 ans, bien nourri, mais présentant des symptômes de rachitisme, traité par l'huile de foie de morue phosphorée au 10 000e, à la dose de deux cuillerées à café par jour. L'enfant était soumis à ce traitement depuis 3 jours et avait pris 6 cuillerées à café dans l'espace de 60 heures, lorsqu'il présenta une coloration ictérique de la peau. On cessa le phosphore, mais l'ictère persista et se compliqua, le lendemain, de diarrhée, en même temps que les urines devinrent rouges. Huit jours après, la situation s'aggrava brusquement : le malade fut pris de douleurs abdominales violentes avec constipation et anurie.

C'est dans cet état que le malade a été amené à l'hôpital, où l'on trouva une dilatation des pupilles qui ne réagissaient plus à la lumière, une abolition des réflexes cornéens, une température rectale de 36°,1. Rien du côté du cœur ni des poumons, mais le ventre était uniformément ballonné et douloureux à la pression; la douleur était surtout marquée au niveau du foie, qui était manifestement augmenté de volume. La rate n'a pu être explorée, mais elle ne paraissait pas hypertrophiée. Pendant l'examen, l'enfant fut pris d'un accès de tétanie.

L'enfant mourut dans la journée, après avoir présenté, avant sa mort, des vomissements noirâtres. Comme diagnostic, on avait admis une intoxication par le phosphore.

A l'autopsie, on trouva des lésions peu marquées. Il existait des pétéchies sur le myocarde, le péricarde, l'endocarde, une tuméfaction de la muqueuse de l'intestin, des follicules et des plaques de Peyer. Le foie était à peine augmenté de volume, jaunâtre, dur. Les reins et la rate étaient normaux.

L'examen chimique de l'huile de foie de morue phosphorée dont s'est servi l'enfant a montré que la prescription du médecin a été scrupuleusement remplie et qu'il n'y avait pas d'erreur de pharmacien.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Séance du 24 Septembre.

L'arthritisme chez les enfants.

M. Comby. — Voir *Gazette,* 19 septembre 1901.

M. Ausset croit que M. Comby a un peu trop généralisé en comprenant dans la classe des arthritiques des enfants qui n'ont aucune tare dans leur hérédité. Ainsi son type gros, ces enfants bouffis, pâles, anémiques, hypogloburiques : on observe ces symptômes chez les rachitiques alors que chez eux on ne

trouve aucune tare arthritique. Il en est de même pour la micropolyadénopathie. La pseudo-hypertrophie de croissance s'observe bien plus souvent chez les adénoïdiens, dont la cage thoracique est insuffisamment développée.

Pour les dermatoses, on retrouve comme cause originelle bien plus l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, que l'hérédité arthritique.

M. Méry. — Dans la description des vomissements périodiques, M. Comby n'a pas assez insisté sur la constipation, sans laquelle généralement le vomissement périodique n'existe pas. Par suite de l'arrêt des matières, il se produit des fermentations, une intoxication, qui déterminent les vomissements. Cette constipation est spasmodique et le ventre est aplati en bateau. Aussi le grand lavage de l'intestin est la base du traitement; il suffit quelquefois pour faire cesser les vomissements.

M. Hallopeau craint que M. Comby n'ait donné trop d'extension à l'arthritisme, notamment en ce qui concerne les accidents cutanés.

M. Sevestre pense aussi que M. Comby a trop élargi le cadre de l'arthritisme.

M. Comby n'a pas fait du type gros l'apanage exclusif de l'arthritisme; il a dit lui-même, il y a longtemps, qu'il y avait des rachitiques fluides, de même que des polyadéniens. De son côté, M. Ausset généralise trop en rattachant la pseudo-hypertrophie de croissance exclusivement aux adénoïdes.

M. Comby connaît également le rôle des troubles digestifs dans la genèse des affections cutanées, mais il a en vue des arthritiques non dyspeptiques et cependant présentant des lésions cutanées. Il accepte le rôle que M. Méry fait jouer à la constipation, encore qu'il soit difficile de faire rentrer tous les cas dans cette conception.

Deux cas de nodosités rhumatismales chez les enfants.

M. Josias. — Il existe deux variétés de nodosités rhumatismales : la première relève du rhumatisme chronique et est, la plupart du temps, indépendante des fluxions articulaires; la seconde est un épiphénomène du rhumatisme articulaire aigu et constitue, avec la chorée, une des particularités les plus curieuses du rhumatisme infantile. De celles-ci, nous en avons observé deux cas à l'hôpital Bretonneau; c'est une complication qui n'est pas très fréquente, puisque nous n'avons pu en relever que 70 observations, dont les quatre cinquièmes concernent des sujets âgés de moins de 20 ans.

Ces nodosités n'adhèrent ni à la peau, ni aux plans profonds, toutefois leurs rapports avec le périoste peuvent être assez intenses pour faire supposer une exostose.

Le début est toujours brusque; la durée d'un mois ou deux ; elles ne suppurent jamais.

Les phénomènes articulaires qui précèdent ou accompagnent les nodosités sont généralement très atténués. Les éruptions cutanées sont fréquemment signalées. La chorée est fréquente ainsi que les lésions du cœur, l'endocardite étant la maladie la plus fréquente. C'est là ce qui assombrit le pronostic : quatorze morts sur soixante enfants. La pathogénie la plus plausible nous paraît celle qui compare les nodosités rhumatismales aux végtations de l'endocarde.

En résumé, la nodosité endocardique peut exister sans la nodosité sous-cutanée, mais la nodosité sous-cutanée coexiste toujours avec la nodosité endocardique.

Scrofule, lymphatisme, strume dans leurs rapports avec les diathèses et les infections.

M. Gastou croit qu'il y a tout un ensemble de manifestations cutanéo-muqueuses et ganglionnaires, qui sont en rapport avec une véritable septico-pyohémie chronique; c'est à cette série de manifestations qu'il propose de donner le nom de scrofule.

La scrofule serait la conséquence, le reliquat d'infections ou d'auto-intoxications héréditaires et acquises, traduisant leur existence par les scrofulides, qu'il oppose aux syphilides et aux tuberculides.

Cette conception de la scrofule est basée sur la clinique, l'anatomo-pathologie et la bactériologie.

A côté du syphilome et du tubercule, il existe un type histologique auquel on peut donner le nom de scrofulome, véritable granulation infectieuse, en rapport avec une infection polymicrobienne ou une intoxication d'origine interne correspondant à une altération lymphatique et produisant les lésions cutanées muqueuses, ganglionnaires et viscérales de la scrofule, maladie de misère sociale et de misère physiologique, terrain de prédisposition aux infections locales ou générales et nécessitant une prophylaxie sociale par l'hygiène, et médicale par une thérapeutique appropriée.

La chorée des dégénérés.

M. A. Moussous (de Bordeaux). — A côté de la chorée de Sydenham, de la chorée arythmique hystérique et de la chorée chronique d'Huntington, une place doit être faite à un autre type de chorée, distinguée par M. Brissaud, sous le titre de chorée variable des dégénérés. M. Moussous relate quelques cas qui semblent rentrer dans cette catégorie : quelques-uns survenus pendant l'enfance se sont terminés au bout de quelques années par une guérison qui paraît durable. Dans tous ces cas, le terrain névropathique sur lequel évoluait la chorée s'affirmait par un état psychique particulier : émotivité, timidité, défaut complet d'attention, faiblesse de l'énergie morale. L'instabilité mentale s'associait à l'instabilité physique. Le type clinique indiqué par M. Brissaud et dont la nécessité s'impose n'a pourtant pas été accepté sans conteste. M. Gilles de la Tourette a prétendu qu'un des exemples fournis par M. Brissaud était un cas indiscutable de maladie des tics convulsifs. Le caractère saccadé et brusque des secousses musculaires observées dans une certaine région du corps, l'apparition d'un bruit laryngé expiratoire, puis de la coprolalie, lui semblent suffire pour lever tous les doutes. Cette critique n'est nullement justifiée.

S'il règne encore une certaine confusion en pareille matière, elle provient et de l'habitude qu'on avait autrefois de désigner souvent les maladies par le symptôme le plus en vedette, et de la tendance non moins fâcheuse que l'on montre à créer une entité morbide là où n'existe qu'une association, qu'un groupement de symptômes dont la cohésion est toute relative.

La chorée n'est et ne doit être considérée que comme un symptôme, de même les spasmes convulsifs, qui caractérisent le tic, peuvent être provoqués par des causes multiples et n'ont que la valeur d'un symptôme.

Il y aura chorée toutes les fois qu'on observera la production de mouvements incoordonnés s'effectuant sans trop de brusquerie, offrant, ainsi que l'a si bien indiqué Sydenham, plutôt des contours arrondis, enfin, n'ayant aucune tendance à se reproduire dans le même ordre, ni à se répéter suivant un rhythme quelconque.

Les spasmes du tic convulsif s'affirment par des mouvements tout à fait brusques, saccadés, limités ou généralisés, mais ayant une tendance à se reproduire semblables à eux-mêmes, à se systématiser.

La constatation de ces différentes particularités est nécessaire et suffisante pour distinguer les deux symptômes l'un de l'autre.

S'il n'y a pas de maladie qu'on puisse légitimement qualifier de chorée, puisque la chorée de Sydenham elle-même peut évoluer sans chorée, il n'y a pas non plus de maladie des tics convulsifs.

Il y a des malades choréiques, il y a des malades tiqueurs. Les uns sont choréiques pour tel ou tel motif, les autres tiqueurs pour tel ou tel autre: enfin, ils peuvent être choréiques et tiqueurs pour le même motif soit isolément, soit simultanément, soit tour à tour.

C'est justement sur ce terrain névropathique, engendré par des tares héréditaires ou acquises, et qu'on appelle la dégénérescence, que chorée et tic convulsif peuvent naître de toutes pièces et sont susceptibles de faire ménage ensemble.

Tel était le cas du malade de M. Brissaud. La chorée s'associait chez lui au tic convulsif et à la coprolalie, elle aurait également pu s'y associer à l'écholalie, aux idées fixes ou à d'autres manifestations de l'état névropathique, elle n'aurait pas cessé pour cela d'être chorée. Par contre, je trouve qu'on

ne peut souscrire qu'avec réserve à l'épithète de variable donnée par M. Brissaud à la chorée des dégénérés. Si cette épithète n'indiquait que des variations d'intensité d'un moment à l'autre, elle serait parfaitement justifiée, elle ne l'est plus si on entend désigner par elle la variété d'aspect et de nature des mouvements morbides observés chez les dégénérés. Il ne peut être question, non plus, avec M. Magnan, d'une chorée polymorphe lorsque les mouvements perdent leur caractère choréique pour se transformer, il n'y a plus chorée.

En somme, mes conclusions sont les suivantes :

Bien que l'influence inhibitoire momentanée que la volonté peut exercer sur les mouvements choréiques, soit beaucoup plus nette chez cette catégorie de malades que chez d'autres, le diagnostic différentiel avec la chorée de Sydenham et la chorée arythmique hystérique est souvent difficile chez les enfants.

Quant à la chorée arythmique hystérique, elle ne peut être affirmée sur la seule constatation de stigmates ou de manifestations évidentes de l'hystérie. La découverte de zones choréigènes, l'influence de la suggestion pratiquée à l'état de veille ou dans le sommeil hypnotique, la substitution brusque d'un autre accident hystérique à la chorée pourront seuls fournir une certitude.

Le pronostic de la chorée des dégénérés n'est pas fatal, malgré sa tendance bien évidente vers la chronicité, la nature plus ou moins fâcheuse du terrain névropathique décide de sa sévérité. Les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre doivent surtout tendre à modifier ce terrain.

Nouveau procédé de traitement chirurgical du prolapsus du rectum chez l'enfant.

M. Courtin (de Bordeaux). — Après purgatif huileux et désinfection de la région, on anesthésie l'enfant avec du bromure d'éthyle.

Le chirurgien place deux fils dans l'épaisseur des angles inférieurs de la muqueuse, puis il trace un lambeau triangulaire qui remonte vers le coccyx, à 5 centimètres au-dessus de la marge de l'anus. La pointe du triangle part donc du coccyx, et sa base s'étend jusqu'au niveau des pôles latéraux de l'anus.

Ce triangle est rapidement disséqué, il ne comprend que la peau et quelques plans de tissu conjonctif. Avec une aiguille de Reverdin assez longue et légèrement courbe, on passe transversalement dans la muqueuse un fil de catgut n° 2. Un doigt placé dans l'ouverture du prolapsus guide cette aiguille afin que le fil ne saisissse que la muqueuse extérieure. Ceci fait, le chirurgien reprend à gauche et à droite ce même fil de catgut avec la même aiguille et le fait progresser au travers de la plicature de la muqueuse, ayant toujours le doigt guidé dans l'intérieur du rectum pour éviter le saisissement de la muqueuse interne du prolapsus. On fait alors surgir le fil sous la peau qui borde l'angle supérieur coccygien du triangle cutané. Le chirurgien abandonne alors ces deux fils et en place un autre de la même façon sur la partie moyenne du prolapsus, puis un dernier sur la muqueuse de la région juxta-anale.

Ces deux fils ressortent sur les portions latérales du triangle cruenté, l'un au-dessous de l'autre. Trois fils suffisent. Ces trois fils sont attirés en haut, le proplapsus se réduit et l'on fait les sutures.

Les pansements doivent être faits chaque jour. Dès le premier pansement, on observe de la rougeur au niveau des points de suture. Le 2e et le 3e jour un liquide jaunâtre vient sourdre au niveau des fils qui chutent le 4e ou le 5e jour. Des bourgeons charnus apparaissent au fond de la plaie et la cicatrisation totale est obtenue 12 jours après l'intervention.

Dans un cas, un enfant ayant succombé de la broncho-pneumonie 15 jours après l'opération, on a trouvé la muqueuse bien étalée dans l'intérieur du rectum et un tissu conjonctif dense cicatriciel qui doublait la muqueuse et la coaptait étroitement aux plans profonds.

Sur divers types morbides observés dans le service de dermatologie infantile de l'hôpital Saint-Louis depuis sa création en 1898.

M. Hallopeau. — La maladie de peau la plus fréquente chez les enfants est l'eczéma; il occupe le plus souvent le cuir chevelu; il y est remarquable par son acuité, ses récidives, sa résistance opiniâtre au traitement, l'absence d'alopécie consécutive; d'une manière générale on peut concevoir ainsi qu'il suit la genèse de ces eczémas : les sillons rétro-auriculaires deviennent, par suite de la stagnation de leurs produits de sécrétion sébacée et sudorale, un terrain de culture pour les microbes que l'on peut appeler eczématogènes; ces microbes se propagent activement au cuir chevelu qui est également pour eux un milieu favorable chez les sujets séborrhéiques. L'examen chimique des squames y dénote la présence de la graisse en proportion de 12 à 15 p. 100 dans cet exsudat; cet eczéma mérite donc la qualification de séborrhéique, il doit être traité, à l'intérieur, par la diète relative des graisses et des féculents, et localement, dans ses phases aiguës, par les applications d'eau bouillie légèrement boriquée, biboratée et salicylée, dans les phases chroniques, par une pommade renfermant un centième d'ichtyol.

La blennorrhagie est nécessairement très rare chez ces enfants; il s'en est cependant produit un cas chez un enfant de 11 ans, il est à rapprocher du gamin de 12 ans chez qui Edmond Fournier a constaté l'existence d'une syphilis contractée activement.

Il y a constamment dans le service plusieurs lépreux; ce sont le plus souvent des enfants de fonctionnaires qui ont séjourné dans des pays à lèpre; l'un d'eux est en ce moment remarquable par les caractères de ses altérations cutanées; elles consistent depuis plusieurs années en de larges nappes scarlatiniformes qui occupent une grande partie de la surface tégumentaire; l'huile de chaulmoogra ne paraît pas avoir d'action.

L'ensemble des faits observés dénote la grande utilité que présente, au point de vue de la science et, par suite, de l'assistance, des services dans lesquels on réunit des malades atteints des mêmes catégories d'affections dans les mêmes périodes de la vie; celui de Saint-Louis marche à cet égard de pair avec ses aînés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

La première dentition des rachitiques.

M. Chaumier (Tours). — Dans le rachitisme, l'apparition de la première dent est retardée dans 52 ou 58 p. 100 des cas; elle est normale ou avancée dans 41 ou 47 p. 100.

Les premières dents poussées, il n'y a pas de règle fixe pour la sortie des autres dents.

L'ordre dans lequel sortent les dents peut aussi être troublé. Sur 70 enfants l'ordre a été régulier 17 fois.

Chez tous, sauf un, lorsque des dents ont poussé prématurément, ce sont les dents du groupe venant immédiatement après celui en retard qui se sont montrés.

On observe chez les rachitiques la carie, la chute prématurée des dents, l'usure du bord libre des incisives par suite du grincement des dents.

Un genre de carie qui se montre de préférence chez les rachitiques, c'est la carie en nappe, ulcérant la dent superficiellement.

La chute spontanée des dents atteint surtout les incisives et les canines. Dans la grande majorité des cas les gencives ne sont ni rouges, ni tuméfiées; il ne s'agit donc pas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le stridor congénital.

M. L. Cerf (d'Angers). — Il est des enfants chez lesquels on remarque, dès la naissance ou peu de temps après, une respiration retentissante. Ce bruit, dont le maximum est nettement inspiratoire, mais qui peut empiéter sur l'expiration, a un caractère, un timbre différents suivant les cas; il varie d'intensité avec les circonstances, mais il est continu et persiste même pendant le sommeil. Il s'accompagne ou non de cyanose et de tirage. Parfois, les enfants n'en semblent pas incommodés et se développent normalement; dans d'autres cas, on a vu se produire des accidents graves.

Cet ensemble symptomatique a été décrit sous des noms divers, le plus souvent sous celui de stridor congénital.

Quand on lit toutes les observations publiées sous le titre

« stridor congénital », on est frappé de voir qu'elles ont trait à des faits absolument dissemblables. L'étude pathogénique s'est ressentie de ce défaut de précision dans l'observation clinique et de multiples théories ont été émises pour expliquer cette respiration bruyante des nouveau-nés.

Or, toutes ou presque toutes ces théories sont justes; mais chacune d'elles s'applique à des cas particuliers. Où l'on se trompe, c'est lorsqu'on veut en généraliser la portée, expliquer par une théorie la pathogénie de tous les cas observés.

Il n'y a pas un stridor congénital, maladie due à une cause unique, se traduisant par une symptomatologie précise, avec une évolution régulière. Il y a un symptôme respiration stridoreuse, pouvant être observé chez les nouveau-nés dans plusieurs états pathologiques différents. Il faudrait, pour faire de ce symptôme un exposé précis, mettre en relief les caractères qui le différencient nettement dans les diverses affections au milieu desquelles on peut l'observer, et la dissection de cette synthèse artificielle, que l'on a créée sous le nom de stridor congénital, mettrait en lumière les éléments suivants :

Le cornage vestibulaire congénital.
Le ronflement des adénoïdiens.
Le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique.
Le cornage dans l'hypertrophie du thymus.
Le cornage dans la laryngite obstétricale.
Le cornage d'origine nerveuse.

M. Rocaz (de Bordeaux) a eu l'occasion d'observer récemment deux cas de stridor congénital.

Le premier cas est celui d'un enfant né à terme qui présenta du stridor dès sa naissance. Ce stridor était caractérisé par un bruit inspiratoire continu, analogue au gloussement d'une poule; ce bruit était très atténué quand l'enfant était calme, et particulièrement quand il dormait; il était, au contraire, exagéré, quand l'enfant était excité et criait. A ce moment, il existait un peu de tirage sus-sternal; l'examen de tous les organes fut négatif; il n'y avait ni hypertrophie amygdalienne ni végétations adénoïdes. L'examen du larynx, à l'aide de l'autoscope de Kirstein, montra une malformation de l'épiglotte fortement enroulée sur elle-même. A partir de 2 mois le stridor diminua d'intensité et il disparaissait à l'âge de 14 mois, Le père de ce petit malade eut 3 enfants : le 1er normal; le 2e, avec du stridor, mourut de broncho-pneumonie à 15 mois, alors que son stridor durait toujours; le 3e enfant est celui qui fait l'objet de cette communication. Entre la naissance de son premier enfant et celle du second, il fut mordu par un chien enragé et suivit un traitement à l'Institut Pasteur; il en fut très frappé, et voilà certes une cause d'infériorité psycho-physique qui doit jouer un rôle dans la procréation de ces deux enfants atteints de malformation laryngée.

Le second cas est celui d'un enfant issu d'une mère tuberculeuse qui succomba quelque temps après sa délivrance. On note donc encore, dans ce cas, une dystrophie héréditaire dans la pathogénique du stridor dont cet enfant fut atteint dès sa naissance. L'examen laryngé démontra l'existence de l'enroulement de l'épiglotte et une hypertrophie des replis aryténo-épiglottiques. Cet enfant succomba 15 jours après sa naissance à une broncho-pneumonie.

Ces observations viennent confirmer celles de M. Variot et plaident en faveur de sa théorie mécanique du stridor; elles démontrent, en outre, la prédisposition de ces enfants aux affections broncho-pulmonaires.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

(Congrès annuel tenu à Cheltenham, 30 Juillet, 2 Août 1901.)

SECTION DES MALADIES INFANTILES.

Diagnostic de la péricardite suppurée chez les enfants.

M. Fred. E. Batten. — La difficulté d'arriver à un diagnostic exact dans les cas d'épanchement purulent chez les jeunes enfants est bien connue de tous ceux qui ont eu l'occasion de suivre leur malade pendant la vie et de pratiquer l'examen *post mortem*. C'est une maladie rarement suspectée, plus rarement diagnostiquée et traitée. Et pourtant il serait possible d'apporter plus de rigueur dans son diagnostic.

L'expérience de l'auteur est basée sur 6 cas, dont 5 garçons, 1 fille, ayant de 10 mois à 3 ans. Leur séjour à l'hôpital a été de 4 à 9 semaines et la durée totale de la maladie du début jusqu'à la fin de 7 à 15 semaines.

Dans chaque cas le début a pu être précisé, mais n'a pas toujours été aigü. Dans 2 cas la rougeole a été le point de départ de la maladie, dans les autres cas, ça été la bronchite ou la pneumonie.

La marche de la température est irrégulière; les chutes brusques ne sont pas rares et toutes suivies de collapsus.

Le pouls est uniformément rapide et il peut atteindre de 150 à 160.

L'enfant est généralement pâle; il n'est pas rare de voir de l'œdème des membres inférieurs. Dans un cas, l'auteur a vu de l'œdème de la poitrine associé à une péricardite purulente.

Les syncopes graves ne sont pas rares : les lèvres bleuissent, la respiration devient extrêmement rapide et l'enfant semble mourir.

L'impulsion cardiaque peut généralement être sentie dans la situation normale du cœur, ou dans l'épigastre, et la percussion superficielle ou profonde ne dénote pas toujours une augmentation de volume.

Le poumon est généralement congestionné; congestion variable, parfois du sommet, souvent de la base.

Comme autres troubles on a de la splénomégalie, de la diarrhée, parfois un écoulement de pus par l'oreille.

A l'autopsie des cas observés, l'auteur a trouvé dans tous des adhérences pleurales; dans 2 cas il y avait une petite poche localisée de pus, située, dans un cas, à droite du cœur, et dans un autre à gauche, et toutes deux contenaient une once de pus. Dans un seul cas il y avait nettement des tubercules. Dans presque tous les cas il y avait des adhérences entre le sternum et la face externe du péricarde; dans 3 cas la surface du péricarde était notablement augmentée.

La quantité de pus trouvée dans le péricarde variait entre quelques drachmes et 6 onces; dans quelques cas c'était un liquide opalescent et dans d'autres un pus épais. Dans un cas, il y avait une injection considérable autour de la base du cœur, et dans un autre un épaississement considérable du péricarde. Le muscle cardiaque était pâle, mais sans lésions microscopiques nettes. Aucune trace d'endocardite. Dans un cas, il existait en même temps de la péritonite et dans un autre de la méningite.

Le diagnostic offre de grandes difficultés. La maladie est le plus souvent confondue avec la tuberculose ou l'empyème. Le diagnostic est rarement fait par les signes physiques usuels d'épanchement intra-péricardique. La ponction exploratrice pourrait apporter à cet égard des renseignements plus précis.

Observations sur la péricardite suppurée chez les enfants.

M. G. F. Still lit un rapport sur ce sujet. La péricardite chez les enfants est le plus souvent une manifestation du rhumatisme, et comme telle est surtout fréquente dans la seconde moitié de l'enfance.

Il y a pourtant d'autres formes de péricardite qui, bien que rares, en comparaison avec la péricardite rhumatismale, sont probablement moins rares dans l'enfance qu'à toute autre période de la vie.

Sur 769 autopsies d'enfants au-dessous de 12 ans, 67 présentaient des lésions non rhumatismales du péricarde. Dans 37 cas, il s'agissait de lésions tuberculeuses.

La forme de péricardite dont l'auteur s'occupe est la péricardite suppurée due à l'infection par microbes pyogènes.

Le terme de péricardite suppurée n'est pas toujours exact, car si dans quelques cas l'épanchement est franchement purulent, il est souvent simplement formé par un liquide trouble. Sur 28 cas, où la péricardite était nettement d'origine pyogérique, 11 fois seulement le liquide était du pus ou du séro-pus; 27 fois le liquide péricardique était seulement un peu trouble,

ce qui permet de décrire deux formes d'infection pyogénique de péricarde.

Dans les deux groupes, la présence de microbes pyogènes fut vérifiée par l'examen bactériologique ou affirmée par l'existence d'autres lésions septiques.

En comparant les cas qui sont apparus chez de tout jeunes enfants avec ceux qui se sont montrés chez les enfants plus âgés, on voit aussi une certaine différence dans le caractère des lésions associées ou mieux, dans la fréquence relative de ces lésions, ainsi que le montrent les chiffres suivants :

Lésions associées avec l'infection pyogénique du péricarde :

A. Au-dessous de 3 ans (23 cas).
- 1° Empyème ou pleurésie aiguë à la suite de pneumonie . . . . 21 cas.
- 2° Pyèmie avec pleurésie aiguë . . . . . 1 —
- 3° Adhérences pleurales avec excavation tuberculeuse du poumon . . . . . . 1 —

B. Au-dessus de 3 ans (5 cas) :
- 1° Empyème . . . . 1 —
- 2° Pyémie sans pleurésie . . . . 2 —
- 3° Adhérences pleurales avec excavation tuberculeuse du poumon . . . . 1 —
- 4° Pleurésie aiguë double. . . . . 1 —

Sur ces 28 cas, 24 fois il y avait coïncidence d'empyème.

L'examen microscopique a donné :
- Pneumocoque pur . . . . 4 fois.
- Pneumocoque presque pur (vraisemblablement contaminé accidentellement). . . . 1 —
- Pneumocoques probables. . . . . 4 —
- Staphylocoques . . . . 2 —

Soit 11 fois le pneumocoque sur 13 cas.

Dans 15 autres cas le diagnostic bactériologique ne fut pas fait, mais il est probable qu'une forte proportion de ces cas était également due au pneumocoque, d'après l'ensemble clinique. En somme le pneumocoque est responsable de la plupart de ces cas de péricardite chez les enfants.

Deux cas d'hydrocéphalie chronique chez des enfants, traités par la ponction et l'introduction d'air aseptisé à la place du liquide.

MM. Wm. Ewart et **W. Lee Dickinson.** — La ponction du ventricule à l'aide d'un fin trocart a été faite par différents observateurs et nous-mêmes l'avons pratiquée mais avec un résultat partiel ou seulement temporaire. La pression intracranienne est diminuée par la disparition d'une certaine quantité de liquide, mais cette issue du liquide s'arrête dès que la portion membraneuse du crâne cesse d'être distendue et l'on ne peut évacuer le reste que par une pression extérieure, ce qui est peu pratique. En fait, il reste toujours la plus grande partie du liquide dans les ventricules. Les auteurs ont essayé de modifier l'ancienne opération en cherchant à obtenir une évacuation du liquide plus complète, et ceci en introduisant de l'air aseptique à sa place.

Dans ce but, ils ajoutent à la canule de Louthey et au tube de caoutchouc servant de drain une seconde canule de Louthey munie d'un tube de caoutchouc stérilisé, dont l'extrémité libre est adoptée à l'embout d'une seringue dont le piston a été enlevé et remplacé par du coton. Les deux trocarts sont introduits dans la fontanelle avec les précautions aseptiques usuelles, en évitant avec soin le voisinage du tissus, et mis en fonctionnement.

L'opération ainsi pratiquée a répondu aux attentes, c'est-à-dire qu'il a été possible de retirer ainsi une quantité de liquide beaucoup plus considérable, de réduire considérablement le volume de la tête et de supprimer les symptômes de pression intra-cranienne qui avaient nécessité la ponction.

Les auteurs rapportent 2 cas ainsi traités :

Le 1er est celui d'un hydrocéphale de 3 mois 1/2. Du 25 janvier 1901 au 15 juillet, 8 ponctions ont été faites. Les tubes furent laissés en place de 7 à 42 heures. Toutes ces ponctions furent exemptes de complications septiques, bien que pourtant elles aient entraîné presque toutes le jour de l'opération une élévation de température.

Les ponctions amenèrent la disparition des troubles de paralysie, des contractures et des spasmes; après chaque ponction l'état général fut amélioré.

Dans le second cas, une hydrocéphale de 9 mois, une seule ponction eut lieu et le résultat en fut très favorable.

M. Eric Pritchard demande si c'est un avantage que l'absorption de l'air soit rapide ou lente. S'il vaut mieux que l'absorption soit lente, on pourrait remplacer l'air par l'azote; si l'absorption rapide est au contraire préférable, on pourratt avoir recours à l'oxygène.

M. Ne. Adam Eccles dit que tout traitement qui tend à améliorer la pénible condition de l'hydrocéphale est le bienvenu. La méthode chirurgicale idéale de traitement serait l'ablation de la cause : elle n'est malheureusement pas possible, elle consisterait à créer d'une façon permanente un orifice artificiel entre l'espace intra-ventricule et l'espace arachnoïdien.

M. H. J. Sulle rapporte 3 cas qu'il a opérés par la méthode de Wasson Cheyne. Il ne croit pas beaucoup à l'action du traitement chirurgical, la maladie étant due à un arrêt du développement.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Etude sur la pathologie du ganglion ciliaire chez l'homme, particulièrement dans le tabes et dans la paralysie générale. Comparaison avec le ganglion cervical du sympathique et le ganglion de Gasser. Importance du ganglion ciliaire chez l'homme, par Alessandro Marina (*Annali di Nevrologia*, an XIV, fasc. 3 et 4, 1901). — Travail considérable envisageant d'abord l'anatomie du ganglion ciliaire avec ses deux racines, courte et longue; puis son histologie et celle de ses éléments cellulaires, morphologiquement intermédiaires entre les cellules spinales postérieures et les éléments du sympathique; enfin sa pathologie dans des processus divers.

Dans le tabes et dans la paralysie générale, les altérations cellulaires dans le ganglion ciliaire ont le caractère des lésions chroniques aboutissant à la consomption graduelle et même à la disparition de l'élément. Au lieu de la réaction violente et simultanée de toutes les cellules que l'on observe dans les processus locaux, les inflammations de l'orbite par exemple, on voit dans le tabes et la paralysie générale la dégénération chromatique lente d'éléments cellulaires et de noyaux de plus en plus nombreux, et l'atrophie lente des cellules.

Le ganglion de Gasser et le ganglion supérieur du sympathique cervical sont altérés dans le tiers des cas de tabes ou de paralysie générale. Au point de vue de la fréquence de leur altération dans ces deux maladies, ils sont donc loin d'avoir l'importance du ganglion ciliaire. Dans tous les cas de tabes et de paralysie générale où les réactions pupillaires étaient défectueuses. Marina a toujours trouvé des lésions des ganglions et des nerfs ciliaires. Cela indique que les ganglions ciliaires ont un rôle de premier ordre dans la pathologie des mouvements pupillaires.

Terminaisons nerveuses dans la glande thyroïde par A. Civalleri, (*Giornale della R. Academia di medicina di Torino*, an LXIV, n° 7, p. 523, juillet 1901). — Les fibres nerveuses de la glande thyroïde sont les unes vaso-motrices, les autres secrétoires proprement dites. Ces dernières se comportent de deux manières : les unes se terminent à la face basale des cellules, les autres s'introduisent entre les cellules.

Dans le parenchyme thyroïdien, il existe encore des terminaisons nerveuses spéciales qui ont été interprétées comme sensitives.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'artério-sclérose cérébrale par le sérum inorganique (1).

Par M. Léopold-Lévi,

Ancien interne, lauréat des hôpitaux.

L'artério-sclérose du cerveau donne lieu à des tableaux cliniques différents. La sclérose vasculaire entraîne souvent des lésions profondes et étendues. Le ramollissement cérébral se trouve alors constitué, avec son histoire clinique et anatomique bien connue. Dans d'autres cas, il ne se produit que des troubles circulatoires : congestion, anémie, soit par diminution de calibre, soit par spasme des vaisseaux. Ces troubles se traduisent par un ensemble de phénomènes intermittents, transitoires (claudication cérébrale intermittente de Grasset (2), myopragie cérébrale de Potain). Les modifications anatomiques auxquelles ils répondent sont, ou bien localisées ; et alors, suivant la localisation, on observe une hémiplégie, une aphasie, un délire, des troubles visuels transitoires, ou bien elles sont diffuses et donnent lieu à des vertiges intermittents, à un gâtisme passager.

Tous ces phénomènes ont leur intérêt clinique. Je ne désire insister ici que sur une seule considération, mais de première importance : c'est qu'ils peuvent précéder les altérations définitives de l'écorce, et dans une certaine mesure, les faire prévoir. Quelques exemples montreront la portée de cette remarque. Un de mes clients, artério-scléreux de 39 ans, qui succomba ultérieurement à une néphrite chronique, éprouva des symptômes de paresthésie limitée à la commissure latérale droite, et à la partie externe de la première phalange de l'index droit. Trois jours après, il fut pris d'aphasie, accompagné d'une hémiplégie droite à peine accentuée. L'aphasie dura plus d'un an, et disparut progressivement sous l'influence de la rééducation à laquelle je le soumis.

J'eus l'occasion d'observer de très près un malade de 59 ans, enlevé en 24 heures par un ramollissement cérébral et qui, dans les deux mois qui précédèrent l'ictus fatal, eut une dizaine de crises d'aphasie transitoire avec hémiplégie droite, d'une durée moyenne de deux minutes environ.

Enfin un médecin à qui je donnai mes soins présenta, d'une façon passagère, à la suite d'un embarras gastrique bilieux, une amnésie des faits récents très frappante : il ne savait plus où il était, il se perdait dans son appartement, etc. Six mois après, il succomba à une attaque de ramollissement du cerveau.

Ces quelques cas montrent les signes de myopragie cérébrale bientôt suivis de lésions destructives graves et parfois même rapidement mortelles.

Or, si une thérapeutique de l'artério-sclérose est frappée de stérilité, alors qu'elle s'adresse à une nécrose déjà constituée, on peut espérer au contraire qu'elle puisse être efficace, lorsqu'il n'existe que des lésions vasculaires. La syphilis fournit un exemple à l'appui de cette opinion. Le traitement, en effet, impuissant en face d'un ramollissement lié à l'artérite syphilitique, conserve toute sa vigueur contre l'artérite syphilitique elle-même.

Mais en ce qui concerne l'artério-sclérose, une difficulté se présente. Les phénomènes de claudication cérébrale affectent comme caractère commun d'être variables. Et prétendre qu'un traitement les a fait disparaître, alors qu'ils ont pu guérir spontanément, ne saurait facilement convaincre. Et de même il ne saurait être au-dessus de toute discussion qu'un traitement — au moins avant qu'il n'ait fait ses preuves, — ait pu enrayer ou retarder l'évolution d'une maladie dont l'échéance était peut-être lointaine.

Pour répondre à cette objection préjudicielle, j'ai fait choix, dans le but d'étudier le traitement de l'artério-sclérose cérébrale, de malades porteurs de troubles intermédiaires aux phénomènes définitifs d'un côté, transitoires de l'autre, qui viennent d'être envisagés.

On peut, en effet, réserver une place, entre ces deux classes de symptômes à un syndrome de longue durée, mais susceptible de se modifier (la médication le prouve), et dont le substratum anatomique, moins fugitif sans doute que des troubles vasculaires, doit correspondre à des lésions nécrobiotiques, il est vrai, mais superficielles.

Si les malades atteints de ces troubles sont capables de s'améliorer, on pourrait admettre *a fortiori* que ceux atteints de troubles plus légers fussent aussi curables. Cette vue de l'esprit demande, d'ailleurs, à être appuyée sur des faits.

La question suivante se pose en outre : au cas où les lésions une fois produites, n'entraînent pas une évolution suraiguë, y a-t-il encore intérêt, à utiliser le traitement, ne serait-ce qu'au point de vue de la circulation dans l'autre hémisphère, dans les circonvolutions avoisinant la lésion ; ne serait-ce que pour faciliter les suppléances ?

C'est le résultat de ces recherches qu'on va trouver exposé dans ce travail.

Le traitement a consisté dans l'emploi du sérum inor-

1. J'ai utilisé le sérum inorganique contre l'artério-sclérose des divers appareils. Les résultats obtenus feront l'objet de travaux successifs.

2. Grasset, Leçons sur le vertige des artério-scléreux, *in Cliniques médicales*, Montpellier 1891. — Cf. Léopold-Lévi, Paralysies par embolies microscopiques du cerveau, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 18 nov. 1897.

ganique préconisé par Trunecek (1), de Prague, dont voici la formule :

Sulfate de soude.	0 gr. 44
Chlorure de sodium.	4 gr. 92
Phosphate de soude.	0 gr. 15
Carbonate de soude	0 gr. 21
Sulfate de potasse	0 gr. 40
Eau distillée. Q. S. pour. . .	100 gr.

Conformément à la recommandation de Trunecek, tous les malades soumis à la médication avaient leur urine acide.

Les injections se font sous la peau. Elles ont eu lieu tous les jours ou tous les deux jours. La quantité injectée a varié de 1 centimètre cube à 5 centimètres cubes (2). Elles ne sont pas douloureuses. Dans des cas très rares, elles ont déterminé de petites indurations, qui se sont rapidement résorbées.

La première catégorie des malades, auxquels j'ai appliqué le traitement, avaient manifesté leur artério-sclérose sous forme de troubles persistants. J'ai tenu à choisir, en outre, des sujets offrant des symptômes limités à un côté du corps. La comparaison rend alors l'observation plus facile et plus instructive. On élimine d'ailleurs ainsi l'artério-sclérose médullaire. La sclérose cérébrale se traduit donc essentiellement dans ces cas, sans parler des symptômes diffus dont ne sont pas exempts les malades, sous une forme hémiplégique. Elle est caractérisée d'ailleurs par des phénomènes moteurs, sensitifs, de réflectivité, vaso-moteurs.

Les phénomènes sensitifs méritent une place importante dans la description. Ils sont essentiellement subjectifs, se présentent en général comme des paresthésies. Les malades en souffrent et s'en plaignent. Ils parlent de fourmillements, d'engourdissements, siégeant de préférence aux extrémités, aux pieds, à la main ou au niveau de la face. Ou bien le cou-de-pied est comme bandé, la main est comme en caoutchouc. La peau semble morte ou brûlée. A l'examen objectif, on ne note pas d'anesthésie, mais parfois de l'hyperesthésie à la piqûre et au froid, au niveau des régions paresthésiées. Ces perversions de la sensibilité ont, à mon avis, une signification précise. Par leur caractère, ils sont la signature d'un trouble superficiel de l'écorce (3). Par leur persistance, ils témoignent qu'il y a en réalité une lésion, lésion qui siège donc dans la superficie corticale.

Les troubles moteurs consistent essentiellement en parésie plutôt qu'en paralysie, main qui devint faible, membre inférieur qui se soulève difficilement, pied qui bute. Le travail manuel devient malaisé, parfois impossible. La marche est incorrecte, main le malade peut continuer à aller et venir, d'une façon plus ou moins embarrassée.

L'exagération des réflexes est de règle, dans ces cas. Souvent la réflectivité est partout exagérée. Il y a néanmoins une prédominance du côté paresthésié et parésié, et l'exagération existe tant au niveau des réflexes tendineux du membre supérieur que du membre inférieur. La trépidation épileptoïde se rencontre parfois du côté malade. Je n'ai pas trouvé jusqu'alors le signe de Babinski. La flexion combinée de la cuisse et du tronc est habituelle.

Il s'agit donc d'une forme d'artério-sclérose cérébrale hémiplégique, sensitivo-motrice, à troubles persistants. Quelles sont les limites de cette forme?

On ne peut parler ici de ramollissement, au sens clinique du mot. L'hémiplégie est à peine dessinée, elle est survenue sans ictus. Les phénomènes sensitifs égalent les phénomènes moteurs. Il n'y a pas de signe de Babinski. La trépidation épileptoïde n'existe pas nécessairement. Il n'y a donc pas de lésion étendue au niveau de l'écorce, et la dégénérescence du faisceau pyramidal, si elle existe, est à peine accusée.

On ne saurait invoquer, par contre, la claudication intermittente. Car les phénomènes méritent le nom de persistants. Ils durent depuis des mois, parfois des années.

Les malades présentent, en outre, des troubles d'artério-sclérose diffuse, tant au niveau du cerveau que d'autres appareils. Ces phénomènes, bien que n'étant pas visés spécialement par le traitement, n'en ont pas été moins influencés heureusement. Je reviendrai là-dessus plus loin.

Voici d'abord deux exemples de cette forme d'artério-sclérose cérébrale hémiplégique sensitivo-motrice à troubles persistants soumise au traitement par le sérum inorganique (1).

Observation I. — *Artério-sclérose cérébrale unilatérale, forme sensitivo-motrice, ayant débuté il y a 2 ans. — Paresthésie de la face, du pied et de la main gauche. — Parésie des membres supérieur et inférieur gauches. — Exagération des réflexes rotuliens surtout à gauche. — Trépidation épileptoïde à gauche. — Flexion combinée de la cuisse et du tronc à gauche. — Arc sénile, vertiges, polyurie. — Amélioration notable par le sérum inorganique.*

S..., âgé de 62 ans, pédicure, se présente le 11 août 1901 à notre observation.

Ses antécédents héréditaires sont négatifs au point de vue pathologique. Son père est mort à 68 ans, sa mère à 64 ans. Il est le seul enfant.

Dans sa jeunesse, il a été sujet à de fréquents accès de migraine, mais n'a jamais fait de maladie grave.

L'affection pour laquelle il vient consulter a débuté il y a 2 ans.

Le 1er novembre 1899, à 7 heures du matin, alors qu'il mettait son pardessus pour sortir, il a éprouvé tout d'un coup une sensation de coup de fouet dans la jambe gauche. Il est tombé à genoux, sans perte de connaissance.

Il est resté au lit pendant 3 jours. Quand alors il s'est relevé, sa marche était difficile, et depuis ce moment il se sert d'une canne. Le même jour il a éprouvé des fourmillements dans le pied gauche et à la face du côté gauche.

Depuis 1 an, un an par conséquent après le pied, la main s'est prise, et depuis avril 1901 il ne peut plus travailler.

A l'examen du 21 août, on note qu'il s'agit d'un malade de bonne constitution. L'arc sénile est déjà prononcé au niveau des deux yeux. Il existe des varicosités des pommettes. Le malade n'a pas fait d'excès de boisson, n'est pas un grand fumeur. Il n'a pas de cauchemars nocturnes.

La face n'est le siège de paralysie, ni de parésie. Le malade ressent des fourmillements au niveau de la face, dans la région de la joue et jusqu'au niveau de la commissure labiale, mais à ce niveau il sent la piqûre.

La marche est loin d'être assurée. Le malade croit toujours marcher sur du sable, il ne reconnaît pas bien le sol sur lequel il appuie. Tous les 50 mètres, il est obligé de s'arrêter. La fai-

1. Trunecek, Traitement de l'artério-sclérose par les injections sous-cutanées du sérum inorganique (*Sem. méd.*, 24 avril 1901, p. 137).

2. Trunecek a injecté jusqu'à 7 cm. cubes 5. On doit pouvoir même dépasser cette dose.

3. Les foyers nécrobiotiques ne dépasseraient pas en profondeur le revêtement gris (Brissaud). Cf. Sa leçon sur les troubles de sensibilité dans les hémiplégies d'origine corticale (*Leçons sur les maladies nerveuses*, Paris, 1895, p. 539).

1. Les observations que je relate ont été prises dans les services ou aux consultations des Drs Mathieu et Babinski que je suppléais pendant la période de vacances (août-octobre, 1901), et à la Polyclinique H. de Rothschild.

blesse existe au niveau du pied gauche. Il ressent constamment des fourmillements fort désagréables au niveau de la plante du pied et des orteils. Ces phénomènes sensitifs ainsi que les autres présentés par le malade augmentent, d'après lui, sous l'influence de la digestion.

Au niveau de la main, il a constamment la sensation de l'onglée, ou bien il lui semble que la main a comme la peau brûlée. Tandis que du côté droit il serre 55 kilogrammes au dynamomètre, il serre 35 kilogrammes du côté gauche.

Les mouvements des doigts sont faciles. Il touche facilement le petit doigt avec le pouce. Il reconnaît bien, les yeux fermés, les objets (porte-plume, bouteille) qu'on place entre le pouce et l'index.

A l'examen objectif on note l'exagération des réflexes tendineux du poignet du côté gauche. Les réflexes rotuliens sont exagérés, surtout à gauche. On trouve à gauche la flexion combinée de la cuisse et du tronc, et de la trépidation épileptoïde.

Le malade sent la piqûre des deux côtés, mais il existe une hyperesthésie très marquée de la main et du pied gauches à la piqûre et de ce dernier au froid.

A l'examen oculaire les pupilles réagissent à la lumière. La vision égale à droite 4/10, à gauche 3/10.

Le malade, depuis 7 mois, présente un état vertigineux insupportable. Il doit baisser la tête. S'il est en omnibus, il est obligé de fermer les yeux. Souvent il doit, dans son appartement, se tenir à ses meubles.

Il n'accuse pas de palpitations cardiaques. Le cœur n'est le siège d'aucun bruit de souffle. L'aorte n'offre pas les caractères de la dilatation. On ne note pas le signe de la temporale. Le pouls est régulier, à 64. Le malade se lève plusieurs fois pour uriner la nuit.

L'urine ne renferme pas d'albumine. Elle est acide.

Je le soumets aux piqûres de sérum minéral à la date du 23 août, et il les continue tous les 2 jours. Les trois premières piqûres sont de 1 centimètre cube (23, 25, 26 août). A partir de la quatrième, nous lui injectons 2 centimètres cubes, puis 3 centimètres cubes; à partir de la septième, 4 centimètres cubes; à partir de la vingtième, 5 centimètres cubes.

31 août. — Le malade se trouve amélioré. La première fois qu'il est venu consulter il est venu en voiture et a dû rentrer chez lui en voiture. A la suite de la deuxième piqûre, il a pu faire un bon kilomètre à pied, 2 kilomètres au moins à la suite de la troisième piqûre. Actuellement il va du boulevard Voltaire à la Pitié et en revient, et marche toute la journée. Il y a moins de fourmillements au niveau du pied.

La main gauche serre 45 kilogrammes au lieu de 35 kilogrammes avant le traitement.

15 septembre. — Le malade accuse une amélioration très notable. Tout d'abord il prétend qu'immédiatement après chaque piqûre, il se sent mieux au niveau de la main et du pied pendant 3/4 d'heure à 1 heure.

Les fourmillements ont complètement disparu au niveau de la face.

De même il n'en ressent plus au niveau de l'auriculaire et de l'annulaire qui sont plus libres. A ce niveau, et au niveau du dos de la main, la piqûre ne provoque plus d'hyperesthésie comme autrefois, mais cette hyperesthésie persiste aux autres doigts.

La main semble assez libre au malade pour qu'il croie pouvoir s'en servir dans son métier.

La marche a été progressivement plus facile : il monte facilement ses cinq étages. Cependant aujourd'hui il a un peu plus de peine à marcher que d'habitude, depuis le début du traitement.

L'état vertigineux qui lui était si pénible a totalement disparu. Il peut baisser facilement la tête actuellement.

Il se lève moins souvent la nuit pour uriner, quelquefois pas du tout, ou bien une ou deux fois.

21 septembre. — Le malade est à sa seizième piqûre. Depuis la semaine dernière, les progrès ont été moins rapides. Les vertiges ne sont pas revenus. Les fourmillements sont moins marqués au niveau du pied gauche. Ils persistent aux trois premiers doigts de la main.

La marche est moins bonne depuis avant-hier que les jours précédents. Peut-être y a-t-il lieu, dit le malade, d'incriminer le temps pluvieux : le baromètre est bas. Sa journée du 21 a été la suivante : il s'est levé à 5 heures du matin, a fait 1 à 2 kilomètres à pied, est venu de chez lui (boulevard Voltaire) à l'hôpital de la Pitié à pied, et rentre de même. Il remarque néanmoins que son pied gauche a une tendance à buter, ce qu'il ne faisait pas les jours derniers.

Le malade compte, une fois que son pied ira franchement mieux, reprendre sa profession.

La main gauche serre 48 kilogrammes au dynamomètre.

L'œil droit a une acuité de 0,6, l'œil gauche de 0,3.

L'ensemble de l'état du malade est meilleur : sa femme, ses amis le lui ont fait remarquer. La nuit, il continue à pisser moins souvent. Une ou deux fois par semaine, il ne se lève plus la nuit pour uriner.

28 septembre. — L'amélioration continue, mais les progrès sont moins rapides qu'au début. La paresthésie, quoique moins forte, persiste au niveau des trois premiers doigts de la main gauche, et des trois orteils externes. Quand le malade est un peu fatigué par la marche, son pied bute. Samain lui permettrait de reprendre sa profession, mais il ne sent pas encore dans sa cuisse la force nécessaire pour laisser appuyer le pied du client. Les vertiges n'ont pas reparu. Il se plaint depuis quelques jours d'une douleur au front du côté droit et au niveau des muscles de la nuque du côté gauche. C'est à la suite de fatigue que sont survenues ces douleurs, qui ont été soulagées hier à la suite de la piqûre. Je me propose de faire un stypage au chlorure de méthyle, mais pratique d'abord une injection de sérum. Après l'introduction du liquide, le malade ne ressent plus ses douleurs.

En résumé, chez ce malade, à la suite de 20 piqûres, avec injections de 57 centimètres cubes de sérum minéral, le résultat est le suivant :

S... ne ressent plus au niveau de la face et du pied les fourmillements dont il se plaint depuis 2 ans. Au niveau de la main, ils ont diminué dans des proportions importantes. La main gauche qui serrait 35 kilogs avant le début du traitement serre actuellement 47 kilogs. Le malade qui ne pouvait faire 50 mètres sans s'asseoir marche toute la journée. Il compte reprendre sa profession qu'il avait abandonnée depuis 6 mois.

L'état vertigineux qui était subcontinu a disparu complètement. La pollakiurie a diminué.

Le cas suivant, où le nombre de piqûres et la quantité de sérum injecté ont été les mêmes que chez S..., car les deux malades ont été observés et traités en même temps, montre également une amélioration sensible. L'engourdissement du pied a diminué notablement. Il peut marcher indéfiniment. La main est devenue plus habile. L'attention est meilleure. Le malade peut faire des travaux (réchampir, dessiner) auxquels il avait renoncé depuis de nombreux mois. Il urine moins la nuit.

Les phénomènes s'atténueront-ils davantage? Tout permet de l'espérer. Les 2 cas, il faut le remarquer, ont déjà une longue durée, et le traitement n'a été, en somme, appliqué que pendant 6 semaines, tous les 2 jours.

Obs. II. — *Artériosclérose unilatérale, forme sensitivo-motrice. — Paresthésie du pied et surtout de la main gauche. — Parésie du membre supérieur gauche. — Exagération des réflexes tendineux gauche. Flexion combinée de la main et du tronc du côté gauche. — Arc sénile. Pollakiurie nocturne. Signe de la temporale. — Améliorations des phénomènes sous l'influence du traitement par les injections sous-cutanées de sérum minéral.*

N....., âgé de 59 ans, graveur marbrier, se présente à notre observation le 23 août 1901.

Son père est mort à 82 ans, sa mère à 77 ans. Il est le 10e de 10 enfants. 7 sont morts, 2 sœurs sont vivantes, l'une est âgée de 70 ans, l'autre de 75 ans.

A 6 ans, il a eu une fluxion de poitrine; à 27 ans, des douleurs rhumatismales qui ont disparu spontanément; en 1889, pendant 15 jours, il a ressenti, à nouveau, des douleurs dans le bras droit. Il a été réformé du service militaire pour varices.

En 1884, il eut de l'œdème des jambes et de l'abdomen, en même temps que de l'albumine dans ses urines. A la suite du régime lacté suivi pendant 3 semaines, l'albuminurie disparut pour ne plus revenir.

Jamais il n'a eu la syphilis. Il y a 6 ans, à la suite de chagrins, il a commencé des excès alcooliques, buvait 3 à 4 absinthes par jour, et ceci pendant 4 ans. De vin, il buvait un litre par jour et pas d'alcool. Il est grand fumeur, fume environ par jour un paquet de tabac de 50 centimes.

Dans son métier, il utilise beaucoup la main gauche.

Il y a 7 mois, vers le 20 janvier, étant appliqué à son travail de graveur sur marbre, il a ressenti un engourdissement dans la main gauche, avec lourdeur du bras gauche. L'engourdissement s'étendait à la main, à la partie inférieure de l'avant-bras. Mais le contact et la piqûre étaient perçus, comme à l'autre main.

Il alla pendant trois mois au service d'électricité de la Salpêtrière, mais sans résultat. Le 20 juin, il consulta le Dr Babinski. On note une faiblesse avec engourdissement dans le bras et la jambe gauches. Les réflexes sont forts à gauches aux membres supérieur et inférieur. Peut-être existe-t-il de l'arthrite de l'épaule. Le malade ne peut soulever le bras.

Depuis le mois de juillet l'engourdissement a gagné le pied gauche et le mollet. Il semble au malade que son pied est comme bandé.

L'examen pratiqué le 23 août montre un malade bien constitué, présentant un début d'arc sénile, le signe de la temporale des deux côtés, une moustache grise presque blanche.

La face n'est le siège d'aucun trouble particulier.

La force est diminuée au niveau de la main gauche qui serre 27 kilogs au dynamomètre au lieu de 50 du côté droit. Le pouce peut toucher successivement chacun des doigts, moins facilement cependant le petit doigt du côté opposé. Il existe en permanence le phénomène de l'onglée. Mais la piqûre est perçue normalement. Le sens stéréognostique est diminué au niveau de la main gauche. Contrairement à ce qui se passe à droite, le malade ne sent pas les objets (crayon, bouteille), placés entre le pouce et l'index.

La marche se fait bien, même sur un pied. Il n'existe pas de douleurs à la pression de la masse du mollet. Le malade se plaint d'engourdissement au niveau du pied, et à la partie tout à fait inférieure de la jambe, qui est comme serrée.

Les réflexes sont forts des deux côtés, mais plus accentués du côté gauche, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur, exception faite pour le réflexe achilléen plus marqué à droite. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de phénomènes de Bakinski, mais mouvement associé de flexion du côté gauche.

La tête est lourde, le malade a de l'insomnie depuis 7 mois. L'aptitude cérébrale au travail est diminuée, mais la mémoire est complètement conservée : il se dit capable de réciter de mémoire 400 vers de Victor Hugo, appris il y a 30 ans.

La vue baisse depuis 7 ou 8 mois. La vision = 3/10 de l'œil droit, 4/10 de l'œil gauche. Les pupilles se contractent parfaitement à la lumière.

Le malade n'accuse pas de palpitations.

Il urine habituellement deux fois la nuit. L'urine est acide, ne renferme pas d'albumine.

Nous soumettons le malade, à partir du 23 août aux piqûres de sérum minéral. Les piqûres, tout d'abord de 1 centimètre cube, sont à partir de la cinquième portée à 2 centimètres cubes à partir de la neuvième à 3 et 4 centimètres cubes, 5 centimètres cubes à partir de la vingtième.

9 septembre. La main gauche serre 33 kilogs au dynamomètre. Il se plaint moins de son pied.

15 septembre. Le pied reste maintenant parfois 1 à 2 heures sans être engourdi. Il ne le sent plus engourdi la nuit, contrairement à ce qui se passait autrefois.

La main est devenue plus habile : le malade retrouve actuellement un sou dans sa poche et peut le séparer d'autres objets, mais il n'arrive pas à se déboutonner ou à se boutonner avec cette main. Il accuse, surtout actuellement, une sensation de caoutchouc au niveau de la main. Le sens stéréognostique revient; le malade reconnaît le goulot d'une bouteille.

L'attention est meilleure, le malade a pu réchampir hier pendant deux heures. Il a la tête moins lourde par moments.

Les mictions sont moins fréquentes la nuit. Il lui arrive 1 ou 2 fois par semaine de ne pas se lever.

16 septembre. Ce matin, le malade a de nouveau une diminution du sens stéréognostique, ce qui indique les variations du phénomène.

21 septembre. L'engourdissement a disparu au niveau du pied. Il dit pouvoir marcher indéfiniment. Le malade a essayé de dessiner, ce qu'il n'aurait pas eu l'idée de faire auparavant. Il a mis 2 à 3 heures pour un ouvrage qui lui demandait auparavant une 1/2 heure, mais c'est cependant un résultat qu'il apprécie. La main reste lourde. Elle serre moins qu'au dernier examen = 28 kilogs.

La vision s'est plutôt améliorée : O.D = 0,5 ; O.G = 0,4.

28 septembre. L'état est stationnaire actuellement. Parfois l'engourdissement reparaît au niveau du bas du pied. Le sens stéréognostique varie, le malade reconnaît à notre examen un tube en verre, l'acier du dynamomètre, mais bientôt il perd la notion des objets. Il a pu dessiner hier, a mis environ le double du temps qu'il mettait d'habitude, ce qui est un progrès sur la semaine précédente. L'attention est meilleure. Il dort encore fort peu, mais davantage.

Les cas précédents permettent de concevoir que si les phénomènes pathologiques, au lieu d'être déjà anciens, sont plus récents, le résultat sera encore plus satisfaisant.

C'est ce que démontre l'exemple suivant :

Obs. III. — *Artério-sclérose cérébrale unilatérale (forme sensitivo-motrice). — Fourmillements et douleurs dans les membres supérieur et inférieur gauches. — Parésie de la main gauche. — Exagération des réflexes. — Troubles de la mémoire. — Bourdonnements d'oreille. — Troubles de la vue. — Douleurs et craquements articulaires. — Amélioration notable par le sérum minéral.*

Marie D..., cuisinière, entrée le 24 août 1891, salle Grisolle, dans le service du Dr Babinski, que je remplace. Elle est âgée de 62 ans.

Son père est mort à 76 ans, après avoir été paralysé pendant 6 ans. Sa mère est morte en 1888. Elle n'a guère fait de maladie, mais a eu de nombreux accidents : la jambe cassée, étant enfant, le bras cassé en 1867, une entorse à la cheville droite, un écrasement de l'épaule, il y a 18 mois. Il y a 5 ans, elle resta au lit pendant deux mois pour des phénomènes rhumatismaux, soignés par M. Potain et qui guérirent sans laisser de trace.

Les symptômes qu'elle accuse remontent au commencement d'août 1901. Ils sont venus progressivement, sans être expliqués par une cause morale, une chute, une maladie récente. Déjà, certains d'entre eux avaient existé d'une façon passagère.

La malade a remarqué une perte sensible de la mémoire surtout pour les événements récents. Il lui est arrivé de se perdre dans la rue. Ces troubles s'étaient déjà montrés, il y a 2 ans, puis disparurent. Elle se plaint de bourdonnements d'oreilles. Au niveau des deux oreilles, il existe comme des bruits de cloche surtout à gauche. Il y a 5 ans que les bourdonnements existent, mais ils se sont accentués depuis 5 semaines.

Elle ressent des fourmillements survenus peu à peu et des douleurs dans toute l'étendue du bras et de la jambe gauche. La force a d'ailleurs diminué dans tout ce côté. Au dynamomètre, elle serre 10 kilogrammes de la main gauche et 27 kilogrammes du côté droit. Les réflexes sont exagérés surtout à gauche et au niveau du membre supérieur. On n'obtient ni trépidation épileptoïde, ni phénomène de Babinski. La flexion combinée de la cuisse et du tronc n'est pas nette à gauche.

La malade accuse de la faiblesse de la vue. Elle perçoit des craquements articulaires, surtout dans l'épaule gauche.

Elle n'a jamais perdu connaissance, a parfois des étourdissements.

Elle dort bien la nuit : le sommeil est entrecoupé par des rêves, jamais par des cauchemars.

Il n'existe ni fatigue matutinale, ni douleur le long de la co-

lonne vertébrale. Pas de céphalée en casque, pas d'idées tristes. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie à la piqûre.

Le 2e bruit est éclatant à l'aorte.

La malade est mise en traitement par le sérum minéral. Injections tous les jours de 1 à 3 centimètres cubes. On lui injecte 50 centimètres cubes de sérum.

Le 9 septembre. Dix piqûres ont été faites. La malade se déclare très améliorée. La mémoire est plus sûre, les bourdonnements d'oreille ont disparu. Les fourmillements du bras et de la jambe gauche n'existent plus. La malade mobilise mieux ses membres. Elle ne se plaint plus de ses douleurs. La main gauche serre actuellement 16 kilogrammes.

Elle prétend lire beaucoup plus facilement, se passe même de lunettes.

Le 15 septembre. La mémoire est revenue. Les bourdonnements d'oreille n'ont plus fait leur apparition. Il n'existe plus de fourmillements. La main gauche se ferme complètement, est devenue leste. Elle serre 25 kilogrammes au dynamomètre. La malade dort mieux. Elle n'a plus d'étourdissements. Elle voudrait aller au Vésinet.

Le 21 septembre. La malade se réjouit de voir « comme elle voyait à 20 ans », dit-elle. Elle lit, de son lit, l'heure de l'horloge de l'hôpital, ce qui lui était impossible au début. Elle a pu lire aujourd'hui 4 pages.

Le 28 septembre. La malade est enchantée, enthousiaste. Elle réclame pour aller au Vésinet, se trouve parfaitement guérie.

Le succès est ici remarquable. Il a été injecté en tout 50 centimètres cubes de sérum. On note la disparition de fourmillements, le retour de la force dans la main gauche, la suppression des bourdonnements d'oreilles, l'amélioration de la mémoire et des phénomènes visuels.

Le résultat est si marqué et si rapide qu'il inspire presque des doutes. J'ai éprouvé la même impression en lisant le travail de Trunecek. Depuis, les faits que j'ai moi-même observés m'ont rendu moins sceptique. Je serais heureux qu'ont voulût bien multiplier les observations.

Pour en revenir au cas précédent, on pourrait se demander si D... ne présentait pas des phénomènes de neurasthénie. Il faudrait convenir que la neurasthénie a peut-être été alors symptomatique d'artério-sclérose, ce qui est souvent probable dans la neurasthénie dimidiée. On doit remarquer que la malade a 62 ans, que les troubles morbides étaient unilatéraux, qu'il existait une parésie marquée de la main, que D... ne présente aucun des stigmates de la neurasthénie (asthénie musculaire et cérébrale, céphalée en casque, etc.). Il ne serait pas déplaisant d'ailleurs, je l'avoue, d'avoir un remède aussi rapidement efficace contre la neurasthénie. J'ai commencé à essayer le sérum contre cette affection si souvent rebelle à toute thérapeutique, et fournirai ultérieurement les résultats obtenus.

De l'analyse des observations qu'on vient de lire, il ressort que le sérum inorganique a une action efficace contre la forme d'artério-sclérose envisagée.

Il était vraisemblable, dans ces conditions, que ce même traitement conviendrait aux cas où une affection aiguë fait apparaître, chez un sujet artério-scléreux, des phénomènes de myophagie cérébrale.

L'observation suivante prise entre autres, vient confirmer cette proposition.

Obs. IV. — Il s'agit d'une femme de 74 ans, bien portante d'habitude, éprouvant cependant une faiblesse progressive depuis 1 ou 2 ans. Déjà, depuis 5 ou 6 ans, elle ne pouvait plus faire de grandes promenades comme autrefois et ne sortait plus de son quartier. Quelquefois, par moments, elle marchait de travers, comme si elle était ivre. Elle a fait peu de maladies: elle se rappelle une lithiase biliaire qui s'est traduite pendant 3 mois par des coliques hépatiques et de l'ictère. Il y a 15 ans, elle fut prise de gastro-entérite, à allure grave, accompagnée de fièvre et de frissons. Cependant, au bout de 8 jours, elle fut remise sur pied et recommença à marcher.

Le 25 août 1901. Subitement commença une nouvelle poussée de gastro-entérite, en tout semblable, dit la malade, à celle d'il y a 15 ans. Un frisson et des vomissements en marquent le début. La diarrhée est extrêmement abondante. Il existe des crampes dans les mollets, de l'albuminurie. Déjà, le soir de son entrée à l'hôpital, la malade est améliorée sous l'influence du traitement. Mais la faiblesse des membres s'installe plus vive que jamais, il se produit une petite eschare fessière, la malade devient gâteuse.

Le 17 septembre 1901. Elle a de la peine à se mobiliser, est obligée de se tenir des deux mains aux objets environnants. La main droite serre 8 kilogrammes, la main gauche 11 kilogrammes au dynamomètre. Elle perd ordinairement ses urines et ses matières. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. On soumet la malade aux piqûres de sérum minéral.

Le 21 septembre. Après 4 piqûres, la malade marche assez bien. Il faut encore lui donner la main. Elle serre 15 kilogrammes au dynamomètre à droite, 12 kilogrammes à gauche. L'eschare est guérie. La malade ne perd plus que rarement ses urines et ses matières, mais ses besoins sont impérieux. Il s'est développé actuellement une phlébite variqueuse à la partie interne de la jambe gauche, et le repos est prescrit à la malade.

Au point de vue clinique, il est un fait que je veux souligner ici. Alors que la malade avait 59 ans, elle contracta une gastro-entérite cholériforme en tout semblable à celle qui l'amène à l'hôpital 15 ans après. La première fois, la maladie aiguë n'a pas de suites. Chez la même malade âgée de 74 ans l'entérite, malgré la guérison rapide, provoque, grâce à l'artério-sclérose, des troubles parétiques des membres et des lésions trophiques.

Au point de vue thérapeutique, on peut dire que le traitement est moins important ici que dans les cas précédents, puisque les phénomènes sont capables de s'améliorer d'eux-mêmes.

Il n'en est pas moins vrai que ces faits de claudication intermittente constituent une menace pour l'avenir du sujet. Ils peuvent faire prévoir des lésions définitives, et on a le devoir d'agir sur les troubles vasculaires, ne serait-ce que dans un but prophylactique.

J'ai, un peu schématiquement, montré l'action du sérum de Trunecek sur des phénomènes localisés. Il agit également sur des symptômes plus diffus : vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles, céphalée, troubles de la mémoire, comme on peut s'en rendre compte à la lecture des observations précédentes.

Dans tout un autre groupe d'observations, les malades ont été soulagés spécialement d'un de ces troubles pris en particulier, comme on va pouvoir en juger.

Obs. V. — *Artério-sclérose. — Nervosisme. — Entérite muco-membraneuse. — Troubles de circulation du cerveau (paresthésie cérébrale) déformés dans leur expression symptomatique du fait du nervosisme, remontant à 18 mois, guéris complètement par 20 injections sous-cutanées de sérum minéral.*

Nic..., âgé de 41 ans, dessinateur, entre le 6 août 1901, salle des hommes, lit n° 12, à l'hôpital Andral.

Sa mère est morte d'épithélioma de l'utérus. Son père est mort de maladie de cœur. Il a deux sœurs ; l'une est morte à 37 ans de gangrène pulmonaire. L'autre âgée de 42 ans est nerveuse, a des idées noires.

Lui-même a eu 5 bronchites, à l'âge de 5, 12, 19, 26 et 33 ans. En 1889, il fut soigné par M. Brouardel pour une pleurésie gauche, qui ne nécessita pas de ponction. Depuis ce temps, il éprouva un point de côté au moindre refroidissement. Il contracta en 1900, puis en mars 1901, l'influenza.

A l'âge de 12 ans, il a fait une chute sur la tête, à la suite de laquelle il a ressenti de violents maux de tête qui revenaient périodiquement.

C'est un malade nerveux, impressionnable, irritable, ayant des sueurs abondantes. Jamais il n'eut de crises de nerf, il n'éprouve pas de fatigue matutinale ni de sensation de gêne, ni de vide dans la tête. Pas de douleur le long de la colonne vertébrale. Pas d'idées tristes. Les réflexes rotuliens sont forts. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde, ni de signe de Babinski.

Il a blanchi dès l'âge de 25 ans; il a des épistaxis fréquentes, liées, d'après M. Gouguenheim, à des varices de la cloison. Les artères sont un peu dures. Le malade a souvent les mains et les genoux froids. Il n'a pas de polyurie, ni de pollakiurie. L'urine ne renferme pas d'albumine.

Il est entré à l'hôpital le 6 avril 1901 pour des coliques intestinales, accompagnées de diarrhée et d'état lipothymique, le tout survenu à la suite de l'ingestion d'une salade de haricots verts.

La diarrhée était très abondante, glaireuse, striée de sang. Les matières renfermaient des boules dures. Cette crise d'entérocolite traitée par l'huile de ricin, les lavages d'intestin, la magnésie, s'est déterminée vers le 10 août. Les coliques ont disparu progressivement en 15 jours.

Le symptôme qui, après l'amélioration de l'entérocolite attire notre attention, est une céphalée intense, à caractère spécial, que le malade ressent depuis 18 mois. Il y a 18 mois, en voulant lire le nom d'une rue, le malade éprouva, en levant la tête, une sensation particulière qui, depuis, n'a fait qu'augmenter et reparaît dans tous les mouvements céphaliques. Voici comment il l'explique : il ressent d'abord dans l'intérieur du crâne une sorte de frisson douloureux, qui se propage, à la façon d'ondes liquides jusqu'à la tête et s'accompagne de lourdeur. Cette lourdeur persiste de plus en plus longtemps, quelques minutes au début, puis la journée entière. Il y a des jours où ce phénomène ne le quitte pas. Le moindre mouvement de la tête, extension, flexion, latéralité, provoque ces troubles. Le matin, quand il passe de la position couchée à la position assise, ils apparaissent. Aussi à la façon des malades atteints du mal de Pott, emploie-t-il des stratagèmes pour ramasser quelque chose à terre, pour porter un objet à la bouche. Le soir, il se couche rapidement, pour éviter tout mouvement. La tête immobile sur son oreiller, il éprouve du soulagement. Le malade est très gêné dans son métier de dessinateur.

Depuis 6 mois, il ne peut plus travailler qu'une demi-journée, 4 à 5 heures. D'ailleurs pendant la période de souffrances, l'attention est plus vite fatiguée, la compréhension moins facile. Le reste du temps, il marche la tête lourde. Il a consulté un médecin qui lui a prescrit des cachets de quinine, sans résultat.

Je soumets le malade aux piqûres de sérum minéral à la date du 20 août. On lui fait une piqûre de 1 centimètre cube, chaque matin pendant 10 jours. A ce moment on suspend. C'est pendant cette suspension du médicament que le malade commence à ressentir de l'amélioration. On reprend alors les piqûres.

A la date du 24 septembre, à la 18e piqûre, le trouble n'existe plus. Les progrès d'abord lents, ont été ultérieurement plus rapides. Le malade peut se baisser, tourner la tête dans tous les sens. Le malaise a disparu.

Le 26 septembre, à la 20e piqûre, il se trouve complètement guéri, enchanté du résultat et me prie de l'envoyer le lendemain à Vincennes.

En somme, un symptôme pénible qui durait depuis 18 mois, a cédé à vingt piqûres de sérum. Sur le symptôme, il est difficile de mettre une étiquette certaine.

Le malade est un neuro-arthritique, à artères dures, à varices de la cloison du nez, à canitie précoce. La douleur apparaît quand il lève la tête, quand il passe de la position couchée à la position assise. Si déformée que soit l'expression symptomatique du phénomène par le fait du terrain nerveux sur lequel elle évolue, je serais très tenté d'y voir une céphalée d'artério-scléreux.

J'ai vu de même disparaître (obs. V), ce qui ne lui était pas arrivé depuis très longtemps, une céphalée remontant aux premiers souvenirs de l'enfance, chez une malade très complexe, que je soigne à l'hôpital Andral, et dont je ne donne pas l'observation complète actuellement. De nombreux facteurs morbides entrent dans son histoire et peuvent se disputer l'explication de symptômes tels que céphalée, épistaxis, troubles de la mémoire. Elle présente de l'hystéria minor, une neurasthénie fruste, est éthylique, a eu un diabète passager (30 grammes de sucre par jour), et offre des lésions d'artério-sclérose et de néphrite chronique.

La malade éprouve de la céphalée de diverses formes : à côté d'une sensation de casque parfois très caractéristique, elle a la tête lourde. Ce sont des douleurs profondes, sourdes, variables comme intensité avec élancements paroxystiques.

Souvent le passage rapide de la position couchée à la position assise réveille les douleurs.

Il est rare que la malade soit un jour sans éprouver une des variétés de mal de tête. Elle ne se souvient pas avoir été plusieurs jours sans souffrir.

Or, depuis le début des piqûres, elle reste six jours sans éprouver de malaise céphalique, et ce résultat, pour récent qu'il soit encore, ne mérite pas moins d'être rapproché du précédent.

La malade se trouve la tête dégagée, et dit que c'est un changement agréable.

Néanmoins quand on fait baisser la tête à la malade, il survient comme autrefois une lourdeur occipitale, et le travail de couture la fatigue encore.

Enfin chez une malade sous le coup d'une attaque, une céphalée violente a cédé à quelques piqûres et la malade a quitté alors l'hôpital (obs. VI).

Les troubles de la mémoire ont été améliorés d'une façon manifeste chez une malade à symptomatologie variée. C'est pour ces troubles de mémoire portant à la fois sur les faits anciens et les faits récents qu'elle a demandé son admission à l'hospice de la Pitié. En réalité nous nous trouvons en présence d'une femme âgée de 50 ans, ayant une hypoesthésie légère de tout le côté gauche, présentant une cirrhose hépatique et offrant en outre de l'inégalité pupillaire, de la faiblesse de la vue, le signe d'A. Robertson (obs. VII).

L'examen du liquide céphalo-rachidien a été positif.

A la suite des injections de sérum inorganique, le retour de la mémoire s'est fait progressivement et de la façon suivante : la malade, avant de venir à l'hôpital, habitait chez un ami. Quand cet ami vint la trouver à l'hôpital, elle ne le reconnut pas, elle ne sut lui parler, et il partit avec la conviction qu'elle était folle. Elle avait oublié l'adresse de son fils, de sa belle-sœur, n'avait gardé aucun souvenir de son père.

Peu à peu, elle retrouve l'adresse de ses parents et put leur écrire. En passant d'un souvenir à un autre, elle se rappela une partie de la vie de son père qu'elle avait oublié, et retrouva dans sa mémoire des faits concernant son grand-père. Elle termine une note qu'elle rédige sur ma demande et où elle me note les souvenirs qui lui sont revenus à l'esprit : « Je ne me rappelais rien de toutes ces choses. Il n'y a que votre traitement qui m'a rendu la mémoire. »

J'ajoute que les vertiges, sous forme de mal vertigineux qu'éprouvait S... depuis 10 mois, ont disparu complètement, que D... a vu sa vue s'améliorer, et que chez

D... également les bourdonnements d'oreilles ont diminué. C'est là autant de résultats encourageants et qui me conduisent à diriger de nouvelles recherches systématiques, concernant le traitement de l'artério-sclérose des organes des sens.

Il me faut maintenant envisager une autre question.

Le sérum peut-il agir sur des lésions plus accentuées que celles auxquelles correspondaient sans doute les troubles signalés tout d'abord?

Quelle est, autrement dit, son efficacité lors d'hémiplégie au grand complet, précédée d'un ictus, liée à l'artério-sclérose?

Les cas d'hemiplégie récente ne sont point démonstratifs, car il est impossible de savoir si les phénomènes n'ont pas une tendance à disparaître d'eux-mêmes. Aussi n'est-ce que pour mémoire que je résume en quelques mots le fait suivant.

Un homme de 50 ans, atteint d'artério-sclérose est pris de congestion cérébrale avec paralysie faciale portant sur le facial inférieur, moyennement accentué. On lui applique le sérum. Au bout de 7 piqûres, il se trouve amélioré et quitte l'hôpital (obs. VIII).

Si dans les cas récents on peut admettre que la guérison a été spontanée, la même critique n'est plus valable lorsque la lésion est ancienne. A propos d'hémiplégie dépassant un an de durée, je ne puis citer de fait probant assez longtemps observé. J'ai soumis des malades au traitement, mais on comprend que de toute façon il doit être prolongé.

Je vais par contre fournir l'observation d'une malade paralysée depuis 10 mois et dont l'hémiplégie a été améliorée d'une façon notable. J'ajouterai qu'elle a une paralysie de l'élévation et de la convergence sur laquelle le traitement est resté inefficace.

Obs. IX. — *Hémiplégie gauche incomplète. — Paralysie des mouvements d'élévation des yeux et de la convergence. — Amélioration notable de l'hémiplégie (après 10 mois de durée) par le sérum minéral.*

B..., âgée de 51 ans, travaillant dans les champs est entrée le 11 novembre 1901, salle Grisolle, n° 48, dans le service du Dr Babinski que je remplace.

Sa mère est morte hémiplégique à 87 ans. Son père est mort brusquement à 83 ans. Elle a 3 sœurs vivantes et bien portantes. Un de ses frères est mort fou.

Elle n'a point fait de maladies graves. Réglée tardivement, elle a eu 11 enfants; 3 sont morts asphyxiés accidentellement. 3 sont vivants. La méningite a causé la mort des autres.

Il ne semble pas qu'elle ait eu la syphilis. Son mari, âgé de 56 ans, est bien portant. Elle n'a jamais fait de fausses couches.

Mais on relève dans son histoire des excès alcooliques.

Le début de son affection a été brusque, et s'est produit le 11 novembre 1900. La malade a eu un ictus. Elle est tombée, avec perte de connaissance qui a duré plusieurs heures.

Pendant 3 mois, elle n'a reconnu personne. La parole n'était pas gênée. Mais elle divaguait. Elle parlait et riait sans cesse. Elle est restée couchée jusqu'à la fin d'août.

Je l'examine pour la première fois le 2 septembre.

Il existe une hémiplégie gauche intéressant la face et les membres. La commissure labiale est déviée à droite, la malade siffle difficilemant.

Le membre supérieur gauche est parésié. La malade s'en sert à peine. On est obligé de l'habiller. La main serre 9 kilogrammes au dynamomètre, alors qu'elle serre 25 kilogrammes à droite.

Le membre inférieur est faible. Il est impossible à la malade de marcher sans aide. Soutenue par deux infirmières, elle arrive à faire quelques pas.

Les réflexes du membre supérieur sont exagérés du côté gauche, ainsi que le réflexe rotulien gauche. On note une légère tendance à l'épilepsie spinale. Le phénomène de Babinski existe. La flexion combinée de la cuisse et du tronc n'est pas manifeste. Pas de contracture. Quelques troubles vaso-moteurs au niveau de la région rotulienne gauche.

En outre de l'hémiplégie, la malade présente des paralysies oculaires portant sur l'élévation et sur la convergence.

L'excursion des globes oculaires s'accompagne de mouvements nystagmiformes.

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

L'acuité visuelle est de 6/10 à droite et de 1/10 à gauche.

La malade est mise aux piqûres de sérum minéral, le 4 septembre, en commençant par 1 centimètre cube, puis 2 centimètres cubes.

9 septembre. Elle se déclare améliorée.

13 septembre. Les progrès sont indéniables. Il y a 15 jours la malade a été descendue au bain puis remontée sur un brancard. Il y a 8 jours, elle a été descendue au bain sur un brancard et est remontée à pied, avec l'aide de l'infirmière. Hier elle est descendue et remontée à pied, encore aidée. Elle va seule au cabinet. Elle marche sans bâton, alors qu'autrefois il fallait la soutenir des deux côtés, pour la conduire dans la salle de consultation où on lui fait ses piqûres.

De même, du membre supérieur. Elle peut actuellement se servir à table, elle s'habille elle-même. On n'a plus à s'occuper d'elle à ce sujet. Nous lui faisons mettre aujourd'hui, pour la première fois, la main sur la tête.

Au dynamomètre, elle serre 10 kilogrammes.

18 septembre. La main gauche serre 19 kilogrammes.

21 septembre. Son mari qui ne l'avait pas vue depuis une semaine a été étonné de la voir marcher. Elle ne se sert plus de bâton.

Elle nous raconte qu'autrefois elle avait une certaine difficulté à uriner, elle n'urinait pas toujours quand elle voulait. Actuellement elle urine plus facilement.

28 septembre. Le mieux continue. La malade descend seule dans le jardin et remonte seule les deux étages. Elle monte d'ailleurs mieux qu'elle ne descend. Elle utilise son membre inférieur gauche et sa main. Elle nous fait la remarque qu'elle éprouve un soulagement plus marqué immédiatement après la piqûre. Elle revient de la salle de consultation où on lui fait ses piqûres plus facilement qu'elle n'y est venue.

Tels sont les faits que j'ai désiré rapporter, et si je publie actuellement ce premier travail comportant des observations encore toutes récentes, c'est que j'estime après Trunecek, que le sérum inorganique est un médicament très utile de l'artério-sclérose et que je crois bon d'en faire bénéficier, dès maintenant, les sujets si nombreux atteints de « cette rouille de la vie » et menacés d'accidents graves surtout dans la sphère cérébrale.

Les exemples que j'ai choisis montrent la disparition ou au moins l'atténuation de phénomènes hémiplégiques sensitifs et moteurs, douloureux ou pénibles, rendant parfois tout travail impossible; la disparition des vertiges et de sensations paresthésiques de la tête venant troubler l'existence; l'amélioration d'amnésies et de phénomènes visuels. Ce sont là des résultats que l'amélioration d'une hémiplégie de dix mois, à peine modifiée jusqu'alors rend plus satisfaisants.

L'action rapide du sérum sur les phénomènes de myopragie cérébrale conduit à espérer que ce médicament pourra enrayer ou retarder les conséquences parfois fatales de l'artério-sclérose cérébrale.

Il est nécessaire que de nouveaux faits confirmatifs soient produits, mais ceux que je publie, mis à côté de ceux observés par Trunecek, autorisent déjà à réserver au sérum inorganique une place à part parmi les médicaments de la sclérose des vaisseaux.

Pour finir, je devrai dire quel est, à mon avis, le mode d'action du sérum inorganique. C'est là une question théorique, à laquelle je compte consacrer ulté-

rieurement des développements, mais qui doit céder le pas au résultat pratique.

Trunecek a essayé de résoudre le problème, et a admis diverses hypothèses qui soulèvent des objections.

Il pense que les sels alcalins jouent un rôle dans la solubilité du phosphate de chaux qui incruste la paroi des vaisseaux.

Je ne saurai souscrire à cette opinion. C'est en effet de constatation facile que le sérum inorganique mélangé *in vitro* à des traces de phosphate tricalcique, ne donne aucune dissolution du sel de chaux.

D'ailleurs non seulement le sérum, d'après sa composition, ne peut pas dissoudre les sels de chaux, mais même il les précipite *in vitro*. Car, si on ajoute à une solution de chlorure de calcium quelques gouttes de sérum, on obtient d'une façon très évidente un précipité gélatineux de phosphate calcaire.

Le médecin de Prague suppose que les sels de métaux alcalins en excès dans le sang sont susceptibles d'aider à la régénération de l'endothélium vasculaire. C'est là une pure vue de l'esprit qui ne s'appuie sur aucune donnée.

D'après Trunecek, les injections relèvent l'alcalinité du sang. Je puis, en ce qui concerne l'urine, indiquer que les dosages montrent une augmentation parfois considérable de l'acidité, à la suite de l'injection de sérum alcalin. Je rapporterai les dosages suivants pratiqués par M. Launoy, interne en pharmacie du service du Dr Babinski, à qui j'adresse mes remerciements. L'urine a été recueillie immédiatement avant et 1 heure après l'injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes du sérum. Les résultats sont rapportés à 100 centimètres cubes d'urine.

Dans un premier cas :
L'urine avant l'injection donne : 0 gr. 1498 de SO^4H^2
— une heure après, on a : 0 gr. 1692 de SO^4H^2
Dans un second cas :
L'urine avant l'injection donne : 0 gr. 1843 de SO^4H^2
— une heure après, on a : 0 gr. 1943 de SO^4H^2
— deux heures après, on a : 0 gr. 1987 de SO^4H^2(1)

En dehors même de cette question de l'alcalinité, l'injection du sérum modifie-t-elle le sang dans certaines de ses autres qualités physiques ou chimiques, et cette modification est-elle le point de départ de variations circulatoires, que l'action soit directe ou se fasse par l'intermédiaire du système vaso-moteur? Je ferai seulement remarquer, à ce propos, que plusieurs malades éprouvaient immédiatement après les piqûres un soulagement qui persistait 3/4 d'heure à 1 heure et s'atténuait par la suite. Inversement, l'un d'eux voyait, avant le début du traitement, tous ses troubles augmentés pendant le travail de la digestion.

On peut se demander aussi si le sérum n'agit pas comme tonique du système nerveux vaso-moteur, ce qui pourrait déterminer à la longue la régulation de la circulation. Dans ce cas, ce sérum est-il supérieur à d'autres sérums voisins? Il y aurait une étude comparative à faire à ce sujet.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il n'en reste pas moins établi que le sérum organique a une action curative importante, et que son emploi dans un but prophylactique mérite toute l'attention des médecins.

1. Chez la même malade atteinte d'intoxication par le gaz d'éclairage, les résultats ont été analogues, mais exagérés, à la suite d'une injection de sérum faite quatre heures après le repas. L'acidité déjà forte avant la piqûre a augmenté notablement :
L'urine avant l'injection donne : 0 gr. 2996 de SO^4H^2
— une heure après, on a : 0 gr. 4783 de SO^4H^2

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Henry (Léon). *Contribution à l'étude du pouls lent, suite de diphthérie.* N° 518. (Rousset.)

M. Caderas (E.). *La rubéole à Rennes en 1899.* N° 667. (J. Rousset.)

M. Mage (Louis). *Influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine.* N° 601. (Boyer.)

M. Chadzynska (Julia). *De la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel par le lait stérilisé.* N° 515. (L. Boyer.)

M. Ladrague (Paul). *Alcoolisme et enfants.* N° 575. (G. Steinheil.)

M. Fackre. *Contribution à l'étude des cirrhoses veineuses (étiologie, marche, traitement).* N° 607. (Boyer.)

M. Debets De Lacrousille (Jean). *Contribution à l'étude de l'indican dans les urines. Valeur séméiologique de l'indicanurie.* N° 611. (Imp. J. Rousset.)

M. Julien (A.). *De l'urine et de ses modifications dans les affections des voies digestives.* N° 663. (Boyer.)

M. Curletti (Lauro-Angel). *Contribution à l'étude des néphrites toxiques aiguës.* N° 662. (Vigot frères.)

M. Matsoukis Calogero (J.). *Étude des capsules surrénales avec recherches expérimentales.* N° 531. (Rotat frères.)

M. Moliné (Edmond-Élie). *Sérothérapie intensive dans les cas de dipthérie grave.* N° 668. (Boyer.)

M. Henry montre qu'à la convalescence de la diphthérie, du 10e au 20e jour, après le début de la maladie, le pouls peut se ralentir d'une façon excessive, et persister ainsi jusqu'à la mort.

Ce ralentissement survient alors que le malade semble guéri de son angine diphthérique, et qu'il a repris ses occupations.

Il est précédé le plus souvent d'une paralysie du voile du palais.

L'état général du sujet, au lieu de s'améliorer, devient de plus en plus mauvais; les forces vont en diminuant; la pâleur du corps est extrême. Mais l'intelligence reste intacte jusqu'à la fin.

Brusquement le malade a une syncope, qui est parfois le premier trouble attirant l'attention sur le ralentissement du pouls. La syncope peut se reproduire plusieurs fois par jour.

En même temps peuvent survenir des attaques épileptiformes et des troubles respiratoires et gastriques, s'accompagnant d'hypothermie.

Tous les phénomènes qui caractérisent ce syndrome sont sous la dépendance d'un trouble bulbaire provoqué par le bacille de Klebs-Lœffler. Le ralentissement du pouls est encore favorisé par les altérations déterminées par l'action de la toxine diphthérique sur le myocarde.

Il n'y a aucun rapport entre le pronostic des accidents primitifs et la gravité des accidents consécutifs à ce pouls lent. La mort est la terminaison habituelle; et elle survient généralement de 2 à 3 jours après l'apparition du syndrome.

A propos de quelques observations de rubéole recueillies à Rennes en 1899, M. Caderas rappelle que la rubéole est une entité morbide, épidémique et contagieuse, le plus souvent bénigne, tout au moins en France, qu'il faut nettement séparer de la rougeole et de la scarlatine. Elle se montre par petites épidémies frappant les agglomérations telles que caserne, école, famille. Il convient, étant donnée sa contagiosité, d'isoler les malades et d'exiger, pour leur rentrée dans les écoles, les certificats usuels aux maladies contagieuses. La rubéole est peut être une maladie plus répandue qu'on ne le croit, mais qui passe inaperçue ou que l'on ne songe pas à signaler. C'est ainsi qu'à Rennes en 1898 éclata une petite épidémie qui a passé inaperçue, et qui n'aurait jamais été signalée si M. Ca-

deras n'avait eu l'occasion d'observer une de ces petites malades et de recueillir de sa bouche le récit de la maladie de plusieurs de ses compagnes.

L'angine semble avoir le plus souvent l'influence prédominante sur la marche de la température de la scarlatine normale. M. Mage montre que la courbe thermique de la scarlatine normale suit les variations de l'angine bien plutôt que celles de l'éruption. Dans les cas de scarlatine sans éruption, la fièvre est variable suivant l'état de la gorge. Dans les cas de scarlatine apyrétique, les lésions pharyngées sont le plus souvent minimes. Les cas de scarlatine grave, hypertoxique, semblent échapper à la loi de l'évolution parallèle de l'angine et de la fièvre.

Si l'éruption de la scarlatine doit conserver toute son importance au point de vue du diagnostic, c'est donc l'angine qui doit occuper le premier rang au point de vue du pronostic et traitement de cette affection.

L'allaitement au sein maternel est le mode d'alimentation le mieux approprié à l'état de développement et au fonctionnement du tube digestif à la naissance et pendant les premiers mois de la vie.

L'étude de l'allaitement artificiel en est un complément indispensable.

Dans les cas où l'allaitement maternel est impraticable, l'allaitement artificiel par le lait stérilisé dans des conditions normales offre des garanties suffisantes au point de vue de la qualité de l'aliment, même pour les enfants au-dessous du poids normal, mais comme l'indique Mme Chadzynska à la condition de fixer les quantités que doit prendre l'enfant pour éviter la suralimentation, ainsi que l'inanition, toutes deux également dangereuses.

C'est sur les quantités prises par l'enfant au sein, ses échanges nutritifs, ainsi que sur sa capacité stomacale que sont basées les méthodes de graduation des tétées.

Seule, l'expérience clinique décide de leur valeur, mais ses données ne sont aussi que relatives, ne se laissant pas appliquer à tous les cas, vu les différences qui peuvent exister entre les enfants d'un même âge, différences de poids, de pouvoir digestif, du mode de l'assimilation et autres plus ou moins connues.

D'où nécessité de surveiller de très près l'allaitement artificiel. L'enfant doit être pesé et inspecté par le médecin au moins une fois par semaine.

Etudiant, dans une intéressante thèse, l'alcoolisme chez le nourrisson et chez l'enfant, M. Ladrague conclut qu'à côté de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme chronique, il existe une forme d'alcoolisme, l'alcoolisme latent, qui ne se révèle par aucun symptôme clinique, mais seulement par des signes dont les deux principaux sont : l'accoutumance et le besoin. L'alcoolisme fœtal est prouvé par l'observation clinique et par la physiologie expérimentale. Il a pour cause l'alcoolisme aigu, l'alcoolisme chronique ou l'alcoolisme latent des géniteurs. L'influence de l'alcool s'exerce soit à l'heure de la fécondation, soit au cours de la vie intra-utérine. L'alcool absorbé par une nourrice passe en nature dans son lait, quelle que soit la quantité ingérée. L'alcoolisme de la nourrice entraîne donc fatalement l'alcoolisme du nourrisson. L'alcool est néfaste à l'enfant du premier âge dont il altère la santé et l'intelligence, même pour de faibles doses.

Le traitement de l'alcoolisme chez les enfants est surtout prophylactique : c'est le traitement de l'alcoolisme des ascendants et de la nourrice.

Pour M. Fackre, un certain nombre de cirrhoses atrophiques, en dehors de celles dues à l'alcoolisme, la syphilis, au paludisme, à des troubles digestifs prolongés, ne reconnaissent aucune étiologie connue, et paraissent devoir être provoquées par une bactérie pathogène. Ces cirrhoses dont il ne fait d'ailleurs qu'une très courte étude ont une marche rapide; leur pronostic est grave; et elles paraissent dans certains cas se rapprocher des adénomes du foie. Elles ne sont pas curables.

D'une très rapide étude de l'indicanurie, M. Debets De Lacrousille conclut qu'elle indique : *a*) Ou bien qu'il y a eu excès de formation d'indol et de scatol dans l'intestin, par suite de l'exagération des putréfactions intestinales, quelle qu'en soit la cause;

b) Ou bien qu'il y a eu insuffisance des fonctions digestives; rétention anormale consécutive d'indol et de scatol, et passage en excès de ces deux corps dans le sang;

c) Ou bien qu'il y a insuffisance hépatique.

Mais toujours, l'indicanurie devra pour lui faire penser à l'existence d'une fermentation excessive dans l'intestin, et à la rétention de ces produits dans le tube digestif.

M. Julien rappelle que les urines sont importantes à considérer dans les affections gastro-intestinales.

Elles peuvent varier dans leur quantité, dans leur degré d'acidité, qui n'a plus aujourd'hui la valeur attribuée autrefois, la quantité des chlorures, des phosphates, des principes azotés et oxaliques éliminés, et dans la présence d'éléments anormaux tels que l'albuminurie, principalement une albuminurie particulière dyspeptique avec caractères particuliers, la peptonurie, l'acétonurie, la glycosurie, l'urobilinurie, les acides sulfo-conjugués, l'indican.

Les chlorures et l'urée semblent être en rapport avec la nutrition et le régime du malade.

La phosphaturie paraît être assez en rapport avec l'état d'éréthisme nerveux de l'organisme et surtout avec l'état d'hypersécrétion gastrique acide.

L'albuminurie ainsi que la peptonurie, l'oxalurie, la glycosurie sembleraient tenir surtout à des phénomènes toxiques et à des troubles de la nutrition.

Quant à l'acétonurie, les acides sulfo-conjugués, l'indican et l'urobilinurie on pourrait invoquer pour leur pathogénie, l'existence de fermentations et de productions toxiques au niveau de l'intestin.

M. Curletti résume les notions acquises sur les néphrites toxiques. Il rappelle qu'avec les intoxications aiguës par les produits chimiques définis, phosphore, arsenic, mercure, acides, alcalis, ce qu'on obtient, ce sont des lésions de nécrose, de dégénérescence graisseuse rapide portant sur l'épithélium des tubes contournés, le glomérule étant à peu près respecté.

Avec la cantharide, avec les toxines, les venins, les sérums, on obtient des lésions plus diffuses, de glomérulo-néphrite rappelant beaucoup celles des maladies infectieuses spontanées.

Il y a donc là deux sortes de faits bien distincts. Tous deux constituent-ils réellement des néphrites toxiques au vrai sens du mot? Il ne le semble pas.

Les lésions de nécrose des épithéliums produites par certains poisons ne constituent pas en effet à proprement parler des lésions inflammatoires et des néphrites toxiques. Au contraire, de véritables néphrites toxiques peuvent se produire : 1° dans les intoxications lentes par petites doses, au moyen de produits chimiques définis. Les intoxications massives par ces produits causent des lésions aiguës qui ne constituent pas, à proprement parler, des néphrites; 2° à la suite des intoxications aiguës par des produits chimiques définis, si l'intoxication n'a pas été trop considérable pour entraîner la mort et a permis une réaction secondaire de l'organisme.

Dans ces deux ordres de faits il s'agit de néphrites toxiques chroniques.

3° Dans les intoxications aiguës par des substances animales ou végétales complexes, toxines, cantharide, venins, sérums, etc., qui agissent d'une façon aiguë, mais moins brutale et causent plutôt une véritable réaction inflammatoire qu'une nécrose, qu'une mortification des éléments.

M. Matsoukis Calogero, se basant sur des recherches expérimentales personnelles, conclut que les effets obtenus par la suppression des capsules surrénales chez le rat d'égout sont essentiellement semblables à ceux observés chez d'autres animaux par Brown-Séquard, Abelous et Langlois.

Que les glandes surrénales sécrètent une substance particulière de nature encore inconnue, mais indispensable à la vie, et très vraisemblablement ayant comme propriété de détruire les substances toxiques accumulées dans le sang, par suite du travail neuro-musculaire.

Que parmi les accidents consécutifs à l'ablation des deux capsules, les convulsions et le grand affaiblissement semblent seuls être la conséquence de cette ablation, tandis que la pigmentation et le tremblement parfois observés, seraient dus à des lésions nerveuses du voisinage.

Enfin que l'effet des capsules surrénales, qu'elle qu'en soit la substance active, est capable, dans l'expérimentation, de retarder les accidents d'une façon très appréciable et mérite, par conséquent, d'être essayé dans les cas de maladies d'Addison où elles comptent déjà de nombreux succès.

Quant à la nature de la substance active sécrétée et contenue dans l'extrait, sa détermination chimique serait d'une grande importance; elle reste encore indéterminée, et c'est dans cette voie que doivent se porter les recherches ultérieures.

M. Moliné, élève de M. Barbier, rapporte sept observations de diphthérie grave traités par la sérothérapie intensive, dont cinq avec succès. Si on analyse les éléments qui ont marqué la guérison, on voit que d'une façon constante l'amélioration a porté sur l'état général, en particulier sur l'asthénie nerveuse et la circulation, c'est-à-dire sur les stigmates de l'intoxication diphthérique. Dans certaines observations, c'est inoculation par inoculation, pour ainsi dire, qu'on peut suivre l'efficacité du traitement à ce point de vue.

Même dans les cas de décès, on a pu noter cette amélioration des phénomènes généraux, de sorte qu'on est en droit d'attribuer l'insuccès non à l'intoxication diphthérique qui a été utilement combattue; mais à la prédominance des phénomènes d'association. Ces cas ne sauraient donc infirmer la valeur de la sérothérapie, laquelle ne peut avoir de prise que sur l'élément diphthérique de la symbiose, ce qui découle de sa spécificité même.

C'est cette spécificité qui permet de conclure en faveur du traitement intensif dans tous les cas où le sujet présentera des phénomènes d'intoxication grave.

Mais la répétition de la dose n'est pas le seul élément de la sérothérapie intensive. Il y a lieu de se demander si tel cas où la maladie s'est prolongée malgré un traitement actif, on n'aurait pu espérer abréger sa durée par une augmentation plus considérable de la dose initiale.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'anatomie pathologique du tabes, par Maragliano (*Rivista critica di clinica medica*, an II, n° 28, 1901). — Dans tous les cas de tabes examinés par Maragliano, les ganglions spinaux étaient intacts. De cette intégrité anatomique apparente on ne peut cependant pas conclure à l'intégrité physiologique, plus que douteuse selon la clinique.

Cas d'albinisme partiel héréditaire, par Bombarda, (*A. Medicina contemporanea*, 15 septembre 1901, p. 303 1 obs. 1 photo). — Histoire d'un jeune homme de 19 ans, fils d'épileptique alcoolique et neveu d'un tabétique suicidé, déjà interné deux fois, qui porte au-dessus du front, sur le tronc et sur les membres, de larges plaques de peau blanche à poils blancs, disposés suivant une certaine symétrie. Une sœur hystérique et deux frères présentent également de larges placards leucodermiques.

Lipomatose douloureuse symétrique, par Luigi Bordoni, (*Reforma medica*, an XVII, vol. III, n° 62, p. 735, 11 septembre 1900, 1 obs. bibliographie). — Observation d'un homme de 55 ans porteur de tumeurs lipomateuses à l'occiput à la région cervicale postérieure, au lombes, à la région sacrée, aux épaules, sous les pectoraux, de part et d'autre de l'ombilic, sur le pubis, aux genoux. Pas d'adénopathies aux aines, aux aisselles, aux parties postérieures et superficielles du cou.

Ce malade était issu d'un père syphilitique et d'une mère alcoolique, névropathes tous deux. Lui-même est alcoolique, a quelquefois des accès convulsifs. Il présenta d'abord un certain état d'épuisement musculaire et psychique, avec tremblement des mains et de la langue, vertige et confusion mentale. Alors se développèrent, il y a deux ans, des plaques cutanées symétriques de pigmentation et de vitiligo, une éruption érythémateuse et pigmentaire aux jambes, et les tumeurs lipomateuses symétriques plus ou moins douloureuses spontanément et à la pression. La plupart de ces tumeurs avaient l'apparence et la consistance des lipomes; quelques-unes étaient plus dures, comme fibromateuses et adhérentes aux parties profondes; d'autres, entourées d'une atmosphère graisseuse faisaient corps avec la peau. La plupart étaient caractérisées par leur mobilité et leur indépendance de la peau qui les recouvrait et qui était d'ailleurs d'aspect normal.

En somme le cas est à rattacher à l'adéno-lipomatose symétrique de Launois et Bensaude. L'auteur met en relief les différences entre les cas de ce genre et l'adipose douloureuse de Dercum. Dans son cas il a donné, mais sans aucun succès, le traitement thyroïdien.

CHIRURGIE

Extirpation totale de l'estomac (Zur Kasuistik der totalen Magenenxstirpation), par Bardeleben (*Deut. med. Wochensch.*, 1901, n° 15, p. 235). — Il s'agit d'une femme de 52 ans, entrée à l'hôpital avec tous les symptômes d'un cancer de l'estomac, et dans un état de cachexie extrême. La laparotomie montra une infiltration cancéreuse du cardia et de la paroi antérieure de l'estomac jusqu'au pylore. Deux noyaux métastatiques se trouvaient dans le grand épiploon, au niveau de la grande courbure; les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux paraissaient libres.

Dans ces conditions, l'auteur se décida à faire une œsophago-entérostomie. A cet effet, il posa une ligature provisoire sur l'estomac et le sectionna au-dessous; puis il isola complètement l'estomac, sectionna le duodénum entre deux sutures, et sutura également l'œsophage. L'estomac étant ensuite enlevé, il aboucha latéralement l'œsophage à la première anse de l'intestin grêle.

L'opération dura 1 h. 1/4; on dépensa, pour la narcose, 20 grammes de chloroforme.

Les suites opératoires furent très simples. Le soir même de l'opération, la malade reçut un peu de vin rouge, et, à partir du 3e jour, on supprima l'alimentation par la voie rectale. L'alimentation ultérieure (œufs, potages, viande peptonisée et additionnée d'acide chlorhydrique) ne présenta aucune difficulté. Au bout de 15 jours, la malade pouvait se lever. La première selle, survenue 5 jours après l'opération, ne contenait pas de bile; les autres furent normales.

Actuellement, 3 mois après l'opération, la malade se sent on ne peut mieux, et a engraissé de 17 livres.

L'examen histologique de l'estomac a montré qu'il s'agissait d'un cancer colloïde en nappe.

MÉDECINE PRATIQUE

L'arsenic dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (1).

L'*arsenic* est un des médicaments les plus employés dans le traitement de la tuberculose. Il exerce une action trophique incontestable par l'intermédiaire du système nerveux; agit-il comme médicament d'épargne, ainsi que l'ont avancé les médecins qui ont constaté la diminution du taux de l'urée à la suite de son emploi? Le fait est contestable, car cette diminution de l'urée n'est pas constante. On ne peut admettre en tous cas, avec Buchner, une action bactéricide de ce médicament. L'arsenic est surtout indiqué chez les tuberculeux au début, ou bien chez ceux dont les lésions se réparent; l'existence de la

1. Extrait de la 4e édition du *Traité de clinique thérapeutique* du Dr Gaston Lyon (Masson et Cie, éditeurs).

fièvre, d'hémoptysies et de troubles digestifs, notamment de la diarrhée, est une contre-indication à son emploi, comme à celui de la plupart des médicaments. L'usage prolongé de l'arsenic, même à doses modérées, pouvant entraîner des troubles digestifs, il faut avoir soin d'en alterner l'emploi avec celui de l'huile de foie de morue, des phosphates, etc.

La dose de tolérance varie beaucoup suivant les malades. Les uns supportent aisément de 8 à 10 milligrammes d'acide arsénieux; d'autres éprouvent des crampes d'estomac avec des doses moindres.

On peut faire usage des granules de Dioscoride contenant chacun 1 milligramme d'acide arsénieux; on commence par deux granules et l'on augmente progressivement jusqu'à 6, 8 ou 10. La liqueur de Fowler se donne à la dose de X à XX gouttes par jour. D'une façon générale, il vaut mieux employer une solution titrée d'arséniate de soude :

Arséniate de soude.	0 gr. 10
Eau de laurier-cerise.	50 gr.
Eau distillée.	200 gr.

(Cette solution contient 2 milligrammes d'arséniate de soude par cuillerée à café). Quelle que soit la préparation à laquelle on donne la préférence, celle-ci doit être donnée au commencement ou au milieu du repas.

Les eaux arsenicales les plus connues sont le *Mont-Dore* et la *Bourboule*. L'eau de la Bourboule est beaucoup plus active que la première, puisqu'elle contient environ 1 centigramme d'arséniate de soude et 3 grammes de chlorure de sodium pur, tandis que l'eau du Mont-Dore ne renferme qu'un milligramme d'arséniate de soude et 35 centigrammes de chlorure; aussi est-elle employée surtout en inhalations qui facilitent l'expectoration et rendent la toux moins fréquente et moins pénible. Les bains et demi-bains, dont on fait usage également au Mont-Dore, exercent une action utile par l'excitation cutanée qu'ils déterminent; enfin l'action des sources des Chanteurs, Madeleine, César et Ramond, utilisées en boisson n'est pas non plus indifférente. L'eau prise en boisson paraît s'éliminer spécialement à travers les muqueuses respiratoires, sur lesquelles elle exerce, chez les malades, une action comparable à celle des médicaments balsamiques (Landouzy). A ces effets s'ajoutent ceux du climat, car le Mont-Dore est à plus de 1 000 mètres d'altitude et, à 250 mètres plus haut que le Mont-Dore, se trouve, au milieu d'une forêt de sapins, un sanatorium naturel, pour la cure à l'air libre, relié au village par un funiculaire électrique (Plateau du Capucin). Le Mont-Dore convient particulièrement aux tuberculeux arthritiques, comme d'ailleurs à toutes les déterminations de l'arthritisme sur les voies respiratoires. L'action des inhalations est essentiellement décongestive et sédative; elle porte sur l'élément nerveux et spasmodique bronchitique (Landouzy, *Cours de la Faculté*, 1899-1900). Les sécrétions deviennent plus fluides, l'essoufflement disparaît, les foyers congestifs disparaissent et les poussées congestives deviennent plus rares dans la suite. L'eau de la Bourboule se prend à la dose moyenne de deux demi-verre par jour, immédiatement avant les repas, puis on augmente jusqu'à 2 ou 3 verres par jour; on peut l'édulcorer avec du sirop d'écorces d'oranges amères ou du sirop de bourgeons de sapin.

L'arsenic minéral est aujourd'hui détrôné par le *cacodylate de soude*, dans lequel l'arsenic se trouve à l'état de combinaison organique (méthylique : $AS''\left\langle\begin{matrix}CH^3\\CH^3\end{matrix}\right)$, dont les propriétés physiologiques sont différentes de celles de l'arsenic. 100 parties de cacodylate de soude contiennent 54,4 parties d'arsenic métalloïdique, tandis que l'arséniate de soude en renferme 24 seulement; 10 centigrammes d'acide cacodylique correspondent à 7 gr. 24 de liqueur de Fowler et à 22 centigrammes d'acide arsénieux; cependant des doses d'acide cacodylique ou de cacodylate de soude, bien supérieures à 10 centigrammes sont parfaitement tolérées par l'organisme, à la condition que le produit soit pur, ce qui prouve que malgré leur richesse énorme en arsenic, ces combinaisons arsenicales organiques sont très peu toxiques.

Des expériences récentes de Besredka paraissent donner l'explication de cette différence. Dès 1880, Selmi avait démontré que l'arsenic introduit dans le corps y forme une combinaison organique; celles de Besredka (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1899) montrent que l'arsenic injecté sous la peau ou dans le péritoine des animaux, produit une augmentation des leucocytes pouvant dépasser le double du chiffre normal et que l'arsenic injecté est seulement retrouvé dans les leucocytes, pendant ce stade hyperleucocytaire.

Incidemment on peut se demander si l'augmentation des globules blancs et notamment des polynucléaires, coïncidant ainsi que nous l'indiquons plus loin, avec l'augmentation des hématies, ne donne pas la clef de l'action du cacodylate de soude par lequel les oxydations et la lutte phagocytaire seraient incitées à un haut degré. Quoi qu'il en soit, l'arsenic assimilé par les globules blancs serait cent fois moins toxique que l'arsenic minéral : il n'est donc pas indifférent d'introduire l'arsenic dans l'organisme sous forme de combinaison organique. D'autre part, d'après le professeur Gautier, l'arsenic serait définitivement fixé sous forme de nucléines, jouant dans les noyaux cellulaires un rôle sans doute important. Il est possible que dans certaines affections consomptives, et dans la tuberculose en particulier, il existe un déficit d'arsenic, auquel on soit obligé de parer, comme au déficit d'hémoglobine dans la chlorose. « Il y a des anémies d'arsenic, comme il y a des anémies de fer ou d'iode, a dit le professeur Gautier, et je ne crois pas aller trop au delà de ce que comportent mes observations en disant que l'anémie arsenicale est la règle chez les sujets prédisposés à la tuberculose. Chez ceux-là la médication cacodylique préventive rendra les plus grands services. »

Le cacodylate de soude absorbé et assimilé s'élimine lentement, dans le délai d'un mois environ (Imbert et Baduel). Ses effets physiologiques les plus marqués sont une augmentation rapide des hématies et parfois même de l'hémoglobine (Widal, *Soc. méd. des hôpitaux*, 2 mars 1900) chez les sujets dont le nombre des globules ainsi que la richesse en hémoglobine de ces globules sont abaissés. Sur la température le cacodylate de soude, aux doses thérapeutiques, exerce une action inconstante, mais indéniable, qui se traduit par un abaissement progressif et durable. Par contre, si on l'emploie à doses trop élevées ou trop longtemps continuées, il peut déterminer un état fébrile, affectant les allures d'une fièvre continue. Aux doses thérapeutiques le cacodylate de soude ne produit ni albuminurie, ni exanthèmes, quand il est administré par la voie hypodermique; il ne détermine non plus aucun trouble digestif. Il n'en est pas de même si, au lieu d'avoir recours à la voie hypodermique, on administre le cacodylate de soude par la bouche ou par la voie rectale. Donné par la bouche, le cacodylate de soude peut déterminer une albuminurie passagère, et, d'autre part, occasionner des troubles digestifs consistant en douleurs épigastriques, anorexie, fatigue générale, quelquefois de la diarrhée; par la voie rectale il peut en outre provoquer une rectite glaireuse.

Dans les deux cas (voie buccale et voie rectale) il peut donner lieu à une odeur alliacée intolérable de l'haleine perçue par le malade et répandue par lui; à des éruptions diverses (dermatite exfoliatrice).

En somme le cacodylate de soude injecté sous la peau est admirablement toléré, à la condition de ne pas dépasser les doses fixées par la pratique, tandis qu'administré par la voie gastro-intestinale (bouche ou rectum) il peut, même à doses modérées, déterminer les accidents d'intolérance que nous venons d'indiquer sommairement.

La raison de cette tolérance pour ainsi dire parfaite de cacodylate de soude injecté par la peau et de l'intolérance relativement fréquente du même produit introduit par les voies digestives. Il y subit en effet sous l'influence d'agents réducteurs, une transformation partielle en oxyde de cacodyle, corps d'odeur fortement alliacée et très toxique.

La conclusion à tirer est que la méthode hypodermique est bien préférable aux autres modes d'administration du médicament. Ce n'est pas à dire que l'on ne puisse observer d'accidents d'intolérance pour le cacodylate de soude administré par la voie hypodermique, quand on dépasse certaines doses, mais les phénomènes observés indiquent plutôt la saturation qu'une intoxication médicamenteuse à proprement parler; ils se traduisent par des bouffées de chaleur, de la céphalalgie, une légère oppression, un sentiment de malaise.

Quels sont maintenant les résultats cliniques obtenus chez les tuberculeux au moyen du traitement par le cacodylate de soude. Il va sans dire qu'il ne s'agit pas d'une médication spécifique, antibacillaire, mais uniquement d'une médication destinée comme les autres à modifier le terrain, à entraver le développement des bacilles en renforçant les moyens de résistance de l'organisme. Il semble, d'après les résultats obtenus jusqu'ici que ce traitement ait une réelle valeur, supérieure à celle des autres moyens similaires de traitement; telle est du moins notre opinion personnelle; mais, hâtons-nous de le constater, les résultats sont inconstants. Réellement surprenants dans un certain nombre de cas, ils sont peu marqués ou nuls dans d'autres. Pourrait-il en être autrement, alors que le traitement s'adresse à des malades dont les uns sont au début de la tuberculose, dont les autres sont parvenus à une période avancée, à des malades atteints de formes torpides, à tendance naturellement curable, à d'autres au contraire atteints de formes fébriles à évolution rapide, en un mot à des cas très dissemblables?

Il est difficile d'ailleurs de toujours apprécier la part exacte qui revient à la médication lorsque l'on utilise en même temps les incomparables ressources de la cure d'air et de repos.

Quoi qu'il en soit, dans les cas où les effets de la médication sont manifestes, et il s'agit presque toujours de tuberculose au premier degré, avec anémie symptomatique, ces effets se traduisent par une sensation de vigueur, de renaissance des forces, par un relèvement corrélatif de l'appétit et par suite du poids; le teint se colore, dans certains cas les règles réapparaissent et deviennent plus abondantes; les sueurs diminuent ou cessent complètement de se produire. Quant à la température, elle diminue et tombe chez certains malades; la diminution ne se fait que progressivement, de sorte que l'on peut se demander à bon droit si le médicament a une action antithermique réelle ou si la chute de la fièvre n'est pas uniquement un phénomène lié à l'observation du repos.

L'amélioration de l'état général est incontestable, avons-nous dit; celle de l'état local est plus aléatoire. Sans doute, on peut voir, au cours du traitement cacodylique, et surtout dans les tuberculoses peu avancées, se produire des modifications dans l'état local, modifications consistant en la diminution de l'expectoration et de la toux, et la raréfaction corrélative des râles humides : mais, en définitive, il faut peu compter sur une transformation heureuse des signes stéthoscopiques, sous la seule influence de la médication.

En résumé, de toutes les modifications s'adressant au « terrain », à l'état général, la médication cacodylique paraît la plus efficace; encore ne faut-il pas compter sur des résultats rapides. Ce n'est le plus souvent qu'après plusieurs mois d'un traitement poursuivi avec méthode que des effets très nets et durables se manifestent.

Ces bons résultats sont obtenus presque exclusivement à la période pré-tuberculeuse où l'acide cacodylique se montre alors le véritable médicament de choix, et particulièrement dans les formes de tuberculose à début chloro-anémique, si fréquentes chez les jeunes femmes. Chez les tuberculeux avancés, on pourra obtenir des améliorations passagères, mais ni plus ni moins marquées que celles obtenues par la seule influence du repos, de l'aération.

Quelles sont les doses à employer, quels doivent être le mode d'administration et la direction du traitement?

Ce qui a été dit précédemment au sujet des inconvénients de l'administration du cacodylate de soude par la bouche ou le rectum, justifie la préférence que nous accordons à la voie sous-cutanée. Celle-ci a les avantages généraux de la médication hypodermique, à savoir qu'elle respecte l'intégrité des fonctions digestives, assure l'absorption et l'assimilation parfaites du médicament; les injections ne déterminent d'ailleurs aucune réaction locale, elles sont complètement indolores. Le seul inconvénient de la médication est d'exiger la visite fréquente du médecin; encore peut-on, dans beaucoup de familles, confier le soin de l'injection à une personne intelligente.

Dans les cas où l'on ne pourra employer la médication hypodermique, on sera contraint d'avoir recours soit à l'administration par la bouche ou par la voie rectale, dont il convient d'ailleurs de ne pas exagérer les inconvénients, beaucoup de malades n'éprouvant pas d'accidents; seulement la méthode est moins sûre.

Par la bouche, on utilise des solutions aqueuses concentrées, contenant par exemple 1 centigramme par 5 gouttes :

Cacodylate de soude.	0 gr. 40
Eau distillée et bouillie.	10 gr.

ou la forme pilulaire :

Cacodylate de soude.	0 gr. 025
Extrait de gentiane ou de quinquina.	10 gr.

pour une pilule.

Mais la forme pilulaire est moins recommandable.

Par la voie rectale, on introduira des solutions contenant par exemple 4 à 5 centigrammes par 5 centimètres cubes d'eau, au moyen d'une seringue jaugeant cette quantité d'eau et munie d'un embout à tube capillaire.

M. Renaut (de Lyon) formule ainsi par la voie rectale :

Eau distillée.	200 gr.
Cacodylate de soude	0 gr. 40

Injecter le contenu d'une seringue de 5 centimètres cubes, 2 fois par jour.

Pour les injections hypodermiques, on utilise en général des solutions contenant par centimètre cube 5 centigrammes de cacodylate de soude pur. La formule généralement adoptée est celle donnée par M. Gautier :

Cacodylate de soude pur.	6 gr. 40
Alcool phéniqué (au 10°).	X gouttes.
Eau distillée et stérilisée.	100 cm. cubes.

(à conserver dans un flacon de couleur, bouché à l'émeri).

Les solutions que l'on conserve pouvant s'altérer à la longue, par suite du développement de moisissures, beaucoup de médecins préfèrent se servir d'ampoules scellées à la lampe, contenant 1 centimètre cube d'une solution de cacodylate de soude dans les proportions indiquées plus haut.

Au début on a eu tendance à employer de fortes doses, surtout pour la bouche. M. Danlos a fait prendre à ses malades 0 gr. 40 par jour en moyenne.

Aujourd'hui on emploie des doses plus faibles et l'on ne dépasse pas celles de 0 gr. 10 à 0 gr. 20, par la voie buccale ou rectale. Pour les injections hypodermiques la dose moyenne adoptée est de 0 gr. 05 par jour, mais nous considérons cette dose comme insuffisante et nous injectons habituellement (en une seule fois) 0 gr. 10 de cacodylate de soude.

Le traitement, quelle que soit la voie adoptée pour l'introduction du médicament dans l'organisme, doit être intermittent. Habituellement on pratique les injections pendant 8 jours, puis on les interrompt pendant 8 jours, pour les reprendre pendant le même laps de temps et ainsi de suite. D'autres médecins ont adopté un autre mode d'intermittence, soit deux ou trois injections par semaine; c'est la pratique que nous suivons le plus fréquemment.

Tel est le traitement cacodylique avec les modifications qu'il a subies depuis l'époque où le professeur Gautier l'a introduit en thérapeutique (1894).

Le professeur Renaut (de Lyon) a contribué puissamment à en vulgariser (*Académie de médecine*, 30 mai 1899) l'application à la tuberculose et de nombreuses communications, d'innombrables thèses (celles de Sandoz, Collet, Benoist, Rétéonvan, Charasse, Monnamy, etc.), lui ont donné une consécration définitive.

En résumé, la médication cacodylique a pris, à juste titre, une part considérable dans le traitement médicamenteux de la tuberculose. Bien maniée, elle est susceptible, associée, bien entendu, au traitement hygiénique, de déterminer des transformations remarquables dans certains cas.

Récemment, sous l'influence de ce traitement, nous avons obtenu la guérison radicale d'une pleurésie purulente tuberculeuse (dont la nature fut vérifiée par l'inoculation au cobaye), qui avait nécessité de notre part, trois thoracentèses successives, à quelques jours seulement de distance l'une de l'autre.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les opothérapies dans le diabète sucré.

Par MM. A. Gilbert et P. Lereboullet.

Les études que nous poursuivons d'une part sur le rôle du foie dans le diabète, d'autre part sur les effets des extraits hépatique et pancréatique, nous ont amenés à des conclusions pratiques au point de vue du diagnostic et du traitement des diverses formes du diabète sucré. Elles nous ont permis d'expliquer les résultats contradictoires obtenus par l'emploi des opothérapies dans le diabète.

Nous avons, en effet pu isoler deux variétés de diabète liées à un trouble du fonctionnement hépatique. L'une, étudiée par l'un de nous avec E. Weil en 1899 (1) est la conséquence de l'insuffisance chronique du foie, c'est le *diabète par anhépatie.* L'autre est due à l'hyperfonctionnement hépatique, c'est le *diabète par hyperhépatie.* L'importance clinique et thérapeutique de cette division est considérable, car l'évolution des deux variétés est différente, et, si certaines méthodes thérapeutiques, comme le régime alimentaire ou l'usage du lait, leur sont communes, la plupart des médications utiles à l'une peuvent être nuisibles à l'autre. Il en est ainsi des opothérapies hépatique et pancréatique, et par là même elles peuvent servir au diagnostic.

Avant donc de dire nos résultats thérapeutiques, nous devons rappeler rapidement les signes grâce auxquels on peut distinguer les deux variétés de diabète sur lesquelles nous avons agi par l'opothérapie. La distinction doit en effet être faite, autant que possible, avant tout essai thérapeutique.

Caractères cliniques. — Le diagnostic se tire en partie de l'étude du syndrome urologique, en partie des autres symptômes et de l'évolution de la maladie.

Le *diabète par anhépatie* résulte de ce que le foie est chroniquement incapable de retenir le sucre ingéré ou formé dans le tube digestif.

Le rythme de la glycosurie y est très caractéristique surtout lorsqu'on réduit l'alimentation du malade à deux repas en supprimant le petit déjeuner. Au plus faible degré, la glycosurie ne se montre qu'après le repas du soir. Ensuite elle apparaît après chaque repas, étant plus accentuée après le dîner et faisant défaut dans les périodes de jeûne. Enfin, à un plus haut degré la glycosurie devient continue mais avec un double maximum, le premier dans les deux ou trois heures qui suivent le déjeuner, le second plus marqué, après le dîner. La totalité du sucre émis dans les 24 heures n'est jamais considérable, souvent on n'en constate que quelques grammes, rarement on en trouve plus de 40 à 50 gr.; cela se conçoit aisément, étant donné que le foie ne fabrique pas le sucre que l'on retrouve dans l'urine, mais le laisse passer, qu'il n'y a jamais une insuffisance absolue du foie, et que la quantité de sucre ingérée par le malade n'est jamais très forte.

D'ailleurs lorsque le diabète par anhépatie, après traitement, ne s'accompagne plus d'aucune glycosurie, il suffit de pratiquer l'épreuve de la glycosurie expérimentale pour voir l'élimination de sucre apparaître en quantité marquée dès la deuxième heure et suivre la même marche que lors d'insuffisance hépatique avec lésions matérielles du foie.

La quantité d'urée est assez faible, 15 à 20 grammes par heure. Parfois elle est plus élevée, atteint 25 grammes et plus, mais, le malade étant alors un fort mangeur, le chiffre de l'urée semble néanmoins au-dessus de la normale. Exceptionnellement il peut y avoir dissociation fonctionnelle, l'urée atteignant un taux élevé. L'acide urique est en général augmenté. L'indicanurie et l'urobilinurie sont fréquentes. Enfin, la polyurie est peu accusée, la quantité d'urine ne dépassant pas 1 500 à 2 000 grammes.

A ce syndrome urologique se joignent rarement les grands symptômes du diabète (polydipsie, polyphagie, autophagie). Mais on peut observer un ensemble de complications (gingivite expulsive, troubles nerveux, anthrax, furoncles, cataractes) qui montrent bien qu'il s'agit d'un véritable diabète et non d'une simple glycosurie alimentaire.

Il peut y avoir des modifications légères du volume et de la consistance du foie, mais sauf les cas exceptionnels où ce diabète s'observe chez des sujets atteints de cirrhose atrophique, les grands symptômes de la pathologie hépatique manquent. L'habitus général est celui des arthritiques.

Ce diabète est curable, rarement de façon spontanée, mais toujours par le traitement.

Les conséquences graves du diabète s'y voient rarement : les malades ne succombent ni aux gangrènes ni au coma; ils sont pourtant quelquefois touchés par la tuberculose. Le plus souvent ils meurent avec leur diabète, non de leur diabète.

Très fréquent, le diabète par anhépatie s'observe surtout chez l'homme et chez l'homme âgé. Souvent nous avons pu saisir le moment pathologique de l'apparition du syndrome. Ce fut chez les uns une crise de colique hépatique, chez d'autres une grippe, une fièvre typhoïde, une pneumonie, un érysipèle qui mirent le diabète en évidence; nous l'avons vu aussi survenir du fait de la grossesse.

Le diabète par hyperhépatie (1) se caractérise par un syndrome urologique différent. La glycosurie est ici

1. Gilbert et Weil, Du diabète sucré par insuffisance du foie ou anhépatie chronique (*Semaine médicale*, 15 novembre 1899).

1. Gilbert, Castaigne et Lereboullet, Du diabète par hyperhépatie dans les cirrhoses pigmentaires (*Société de biologie*, 13 mai 1900 et *Gazette hebdomadaire*, 17 mai 1900); — Gilbert et Lereboullet, Cirrhoses alcooliques hypertrophiques avec diabète (*Société de biologie*, 13 mai 1900 et *Gazette hebdomadaire*, 20 mai 1900).

beaucoup plus marquée variant d'ordinaire entre 100 et 150 grammes par 24 heures, pouvant atteindre 600 grammes et plus.

L'examen fractionné montre, comme dans le diabète par anhépatie, des variations assez grandes dans le taux horaire du sucre émis, et l'influence certaine de l'alimentation. Mais les maxima s'observent à des heures très éloignées des repas, en général 4 à 5 heures et plus après ceux-ci, le maximum qui suit le dîner est d'ordinaire plus élevé que celui qui suit le déjeuner, si bien que c'est dans la nuit ou même vers le matin que la plus grande quantité de sucre est éliminée.

En général on n'observe pas d'ailleurs de maxima et de minima aussi tranchés que dans le diabète par anhépatie.

Parallèlement au chiffre élevé du sucre, on constate souvent un notable degré d'azoturie. On note de plus l'absence des signes d'insuffisance hépatique (urobilinurie, indicanurie, etc.).

A côté de ces caractères du syndrome urologique, d'autres éléments de diagnostic peuvent être fournis par l'*examen objectif du foie* qui est souvent augmenté de volume, mais en dehors des cas où il y a cirrhose coexistante, non modifié dans sa consistance et dans sa forme.

A part ces symptômes, les autres signes objectifs sont variables et l'habitus général est loin d'être toujours le même. La multiplicité des éléments étiologiques qui peuvent intervenir pour provoquer l'hyperhépatie, explique la variété des symptômes et de l'évolution clinique suivant les malades. Nous avons en effet rattaché à l'hyperhépatie le diabète qui accompagne les cirrhoses hypertrophiques pigmentaires, certaines cirrhoses alcooliques hypertrophiques, certaines cirrhoses biliaires. C'est également l'hyperhépatie qui, selon nous, rend compte de certains diabètes nerveux et notamment du diabète associé à l'acromégalie, de certains diabètes traumatiques, enfin du diabète pancréatique, dans lequel la lésion pancréatique paraît n'agir qu'en provoquant l'hyperfonctionnement hépatique.

De ceci résulte que le diabète par hyperhépatie a souvent une évolution beaucoup plus rapide que le diabète par anhépatie. Si parfois il revêt l'allure d'un diabète constitutionnel, fréquemment héréditaire, il peut dans nombre de cas entraîner la mort du fait du coma diabétique, de la tuberculose pulmonaire consécutive, ou enfin, de la cachexie qu'amène rapidement la déperdition considérable de sucre et d'urée observée chez certains malades.

Les éléments différentiels entre les deux diabètes sont donc nombreux. C'est grâce à cette division que nous avons pu préciser l'influence des opothérapies, et voir, ainsi que l'un de nous l'a déjà indiqué avec Carnot (1), comment l'opo-diagnostic peut fournir un nouveau moyen de distinguer ces deux diabètes.

Effets de l'extrait hépatique. — L'extrait hépatique, que l'un de nous a, avec Carnot, introduit en thérapeutique, agit souvent avec énergie sur la quantité de sucre de certains diabétiques (2). Mais cette action si nette est loin d'être toujours semblable à elle-même, tantôt la glycosurie se supprime ou diminue rapidement, tantôt au contraire elle augmente sous l'influence du traitement, tantôt, enfin, elle ne subit aucune action, ou celle-ci ne se prolonge pas.

La distinction établie entre le diabète par hyperhépatie et le diabète par anhépatie et la connaissance du mode d'action de l'extrait hépatique permettent d'expliquer ces résultats discordants. Cet extrait agit, en effet, comme un excitant des diverses fonctions du foie, et dès lors ne saurait exercer d'influence favorable que dans les cas de diabète où l'insuffisance hépatique est en jeu. C'est ce que démontre l'analyse de nos observations, et de celles qu'avec Carnot et Weil, nous avons déjà publiées.

A maintes reprises, nous avons constaté l'efficacité de l'extrait hépatique dans le diabète par anhépatie. Cette efficacité est même une des preuves du rôle de l'insuffisance hépatique dans cette forme de diabète. Il suffit en général de quelques doses d'extrait de foie de 12 grammes chacune représentant 100 grammes de foie frais pour arriver à faire disparaître ou à diminuer considérablement la glycosurie, à relever le taux de l'urée, à améliorer notablement l'état général.

Le même phénomène s'observe d'ailleurs dans les cas, si proches parents des précédents, où le sucre n'apparaît que d'une façon intermittente, où l'insuffisance hépatique vis-à-vis des hydrates de carbone se traduit simplement par la glycosurie alimentaire provoquée, que l'on peut empêcher grâce à l'ingestion d'extraits hépatiques.

Nous pouvons rappeler ici quelques cas particulièrement démonstratifs que l'un de nous a publiés avec Carnot.

Chez un diabétique à gros foie, le sucre tomba en 2 mois de 19 grammes à 0. Chez un autre à gros foie également le sucre descendit de 24 grammes à 0. Un troisième malade, à antécédents alcooliques, à gros foie et grosse rate, avait 44 grammes de sucre par 24 heures; le taux tomba successivement à 15, 14 et, enfin, 2 grammes; l'extrait hépatique supprimé, le sucre remonta et oscilla entre 21 et 9 grammes; l'opothérapie reprise, le sucre disparut complètement.

Un diabétique, à gros foie dur, éliminant d'une façon assez fixe 81 grammes de sucre, n'en a plus, après 7 jours de traitement que 37 grammes; après 12 jours que 11 grammes. On cesse le traitement, le sucre remonte en 2 jours à 20 grammes, en 5 jours à 35 grammes.

Chez une malade que nous suivons depuis plusieurs années, nous avons, à diverses reprises, constaté l'effet de l'opothérapie hépatique sur la glycosurie, sur l'hypo-azoturie, sur l'état général. C'est ainsi que, après quelques prises d'extrait hépatique, le sucre tomba progressivement de 75 grammes à 23 grammes alors que l'urée augmentait de 11 à 23 grammes. Ainsi était doublement démontré le réveil des fonctions hépatiques.

Dans de très nombreux cas, où le sucre ne dépassait pas 5 à 10 grammes par 24 heures, mais où les divers symptômes cliniques du diabète par anhépatie s'observaient, notamment les signes d'insuffisance (urobilinurie, indicanurie, hypo-azoturie), nous avons vu quelques doses d'extrait de foie avoir raison de la glycosurie et faire disparaître les signes d'insuffisance. C'est ainsi que chez une de nos malades, l'urée monta de 17 gr. 18 à 31 grammes, en même temps que le sucre disparaissait. De même, dans la plupart des faits l'urobilinurie et l'indicanurie cessèrent ou passèrent à l'état de traces minimes.

1. Gilbert et Carnot, De l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré (*Congrès international de médecine*, section de thérapeutique, Paris, 1900).

2. Gilbert et Carnot, L'opothérapie hépatique dans le diabète sucr (*Semaine médicale*, 19 mai 1897); — De l'état actuel de l'opothérapi (*Congrès français de médecine de Montpellier*, avril 1898. *De l'opothérapie* Collection Critzmann).

Naturellement l'extrait hépatique n'est pas seul à provoquer les effets thérapeutiques. Le régime lacté exclusif, le régime de Bouchardat, l'emploi des alcalins, et notamment des eaux de Vichy peuvent amener les mêmes heureux effets, mais l'extrait hépatique semble posséder ici une activité plus rapide et plus constante ; il constitue la pierre de touche de cette forme de diabète et complète son autonomie pathologique.

Par contre, il est toute une série de cas où la glycosurie n'est pas diminuée par l'opothérapie hépatique, où même elle est parfois augmentée. Or l'analyse nous a montré qu'il s'agit précisément alors de diabète par hyperhépatie.

Un des cas les plus nets fut celui d'un malade atteint de cirrhose hypertrophique pigmentaire avec diabète par hyperhépatie ; sous l'influence de l'opothérapie hépatique (dix-neuf prises) la glycosurie s'éleva progressivement de 84 grammes à 113, 131 et 147 grammes par 24 heures. Dans un autre cas le sucre monta, après 7 prises d'extrait hépatique, de 96 à 112 grammes par 24 heures. Chez un troisième malade la glycosurie est passée de 11 grammes à 26 grammes sous l'influence de l'opothérapie hépatique. Ce sont, nous le dirons plus loin, les faits de cet ordre sur lesquels fréquemment l'opothérapie pancréatique exerce une action favorable, diminuant notablement le taux de la glycosurie et celui de l'urée, alors qu'elle est sans action sur la première catégorie de diabète, le diabète par anhépatie.

Les différents résultats de l'opothérapie hépatique sont d'ailleurs faciles à interpréter. Dans les cas de diabète par insuffisance hépatique, l'extrait tonifie la cellule, et lui permet ainsi d'emmagasiner ou de transformer une plus grande quantité d'hydrates de carbone alimentaires ; lorsqu'au contraire la glycosurie provient d'un hyperfonctionnement hépatique, cet excitant spécifique exagère encore la fonction et par conséquent le trouble morbide.

Effets de l'extrait pancréatique. — L'utilisation des extraits de pancréas avait déjà, contrairement à l'opothérapie hépatique, suscité un certain nombre de travaux lorsqu'avec Carnot, l'un de nous en a abordé l'étude. Mais les résultats obtenus étaient contradictoires. Si dans certains cas de diabète on avait noté une amélioration plus ou moins sensible, le plus souvent on avait eu un échec complet.

Nous avons repris la question, parallèlement à celle de l'extrait hépatique.

Nous avons employé l'extrait pancréatique, soit par ingestion, soit par voie rectale. Le plus souvent nous avons associé les deux modes d'administration. Par la voie buccale, nous avons employé des capsules ou pilules de 25 centigrammes où l'enrobement de l'extrait n'en permet la mise en liberté que dans l'intestin. Par la voie rectale, nous avons employé des suppositoires contenant de 50 centigrammes à 1 et 2 grammes d'extrait pancréatique.

Pour permettre à cette médication d'agir en temps utile, nous avons, en général, administré l'extrait pancréatique par voie buccale, immédiatement avant le déjeuner et le dîner, à la dose de 50 centigrammes ; les suppositoires étaient pris 1 heure avant les repas. Nous recommandions aux malades de garder le repos étendu jusqu'au moment du repas.

Nous avions été frappé dans nos premiers essais thérapeutiques avec Carnot d'obtenir dans deux cas une hausse considérable de la glycosurie sous l'influence de l'extrait pancréatique, alors que l'extrait hépatique avait amené une diminution notable. Dans un de ces cas, après l'échec de l'opothérapie pancréatique, l'extrait hépatique fut à nouveau donné avec succès.

Depuis nous avons obtenu d'autres résultats plus encourageants. Une malade avait 200 grammes de sucre et sa glycosurie n'était pas influencée par l'extrait hépatique. L'extrait pancréatique administré depuis lors amena une baisse de près de moitié. Chez cette malade une crise de coliques hépatiques produisit également une baisse considérable et momentanée (1).

Dans un autre cas, concernant un diabète survenu chez un tuberculeux et dû vraisemblablement à une tuberculose du pancréas, il y avait 106 grammes de sucre par 24 heures et 29 grammes d'urée. Après un traitement pancréatique poursuivi pendant 10 jours le sucre disparaît et l'urée tombe à moins de 20 grammes par 24 heures. Le traitement est suspendu. Le sucre remonte à 30 grammes par jour. On reprend l'opothérapie pancréatique (par ingestion seulement), le sucre disparaît à nouveau.

Un troisième malade, atteint d'un diabète intense, consécutif à une cirrhose hypertrophique alcoolique anascitique et résistant à la plupart des médications, avait 188 grammes de sucre par 24 heures. Après 15 jours de traitement pancréatique, le sucre tomba à 81 grammes. Nous devons toutefois noter que chez ce malade les résultats furent ultérieurement moins nets, et l'action de l'extrait pancréatique a paru s'atténuer puis disparaître.

Dans un quatrième cas, il s'agissait de diabète avec forte glycosurie, mais dans lequel celle-ci avait temporairement disparu. En revanche l'azoturie restait très marquée : 65 gr. 15 par 24 heures. Sous l'influence de l'extrait pancréatique elle tombe à 47 gr. 60 par 24 heures.

Il y a donc des cas où l'extrait pancréatique agit sur le sucre des diabétiques, l'extrait hépatique restant impuissant, et d'autres où l'extrait hépatique agit, l'extrait pancréatique restant sans effet, ou même augmentant la glycosurie.

Cette divergence dans les effets des deux extraits se retrouve d'ailleurs *expérimentalement* comme l'un de nous l'a montré avec Carnot. Après injection intraveineuse de sucre et d'extrait pancréatique, le coefficient d'élimination est variable, souvent plus élevé que la moyenne. Au contraire, l'emploi de l'extrait hépatique dans les mêmes conditions amène une élimination de sucre sensiblement moindre, et par là même le coefficient d'utilisation est notablement relevé.

L'influence antagoniste des deux extraits s'explique facilement par la conception du diabète que nous défendons. Tous les cas de diabète améliorés par l'extrait pancréatique répondent, en effet, au type du diabète par hyperhépatie, qu'il y ait ou non lésion du pancréas. L'opothérapie pancréatique agit donc en diminuant l'hyperfonctionnement hépatique. Inversement, on conçoit que dans les cas où il y a diabète par anhépatie, l'opothérapie pancréatique puisse exagérer la glycosurie, en contribuant à augmenter l'insuffisance de la fonction glycogénique.

Nous sommes d'ailleurs loin de croire que toujours l'une ou l'autre de ces actions doive nécessairement s'exercer, mais il était important de préciser les cas où

1. La colique hépatique, de même que les maladies fébriles intercurrentes interviennent dans le diabète par hyperhépatie pour affaiblir l'activité hépatique et diminuer par suite la glycosurie, qu'elles peuvent, et pour une raison semblable, augmenter ou provoquer dans le diabète par anhépatie.

l'on peut espérer un résultat de l'extrait pancréatique et ceux, où inversement, il est inutile ou nuisible. Les assez nombreux faits que nous avons observés nous ont permis de conclure à cet égard nettement.

L'extrait pancréatique est indiqué dans les cas de diabète par hyperhépatie et n'est indiqué que dans ceux-là. Il ne doit pas être administré dans les cas de diabète par anhépatie, tributaires, au contraire, de l'extrait hépatique.

De cette donnée découle l'importance possible de l'emploi de ces extraits, en vue du diagnostic. *L'opo-diagnostic* peut, en effet, donner des résultats permettant, dans les cas douteux, de conclure en faveur de l'anhépatie ou de l'hyperhépatie. A diverses reprises, nous avons eu l'occasion d'en constater l'utilité. Le plus souvent d'ailleurs, le diagnostic peut être posé avant de recourir à cette preuve thérapeutique.

L'action inverse des opothérapies hépatique et pancréatique dans les deux variétés de diabète admises par nous n'est pas la seule que l'on puisse observer.

Il va de soi, en effet, que les excitants de la cellule hépatique, contre-indiqués dans le diabète par hyperhépatie, sont indiqués dans le diabète par anhépatie; et qu'inversement, dans cette dernière variété, on doit s'abstenir de tous les agents qui tendent à refréner la fonction glycogénique. Seuls le régime alimentaire et l'emploi du lait sont dans les deux cas des adjuvants du traitement, mais beaucoup plus actifs dans le diabète par anhépatie que dans le diabète par hyperhépatie.

Outre l'extrait hépatique, les alcalins et notamment les eaux de Vichy, nous ont, à titre d'excitants de la fonction hépatique, donné de bons résultats dans le diabète par anhépatie; il en est de même du massage direct du foie.

Il convient, en revanche, à côté de l'extrait pancréatique, inutile ou nuisible, de s'abstenir des opiacés, des bromures, de l'antipyrine, etc. Ces derniers agents, bien que souvent peu actifs, sont au contraire indiqués dans le diabète par hyperhépatie, que la cure alcaline est susceptible d'aggraver.

Il y a lieu, selon nous, de poursuivre cette étude thérapeutique du diabète en partant de la division que nous admettons et en recherchant, parmi les très nombreux agents thérapeutiques proposés contre le diabète, ceux susceptibles d'exciter les fonctions hépatiques et ceux capables de les refréner.

Dès maintenant, cette étude, que nous comptons poursuivre, nous permet de conclure à l'efficacité des opothérapies dans le diabète, pour peu qu'on ait auparavant reconnu la variété de diabète que l'on a à traiter. Si la distinction n'a pu être faite, l'emploi des extraits peut, par les résultats obtenus, servir à fixer le diagnostic. C'est cette importance clinique et thérapeutique des opothérapies dans le diabète qui nous a amenés à publier dès maintenant les principaux résultats de notre étude.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Séance du 24 Septembre.

Recherches bactériologiques sur le lait livré à la consommation à Nantes.

MM. Rappin et Bertin fils. — Nos examens ont porté sur 50 échantillons prélevés dans différents quartiers de la ville. Nous nous sommes préoccupés d'abord de rechercher la richesse du lait en bactéries et, aussi, d'y déterminer les principaux microbes pathogènes.

Au point de vue de la richesse en microbes, les résultats ont été semblables à ceux que l'on obtient ordinairement dans ces recherches et un certain nombre d'échantillons nous ont donné des chiffres s'élevant à plusieurs millions par centimètre cube.

Pour la recherche des organismes pathogènes, nous nous sommes adressés à la méthode des inoculations au cobaye. Dns ce but, 76 animaux ont été inoculés, soit avec la crème, soit avec le lait, après centrifugation.

Sur ce nombre, six seulement survivent encore, tous les autres ont succombé à des infections variées et à marche plus ou moins rapide, dans lesquelles nous avons noté, au point de vue bactériologique, la présence du bactérium coli commune, du tétragène, des staphylocoques et du germe analogue morphologiquement au pneumocoque de Fränkel. Les infections à coli-bacille ont prédominé de beaucoup, puisque ce germe a pu être isolé dans 29 cas sur 70 observations. Enfin, dans 4 cas, l'évolution et la marche clinique de la maladie provoquée et aussi certaines lésions macroscopiques notées à l'autopsie, font penser qu'il s'est agi ici, dans ces 4 cas, de tuberculose expérimentale.

Les stigmates héréditaires et la prophylaxie sociale.

M. Gastou. — L'hérédité conceptionnelle (de fécondation) et l'hérédité congénitale (*in utero*) créent l'une et l'autre le stigmate dystrophique (mort, malformation, arrêt de développement, prédisposition), quelle que soit la maladie toxique (alcoolisme, tabagisme, saturnisme), ou infectieuse (syphilis, tuberculose, etc.) qui l'ait produit.

L'hérédo-contagion, au contraire, se manifeste par le signe spécifique de la maladie causale, dont il indique la transmission directe de la mère à l'enfant.

Au stigmate correspond donc l'hérédité morbide, au signe spécifique la maladie héréditaire. Le stigmate est du domaine de la prophylaxie sociale et de l'hygiène publique; le signe est l'indicateur du traitement spécifique, de la prophylaxie individuelle et familiale.

Comme à l'origine du stigmate se trouve la propagation de l'espèce, c'est-à-dire l'amour, avec ses conséquences bonnes ou mauvaises et son irresponsabilité; ni la législation, ni la pénalité ne pourront réprimer les besoins de l'espèce et être des éléments prophylactiques utiles pour faire disparaître ou prévenir la propagation de la maladie toxique ou infectieuse qui crée l'hérédité morbide, et pour combattre la dégénérescence de la race et la dépopulation.

Punir est illusoire, inutile et dangereux. Instruire, prévenir, aider et secourir, est mieux et plus sûr.

Le rôle de l'hygiène et de la prophylaxie sociale ne doit pas se borner à la santé physique, mais il doit comprendre la direction de l'éducation et la surveillance de l'instruction. Le développement physique et moral de l'enfant ne part pas seulement de la naisssnce : il commence avec les conditions dans lesquelles s'est faite la conception, il continue pendant la grossesse.

Puisque des conditions familiales et individuelles de l'enfant dépend son avenir, puisque la médecine, à notre époque, devient de plus en plus préventive, il est indispensable de donner aux mères les indications premières et les notions relatives à la

connaissance des infections et des maladies contagieuses qu'elles pourront ainsi éviter beaucoup mieux.

Développer l'individu physiquement, intellectuellement et moralement, c'est résoudre en partie une des difficultés du délicat problème de la dépopulation.

L'hygiène sociale infantile contribuera à la solution du problème, en donnant aide et protection à la mère et à l'enfant.

Au lieu de hurler à mort contre la prostitution et la débauche inhérentes à l'espèce humaine, au lieu de faire de la réglementation ou de s'abstenir systématiquement, au lieu de vouer au mépris les filles-mères, mieux vaut venir en aide à celles que la misère plus que le vice a dégradées. Bien mieux encore est de les secourir, de leur rendre le sentiment de la maternité en recueillant leurs enfants et leur apprenant à les aimer : c'est le meilleur moyen de faire pour la mère, pour le père et pour l'enfant, de la prophylaxie sanitaire et morale. C'est faire œuvre sociale utile que de rattraper par une bonne éducation morale et physique ce déchet de l'amour, qu'est l'enfant naturel.

A cette œuvre collaborent déjà les asiles-ouvroirs pour les femmes enceintes ou récemment accouchées, les crèches, les services d'allaitement, les Sociétés de protection de l'enfance, de patronage des orphelins, les orphelinats et les écoles professionnelles.

Ainsi l'hygiène fait œuvre utile en s'occupant de la santé publique intellectuelle et morale, en instruisant les mères, en protégeant les enfants.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine basée sur 12 observations.

M. Vignard (de Nantes) pense que l'anomalie tubaire, cause de la grossesse ectopique, est presque toujours acquise. L'infection puerpérale atténuée est le grand facteur étiologique; l'infection blennorrhagique semble jouer, au contraire, un rôle effacé. Il est difficile de dire si la lésion tubaire, qui prédipose à l'ectopie, est double ou bien unilatérale. L'unilatérabilité des lésions est notée quatre fois : deux fois avec preuve physiologique (grossesse utérine normale [consécutive), deux fois avec preuve anatomique (constatation au cours de l'opération). Dans deux cas seulement la bilatéralité des lésions est notée, prouvée cliniquement dans l'un, anatomiquement dans l'autre.

L'inflammation, causée par une première grossesse ectopique, semble prendre une part importante dans l'étiologie de la récidive; ce qui affaiblit l'hypothèse d'une double salpingite antérieure prédisposant à l'ectopie bilatérale.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) estime que la grossesse ectopique est une manifestation de dégénérescence et qu'elle est héréditaire.

M. Verdelet (de Bordeaux) croit que les lésions sont souvent bilatérales dans la grossesse extra-utérine.

M. Delagenière (du Mans) a vu, lui aussi, des récidives de grossesse ectopique; il cite des cas où la prédisposition semblait héréditaire.

Signes de la grossesse tubaire.

M. Martin (de Rouen) insiste particulièrement sur les douleurs revêtant la forme de coliques, rappelant les « tranchées utérines », et sur l'écoulement continu qui s'effectue par le col utérin. Il montre qu'à côté de la rupture de la trompe et de l'inondation péritonéale, il y a place pour un certain nombre de cas plus fréquents peut-être que les premiers, où les phénomènes sont moins dramatiques et demandent à être recherchés soigneusement pour que l'on puisse établir le diagnostic. Il établit un parallèle entre l'avortement tubaire et l'avortement utérin.

M. Pinard n'accepte pas l'expression d'avortement tubaire, pas plus que la comparaison entre les phénomènes qui se passent dans la trompe en cas de grossesse ectopique et ceux dont l'utérus est le siège en cas d'avortement.

M. Segond croit qu'il est impossible de faire le diagnostic de l'endroit approximatif où se développe l'œuf en cas de grossesse ectopique.

Indications opératoires dans les cas de fibromes de l'utérus compliqués de grossesse.

M. H. Delagenière (du Mans). — Les fibromes de l'utérus, qui peuvent amener des complications dans l'accouchement, sont très variables au point de vue de leur nombre, de leur volume, de leur siège et aussi au point de vue des modifications qu'une grossesse peut leur imprimer.

On doit tenir compte aussi de la situation de l'œuf par rapport au fibrome, du siège d'implantation du placenta, de la présentation de l'enfant et surtout de sa viabilité ou non viabilité.

Puisque la grossesse, dans un utérus fibromateux, doit être considérée comme une complication, la première idée qui se présente est de pratiquer l'avortement ou de pratiquer l'accouchement. Hors, les statistiques ont démontré que la mortalité pour la mère et pour l'enfant était beaucoup élevée dans ce genre d'interventions que dans aucune opération abdominale pratiquée dans n'importe quel cas.

Il faut donc renoncer absolument aussi bien à l'avortement provoqué qu'à l'accouchement provoqué.

Quand on est appelé auprès d'une malade atteinte de fibrome et devenue enceinte, la première question est d'établir si on doit laisser aller la grossesse jusqu'à terme. On sait, en effet, que l'accouchement peut se faire d'une façon normale dans certains cas; il est donc logique d'attendre une complication servant d'indication opératoire. Parmi ces complications, on doit signaler les douleurs, l'incarcération de la matrice exerçant une pression aiguë, la compression des artères, du rectum, lorsque la tumeur est située dans le segment inférieur, de même les accidents qui peuvent arriver au fœtus et en amener la mort. Quand l'intervention est décidée il faut alors s'occuper si l'enfant est viable ou non viable. S'il est viable, les opérations conservatrices doivent être préférées : l'énucléation vaginale pour les fibromes du col, l'énucléation abdominale pour les fibromes pédiculés du fond ou des faces de l'utérus, pour les fibromes des ligaments larges, enfin, quand l'enfant est à terme, la section césarienne suivie de l'énucléation.

Lorsque l'enfant n'est pas viable, on doit recourir aux méthodes conservatrices sus-mentionnées quand il n'y aura pas d'infection d'utérus, si cette infection existe, l'hystérectomie totale ou sus-vaginale devient alors l'opération de choix, l'opération de Porro ne devant être considérée que comme une opération d'exception.

Ces conclusions sont tirées de sept observations personnelles.

M. Montprofit. — La laparotomie pendant la grossesse est peut-être inutile, car on ne sait pas si au moment de l'accouchement tout ne se passera pas bien.

La myomectomie est une opération merveilleuse, malheureusement elle trouvera rarement son indication. Elle est impossible si le fibrome n'est pas pédiculé.

Pendant le travail peut-être pourrait-on tenter l'hystérectomie conservatrice.

M. Pinard. — Pendant le cours de la grossesse on ne doit intervenir que s'il y a des accidents. A Baudelocque, sur 83 femmes fibromateuses, on ne dut intervenir que six fois, 79 femmes allèrent à terme.

Il faut bannir l'expectation prolongée, admise à une époque où l'on n'était pas armé pour ce genre d'interventions. Cette expectation prolongée a entaché les statistiques de l'opération de Porro : on trouvait alors un organe infecté, les femmes mouraient.

La femme étant en travail, est-il possible de diagnostiquer le degré de la dystocie? Non, car il y a toujours une inconnue dans le problème, c'est le rapport entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin.

Il faut attendre, guidé par ce principe : ne jamais faire de lésion à l'enfant. Dans les cas moyens, on peut attendre du forceps la solution de l'accouchement. Dans presque tous les cas, on aura recours à l'intervention par la voie haute : tomie immédiate pour sauver l'enfant, suivie d'ectomie partielle ou totale.

La myomectomie est une magnifique opération, mais dont

les indications seront très rares, et qui exige, en outre, un opérateur habile.

M. Segond. — Les interventions qui ont été faites avant le travail l'ont été le plus souvent grâce à une erreur de diagnostic.

La myomectomie conservatrice est possible, mais sera exceptionnelle.

Parfois on utilisera la voie vaginale pour enlever des fibromes autres que des polypes; au moment du travail, un fibrome siégeant sur une lèvre de l'utérus, sera enlevée par morcellement.

L'opération ancienne, supra-vaginale, la sub-totale ou intracervicale, la totale seront employées suivant l'habitude du praticien.

Les fibromes siégeant sur le col exigent une opération totale, comme en dehors de la grossesse.

L'opération est d'une facilité relative, mais l'hémostase est toujours sérieuse.

Cure locale des tuberculoses cutanées et ganglionnaires infantiles.

M. Gastou. — Chez les enfants, le traitement de ces tuberculoses doit éviter la douleur et la perte de sang. Trois modes remplissent ces conditions : 1° traitement de Besnier; 2° les hautes fréquences; 3° la photothérapie.

Le traitement de Besnier comprend deux temps : d'abord le curettage, puis l'attouchement avec le crayon de nitrate d'argent mitigé et enfin avec le crayon de zinc. En répétant la cautérisation tous les 8 jours on arrive, au bout de 2 à 3 mois, à la guérison avec des surfaces lisses.

Les hautes fréquences sont appliquées au moyen du résonnateur d'Oudin.

La photothérapie peut se faire avec l'appareil de Lortet, autrement simple que Finsen.

M. Hallopeau insiste sur les remarquables résultats que donne le traitement par le permanganate employé soit en compresses imprégnées d'une solution au cinquantième, suivant le procédé de Butte, soit en poudre, suivant la méthode de Zaczanowsky, après scarification si l'épiderme est intact; 10 enfants ainsi traités ont été très améliorés; pour plusieurs d'entre eux on peut même penser à une guérison. Cette méthode marche de pair avec la photothérapie; elle lui est préférable dans les formes largement ulcérées, ainsi que dans les cas où les altérations sont très étendues; elle a, en outre, le grand avantage de pouvoir être appliquée par tous les médecins, alors que la photothérapie ne peut être mise en œuvre que dans un nombre de centres nécessairement très restreints. Il y a là un progrès des plus considérables.

L'ostéomyélite chez le nouveau-né, au-dessous de trois mois, et ses conséquences.

M. L. d'Altros. — Dans ces dernières années, j'en ai pu observer 11 cas chez des bébés de moins de 3 mois. Le fémur a été de beaucoup l'os le plus fréquemment atteint, puis viennent l'humérus, le radius, les os du carpe, les phalanges, le sacrum. Dans 3 cas, plusieurs os étaient atteints simultanément. Dans deux faits d'ostéomyélite de la tête du fémur, l'articulation de la hanche était envahie.

J'ai observé un fait où, comme dans celui de Senn, l'affection, existant dès la naissance, doit être attribuée à une infection intra-utérine.

Les principales voies d'entrée de l'infection, dans les cas d'ostéomyélites au-dessous de 3 mois, sont : 1° les affections de l'ombilic et les lésions de la peau; 2° les voies digestives dans quelques cas d'infection gastro-intestinale; 3° la muqueuse des voies respiratoires. L'ostéomyélite peut venir compliquer par infection secondaire l'hérédo-syphilis (fait de Thibierge, un fait personnel).

Les apparences cliniques varient beaucoup d'un cas à l'autre. Dans certains cas, l'ostéomyélite apparaît comme manifestation infectieuse en apparence isolée. Dans une seconde catégorie de faits, l'ostéomyélite, n'est qu'un élément d'une septicémie générale. Les symptômes d'infection générale peuvent précéder l'ostéomyélite qui apparaît alors comme une complication tardive; ils peuvent être contemporains; ils peuvent se développer consécutivement aux lésions osseuses : telle les bronchopneumonies et les méningites secondaires à l'ostéomyélite.

A côté des formes aiguës et suraiguës très graves, les mieux connues, il y a des formes atténuées d'ostéomyélite chez le bébé, dans lesquelles l'ostéomyélite reste localisée avec gonflement osseux circonscrit, et surtout a une tendance spontanée à la régression. J'ai vu 4 fois la guérison spontanée se produire sans suppuration. Dans 3 de ces faits, il y avait ostéomyélites multiples; 2 d'entre eux sont particulièrement intéressants en ce que, dans tous deux, les lésions eurent une évolution différente, arrivant à résolution sur un os, à suppuration sur l'autre.

Des formes chroniques, des formes prolongées j'ai observé deux cas.

Dans le premier, l'ostéomyélite portait d'abord sur le droit. Elle évolue pendant plus de 2 mois sans suppuration pour arriver à résolution. Puis l'humérus se prend, l'affection persiste à avoir une allure chronique, mais finit cependant par aboutir à la supuration et l'on est obligé d'intervenir chirurgicalement.

Dans le second fait, un enfant d'un mois présente une ostéomyélite du fémur gauche, aboutissant à un foyer de suppuration que l'on incise, qui se reforme, pour donner lieu à une fistule persistante, celle-ci ne se fermant qu'après trépanation et curettage de la cavité médullaire, au bout de 3 mois.

Eh bien, chez ces deux enfants, nourris au sein, réglés dans leur alimentation, n'ayant pas présenté de troubles digestifs sérieux ou tenaces, nous vîmes se développer, chez le premier, des signes de rachitisme grave (thorax rachitique, fontanelle largement ouverte, cyphose, etc.); chez le second, des symptômes de spasme de la glotte (sans rachitisme) dont les accès revinrent pendant 4 mois, au nombre de 5 à 10 par 24 heures, jusqu'à la mort de l'enfant emporté par une broncho-pneumonie.

L'importance physiologique de la moelle osseuse ne permet pas de douter qu'une lésion prolongée, même limitée à un seul os, puisse adultérer le milieu sanguin et troubler profondément un organisme en voie de développement. Et les faits que j'ai observés démontrent que l'un et l'autre, rachitisme et spasme de la glotte, peuvent apparaître comme complications et effets d'une ostéomyélite prolongée, développée dans le premier âge.

Pseudarthrose du fémur post-traumatique chez un enfant de quatorze ans.

M. Mauclaire (Paris). — L'ostéogenèse étant très active chez l'enfant, il semblerait que la pseudoarthrose post-traumatique devrait être assez rare. Cependant, dans une thèse récente, Charet a pu réunir 35 cas de fracture fermées suivies de pseudoarthrose chez des enfants.

En voici un cas qui nous est personnel.

Un enfant de 14 ans entre d'urgence, le 15 juillet 1900, à l'hôpital Bichat, pour une fracture compliquée du fémur à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de la diaphyse. Etant donnée l'ouverture du foyer de fracture, une suture immédiate au fil d'argent fut faite par l'interne de service. Malheureusement, la suppuration s'établit et empêcha la consolidation, même au bout de 6 mois.

Le 12 janvier 1901, nous nous décidâmes à explorer le foyer de fracture qui fut mis à nu. Nous trouvons que le fragment inférieur a chevauché sur la face externe du fragment supérieur. Une longue esquille interposée est enlevée. Après une très forte traction, l'extrémité supérieure du fragment inférieur est emboîtée dans le canal médullaire du bout supérieur, puis une suture métallique consolide cet emboîtement en perforant les deux fragments. Le membre est immobilisé dans un appareil plâtré qui prend tout le bassin et toute la cuisse. Le membre ne peut être maintenu en légère abduction sous peine de détruire l'emboîtement, la direction du fragment supérieur étant un peu en adduction.

Au bout de 4 mois, la consolidation était obtenue. Les massages furent faits tous les jours et rétablirent rapidement la fonction des muscles.

Actuellement le résultat fonctionnel est excellent. Le raccourcissement est de 2 centimètres au plus. La station debout et la marche ne déterminent pas de fatigue notable.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 Octobre 1901.

Action des solutions de peptone sur les mouvements et l'évacuation de l'estomac.

M. Jean-Ch. Roux. — La peptone paraît être un des excitants moteurs de l'estomac : dans certaines conditions elle paraît mettre en train l'évacuation de l'estomac. Toutefois sous son influence, cette évacuation ne se fait pas en bloc, mais lentement et progressivement.

Action anticoagulante du lait.

M. Camus. — Le lait injecté dans le sang d'un animal de même espèce ou d'une espèce étrangère abaisse la pression sanguine et rend le sang incoagulable. Chez les animaux en lactation on constate seulement un retard dans la coagulation du sang.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 3 Juillet 1901.

Indications de l'ablation partielle du cancer du sein.

M. Duret présente un sein qu'il a enlevé chez une femme de 40 ans, qui avait été opérée, il y a 3 ou 4 mois, pour une tumeur siégeant à la partie latérale externe du mamelon et grosse comme un œuf de pigeon. A l'examen pratiqué dernièrement, le sein était dur, gros, et portait un gros bourgeon saignant, à l'extrémité de la cicatrice. Il n'y avait pas de ganglions. L'opération fut marquée par un écoulement abondant, malgré le pincement des artères.

M. Duret fait remarquer la marche intéressante de l'affection, l'aspect du bourgeon de récidive, qui, comme un gros clou, partant de la cicatrice, traverse ensuite le sein, pour atteindre le muscle pectoral. Aussi l'opérateur dut-il faire une résection totale de l'organe.

A propos du traitement des tumeurs localisées au sein, M. Duret discute les indications de l'incision simple et de l'ablation partielle.

L'ablation partielle est une bonne opération dans les cas où il y a intérêt à conserver la plus grande partie du sein; elle est susceptible de guérir la malade, car on a cité des cas d'épithéliomes, traités par cette méthode, qui n'ont pas récidivé. Cette opération partielle doit être faite d'une façon méthodique : il faut circonscrire la partie malade, par deux incisions qui s'enfoncent à travers toute l'épaisseur du sein, jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral. Le mamelon doit être enlevé, à moins de contre-indication absolue, car souvent les canaux galactophores sont pris et donnent lieu à une récidive. Après l'ablation du néoplasme, il faut rapprocher les deux portions de sein séparés par la brèche opératoire, au moyen de sutures profondes au catgut, partant de la partie la plus profonde de la plaie et allant vers la superficie. Puis on pratique la suture de la peau, en ayant soin de faire des points profonds au crin de Florence et des points complémentaires au catgut.

Il faut généralement drainer, quoique dans certains cas on puisse s'en passer. On draine perpendiculairement au trajet de l'incision sous le sein et l'on fait déboucher le drain à la partie externe du sein, ce qui permet de réunir toute l'incision.

M. Duret ajoute que l'ablation partielle est contre-indiquée quand le volume de la tumeur dépasse un œuf de pigeon, elle doit alors céder le pas à l'extirpation totale. Toute extirpation partielle doit être accompagnée d'une incision exploratrice de l'aisselle, mais les ganglions axillaires ne sont pas toujours pris et la récidive peut se produire aux dépens des ganglions rétro-pectoraux.

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie (1),

Par MM. P. Le Gendre et G. Lepage.

Rapports avec les pharmaciens. — Rapports avec les sages-femmes. — Honoraires médicaux ; tarifs d'honoraires; règlement des honoraires; utilité d'une comptabilité en règle; envoi de notes d'honoraires. — Honoraires illicites.

Rapports avec les pharmaciens. — Le pharmacien a toujours été le collaborateur le plus immédiat du médecin. Son rôle s'est modifié en même temps que les méthodes thérapeutiques. Occupé surtout, il y a quelque deux cents ans, à préparer et à administrer les évacuants intestinaux, le pharmacien est devenu l'auxiliaire de plus en plus indispensable du médecin, à notre époque où les produits aseptiques ou antiseptiques sont fabriqués dans les officines. Sans bonne stérilisation, il est impossible de faire de bonne chirurgie, surtout de la chirurgie abdominale : les pharmaciens devraient de plus en plus s'adonner à la préparation de tout ce qui est nécessaire pour les opérations chirurgicales ainsi qu'aux analyses bactériologiques.

Malgré l'étendue des connaissances exigées des pharmaciens, il sévit actuellement sur leur profession comme sur la nôtre une forte crise; elle résulte de causes multiples, progrès de l'hygiène, diminution du traitement médicamenteux des maladies, spécialités substituées aux formules des ordonnances, et surtout exigence du public qui veut de la pharmacie à prix réduits. Cette crise provient aussi en grande partie de la concurrence imprévoyante que se font les pharmaciens en vendant les médicaments à des prix très modiques, en faisant de la pharmacie qui n'a qu'une qualité, celle d'être à bon marché.

Tout en cherchant à restreindre dans des limites raisonnables les dépenses de vos clients en médicaments, faites-leur comprendre que, pour être *bonne*, la pharmacie doit être *chère*, c'est-à-dire suffisamment rémunératrice pour que le pharmacien ne commette pas d'erreur à cause du trop grand nombre d'ordonnances à exécuter et pour qu'il fournisse de bons médicaments dont la nature et la qualité soient contrôlées par lui. N'imitez pas quelques confrères qui font chorus avec leurs clients, lorsque ceux-ci se plaignent d'être exploités par le pharmacien. Soyez tranquilles : ils en diront autant de vous lorsque viendra le règlement de vos honoraires.

Laissons de côté la question pourtant si intéressante des spécialités dont nous avons déjà signalé les inconvénients et les avantages : les pharmaciens se plaignent — non sans quelque raison — de la facilité avec laquelle les médecins, même les plus réputés, prescrivent les spécialités. Ceux-ci répondent qu'ils y sont contraints par

1. *Gazette hebdomadaire*, 1901, 5 mai, p. 424 ; 14 juillet, p. 680 ; 21 et 28 juillet, p. 694, 718 ; 4 août, p. 739.

la manière déplorable dont sont exécutées les ordonnances dans certaines pharmacies à prix réduits.

Le médecin ne doit jamais critiquer — à moins qu'il n'y ait abus ou inconvénient pour le malade — la manière dont sont préparés les médicaments : s'il s'aperçoit qu'il y a fraude ou malfaçon dans l'exécution d'une ordonnance, il doit faire part d'abord de ses réflexions au pharmacien ; ce n'est qu'au cas où, malgré ses observations, les mêmes abus se reproduiraient, qu'il pourrait, — à ses risques et périls, — avertir ses clients. Le pharmacien, de son côté, doit s'abstenir de toute réflexion sur la thérapeutique suivie; s'il s'est glissé une erreur matérielle dans une ordonnance médicale, il doit, sous un prétexte quelconque, en différer l'exécution et, *à l'insu du client*, prier le médecin de rectifier son ordonnance.

Parmi les griefs des médecins contre les pharmaciens, le plus grave est de donner des consultations médicales au lieu de se borner à la délivrance des médicaments sur prescription; cette pratique, trop usitée, nuit en effet aux intérêts pécuniaires du médecin. On doit la combattre, mais sans grand espoir de réussite.

Il y a longtemps en effet que les pharmaciens cultivent l'exercice illégal de la médecine et toutes les mesures prises n'ont guère remédié à cet abus. Vous pourrez lire dans *la Gazette médicale du Centre* (octobre 1899, n° 10, p. 155), un édit de Henri II, promulgué à Fontainebleau en date de juillet 1556 et dont quelques passages méritent d'être cités :

« Henry, par la grâce de Dieu Roy de France, à tous présens et à venir salut : nous avons été adverti qu'en nostre pays de Touraine se commettent ordinairement plusieurs abuz au faict de la médecine, par un grand et effréné nombre d'empiriques respandus ès villes bourgs et villages dudit pays, faisans profession de médecins, chirurgiens, barbiers et apothicaires, combien qu'ils n'aient esté approuvez en aucune université fameuse par les maistres et docteurs d'icelle, ny déclarez capables d'aucunes des dites professions. »

. . . .

... *les apothicaires oublians que leur estat est de dispensez seulement les ordonnances des médecins, et à toutes adventures ordonnent eux-mêmes et dônent les médecines non cognoissans a quelles maladies sont bonnes ou mauvaises;* dont plusieurs périssent et decedent et les autres tombent en telle extrémité, que purs estans au désespoir de leur santé malaisée pour cette occasion a restablir, recourant aux vrays medecins ne peuvent qu'a bien grand peine par voye et moyen de leur art estre remis; chose de pernicieuse conséquence tant a la république que profession de la dite médecine. »

Après avoir signalé le mal et prescrit que tout médecin, chirurgien, barbier ou apothicaire devra se présenter et être examiné par le médecin superintendant en l'assemblée des autres médecins, Henri II précise :

« Que nul chirurgien, Barbier ne apothicaire ainsi approuvé et receu que dit est, ne passera outre son état n'entreprendra donner ny faire donner ne ordonner medecine quelconque ny faire flebotomie, sans conseil ne ordonnance de medecin; souz peine de cinquante livres parisis d'amende, applicable moitié à nous et l'autre moitié aux pauvres. Que pour tenir les estats susdits ainsi qu'ils sont à présent mieux reiglez et en meilleur ordre, le dit superintendant visitera *une fois* le mois les boutiques et drogues des apothicaires... il se trouvera faute de drogues requises et de compositions usuelles et plus nécessaires, où qu'icelles ne fussent bonnes; nous voulons aussi et nous plaist que les dits apothicaires ayant encouru cette faute, sayent par le dit Baillif mulctez de telles amendes que le cas requerra et qu'il verra appartenir.

. . . .

« Donné à Fontainebleau au mois juillet, l'an de grâce mil cinq cens cinquante six et de nostre règne le dixième. Enregistré au Parlement de Paris, le 14 août 1561. »

Malgré l'ancienneté de cet édit et malgré les nombreux règlements faits depuis, quantité de pharmaciens continuent à tort à donner des avis médicaux et à vendre des drogues à l'appui : il est probable que longtemps encore ces abus persisteront. Il n'est guère possible, en effet, d'empêcher le détenteur des médicaments de donner un avis médical qui lui est demandé, alors que spontanément tout citoyen — et surtout toute citoyenne — exprime si facilement son opinion en pareille matière et que chacun préconise son remède.

Un autre abus non moins sérieux — parce qu'il est aussi dangereux que le précédent pour la santé publique, — est l'exécution à diverses reprises de la même ordonnance, en particulier des ordonnances prescrivant des solutions de morphine, de cocaïne, etc., pour injections hypodermiques. Le pharmacien peut, d'ailleurs, en pareil cas, encourir des responsabilités pénales : plusieurs familles ont fait condamner des pharmaciens qui avaient délivré abusivement des substances toxiques et avaient ainsi contribué à rendre certaines personnes morphinomanes, cocaïnomanes, etc.

S'il est désirable que pharmaciens et médecins vivent en bons termes, il ne faut pas qu'en aucun cas il y ait entre eux *entente commerciale*. Il faut entre ces deux professions de *la concorde, pas d'association ni de complicité*. Donc *sous aucun prétexte* n'acceptez de remise ni sur les ordonnances exécutées par les pharmaciens ni sur les spécialités. De même on ne saurait trop blâmer ces consultations dites gratuites données dans l'arrière-boutique d'une officine ou dans son voisinage par des médecins qui reçoivent ensuite une remise sur les médicaments spéciaux prescrits par eux. Le client qui vous consulte a le droit d'exiger de vous un conseil qui ne soit dicté que par son intérêt et non par le vôtre.

Du pharmacien vous n'accepterez qu'une chose, c'est une réduction plus ou moins forte sur les médicaments qu'il vous fournit pour *votre usage personnel* ou pour celui de votre famille directe. Payez les médicaments, si le pharmacien vous offre une concession sur les prix habituels, s'il vous les offre même au prix de revient, acceptez, mais exigez qu'ils ne vous soient pas fournis gratuitement. En agissant ainsi, vous conserverez une pleine et entière liberté d'action pour apprécier la manière dont seront exécutées vos ordonnances. De votre côté, vous ne donnerez vos soins gratuitement ni au pharmacien ni à sa famille; vous leur ferez par exemple une réduction de moitié sur vos honoraires habituels. Il faut faire de moins en moins de médecine gratuite, il faut habituer tout le monde à payer le médecin. Dans notre organisation sociale où l'État et les municipalités ne tiennent aucun compte des sacrifices que nous faisons et aggravent chaque année nos charges fiscales, c'est lui, ce sont les communes qui doivent nous indemniser pour les soins donnés aux indigents. Nous reviendrons d'ailleurs dans un instant sur ce sujet.

Exercice de la pharmacie par le médecin. — Dans quelles conditions le médecin est-il actuellement autorisé à faire de la pharmacie? Dans le *projet* de loi Chevandier, l'article 11 portait que l'exercice simultané de la

profession de médecin et de pharmacien était interdit, « même en cas de possession de titres conférant le droit d'exercer ces professions ». Le médecin pouvait fournir chez lui des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure était à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie ; de plus il aurait pu porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeuraient à 4 kilomètres au moins d'une officine.

Cet article n'a pas été adopté : c'est l'ancienne loi qui régit encore la question. Le médecin peut exercer en même temps médecine et pharmacie, s'il est pourvu du diplôme de pharmacien ; de plus il est autorisé à délivrer des médicaments à ses clients, s'il n'y a pas d'officine ouverte dans le pays où il exerce, mais il lui est interdit de vendre le moindre médicament s'il habite un pays dans lequel se trouve un pharmacien, quelle que soit la distance qui sépare de l'officine le domicile de son client. Cette question va être sans doute prochainement résolue : on doit discuter incessamment au Sénat la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Rapports avec les sages-femmes. — Arrivons à d'autres auxiliaires de la profession médicale, les *sages-femmes*. Les rapports qui existent entre le médecin et la sage-femme varient suivant le lieu où ils exercent et suivant leur degré d'instruction respective. D'une manière générale, le bon accord qui règne entre eux leur profite à tous deux; inversement ils auront à souffrir l'un et l'autre de leur inimitié. Tantôt c'est la sage-femme à qui le médecin crée des ennuis en lui reprochant publiquement son ignorance, son impéritie ou en insinuant qu'elle ..... se livre couramment à des manœuvres abortives. Tantôt c'est la sage-femme qui laisse entendre qu'un accident mortel survenu chez une accouchée est dû à une faute opératoire commise par le praticien qu'elle a appelé à son aide. Vous avez tous présente à l'esprit cette affaire médicale retentissante dans laquelle l'accusation d'impéritie portée devant les tribunaux contre un médecin reposait en partie sur la déposition d'une sage-femme qui avait assisté la parturiente. Plus récemment, nous avons vu comparaître en cour d'assises, sous l'inculpation d'avortement criminel, un médecin qui avait été dénoncé au parquet à l'instigation d'une sage-femme avec laquelle il était en mauvais termes. La politique s'en mêla et ne fut pas étrangère aux poursuites exercées : si notre confrère fut acquitté, il n'en passa pas moins plusieurs semaines en prison préventive.

Ainsi, à défaut d'autres raisons, l'intérêt bien compris du médecin et de la sage-femme leur commande de vivre en bonne harmonie. Le médecin doit avoir pour la sage-femme les égards qu'on doit à toute femme.... Soyez toujours corrects et polis vis-à-vis d'elle. D'ailleurs, à l'heure actuelle, la profession de sage-femme est en train de se relever comme mode de recrutement et comme instruction technique. Vous savez que certains diplômes sont maintenant exigés des femmes qui se destinent à l'art obstétrical et qu'elles sont obligées de faire deux années d'études. Ce progrès très réel va diminuer peut-être la quantité des sages-femmes, mais augmentera leur qualité professionnelle d'une manière incontestable : ce sera demain une nouvelle cause de crise médicale et de diminution dans les recettes du médecin.

Vous ne pourrez guère lutter sur le terrain de l'obstétrique qu'en ayant des connaissances spéciales nettement supérieures à celles des sages-femmes. Aussi ne gardez pas rancune à ceux de vos examinateurs qui, sans souci de leur popularité, se montrent quelquefois un peu sévères pour vous aux examens d'obstétrique, ils cherchent à défendre non seulement les intérêts de vos futures clientes, mais les vôtres eux-mêmes dans l'avenir.

A l'heure présente, la loi réserve aux docteurs le droit d'employer les instruments. L'article 4 du titre III de la loi Chevandier, est en effet ainsi conçu :

« Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine. Il leur est également interdit de prescrire les médicaments, sauf le cas prévu, etc.

« Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques. »

Voilà ce que la loi, qui d'ailleurs ne les soumet pas à la patente, permet aux sages-femmes de faire en dehors de l'art des accouchements ; il faut bien reconnaître que nombre d'entre elles, surtout dans les grandes villes, ne s'en tiennent pas là et font couramment de l'exercice illégal de la médecine; elles se livrent à des examens gynécologiques, à de petites opérations, à des pansements répétés et à la thérapeutique de certaines maladies de l'enfance. Il ne faut pas tolérer ces abus; si vous connaissez personnellement les sages-femmes qui pratiquent ainsi la médecine, vous devez leur en faire reproche et les menacer au besoin de vous plaindre à une association de défense professionnelle, voire même aux tribunaux.

En 1898, le Syndicat de la Haute-Vienne a envoyé une circulaire à toutes les sages-femmes du département, en faisant appel à leurs bons sentiments, disant que, si leurs pratiques continuaient, le Syndicat poursuivrait. Il y a eu en 1898 un procès assez retentissant au Havre; une sage-femme, ayant une importante situation dans la ville, se livrait de façon habituelle à l'exercice illégal de la médecine : en tenant « compte du grand nombre de faits délictueux commis par la prévenue » le Tribunal correctionnel (16 mai 1898) la condamna à 200 francs d'amende et aux dépens. C'est une condamnation légère; ici, comme à l'habitude, les juges n'ont guère souci de faire respecter les droits du médecin. L'article 18 de la loi Chevandier porte en effet que quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 francs à 1 000 francs et d'un emprisonnement de 6 jours à 6 mois ou de l'une de ces deux peines seulement ». Malgré cet article formel, le tribunal correctionnel de Lille (18 mars 1899) s'est contenté de condamner à 200 francs d'amende et à 50 francs de dommages-intérêts une sage-femme qui pour *la troisième fois* était poursuivie pour des faits patents d'exercice illégal de la médecine. Cette indulgence contraste singulièrement avec la facilité avec laquelle sont poursuivis les médecins pour la moindre faute professionnelle.

Si vous pouvez vous montrer sévères pour les rares sages-femmes qui ne se limitent pas à l'exercice de leur profession, soyez au contraire bienveillants et bien disposés pour celles qui se tiennent sur le terrain que leur assigne la loi, pour celles — c'est de plus en plus la majorité — qui exercent honorablement un métier aussi pénible que peu rémunérateur ; elles rendent de grands services à une clientèle souvent négligée par le médecin. Lorsque vous êtes appelé pour un cas de dystocie, conduisez-vous avec la sage-femme comme vis-à-vis d'un confrère, et même ne craignez pas de montrer encore un peu plus de courtoisie. Quel que soit le cas pour lequel vous êtes appelé, que la dystocie ait été inévitable ou malheureusement créée par l'impéritie de la sage-femme, gardez-vous de toute réflexion. S'il y a

eu faute commise, tâchez d'en atténuer les conséquences sans rien dire qui puisse éveiller l'attention de la famille. Lorsque l'accouchement sera terminé, vous ferez bien de donner en particulier quelques conseils à la sage-femme, dans l'intérêt des malades qu'elle soignera ultérieurement, si surtout vous avez déjà vu qu'elle a commis quelque imprudence dans des cas semblables.

Dans certains pays, à la campagne surtout, il existe des luttes assez vives entre médecins et sages-femmes : elles sont regrettables. Il y aurait intérêt pour tous les deux à une bonne entente : les sages-femmes pourraient rendre grand service aux médecins en les aidant auprès des femmes en couches, en leur épargnant de longues heures de présence auprès d'elles, comme cela se pratique dans les grandes villes.

Par contre, les médecins doivent soutenir les sages-femmes dans leurs revendications, contre les matrones par exemple, et dans la défense de leurs intérêts légitimes.

Les honoraires médicaux. — Occupons-nous maintenant d'une question vitale, celle des *honoraires*. Les honoraires ne peuvent être fixés d'une manière ferme et fixe ; ils dépendent de diverses conditions : du pays où vous exercez, de la situation médicale que vous occupez, du service rendu à votre client, de sa situation de fortune, etc.

Il y a longtemps que les médecins ont établi vis-à-vis de leurs malades l'impôt progressif sur le revenu ; ils ont eu raison ; il est juste que la clientèle riche les indemnise des honoraires réduits qui sont demandés dans la clientèle ouvrière, dans les hôpitaux, etc.

Vous ne devez pas faire dépendre le montant de vos honoraires de l'issue de la maladie : si le cas a été malheureux, si la maladie s'est terminée par la mort, et si vous diminuez vos honoraires, vous vous exposerez à l'accusation d'avoir été inférieurs à votre tâche ou d'avoir commis quelque faute. Réfléchissez que tout cas qui se termine malheureusement vous est reproché, qu'il diminue souvent la confiance de vos clients et vous cause ainsi inévitablement quelque préjudice pour l'avenir. Nous n'allons pas jusqu'à dire qu'il faut demander des honoraires plus élevés pour des cas malheureux ; mais en tout cas l'échec ne doit jamais être accepté comme une raison de diminuer la note des honoraires. Si nous insistons sur ces détails, au risque d'être accusés de mercantilisme, c'est que nous savons par expérience que tout est prétexte à une certaine catégorie de clients pour ne pas payer ou du moins pour payer d'une manière insuffisante les honoraires du médecin : ils escomptent sa générosité naturelle et proverbiale qui le pousse à donner ses soins sans s'inquiéter toujours de savoir s'il sera rémunéré ni de quelle manière. Pour les indigents et même pour les familles qui sont dans la gêne, nous n'avons pas besoin de vous conseiller de vous abandonner à ce sentiment d'humanité ; c'est un devoir auquel n'a jamais failli le médecin et vous saurez continuer la tradition professionnelle ; au contraire pour ceux qui, commercialement, ne cherchent qu'à se faire soigner au rabais, résistez à leur tentative d'abaissement des honoraires. Bien rares sont les cas où le médecin est exploiteur ; mais par contre combien souvent il est exploité !

A un point de vue général, ne vous laissez pas entraîner à manifester une sorte de dédain apparent de l'argent qui vous est remis par vos clients. Il existe parmi les médecins une fausse délicatesse de sentiments qui les pousse, lorsqu'un client leur remet des honoraires, à laisser voir une certaine gêne et à faire parade de désintéressement. C'est de la sentimentalité mal placée. A moins d'être issus d'une famille riche, à moins d'avoir surtout cherché dans le mariage la grosse dot, nous vivons de notre profession et nous devons en vivre honorablement. Par conséquent, lorsqu'on vous remet des honoraires, il faut les recevoir comme une chose qui vous est due et ne pas avoir l'air de croire que les clients vous font une faveur. Dans la plupart des cas, ces honoraires ne sont pas en rapport avec les sacrifices pécuniaires que vous avez faits pour vos études, avec toutes les fatigues de votre vie professionnelle, avec les charges fiscales et autres qui pèsent lourdement sur le médecin.

Dans un lumineux rapport sur *les œuvres d'Assistance et de prévoyance médicales* (1er Congrès international de médecine et de déontologie. Paris, 1900), le Dr Lande fait ressortir quelle disproportion existe entre les sacrifices pécuniaires faits par l'étudiant pour devenir médecin et les profits qu'il retire plus tard de l'exercice de sa profession. Le capital que représente le jeune docteur au début de sa carrière est « constitué : 1° par la somme des débours que représente la vie matérielle d'un homme arrivé déjà au delà de la moitié de la vie moyenne ; 2° par les dépenses spéciales que nécessitent des études longues et onéreuses ; 3° par sa valeur intrinsèque résultant de ses capacités intellectuelles et scientifiques ou, en d'autres termes, la valeur propre de son travail accumulé.

« Par l'exercice de sa profession, le jeune médecin doit normalement, équitablement, toucher les intérêts du capital qu'il représente et pendant la durée de sa vie professionnelle amortir ce capital. Sinon, il y a perte pour la société, et il y a perte pour le médecin lui-même.

« Après avoir fait des frais considérables sans encaisser aucun bénéfice, après avoir travaillé une vingtaine d'années, dont quelques-unes particulièrement difficiles et laborieuses, le médecin arrive bien rarement à gagner la somme qui constitue l'intérêt normal de cette double avance, et, fort souvent, il succombe à la tâche avant d'avoir amorti la moindre parcelle du capital engagé au premier jour de sa vie professionnelle ».

De plus, lorsqu'on vous remet des honoraires, exigez, surtout lorsque les clients appartiennent à la catégorie de ceux qu'on appelle bien élevés, qu'ils vous les remettent avec certaines formes. Nous ne sommes pas des commerçants ordinaires ou du moins nous serions de singuliers commerçants, puisque nos efforts tendent sans cesse à vulgariser l'hygiène, c'est-à-dire à faire en sorte que le public consomme le moins possible notre marchandise, puisque nous nous préoccupons principalement d'empêcher par des conseils désintéressés les gens d'être malades et puisque, lorsqu'ils sont malades, nous cherchons sans arrière-pensée à abréger leurs maladies.

Il est, à cet égard, regrettable que les honoraires médicaux tendent à diminuer précisément à une époque où les maladies sont moins fréquentes par suite des conquêtes de l'hygiène et de la thérapeutique, et où la rareté des appels qui sont faits par les familles devrait être compensée par une élévation des honoraires en rapport avec les conditions mêmes de la vie, de plus en plus onéreuses pour nous. C'est là un des nombreux méfaits de l'encombrement médical.

Des tarifs d'honoraires. — Il y a eu beaucoup de tarifs d'honoraires établis, soit par les sociétés médicales,

soit par les confrères réunis en groupements; parmi ces tarifs, nous vous en signalons un qui est dû à la collaboration du Dr A. Cézilly et du Dr Jeanne; il est intitulé *Tarif général minimum des honoraires*. Ce n'est pas une énumération sèche des tarifs : cet opuscule contient d'excellents conseils sur la manière dont vous devez vous comporter dans les diverses questions relatives aux honoraires. Nous ne pouvons analyser en détail ce travail devant vous, mais nous vous donnons le conseil très ferme de le lire avec soin.

D'une manière générale pour établir vos notes d'honoraires vous n'avez qu'à vous laisser guider par les habitudes locales; que les honoraires qui étaient habituellement demandés avant votre arrivée dans le pays soient pour vous un minimum. Il vous est permis de chercher à les élever; ne les abaissez jamais sans raison valable et, autant que possible, entendez-vous à ce sujet avec vos confrères. Ne faites pas de médecine au rabais : vous le regretterez tôt ou tard. Rappelez-vous que les clients estiment souvent le médecin en raison de ce qu'ils le paient : toutes les fois que vous vous faites payer d'une façon convenable, il y a beaucoup de chances pour que vous soyez pris au sérieux.

Bien entendu, les honoraires que vous demandez doivent être raisonnables; ne transformez pas la maladie en catastrophe financière pour vos clients. Ne multipliez pas inutilement les visites; il est préférable que vous ne fassiez que le nombre de visites strictement nécessaires; mais si l'une d'elles se prolonge d'une façon anormale par suite de la volonté du malade ou de circonstances indépendantes de la vôtre, n'hésitez pas à en doubler ou à en tripler le prix; augmentez également le prix si, au cours d'une même visite, vous êtes consulté pour plusieurs membres de la famille.

De même appliquez un tarif spécial pour les visites *réclamées d'urgence* — qui, souvent, n'ont d'autre utilité que de satisfaire l'impatience du malade ou de son entourage — et pour les visites de nuit. C'est la meilleure manière d'en restreindre le nombre aux visites réellement utiles. Le médecin a, comme les autres hommes, besoin de repos; il soignera d'autant mieux ses malades qu'il sera moins fatigué par les dérangements inutiles qui résultent simplement de la nervosité des malades et de leur famille.

Règlement des honoraires. — Au point de vue du règlement des honoraires, l'idéal est ce qui se pratique en Angleterre, tout au moins pour une nombreuse catégorie de médecins : le paiement immédiat de la visite. Lorsqu'un médecin anglais est appelé dans une famille, il reçoit lors de sa première visite le prix d'une double visite. Lorsqu'il ne doit plus revenir ou lorsque la famille juge inutiles d'autres soins, on ne lui remet pas d'honoraires à cette dernière visite.

Cet usage est tout à la fois avantageux pour le malade et pour le médecin : pour le malade, dont la famille se rend mieux compte des dépenses qu'occasionne la maladie et qui hésite un peu plus à déranger inutilement le médecin; de telle sorte qu'à la fin de la maladie, la dépense est moindre. Pour le médecin, il y a avantage réel à toucher immédiatement ses honoraires; ce qui lui évite d'avoir toujours de l'argent à faire percevoir et de plus lui épargne le désagrément de voir certaines notes contestées ou rester impayées.

Les raisons qui ont empêché jusqu'ici cet usage de se répandre en France sont surtout d'ordre sentimental : tout d'abord, il serait bien pénible dans nombre de circonstances d'exiger le paiement immédiat des honoraires lorsque c'est le chef de famille qui est alité et dans l'impossibilité de gagner la vie des siens : s'il y a des économies dans le ménage, elles suffisent souvent à peine à permettre à la famille de vivre. Le médecin ne veut pas que le paiement de ses honoraires soit une nouvelle cause de gêne : il préfère attendre que le malade se soit rétabli et qu'il ait pu, en se remettant au travail, ramener un peu de bien-être au logis. En outre, alors même que le client appartient à une famille aisée, c'est une autre raison de sentiment qui fait que le médecin hésite à se faire rémunérer à chaque visite. Ne faites pas trop fi de ces raisons et continuez à ne pas exiger le paiement immédiat de vos honoraires pour ne pas aller contre les habitudes reçues.

Il est à penser cependant que, dans un avenir peu éloigné, les usages actuels pour le paiement des honoraires se modifieront fatalement en France pour les raisons suivantes : par suite du développement de l'assistance médicale gratuite, des sociétés de secours mutuels, etc., il n'y aura plus guère de familles besogneuses payant directement elles-mêmes leur médecin. D'autre part, hélas! la dureté des temps obligera souvent les médecins à rechercher le paiement immédiat de leurs honoraires. Enfin — et ce sera la raison déterminante — les tendances de plus en plus absurdes des tribunaux à réduire systématiquement les notes d'honoraires des médecins poussent de plus en plus les mauvais clients à refuser le paiement intégral de la note la plus modérée, certains qu'ils sont de trouver un appui inconscient dans les juges. Il y a de la part de la magistrature un tel déni de justice à l'égard de notre profession qu'à notre avis les médecins devront trouver préférable à tous points de vue de chercher à être payés immédiatement. Ils éviteront ainsi des contestations dans lesquelles la justice se montre régulièrement injuste envers le médecin.

Utilité d'une comptabilité en règle. — En attendant cette transformation des mœurs, vous ferez bien de tenir une comptabilité en règle de toutes les visites et de toutes les consultations que vous donnez et en même temps vous inscrirez avec soin toutes les sommes reçues en indiquant leur provenance. Les contestations qui surgissent entre médecin et client portent assez souvent sur le nombre des visites; si le médecin peut produire des livres, ou tout au moins des carnets de visites bien tenus, ces livres, ces carnets font foi, ou du moins sont un commencement de preuve. Il y a eu des discussions interminables sur la valeur de cette preuve au point de vue juridique. Toujours est-il que pratiquement, lorsqu'un client vient contester le nombre des visites faites, il suffit de présenter au tribunal votre carnet de visites pour que, dans la plupart des cas, cette preuve soit admise comme valable. Il est nécessaire que ces carnets, que vous pouvez être amenés à produire en justice, ne contiennent aucune indication relative à la nature des maladies de vos clients afin d'éviter toute indiscrétion professionnelle. Vous ne devez donc noter sur ces carnets que les noms des clients auxquels vous avez rendu visite ou que vous avez reçus à votre consultation.

Envoi des notes d'honoraires. — Vous enverrez vos notes d'honoraires tous les 3 mois, tous les 6 mois, tous les ans, suivant les occupations que vous aurez et surtout suivant le milieu dans lequel vous exercez. Si vous êtes

le médecin habituel d'une famille, il est encore d'usage de n'envoyer votre note que tous les ans; mais au moins envoyez vos notes dès la fin de décembre ou le commencement de janvier et exigez-en le paiement dans les six mois qui suivent. Sous aucun prétexte, n'imitez la conduite d'un certain nombre de confrères qui, dans un but de popularité, de bienfaisance, ou par simple insouciance, n'envoient pas leur note régulièrement chaque année et même restent pendant 4 ou 5 ans sans l'envoyer. Nous connaissons un médecin de grande valeur à qui, à l'heure actuelle, est certainement due une somme de plus de 150 000 francs dans le pays où il exerce depuis plus de 40 ans. Si demain il cessait d'exercer la médecine pour raison de santé ou pour une autre cause, il ne pourrait vivre même modestement et serait obligé de recourir à la bienfaisance de ses confrères ou de sa famille. Il a laissé ainsi s'accumuler des notes d'honoraires qui resteront toujours impayées. N'y a-t-il pas là une négligence coupable pour lui-même, pour sa famille et pour ses confrères voisins?

Ecoutez les sages conseils que donne à ce sujet, avec sa sagacité habituelle, le Dr H. Jeanne (1).

« Le médecin digne de ce nom, c'est-à-dire soucieux de la solidarité professionnelle, ne saurait perdre de vue que, si sa situation de fortune lui permet de faire des générosités, il doit les limiter au point où elles porteraient préjudice à ses confrères.

« De même le retard volontaire ou la négligence excessive dans l'envoi et le recouvrement des notes sont des actes blâmables. Ils gênent la liberté des familles; ils font passer pour des hommes d'argent de très estimables confrères voisins qui tiennent à être ponctuels et ordonnés; ils habituent le public à oublier que le médecin doit être aussi scrupuleusement rétribué que toute autre personne; ils conduisent les familles imprévoyantes à accumuler des dettes, qu'elles sont ensuite incapables de payer, etc., etc.

« Il est particulièrement inconvenant d'user de ces moyens quand on brigue des mandats électifs : c'est faire payer à ses rivaux de clientèle les suffrages que l'on semble ainsi acheter; c'est ouvrir la porte à tous ceux qui, collectivités ou individus, ne rêvent que d'amoindrir la situation pécuniaire du corps médical.

« Répétons donc avec le Concours et les syndicats, que l'envoi des notes doit se faire très régulièrement, tous les trimestres au moins chez les gens peu aisés, tous les 6 mois dans la classe moyenne, tous les ans chez les riches; que nul de nous n'a à rougir de recevoir l'honoraire à chaque visite, qu'il est sage même de le réclamer à toute personne de passage, dans un hôtel par exemple; que nous ne devons rien négliger, en un mot, pour amener, avec tact, l'habitude si désirable du paiement immédiat de nos soins quand nous sommes chez des personnes solvables.

« Quelle simplification de nos écritures il en résulterait! Et combien de récriminations seraient ainsi évitées! »

La plupart des difficultés entre clients et médecins naissent en effet de contestations relatives aux honoraires : en les supprimant, on ne ferait qu'améliorer la situation sociale du médecin.

De quelle manière devez-vous procéder pour demander le paiement de vos honoraires?

Par lettre ordinaire, si vous vous croyez obligé à des ménagements particuliers vis-à-vis de votre client.

1. Tarif général minimum des honoraires médicaux, p. 39.

En général, il est préférable d'user des formules tout imprimées que vous trouverez dans le commerce. Elles ont l'avantage d'être impersonnelles et de montrer à vos clients qu'en envoyant votre note vous ne faites que vous conformer à un usage professionnel. Si, quelques mois après l'envoi de cette note, vos honoraires n'ont pas été réglés, envoyez-en une seconde. Si ce nouvel appel reste sans résultat, après avoir prévenu votre client, faites recouvrer par la poste ou par un agent spécial. Ne laissez pas s'accumuler des notes impayées, rappelez-vous le sage conseil que donnait A. Petit, dans la « Médecine du cœur » : « Ne souffrez jamais que la reconnaissance s'accumule dans de longues dettes; ainsi que la mémoire, elle s'use avec les années. »

Devez-vous délivrer un reçu des honoraires qui vous sont remis? — Oui, lorsque l'on vous le demande, lorsque vous avez affaire à un commerçant qui a l'habitude de mettre ses affaires en règle et qui n'aime pas, surtout s'il s'agit d'une grosse somme, donner de l'argent sans reçu. Par contre, n'offrez jamais de reçu quand on ne vous en demande pas. Si le client vous apporte vos honoraires dans votre cabinet, vous pouvez inscrire devant lui sur votre carnet la somme reçue et la provenance. Si on vous envoie les honoraires par lettre, vous devez en accuser réception par lettre ou sur une carte en ajoutant la date et un mot de remercîment. Certains clients, en vous faisant parvenir vos honoraires, y joignent en même temps la note que vous avez adressée : vous devez la leur retourner acquittée.

Ne vous formalisez nullement lorsque vos honoraires seront envoyés sous forme de chèques. Nous avons le souvenir d'avoir entendu, il y a quelques années, les doléances de plusieurs de nos confrères qui trouvaient incorrecte cette manière de s'acquitter. Il y a là une exagération de la dignité professionnelle : chaque époque a ses usages et il faut savoir être de son temps, surtout lorsqu'il s'agit d'un mode de rémunération qui est pratique pour celui qui paie comme pour celui qui reçoit. Acceptez donc les chèques avec plaisir et tâchez d'en recevoir assez pour vivre.

Lorsqu'un client demande sa note, envoyez-la lui le plus tôt possible, n'imitez pas ce confrère qui dit : nous avons tout le temps, rien ne presse. Considérez au contraire toujours comme tout naturel de recevoir peu de temps après les soins donnés le paiement de ce qui vous est dû. Sous aucun prétexte, *ne faites de réduction* sur la note des honoraires une fois envoyée, sauf, bien entendu, lorsqu'une famille est tombée dans la misère, ou dans la gêne, lorsque le chef de famille a perdu une partie de sa situation. Nous n'avons pas à insister sur ces conseils de modération, certains que le sentiment humanitaire est toujours très développé chez le médecin et que le public n'est que trop disposé à exploiter son désintéressement. Nous pourrions vous citer maints exemples où le médecin a fait métier de dupe en réduisant une note d'honoraires très modérée : les clients qui avaient sollicité cette réduction à grands renforts d'arguments étaient les premiers à se gausser ensuite de la crédulité du médecin.

(La suite dans le numéro du Dimanche 13 Octobre.)

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Anévrysmes des artères mésentériques.

Par M. Louis Gallavardin,

Ancien interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de Lyon.

Lorsqu'on étudie l'histoire des oblitérations des artères mésentériques, qui se résume presque entièrement dans celle de l'embolie de la mésentérique supérieure, on est frappé de ne pas rencontrer plus fréquemment à l'origine du processus embolique l'endocardite infectieuse ulcéro-végétante. En effet dans un précédent travail, sur 55 faits où l'oblitération du vaisseau relevait nettement d'une embolie, nous n'avons pu mettre en évidence l'endocardite infectieuse que 4 fois seulement.

Mais nous avons bientôt pu nous convaincre que cette rareté n'était qu'apparente et que là comme dans les autres territoires artériels la proportion d'embolies infectantes était beaucoup plus considérable que ne le faisaient pressentir les chiffres cités plus haut. Seulement ces embolies septiques, provenant de valvules ulcérées provoquent au niveau des parois artérielles au contact desquelles elles s'arrêtent des altérations qui conduisent rapidement à l'ectasie du vaisseau, si bien que le plus souvent ces cas sont publiés non comme *embolies*, mais comme *anévrysmes* de la mésentérique supérieure.

On comprend donc que l'étude de ces anévrysmes constitue une suite toute naturelle à celle des oblitérations mésentériques emboliques (1).

Nous ne connaissons en France, ou à l'étranger aucun travail d'ensemble sur ce sujet. Les faits publiés sont assez rares et épars dans les journaux et dans les recueils des diverses sociétés savantes. Le premier dont nous ayons trouvé la relation remonte à l'année 1830; il est dû à Lecadre. Nous avons pu en réunir un total de 23 cas (2); mais nous n'avons malheureusement pu nous procurer la relation complète de l'observation que pour 16 de ces cas.

1. Louis Gallavardin. Embolie et thrombose des vaisseaux mésentériques (oblitération des artères mésentériques, thrombophlébite mésaraïque). *Gazette des hôpitaux*, 24 août, 31 août 1901); — Embolie de la mésentérique supérieure (*Lyon médical*, septembre 1900).

2. Le cas de Bergeon (*Soc. anat.* 1830) se rapporte plutôt à un anévrysme du tronc cœliaque.

Malgré un nombre de faits aussi limité, il est cependant possible de prendre une idée générale de cette affection et l'on verra que ces diverses observations ne sont pas seulement des faits similaires juxtaposés, mais qu'à certains points de vue, notamment au point de vue des circonstances étiologiques qui président à leur développement ils constituent des groupes assez distincts (1).

I. Étiologie. — Au point de vue étiologique on peut diviser en deux groupes les anévrysmes des artères mésentériques et distinguer ceux relevant de causes banales ou indéterminées, ceux au contraire relevant d'un processus univoque bien spécial, les embolies infectantes au cours d'endocardites infectieuses.

1° *Étiologie banale ou indéterminée.* — Sur les 16 observations que nous avons pu consulter, nous relevons, dans 7 cas, les mêmes circonstances étiologiques que pour un anévrysme quelconque.

Dans 2 cas la syphilis est incriminée, douteuse dans l'un (Gallovay), certaine dans l'autre (Burney Yeo). Dans les 5 autres cas, la cause de l'ectasie artérielle est restée inconnue; dans deux faits cependant, dans ceux de Bennet et de Peacock, il y avait coexistence d'un petit anévrysme de l'aorte ascendante, ce qui prouve un certain degré de généralisation des lésions artérielles causales. Nous ferons remarquer également que dans 3 de ces cas sur 5, il s'agissait de personnes très jeunes, de femmes âgées de 20, 23, 24 ans (Lecadre, Chauffard, Wilson), âges auxquels les ectasies anévrysmales sont d'ordinaire bien exceptionnelles en dehors de l'étiologie traumatique.

2° *Anévrysmes emboliques, consécutifs à l'endocardite infectieuse.* — Sur les 16 observations dont nous avons pu lire la relation, 9 *fois* l'anévrysme mésentérique reconnaissait pour cause une embolie septique dont l'origine se trouvait dans une endocardite aiguë ulcéro-végétante (2). Donc dans *les 3/5 des cas il s'agissait d'un anévrysme embolique septique.* N'est-ce pas là une relation étiologique bien remarquable et qu'on ne pourrait retrouver avec une telle fréquence au niveau d'aucune autre artère; et ne marque-t-elle pas déjà l'anévrysme mésentérique d'un cachet spécial.

Il s'agit le plus souvent d'une endocardite infectieuse mitrale ou aortique greffée sur une endocardite ancienne et survenant chez un malade jeune, ancien rhumatisant. Nous relevons les âges de 14, 19, 20, 21 ans dans les observations de Jacobson, Whitier, Lazarus, Wilks; d'autres fois le malade est plus âgé (30-40 ans) et l'endocardite s'est implantée sur un endocarde primitivement sain. Dans ces cas l'embolie septique mésentérique n'est le plus souvent pas la seule; les embolies rénales,

1. Les anévrysmes des artères mésentériques si rares chez l'homme se rencontrent *très fréquemment* chez le cheval. C'est la mésentérique supérieure qui est atteinte le plus souvent; leur grosseur varie d'une noisette à une tête d'enfant, il en existe assez souvent plusieurs chez le même animal. Ce sont des anévrysmes vermineux. Ils sont dus à un schizomycète, le strongle armé, dont les larves se trouvent dans les parois sous forme de petits vers longs de 6 à 20 millimètres. Des anévrysmes de cette sorte n'ont jamais été vus chez l'homme; chez le cheval très rarement ils peuvent affecter d'autres sièges (aorte abdominale, artères rénales). Consulter à ce sujet : Eppinger, Pathogenesis, Histogenesis und Atiologie der Aneurysmen, einschliesslich des Aneurysma equi verminosum (*Arch. für kl. Chirurgie.* Bd. XXXV) et O. Bollinger, Die Kolik der Pferde und der Wurmaneurysma der Eingeweidsarterien, München 1870.

2. Ce sont les cas de Rodet, Gull, Ogle, Wilks Jacobson, Whitier, Lagarus, Martin de Gimard, Machiafava et Mariotti. — L'endocardite infectieuse est aussi probable dans le cas de O'Ferral.

spléniques sont très souvent signalées; l'hémiplégie a été constatée dans deux cas, précisément chez des adolescents (Whitier, Lagarus).

Nous n'avons pas à faire, à propos de ces faits, l'histoire de ces anévrysmes emboliques, d'origine septique, dont le mécanisme est bien élucidé depuis le travail de Ponfick(1). Ils surviennent toujours peut-on dire au cours d'une endocardite infectieuse, et ce sont les débris de végétations, farcis de microorganismes virulents, qui vont au loin, au hasard de la migration sanguine, ensemencer les tuniques artérielles des troncs dans lesquels ils s'arrêtent. La tunique ainsi altérée perd sa résistance, se laisse rapidement distendre et la poche anévrysmale est constituée. Nous verrons du reste combien cette poche diffère d'un anévrysme banal et combien elle a de la tendance à évoluer vers la rupture et l'anévrysme diffus ou disséquant.

Jacobson, ayant dans son observation trouvé 2 poches distinctes sur le trajet de la mésentérique supérieure, s'exprime ainsi : « La présence de ces deux poches sur le même vaisseau doit faire rejeter l'hypothèse d'embolies. Il est plus probable qu'il s'agit d'artérites aiguës ayant déterminé des modifications rapides de la paroi artérielle, d'où dilatation anévrysmale et rupture. » C'est évidemment une interprétation plausible et même séduisante qui montrerait l'infection sanguine colonisant à la fois sur les valvules et sur le vaisseau; nous croyons cependant, qu'à défaut de vérification d'un tel processus l'explication de deux poches sur le même vaisseau s'explique plus simplement par la fragmentation de l'embolie primitive et la fixation d'une de ses parcelles un peu plus bas.

Quant aux raisons pour lesquelles on note parmi les anévrysmes de la mésentérique supérieure une telle proportion d'anévrysmes emboliques, on peut les trouver dans la rareté des autres anévrysmes à ce niveau, dans la fréquence des embolies dans ce tronc artériel, et enfin dans ce fait que la mésentérique supérieure n'étant pas incluse dans un parenchyme comme les branches de la rénale ou de la splénique, ses parois sont plus susceptibles de s'ectasier. Pareille disposition existe au niveau des artères cérébrales ou l'anévrysme embolique est, comme on le sait, assez fréquent.

Quoiqu'il en soit de ces explications, on voit que l'étude de l'anévrysme mésentérique constitue le complément indispensable d'une étude sur les embolies de cette artère, car elle comprend à peu près tous les cas (2) d'embolies mésentériques au cours de l'endocardite infectieuse.

II. Anatomie pathologique. — C'est presque toujours l'artère mésentérique supérieure qui est le siège de la tumeur anévrysmale; cette prédominance est aussi marquée que pour les embolies. Ce n'est que dans 2 cas seulement sur 23 que la mésentérique inférieure fut atteinte (Peacock, Rodet).

La tumeur siège presque toujours au niveau de la portion supérieure de la mésentérique supérieure au moment ou elle pénètre dans le mésentère et donne ses premières branches, parfois même au-devant du duodénum. Dans un cas, celui déjà cité de Jacobson, la tumeur anévrysmale était double et séparée par une distance d'environ 2 à 3 centimètres.

Les dimensions de la poche sont rarement volumineuses; elles sont comparées à celles d'un œuf de poule (Chauffard, Jacobson), d'une pomme (Lagarus); d'autrefois la poche anévrysmale véritable est de dimension minime, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, mais elle communique avec une vaste poche sanguine adjacente, plus ou moins enkystée et constituant un anévrysme faux. Dans d'autres cas l'anévrysme peut être volumineux pour comprimer les régions voisines sous-hépatique ou rénale. L'orifice de communication du sac avec l'artère peut avoir la forme classique du collet, cependant dans les anévrysmes emboliques infectieux l'orifice de communication peut-être très petit, comme la tête d'une épingle (Lazarus) et assez souvent la tumeur est fusiforme.

La poche anévrysmale peut être nettement limitée sur tout son pourtour, lisse et incluse dans les feuillets péritonéaux mésentériques; d'autres fois ses parois sont comme déchiquetées, clivées et répondent à la description de l'anévrysme disséquant; on trouve alors des sortes de bosselures, d'expansions entées sur la tumeur primitive. C'est une circonstance qui est relevée assez fréquemment au cours des anévrysmes compliquant l'endocardite infectieuse. Dans d'autres cas, c'est franchement à un anévrysme diffus que l'on a affaire. Dans l'observation de Whitier, il existait au-devant du rein gauche, en arrière du côlon descendant, dans la région sous-péritonéale, une tumeur remplie de sang et de caillots; cette tumeur vidée laissait voir un orifice de communication étroit avec un anévrysme de la mésentérique supérieure de la grosseur d'une petite cerise. Il s'agissait donc dans ce cas d'un anévrysme rompu avec formation consécutive d'une poche fausse, mal limitée.

Le plus souvent, c'est dans l'épaisseur du mésentère que se fait cette rupture. On la trouve signalée dans les observations de Gallovay, Langlet, etc. Il est dans ces cas toujours ardu de disséquer la pièce anatomique et de trouver la communication avec l'artère.

La rupture de la poche dans la cavité péritonéale, avec ou sans intermédiaire de l'anévrysme faux ou disséquant intra-mésentérique, est fréquente. Elle est relatée dans les cas de Ogle, Gull, Lecadre, Gallovay, Langlet. Dans ce cas on trouve la cavité péritonéale remplie de sang et sur l'une des faces du mésentère (presque toujours la face supérieure et droite) un orifice étroit, ecchymotique, à bords plus ou moins déchiquetés et irréguliers et qui conduit dans la cavité sanguine primitive. La rupture peut encore se faire dans les organes voisins et notamment dans le duodénum. C'est ce qui se passa dans les cas de Chauffard, de Gairdner et dans celui de Schmidt où la rupture eut lieu à la fois dans l'intestin et dans le péritoine. Cette ouverture se comprend facilement si l'on songe que l'anévrysme siège le plus souvent sur la mésentérique supérieure au niveau de sa portion initiale qui précisément croise en sautoir la 3e portion du duodénum, contre les tuniques duquel elle est absolument juxtaposée.

III. Symptomatologie. — Les modes de traduction clinique que revêt l'anévrysme mésentérique sont très variables. On peut cependant distinguer dans leur symptomatologie deux périodes : une période d'évolution de la tumeur, une période terminale ou de rupture.

1° *Période d'évolution.* — Elle varie beaucoup suivant les malades. La tumeur parfois est absolument latente.

1. Ponfick. Ueber embolische Aneurysmen (*Virchow's Archiv*, Bd 58-67). Voir aussi sur « mykotische embolische Aneurysma » le travail cité plus haut d'Eppinger.

2. Hormis 4 cas où l'embolie septique s'accompagna d'infarctus intestinal et non d'anévrysme. Ces 4 cas sont signalés plus haut à propos de l'étiologie de l'embolie mésentérique.

Nous citerons à ce propos le cas si particulièrement probant et saisissant de Lecadre (du Havre), dans lequel une jeune femme de 20 ans, enceinte de 6 mois, qui n'avait éprouvé aucun trouble antérieur et n'avait jamais ressenti de douleur abdominale, fut brusquement prise d'accidents péritonéaux causés par la rupture de la poche et mourut en quelques heures. Etant donné l'absence totale d'accidents antérieurs, la brusquerie des phénomènes qui amenèrent la mort, on crut à un empoisonnement criminel dont on accusa le mari, un épouseur tardif. L'autopsie révéla un anévrysme de la mésentérique supérieure rompu dans le péritoine.

Le plus souvent cependant il existe quelques douleurs ou des symptômes abdominaux mal déterminés (Wilson, obs. II). Dans quelques cas les douleurs abdominales sont très vives et rappellent par leur caractère violent et paroxystique les crises douloureuses de l'anévrysme de l'aorte abdominale.

Dans toutes ces observations, la tumeur est bien rarement sentie; ce n'est que dans quatre faits que nous notons l'existence de ce signe (Whitier, Chauffard, Wilson, O'Ferral). Chez la malade de Chauffard, âgée de 23 ans, « on sentait très distinctement la tumeur soulevée en totalité par une pulsation artérielle puissante. Cette pulsation semblait se développer au-dessous de la tumeur et la soulever en masse. Le stéthoscope appliqué au-dessus de la tumeur permettait de constater un souffle rude, râpeux ayant nettement son maximum d'intensité au point correspondant du sommet de la tumeur ». Dans le cas de Whitier, la tumeur était sentie au niveau de l'hypochondre; dans celui de Wilson (obs. I), dans la région sous-hépatique.

Nous avons dit plus haut, qu'en raison de son volume, la tumeur anévrysmale pouvait comprimer les organes voisins; dans ce cas, la scène symptomatique revêt une allure bien spéciale. Nous retenons à ce propos l'observation I de Wilson, dans laquelle il se développa chez une femme de 24 ans un ictère chronique très accentué pour lequel elle fut admise à l'hôpital. La mort survint et l'on trouva un volumineux anévrysme mésentérique supérieur; le canal cholédoque était comprimé et comme englobé dans les parois du sac. Dans une autre observation (Burney Yeo), le sac anévrysmal comprimait le pédicule rénal; le malade fut pris de convulsions éclamptiques, de coma et mourut. L'auteur attribue à cette compression la mort et son cortège urémique. Cette interprétation fut du reste très discutée dans la Société anglaise où le cas fut présenté, car l'artère rénale était seulement comprimée, non oblitérée.

2° *Période terminale ou de rupture.* — Le malade peut mourir avant la rupture de la poche par suite de l'évolution rapide de la maladie causale (endocardite infectieuse) ou par suite d'autres causes intercurrentes ou concomitantes.

Cette rupture est cependant une terminaison très fréquente; nous la trouvons signalée dans les observations de Gallovay, Lecadre, Langlet, Gull, Ogle, Wilks, Jacobson, Martin de Gimard, etc.

Ce qu'il y a de remarquable dans tous ces cas, c'est que *la mort n'est pas brusque, mais seulement rapide.* C'est au milieu d'un ensemble de phénomènes abdominaux et péritonéaux que la mort survient. Il se produit d'ordinaire de violentes douleurs abdominales, puis très rapidement des nausées, des vomissements. Le malade prend le facies abdominal, il pâlit et meurt parfois au bout de quelques heures. Dans le cas de Lecadre, cité plus haut, la scène morbide dura 16 heures et l'on crut à un empoisonnement aigu. Cette évolution relativement traînante des phénomènes, dans une rupture intra-péritonéale d'un anévrysme, se comprend aisément, car le plus souvent elle est précédée de la formation d'un anévrysme faux dans le mésentère, et c'est de ce moment que datent les accidents; d'autre part la rupture de la poche se fait par un orifice irrégulier, étroit, encombré, obturé par des lames fibrineuses que le sang doit cliver, décoller et traverser. De telle sorte que le sang sourd lentement dans le péritoine avant de produire le jet terminal et soudain.

Les mêmes phénomènes peuvent se produire lors de la rupture dans le tube intestinal au niveau du duodénum. Cette terminaison est notée dans les faits de Schmid, de Gairdner, de Chauffard. Cette dernière observation est bien remarquable par la lenteur d'évolution des phénomènes. Il s'agissait d'une femme de 23 ans entrant à l'hôpital avec des symptômes d'anémie aiguë. Cette anémie était due à des hémorrhagies intestinales multiples, abondantes, répétées, sans cause appréciable, pour lesquelles elle avait déjà été traitée dans un un autre service, où l'on avait pensé à des hémorrhagies intestinales « de nature essentielle ». Elle mourut au milieu de symptômes péritonéaux et l'autopsie donna l'explication de cette évolution spéciale des hémorrhagies intestinales. « La tumeur avait contracté des adhérences intimes avec la 3ᵉ portion du duodénum; au niveau de ces adhérences la muqueuse intestinale était amincie et au centre ulcérée. Un stylet mousse passait sans effort par ce point ulcéré de l'intestin dans l'intérieur de la tumeur. Les caillots concentriques passaient au-devant de cette ouverture accidentelle dans l'intestin et mettaient seuls obstacle à la libre et entière communication du tac avec la cavité digestive. » C'est du reste un fait général à la rupture des anévrysmes dans les diverses cavités et l'on connaît les hémorrhagies répétées, peu abondantes précédant la rupture terminale d'une poche aortique dans l'œsophage ou la trachée.

Etant donné d'une part la rareté de ces anévrysmes mésentériques, la variabilité de leur expression symptomatique, d'autre part l'absence de symptômes caractéristiques et parfois même la présence de symptômes anormaux, on comprend que le diagnostic en soit presque impossible. Il ne le serait que dans les cas où la tumeur serait nettement appréciable avec ses caractères spéciaux. Nous ne connaissons qu'un cas, celui de Chauffard, dans lequel la possibilité de l'anévrysme mésentérique supérieur fut envisagée et acceptée. La tumeur anévrysmale avait des battements manifestement inclinés à gauche du tronc aortique, et on put ainsi écarter l'anévrysme de l'aorte abdominale, du tronc cœliaque et circonscrire le diagnostic à celui de la mésentérique supérieure.

Dans tous les autres cas ce fut une trouvaille d'autopsie.

BIBLIOGRAPHIE

Lecadre, *Journal de médecine et de chirurgie*, Paris, 1830, 381-383;
Wilson, *Medico chirurgical transactions*, 1841, XXIV (2 cas);
O'Ferral, *Proc. Pathol. soc. Dublin*, 1847, 212-214;
Gairdner, *Monthly Journ. med. sc.* London, 1850, 83-90;
Bennet, *id.*, 1852, 69-81;
Ogle, *Transact. path. society of London*, 1856-7, 168-170;
Lancet, 1857, II, 87;
Gull, *Lancet, London*, 1859, II, 484;
Wilks, *Transact. of the path. society of London*, 1859 60, 44;
Peacock, *id*, 1861, XII, 73 75;
Clark, *Boston, med. and surg. journal*, 1861, 25;

Chauffard, *Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 1864.
Rodet, *Mém. société des sciences médicales de Lyon*, 1864, 155;
Langlet, *Bull. soc. anat.*, 1861, XII, 73-75;
Heppner, *Med. Jahrb. Wien*, 1869, XL, II;
Schmidt, *Medico-chir. centralblatt*, 1877, 506;
Martin de Gimard, *Bull, soc. anat.*, 1886;
Marchiafava et Mariotti, *Bull. soc. Lancisiana, hosp. Rome*, 1887, VII, 246-251;
Whitier, *Boston med. and surg. journal*, 1887, 10 nov.;
Jacobson, *Bull. soc. anat. de Paris*;
Gallovay, *Transact. path. soc. of London*, 1890-91, XLII;
Lagarus, *Wien med. Blatt.*, 1891, XIV, 389;
d'Evelyn, *Pacific in. j. transact.*, 1893, XXXVI, 612;
Burney Yeo, *Transact. of the path. society of London*, XXVIII, 1894.

NEUROPATHOLOGIE

Une forme particulière de réaction électrique anormale,

Par V. Capriati (1).

Cette forme de réaction électrique ne semble pas encore avoir été décrite. L'auteur l'a rencontrée chez un individu affecté de polynévrite apoplectiforme. On traitait le malade par la galvanisation, l'électrode indifférente étant appliquée sur la nuque, l'électrode active sur les points musculaires. Avec une certaine intensité de courant, les interruptions, sur la plupart des muscles, ne provoquaient autre chose que des contractions normales, à savoir des contractions se maintenant égales, et dont l'amplitude n'était guère modifiée par l'inversion du sens du courant. Sur quelques muscles, plus précisément sur ceux où l'électro-diagnostic avait fait constater des modifications (diminution de la contractilité galvanique et faradique), l'effet des interruptions successives du courant est très particulier. Le deltoïde, le biceps et l'extenseur commun des doigts se contractent avec une intensité suffisante de courant, lorsque l'électrode négative est appliquée sur eux; mais les contractions, au lieu de demeurer sensiblement égales entre elles lors des interruptions successives régulièrement espacées (30 par minute), augmentent en intensité au point de devenir de véritables secousses convulsives. A ce moment, si on invertit le sens du courant de telle façon que l'électrode active soit la positive, on observe une modification inverse : les contractions, d'abord très vives, réduisent graduellement leur intensité et leur amplitude, et deviennent de plus en plus faibles.

Les tracés donnés par l'auteur montrent bien l'accroissement des contractions lorsque le pôle négatif est actif : la contraction arrive peu à peu à une hauteur triple de celle qu'elle avait au début. On invertit, le pôle positif devient actif : la hauteur graphique des secousses se réduit, après un certain nombre de contractions décroissantes, de 2 centimètres à quelques millimètres. Nouvelle inversion, le pôle négatif est actif, le tracé de l'aiguille remonte peu à peu, et ainsi de suite descend et remonte après chaque inversion.

Dans l'ensemble, on a un graphique fusiforme. Il s'agit en somme d'une forme particulière de réaction musculaire au courant galvanique caractérisée par une augmentation progressive de l'excitabilité au pôle négatif et par une diminution progressive de cette excitabilité au pôle positif.

Cette réaction a des points communs, d'une part avec la réaction convulsive de Benedikt et avec la réaction de l'augmentation de l'excitabilité secondaire de Brenner; d'autre part, avec la réaction d'épuisement de Benedikt et avec la réaction myasthénique de Jolly. Néanmoins elle constitue un phénomène tout nouveau, méritant le nom de réaction antagonistique.

Il est permis de supposer que, mise en évidence à propos d'un cas de névrite au niveau des muscles particulièrement frappés, elle ne constitue qu'une nodalité de l'expression de la dégénération neuro-musculaire. Il n'y a pas en effet de formule univoque pour la réaction de dégénérescence; il y en a plusieurs, différant entre elles par les éléments qui les constituent (Doumer).

Cette réaction, trouvée dans une polynévrite, a été vérifiée dans un autre cas : névrite multiple à la suite de l'intoxication urémique. Appartiendrait-elle au syndrome électrique de la polynévrite? L'avenir répondra à cette question.

1. *Annali di Nevrologia*, 1901, fasc. 3, p. 201.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Devaux (Albert). *Endothéliomes des méninges, étude histologique, clinique et pathogénique.* N° 490. (Masson.)

M. Parant (Armand-Victor). *Les délires de jalousie.* N° 506. (Imp. Privat, Toulouse.)

M. Espinasse (Pierre-Marcel). *L'assistance familiale des aliénés.* N° 507. (Vigot frères.)

M. Bert (Jules-Henri). *Contribution à l'étude des hémorrhagies multiples d'origine hystérique.* N° 519. (Boyer.)

M. Pareur. *Du purpura de l'épilepsie.* N° 542. (L. Boyer.)

M. Paté (Benjamin). *Diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte par les rayons de Röntgen.* N° 598. (Naud.)

M. Courtadon (Louis). *De la résistance électrique du corps humain.* N° 528. (L. Boyer.)

M. Doazan (Jules). *Essai sur les principaux types d'asthme cardiaque.* N° 654. (G. Steinheil).

M. Reynaud (Georges). *L'hypotension artérielle et sa valeur clinique dans les états toxiques et infectieux.*

M. Lombard (Jules-André). *Contribution à l'étude physiologique du leucocyte.* N° 346. (Maloine.)

M. Antoniotti (Jean-Pierre). *Le paludisme. Prophylaxie individuelle.* N° 612. (Steinheil.)

M. Pierra (Louis). *La surcharge alimentaire. Cause d'intolérance gastro-intestinale chez le nourrisson.* N° 485. (L. Boyer.)

Les malades porteurs de tumeurs cérébrales présentent, à côté de la dépression et de la diminution intellectuelles, un état mental particulier qui constitue leur note psychopathique dominante : c'est un état de torpeur, d'engourdissement psychique, d'obnubilation intellectuelle auquel peut s'ajouter du puérilisme mental. Les endothéliomes des méninges auquel M. Devaux consacre une très bonne étude peuvent subir, outre la dégénérescence calcaire, un autre processus dégénératif, consistant en l'infiltration des cellules par une matière prenant fortement l'éosine et aboutissant à la rétraction de la cellule : c'est la dégénérescence hyaline. Elle n'est pas particulière aux endothéliomes des méninges, mais se retrouve dans les granulations de Pacchioni et dans les fausses membranes méningées, ayant toujours comme siège de prédilection les zones péri et paravasculaires.

Les lésions des cellules corticales sont les suivantes : dans les circonvolutions directement comprimées, atrophie cellulaire; dans les circonvolutions indirectement comprimées, gonflement cellulaire avec chromotalyse périphérique et excentricité du noyau.

Dans la pathogénie des tumeurs cérébrales, à côté de la compression de l'encéphale qui joue un rôle peut-être non négligeable, il faut faire une place à l'action des produits toxiques sécrétés par la néoformation sur les éléments nerveux. Militent en faveur de cette hypothèse certains arguments histopathologiques (altérations des cellules corticales et des nerfs optiques comparables aux lésions toxi-infectieuses), anatomiques (large communication sanguine et lymphatique du néoplasme et de l'encéphale permettant l'imprégnation du tissu cérébral par les

toxines issues du foyer pathologique; extrême sensibilité aux toxines de l'écorce grise), cliniques (analogie des tableaux cliniques des encéphalopathies toxiques, de l'urémie, du diabète, du saturnisme et de l'encéphalopathie néoplasique).

L'intoxication de l'encéphale doit donc prendre place parmi les facteurs pathogéniques (compression, irritation, phénomènes vasculaires) invoqués pour expliquer les symptômes des tumeurs cérébrales.

M. Parant consacre une bonne et consciencieuse étude aux délires de jalousie. Il montre qu'il existe des idées délirantes de jalousie dans un grand nombre de maladies mentales. Ces idées ne sont pas, comme le voudrait une opinion née dans la psychiatrie allemande, exclusivement de nature alcoolique chez l'homme. Elles peuvent, chez l'homme comme chez la femme, exister en dehors de cette intoxication.

Il y a une forme de délire de jalousie en rapport avec la démence sénile. Dans les délires systématisés, les idées de jalousie évoluent sur un fonds constitutionnel spécial, suivant les types de délire primitif de Lasègue, de délire secondaire aux psycho-névroses et aux intoxications, et de délire raisonnant de Falret. Les idées de jalousie sont pures ou plus fréquemment associées ou alternantes avec d'autres idées délirantes, principalement les idées de persécution.

Le médecin légiste doit savoir les analyser car il a souvent à apprécier l'état mental du jaloux à l'occasion de nombreux problèmes dont plusieurs ne sont que des cas particuliers de problèmes plus généraux (internement, responsabilité); dont d'autres, au contraire, sont plus spéciaux à la jalousie (situation des époux, des enfants, testaments, crimes dits passionnels).

De l'observation de nombreux aliénés à la Colonie d'Ainay-le-Château, et de l'étude des résultats obtenus dans diverses autres colonies M. Espinasse conclut que partant du système d'internement en bloc des aliénés sans distinction de formes maladives, on en est arrivé à l'heure actuelle à une conception toute différente. Le principe qui régit l'assistance et le traitement des aliénés est celui de l'individualisation, c'est-à-dire que l'on se rend compte qu'à chaque forme de maladie mentale correspond un traitement particulier.

La plupart des aliénistes proposent maintenant pour la pratique, le classement suivant, d'ailleurs en partie réalisé :

Formes aiguës : traitées dans les asiles-hôpitaux (alitement).

Formes spéciales : alcooliques (asiles spéciaux : Ville-Evrard); fous moraux (asiles de sûreté), etc.

Formes chroniques : les unes traitées dans les asiles-hospices auxquels peuvent être annexées des colonies agricoles (Ville-Evrard, etc.); les autres appelées à bénéficier de l'assistance familiale.

Or, d'après M. Espinasse, il est possible, et l'expérience est confirmative à ce sujet, de traiter en dehors des asiles fermés, en particulier dans les colonies familiales, nombre d'aliénés de diverses catégories.

Les tentatives de colonisation familiale faites en plusieurs pays, en plusieurs régions fort dissemblables, et suivies de réussite, montrent que ce mode d'assistance est susceptible de réalisation en maints endroits.

La forme de la maladie mentale n'implique pas forcément la possibilité du maintien de l'aliéné dans une colonie familiale. C'est l'examen individuel du malade qui seul, dans la majorité des cas, permet de décider.

Hommes et femmes peuvent bénéficier de la colonisation familiale. De ce mode d'assistance on pourrait tenter une généralisation aux enfants arriérés, et même aux non-aliénés malades (enfants, vieillards, adultes).

Pour M. Bert, lorsque chez un sujet, surviennent au milieu d'une santé parfaite, des hémorrhagies multiples, se faisant soit au niveau de la peau, soit au niveau des muqueuses, il faut songer à l'hystérie comme cause productrice.

Ces hémorrhagies ont des caractères spéciaux qui permettent de soupçonner leur nature.

a) Le sujet est averti de leur apparition, par une sensation spéciale, constituant une véritable aura;

b) Un des caractères les plus importants de l'écoulement sanguin est d'apparaître et de cesser brusquement sans altérer en rien l'état général du sujet;

c) Elles sont généralement multiples et concomitantes, affectant des régions identiques.

Les hémorrhagies hystériques du sein, habituellement unilatérales peuvent se faire par les deux mamelons.

La plupart des cas d'hémorrhagies dites supplémentaires sont vraisemblablement d'origine hystérique.

Les hémorrhagies hystériques peuvent survenir aussi bien chez des individus présentant tous les stigmates de la névrose, que chez des sujets chez lesquels on ne constate que quelques stigmates.

M. Pareur rappelle que deux variétés de purpura peuvent se montrer dans l'épilepsie à la suite des accès :

Un purpura localisé à la face et au cou et qui peut être considéré comme le résultat d'un trouble circulatoire mécanique local.

Un purpura généralisé qui paraît être d'origine exclusivement nerveuse. Pour M. Pareur au moins, l'action du système nerveux se montre si prépondérante, si indépendante, si isolée, et l'action générale dyscrasique ou infectieuse si nulle, qu'il lui semble difficile de ne pas admettre l'influence exclusive du système nerveux.

Fréquemment en dehors de tout signe stéthoscopique révélant l'anévrysme de la crosse aortique on trouve des phénomènes de compression ou d'irritation tels que :

Paralysie des cordes vocales, et raucité de la voix, dyspnée et oppression, douleurs rebelles et persistantes, névralgies costales, brachiales, diaphragmatiques, dysphagie et spasmes.

Le diagnostic reste hésitant entre une tumeur du médiastin, une tumeur des ganglions trachéo-bronchiques, une pleurésie médiastine, un anévrysme de l'aorte.

M. Paté montre que dans ces cas, la radioscopie s'impose : elle induira rarement en erreur, plus souvent elle révélera une affection complètement ignorée et passée inaperçue.

Elle est préférable à la radiographie parce qu'elle permet d'étudier les contours de cette tumeur, de l'examiner en tous sens (examen antérieur, examen postérieur, examen latéral) surtout d'en voir les battements, et de constater par des séances répétées la marche progressive. Il faut déplacer l'écran et l'ampoule, et changer la vitesse de l'interrupteur jusqu'à ce que l'image soit bien nette.

D'une étude très complète sur la résistance électrique du corps humain, M. Courtadon conclut qu'on doit proscrire absolument l'emploi du courant faradique dans toutes les recherches cliniques.

La résistance a son siège principal dans la couche des cellules cornées de l'épiderme. A l'état normal, elle varie inversement de la durée d'application du courant et de l'intensité des courants employés.

Les diminutions produites par ces deux causes persistent un certain temps après la disparition de ces causes.

La résistance augmente avec l'exercice musculaire, il semble qu'il y ait auto-polarisation des tissus après le travail musculaire.

La résistance est diminuée dans la maladie de Basedow, la neurasthénie, la chorée, la mélancolie d'origine dégénérative, en un mot, dans les maladies liées à un état de dépression ou d'affaiblissement des centres modérateurs du système vaso-moteur. Elle est diminuée encore dans les myopathies non atrophiques ou pseudo-hypertrophiques tant qu'il n'y a pas de vaso-constriction ni de diminution du volume des muscles, mais simplement impuissance ou faiblesse par dégénérescence des cellules.

La raison de cette diminution est complexe et M. Courtadon signale :

1° L'irrigation meilleure et la transpiration plus ou moins sensible qui accompagnent les maladies de la première catégorie ;

2° Le gonflement et l'imbibition des cellules dans celles de la seconde ;

3° La diminution ou la disparition complète de l'électricité

produite par l'action du muscle dans celles de la troisième et par suite l'absence d'auto-polarisation.

Elle est augmentée dans l'hystérie, dans les paralysies avec refroidissement de toutes origines, dans l'épilepsie, dans la paralysie générale, dans la mélancolie, en un mot dans tous les états pathologiques accompagnés d'une vaso-constriction exagérée.

Elle est augmentée dans la sclérodermie, dans la tuberculose cutanée éléphantiasique, dans le béribéri à la période atrophique, en un mot, dans les états accompagnés d'une kératinisation exagérée des cellules épidermiques ; dans les atrophies et dans les cachexies avec amaigrissement ; dans les épanchements viscéraux ou locaux qui séparent des cellules en contact auparavant; dans les pyrexies continues même accompagnées de congestions intenses des téguments.

Les raisons de cette augmentation sont suivant les cas la vaso-constriction et par suite la sécheresse et la kératinisation plus grande de la peau, la kératinisation anormale, la diminution de la section des conducteurs musculaires, la présence d'une résistance liquide surajoutée séparant des plans auparavant en contact (cette résistance surajoutée, c'est la couche de liquide épanchée). Enfin, l'augmentation des combustions et du chimisme vital, dont la fièvre n'est qu'une manifestation.

s

L'étude des observations cliniques de pseudo-asthme chez le cardiaques permet de les classer en deux grandes catégories les petits accès et les grands accès. M. Doazan, élève de Merklen' montre que ces formes diffèrent par leurs symptômes, leur étio logie, l'interprétation pathogénique qu'on en peut donner et leur traitement.

Les petits accès sont cliniquement caractérisés par une dyspnée survenant au cours du sommeil, ayant son maximum d'intensité d'emblée, car ils sont rapidement calmés par le réveil et les efforts respiratoires. Leur durée varie de quelques minutes à une demi-heure.

Ils peuvent s'observer dans les cardiopathies rhumatismales décomposées et dans la plupart des cas d'insuffisance cardiaque. Ils s'observent plus encore chez les artério-scléreux séniles ; leur accès de dyspnée est souvent compliqué de sténocardie, ce qui semble indiquer une insuffisante irrigation du myocarde.

Les petits accès qui surviennent au cours des cardiopathies rhumatismales coïncident habituellement avec des accidents hyposystoliques et cèdent comme eux au repos et à la digitale. Cela prouve qu'ils dépendent principalement de l'insuffisance cardiaque.

Les petits accès des scléreux séniles paraissent subordonnés à un état habituel de myopragie cardiaque qui s'exagère sous l'influence du sommeil, mais il est possible qu'ils résultent pour une part de l'insuffisante irrigation des centres respiratoires, c'est-à-dire de l'athéromasie cérébrale. L'usage habituel de la théobromine à petites doses suffit souvent pour en prévenir le retour.

Les grands accès sont caractérisés par des crises de dyspnée, souvent aussi nocturnes, mais parfois diurnes, crises violentes qui ne cessent qu'après une heure, deux heures et même davantage.

Ces accès ont tantôt une forme simple, tantôt sont compliqués d'angine de poitrine ou d'œdème pulmonaire. On les observe chez les grands artério-scléreux qui peuvent présenter, avec une prédominance variable, des manifestations de myocardite, d'aortite ou de sclérose rénale.

Ce sont des accès dont la pathogénie est complexe. L'insuffisance rénale et la toxémie alimentaire doivent être mises au premier plan. Mais l'insuffisance cardiaque peut contribuer à les produire ou à favoriser leur répétition. D'autre part, ils peuvent dépendre de l'ingestion de certains aliments et des troubles dyspeptiques qui relèvent de l'insuffisance rénale, se rapprochant ainsi des accès dyspnéiques d'origine gastrique. Enfin, il faut tenir compte de l'irritabilité des centres respiratoires qui s'établit chez certains artério-scléreux après un ou plusieurs accès, et qui en facilite le retour à l'occasion des causes les plus diverses, même l'émotion.

La thérapeutique sera complexe comme la pathogénie. L'indication capitale est de favoriser l'élimination rénale et d'empêcher les intoxications par le régime lacté surtout.

Cela n'empêche que les médicaments toni-cardiaques et diurétiques, en particulier la digitaline et la théobromine, sont nécessaires dans un grand nombre nombre de cas. La médication vaso-dilatatrice (trinitrine, tétranitrate d'érythrol) qui soulage le travail du cœur peut prévenir aussi, chez certains artério-scléreux, la répétition des crises.

Quand il existe des troubles gastriques, il faut éviter, par un régime sévère, toute excitation stomacale capable de mettre en éveil l'irritabilité des centres respiratoires. Cette irritabilité elle-même devra, dans certains cas, être calmée par l'emploi de petites doses de chloral.

Au point de vue du traitement immédiat des accès, la ligne de conduite sera différente suivant qu'ils seront compliqués ou non d'œdème pulmonaire. Dans ce dernier cas, il faut recourir à la saignée et à la révulsion, tout en y associant les injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée. Les grands accès sans œdème peuvent être justiciables des injections de morphine à petites doses, dont il sera nécessaire de surveiller l'action, mais il faudra aussi prévenir la défaillance cardiaque en y adjoignant les injections de caféine, d'huile camphrée et d'éther.

L'abaissement de la tension artérielle étudié par M. Reynaud dans une importante thèse, se manifeste d'une manière à peu près constante dans les états toxiques et infectieux les plus différents.

Indépendamment de l'intérêt qu'elle présente au point de vue scientifique, l'étude de ce phénomène peut fournir pratiquement des données très importantes.

Tout en faisant la part des prédispositions et des résistances individuelles, on peut dire que l'hypotension exprime le plus souvent la mesure du degré d'imprégnation de l'organisme par les éléments toxiques, et cela quels que soient la nature et le mode d'action des influences morbides provocatrices.

Elle reflète en outre fidèlement, dans la plupart des cas, l'état cardio-vasculaire, à la condition, cependant, de ne point l'envisager d'une manière isolée, mais de la rapprocher avec soin des autres signes qui l'accompagnent d'ordinaire.

Toutefois certains de ces symptômes, et même des plus importants, peuvent faire défaut, ou bien encore ne donner que des notions insuffisantes, sur la nature et sur la gravité du processus.

Dans ces cas-là, la recherche systématique du symptôme hypotension, grâce à la précocité de son apparition et à la constance de ses caractères, peut encore aider puissamment au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Au point de vue du diagnostic, en effet, la connaissance de ce symptôme est d'une incontestable utilité dans certains cas douteux de tuberculose pulmonaire, où sa présence précède souvent celle de tout signe stéthoscopique ; dans certaines pleurésies de nature indéterminée, où sa persistance, après la résorption complète de l'épanchement, semble révéler l'origine bacillaire de la lésion pleurale ; enfin, dans certains cas hésitants de cirrhose atrophique, où, les signes physiques se trouvant voilés par l'abondance de l'ascite, son existence peut empêcher la confusion avec une autre affection abdominale (Gilbert et Garnier).

Au point de vue du pronostic ; de même que le relèvement plus ou moins rapide de la courbe coïncide d'ordinaire avec la disparition des phénomènes morbides et avec les progrès de la convalescence, de même la précocité et la persistance d'une hypotension considérable, au cours d'une affection toxi-infectieuse, indique toujours un état grave dont l'issue peut devenir fatale, même sans complications véritables.

En outre, un écart subit en plus ou en moins, de la courbe hypotensive peut être l'indice précurseur d'un accident ou d'une complication redoutable, même en l'absence de tout autre symptôme ayant une signification fâcheuse.

D'une intéressante étude sur la physiologie du leucocyte, M. Lombard conclut que les leucocytes sont le principal, sinon le seul agent de l'immunité, en emmagasinant la substance toxique qu'ils laissent éliminer peu à peu.

Pour parer à l'infection, le nombre des leucocytes s'accroît dans des proportions considérables.

Il lui semble dès lors, qu'une substance toxique administrée à dose thérapeutique, telle la strichnine, doit avoir, outre son action sur les fibres musculaires, une action sur les leucocytes

dont elle augmente le nombre et excite les propriétés nutritives ; ainsi s'expliquerait son action dans les cas d'anémie de toute origine.

La solution du problème de l'immunité se trouve dans l'étude des propriétés biologiques du leucocyte.

La malaria est une maladie qui est inoculée par les moustiques. On en a la preuve expérimentale.

La prophylaxie individuelle qu'étudie M. Antoniotti devra donc mettre tout en œuvre pour garantir l'habitant des pays insalubres de la piqûre des moustiques dangereux. Ce dernier rentrera au logis avant le coucher du soleil pour n'en sortir qu'après le lever. Les moyens mécaniques, grillages serrés au niveau des portes et des fenêtres, moustiquaires, masques, gants, constituent un très grand progrès au point de vue pratique. Ils donnent d'excellents résultats, à condition qu'ils soient rigoureusement appliqués.

On devra, pour plus de garantie, continuer à donner la quinine à titre préventif, surtout aux personnes plus particulièrement exposées à l'infection palustre. Pour qu'elle soit efficace, il faudra l'employer à des doses suffisamment élevées : 30 centigrammes tous les jours ou 50 centigrammes tous les deux jours.

Quelle que soit la classe de la société à laquelle il appartienne, le nouveau-né reçoit une alimentation qui pèche beaucoup plus souvent par excès que par défaut. Son alimentation peut être excessive, en effet, dans des conditions multiples qu'énumère M. Pierra : tétées trop fréquentes; tétées trop abondantes. Lait trop pauvre (et nécessité, par conséquent, de le donner en quantité anormale). Au contraire, lait trop riche (la quantité normale pouvant être, ou non, dépassée).

L'alimentation excessive entraîne l'intolérance gastro-intestinale (par l'action d'un triple facteur : mécanique : distension de l'estomac; chimique : fermentations anormales; toxi-infectieux : réveil des microbes de l'intestin et accroissement de leur virulence).

L'intolérance peut se traduire cliniquement :

D'une façon aiguë, par des régurgitations et des vomissements, de la diarrhée, un arrêt ou une chute du poids; exceptionnellement, de la constipation, du météorisme...

D'une façon chronique (chez les enfants non surveillés), soit par des épisodes aigus analogues aux précédents et venant interrompre de longues périodes de santé apparente, soit par des lésions durables : dilatation d'estomac, athrepsie, rachitisme...

Si l'on veut éviter ces accidents, on instituera pour chaque enfant un régime alimentaire qui lui soit propre, en tenant compte de son poids, de son âge, de sa vitalité... On s'assurera, par une surveillance incessante et personnelle, que ce régime est bien suivi et qu'aucune faute n'est commise. On devra se tenir prêt à modifier, en cas d'alerte, le régime institué, en se guidant sur l'état de la nutrition de l'enfant, c'est-à-dire en observant quotidiennement les variations de son poids.

Si, malgré les précautions prises, les accidents d'intolérance se produisent, c'est encore en rationnant l'enfant, en le soumettant, s'il en est besoin, à une diète (diète absolue ou diète hydrique) plus ou moins prolongée, qu'on obtiendra leur disparition rapide.

Enfin, dans les cas douteux, on se rappellera qu'il est beaucoup préférable que l'alimentation du nouveau-né pèche momentanément par défaut que par excès.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Chirurgie du cœur (Weiterer Beitrag zur Herzchirurgie), par Lagenstecher (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 4, p. 56). — Un homme de 39 ans, ouvrier, dans un but de suicide, se porte un coup de couteau dans la région précordiale. Une 1/2 heure après il est apporté à l'hôpital, les vêtement traversés par le sang et, à l'examen, on trouve dans le 4e espace intercostal, à 1 centimètre du sternum, une plaie à direction transversale, longue de 1 centim. 1/2, ne saignant plus. La matité du cœur est augmentée notablement, le pouls imperceptible; rien du côté du poumon ni de la plèvre. Les bruits du cœur sont faibles, mais purs.

La situation s'aggravant de plus en plus, on fait, 2 h. 1/2 après l'accident, la thoracentèse. On forme, au niveau des quatrième et cinquième cartilages costaux, un lambeau ostéo-cutané à base tournée du côté du sternum, et on le rabat de façon à mettre le péricarde à nu. L'artère mammaire interne, qui saigne par son bout central, est liée. La plèvre paraît intacte, mais le médiastin antérieur est rempli de sang et d'air. Le poumon recouvre le péricarde et, non sans difficulté, on trouve la plaie du péricarde qui est agrandie par un coup de ciseaux. On aperçoit alors le cœur droit, grisâtre, paraissant aminci et prêt à se rompre, baignant dans du sang mousseux. Le sang est tamponné et, avec de grandes difficultés, on parvient à distinguer le sillon antérieur du cœur, et enfin le ventricule gauche. On constate alors que l'artère coronaire gauche est sectionnée à 5 centimètres environ de la pointe et saigne abondamment. Un essai de saisir l'artère avec une pince ayant échoué, on passe sous elle une érigne courbe et on lie les deux bouts. L'hémorrhagie s'arrête. Suture partielle du péricarde; drainage du médiastin antérieur; suture lâche du lambeau; pansement.

Les suites opératoires ont été au début relativement satisfaisantes. Mais le lendemain, la température monta et un emphysème sous-cutané apparut sur la moitié gauche. Au 5e jour, la dyspnée augmentant, on défit, sous le chloroforme, la plaie : il n'y avait rien dans le péricarde. Mais une ponction de la plèvre, au niveau du sixième espace intercostal, ayant amené du liquide séro-sanguinolent, on ouvrit, par le volet précordial, la plèvre, et il sortit une grande quantité de sérosité. On draina la plèvre par une contre-ouverture pratiquée dans le sixième espace intercostal.

Le malade, dont l'état avait semblé s'améliorer après cette intervention, succomba brusquement 1 heure après.

A l'autopsie, on trouva une péricardite fibro-purulente, une pleurésie fibrineuse avec atélectasie de la base du poumon gauche; une myocardite parenchymateuse ancienne, une néphrite parenchymateuse et interstitielle.

L'auteur fait remarquer que, malgré l'existence des lésions anciennes du cœur et des reins, son opéré a survécu 5 jours à l'opération. Le cas montre, en outre, que la ligature de la coronaire est possible et n'amène pas l'arrêt du cœur, et que le grand danger de ces interventions réside dans le développement d'une péricardite due à l'apport des germes par l'instrument tranchant ou contondant. Il faudrait donc, dans ces interventions, aseptiser soigneusement le péricarde, et l'auteur pense qu'on pourrait y parvenir par des lavages abondants avec de l'eau salée, lavages qu'il n'a pas faits chez son opéré.

Résection totale de l'estomac, par Thorkild Rovsing (*Hospitalstidende*, 1901, n° 16). — Cette observation, la quatrième qui ait été publiée, concerne une femme de 56 ans, présentant quelques troubles gastriques, mais chez laquelle l'absence de tout symptôme objectif et de toute anomalie dans le chimisme stomacal obligea d'incriminer une néphroptose concomitante. La néphropexie n'ayant produit qu'une fugitive amélioration, l'auteur recourut à la laparotomie.

L'estomac, rétracté, présentait un vaste squirrhe de sa portion médiane. Comme il n'y avait que deux ganglions engorgés au voisinage du pylore, on se décida pour la résection de toutes les parties malades. Après pincement et section du duodénum, libération des épiploons et traction de l'estomac hors du ventre, on pinça et sectionna le cardia au ras de l'œsophage; pas une goutte du contenu stomacal ne vint souiller le péritoine. L'affrontement duodéno-œsophagien étant impossible, on amena une anse jéjunale, à travers une fente du mésocôlon, au contact de l'œsophage; on l'ouvrit en long sur une étendue de 12 centimètres, afin de pouvoir y implanter l'œsophage dilaté. Suture à deux plans, un surjet d'abord au catgut, puis à la soie. Pas de drainage. Suites simples. La malade, opérée le 18 octobre 1900, sortit guérie le 4 décembre. Sa convalescence avait été un peu retardée par une phlébite. Le 26 janvier 1901 elle allait

très bien et détaillait, dans une lettre, son régime qui, pour n'avoir rien d'excessif, n'en était pas moins très substantiel. Le poids de la malade avait augmenté.

Opportunité de l'intervention chirurgicale précoce dans l'appendicite aiguë, par Baillet (*La Touraine médicale*, 15 août 1901). — L'expectation absolue dans l'appendicite est une pratique dangereuse, le taux de mortalité avec une telle manière de faire est relativement très élevé.

L'opération dans la période aiguë, mais avant la survenance de toute complication, est recommandable. Mais en raison des difficultés et des dangers de l'opération effectuée, quand déjà la réaction péritonéale produit l'enkystement de la région appendiculaire, il faut mieux la réserver aux cas où on est certain d'agir dans les 48 premières heures. L'intervention dans ces conditions présente peu de difficultés, et peu de dangers. Elle peut être grave exceptionnellement dans les cas où il existe une intoxication générale de l'organisme, et l'expectation dans ces cas serait peut-être préférable.

Afin d'éviter toute perte de temps, et toute fatigue pour le malade, le transfert du sujet devra être évité. L'opération peut être faite n'importe où, à n'importe quelle heure, sans danger pour l'opéré. D'autre part, il n'est pas nécessaire en général à ce qu'il soit, après l'opération, soumis à une surveillance spéciale, il peut être traité à domicile.

NEUROPATHOLOGIE

Progrès modernes dans le traitement de la Démence (Presidential Addren on modern advances in the treatement of the insane), par J. G. Haveloch (*The Scottish medical and surgical Journal*, août 1901). — L'auteur expose à grands traits les principales méthodes thérapeutiques dont il a fait l'essai en Ecosse vis-à-vis des aliénés. Il n'est pas partisan du traitement des aliénés violents par le repos au lit, et pour lui on doit être éclectique, n'établir en pratique systématique ni le repos au lit, ni l'exercice, mais modifier la conduite à tenir suivant chaque cas individuel. Il signale certains progrès obtenus en Écosse dans l'organisation des asiles (personnel de nuit plus nombreux, substitution de villas multiples groupées autour d'un bâtiment central au grand asile unique). Il rapporte également les essais thérapeutiques infructueux qu'il a tentés avec le corps thyroïde, les bons résultats qu'il a obtenus du paraldéhyde, comme hypnotique, à condition d'employer de fortes doses; il regrette en revanche l'usage du sulfonal et n'admet que sous réserve l'emploi du trional. Il rapporte un certain nombre de faits cliniques à l'occasion de ses diverses opinions.

MÉDECINE

Une nouvelle forme d'hémoglobinurie (Ueber eim nene Form von Hemoglobinurie), par Michaelis (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 4, p. 51). — L'observation que publie l'auteur a trait à une femme de 41 ans, entrée à l'hôpital avec tous les signes d'une hémorrhagie interne, dont la source était une grossesse extra-utérine de 6 semaines. L'hématocèle qui s'était formée se résorba, et la malade guérit rapidement.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, on fut frappé de l'aspect foncé de ses urines. L'examen de celles-ci a montré qu'il s'agissait d'hémoglobinurie pure avec petite quantité d'albumine. Cette hémoglobinurie persista pendant 48 heures, et disparut ensuite.

Cinq jours plus tard, la malade fut prise de frissons, la température monta à 38°,5 et l'hémoglobinurie, avec urine contenant une petite quantité d'albumine, reparut. Elle persista pendant 4 jours, et disparut sans se reproduire pendant les 18 jours que la malade resta encore à l'hôpital.

Quelle était l'origine de cette hémoglobinurie, chez une malade qui n'était pas hémophilique, et n'avait jamais eu d'hémoglobinurie? D'après l'auteur, il serait possible que pendant la résorption du sang épanché dans la cavité abdominale, des substances hémolytiques aient passé dans le sang et produit une dissolution des globules rouges du sang de la malade.

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie (1),

Par MM. P. Le Gendre et G. Lepage.

Prescription des honoraires. — D'après la loi ancienne, les honoraires des médecins étaient prescrits au bout d'un an; c'était une disposition regrettable puisque souvent, par humanité, le médecin attendait plusieurs mois avant de réclamer ses honoraires et qu'au bout d'un an un client de mauvaise foi pouvait invoquer la prescription. La loi Chevandier a remédié à cet abus en modifiant l'article 2272 du Code civil, de telle sorte que « ... l'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. »

Privilège des honoraires. — Vous savez que les privilèges des honoraires du médecin s'exercent dans certains cas, par exemple en cas de faillite. D'après l'ancienne législation, le privilège n'existait pour le médecin qu'en cas de décès du failli; il y avait là une singulière anomalie, puisque le médecin n'était créancier privilégié que si le malade succombait. La loi Chevandier (art. 12) a corrigé cette bizarrerie en spécifiant que les privilèges généraux sur les meubles s'appliquaient « aux frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison. »

Réclamation des honoraires devant les tribunaux. — D'aucuns discutent la question de savoir s'il faut poursuivre en justice le recouvrement des honoraires que le client se refuse de payer en totalité ou en partie. Quelques médecins penchent pour la négative pour des raisons diverses; les uns invoquent la dignité professionnelle, estimant que c'est déchoir que de réclamer par devant la justice des honoraires médicaux. Dechambre leur a finement répondu en disant : « La dignité sans argent est vraiment un meuble inutile à ceux que pressent les nécessités de la vie. » D'ailleurs en quoi est-ce déchoir que de réclamer des honoraires légitimement gagnés à des clients qui sont assez souvent de mauvaise foi? Qu'est-ce que cette dignité qui obligerait le médecin à se tenir en dehors du droit commun?

Les autres — tout en reconnaissant le droit absolu pour le médecin d'aller en justice — pensent qu'il y a souvent intérêt pour le médecin en tant qu'individu et pour la profession en général à ne pas poursuivre les clients devant les tribunaux. Ils estiment que l'habitude prise par les juges de réduire systématiquement les honoraires médicaux ne fait qu'encourager les clients à ne pas payer, leur fait escompter la crainte qu'a le médecin de voir ses honoraires réduits en justice, etc. Sans doute on peut appliquer ici le conseil ancien « qu'un mauvais arrangement vaut mieux qu'un bon procès ». Cependant il y aurait danger pour la profession à ce que les clients escomptassent trop ce peu de confiance du médecin dans la justice de son pays. Lors donc qu'un client se refusera à vous régler des honoraires qu'il vous doit, n'hésitez pas, après avoir usé de tous les moyens possibles de conciliation, demande d'expertise, d'arbitrage, etc., à lui intenter une action en justice. Il faut peu à peu convaincre les juges que les médecins ne majorent jamais

1. *Gazette hebdomadaire*, 1901, 5 mai, p. 424; 14 juillet, p. 680; 21 et 28 juillet, p. 694, 718; 4 août, p. 739; 13 octobre, p. 967.

leurs notes, qu'ils ne demandent que ce qui leur est strictement dû et que par conséquent il y a rarement lieu de réduire leurs honoraires. Si, malgré les efforts actuels de plusieurs associations médicales, les juges persistent dans leurs errements, le paiement immédiat des honoraires médicaux s'imposera de plus en plus dans l'avenir.

Honoraires illicites. — Il nous faut maintenant aborder une question délicate, celle des honoraires que Dechambre qualifiait déjà d' « illicites », celle de la dichotomie. D'après son étymologie même, la dichotomie est le partage par moitié des honoraires; mais actuellement on tend à considérer comme dichotomie tout partage d'honoraires fait à l'insu de la famille, quelle qu'en soit la proportion. La dichotomie consiste dans le partage clandestin du prix des consultations ou des opérations, dans une proportion plus ou moins élevée, entre le médecin traitant et le médecin consultant.

Si nous traitons devant vous ce sujet, ce n'est point pour étaler comme à plaisir les misères petites ou grandes de la vie professionnelle : c'est parce qu'il y a une utilité réelle pour vous à connaître les multiples côtés de cette question si diversement résolue dans la pratique par les médecins. De plus, il est nécessaire que vous compreniez quels dangers résultent pour la profession médicale en général de l'usage de procédés trop commerciaux. Ce n'est point en faisant le silence sur ces mauvaises pratiques qu'on arrive à les détruire : il faut les étudier franchement et rechercher une solution qui donne une satisfaction avouable à des intérêts très légitimes et méconnus.

Si elle a pris quelque développement depuis plusieurs années, la dichotomie n'est pas née d'hier; écoutez ce qu'écrivait (1) Dechambre sur ce sujet dès l'année 1883.

« Un point qui mérite une attention particulière, parce qu'il préoccupe beaucoup le public médical depuis quelque temps, c'est le partage d'honoraires entre praticiens ayant donné leurs soins au même malade. Presque toujours, c'est le chirurgien qui, plus largement payé que le médecin de la famille, lui donne une part de ce qu'il a reçu; mais ce cas n'est pas tout à fait étranger aux médecins consultants quand ils sont restés longtemps adjoints au médecin traitant. Cette habitude a suscité de si violentes récriminations, que c'est vraiment un mérite de l'aborder en toute liberté.

« J'ose dire tout d'abord que le principe n'en est aucunement répréhensible. Deux confrères sont réunis auprès d'un malade; ils sont souvent de valeurs peu différentes; mais l'un, s'il est chirurgien, gagne 5 ou 6 000 fr. en vingt minutes, ou, s'il est médecin, 1 200 francs en vingt visites, là où le médecin ordinaire qui l'aura appelé gagnera une soixantaine, mettons une centaine de francs. N'allons pas, pour le moment, plus loin que le point de vue moral, et demandons-nous s'il y a forfaiture au chirurgien ou au consultant d'offrir à un confrère si mal partagé, mais à celui-là seulement, un certain dédommagement. On pourrait, à meilleur droit, y voir un acte de bonne confraternité; et, s'il en est ainsi, le médecin traitant peut aussi bien accepter que le consultant offrir; c'est affaire de délicatesse personnelle, où la morale n'est nullement engagée.

« Aussi les hommes de ma génération ont-ils connu une époque où les médecins les plus justement honorés, dont l'état actuel de l'opinion ne permet plus de divulguer les noms, voulaient diminuer en quelque mesure cette inégalité de traitement quand elle devenait trop considérable. Je déclare, — car il n'y a pas de meilleure preuve de loyauté que la publicité des actes, — je déclare avoir moi-même accepté de pareilles offres. Ce sera, si l'on veut, une confession. A mon avis, l'acte n'est blâmable devant la conscience que si le client en fait les frais, c'est-à-dire si le chirurgien ajoute à la somme qu'il croit lui être due une autre somme que le client se trouve ainsi payer, malgré lui et à son insu, au médecin habituel; mais les vieux praticiens dont je parle ne songeaient pas à pareil calcul et prélevaient une part sur des honoraires parfaitement normaux, comme ceux qui résultent d'un nombre déterminé de consultations au prix habituel. J'ajoute que cette part était d'ordinaire assez faible pour ne pas valoir d'être prise en considération dans leur note d'honoraires.

« ... Malheureusement la malice s'en est mêlée. On s'est dit que, en augmentant ses largesses, on pourrait se faire une clientèle de confrères, devenant des pourvoyeurs de malades, et qu'il convenait d'être généreux envers eux en proportion de ses propres prétentions : de là des remises considérables, et la transformation d'un simple acte d'équité en véritables commissions. On a parlé des sommes remises, non plus, comme autrefois, aux assistants des opérations ou des consultations trop mal rétribués par les malades, mais à ceux même qui, de leur côté, avaient reçu largement le prix de leurs soins; non plus même à ces assistants, mais encore aux confrères de province envoyant leurs malades à Paris. Une lutte de commissions s'est engagée et la confiance des pourvoyeurs ou rabatteurs a été mise aux enchères. Naturellement, c'est le client qui fait tous les frais de ces entreprises.....

« Mais la femme de César et le médecin ne doivent pas être soupçonnés : il n'est pas permis d'ailleurs de prêter des armes, même involontaires, aux détracteurs de la profession médicale; et quiconque est jaloux de l'estime publique et de la dignité de l'art *doit aujourd'hui refuser à quelque titre, sous quelque prétexte et dans quelque mesure que ce soit, toute participation aux honoraires des chirurgiens ou des médecins consultants.*

« Un usage ne s'est pas perdu, et je me suis bien assuré dans des conversations qu'il était accepté et pratiqué par des confrères de la plus indiscutable moralité, que révolte fortement le système des remises. Cet usage consiste à présenter en commun, chirurgien et médecin, une note unique faisant masse des honoraires de l'un et de l'autre, sauf à s'entendre entre eux pour le partage. Ici le médecin est rétribué convenablement, et il l'est au su du client, qui, libéré envers lui, n'étant pas exposé à le payer deux fois, n'a pas à s'occuper de ce qui pourra lui revenir. Certes, cet autre système n'est pas absolument réfractaire à l'exploitation des familles; aucun principe n'est bon là où il est entre les mains de l'improbité ; mais celui-ci a la double qualité d'être sincère et de parer à une choquante inégalité. »

Ainsi Dechambre est très catégorique : tout en montrant comment au fond la dichotomie est née d'un sentiment de confraternité, il la répudie en raison même des abus auxquels elle donne lieu. S'il eût vécu jusqu'à notre époque, il est probable qu'il se fût exprimé encore avec plus d'énergie contre l'abus qu'il signalait en voyant le discrédit qui résulte pour la profession médicale de ces pratiques incorrectes que certains défendent comme légitimes et que d'autres mettent en usage en invoquant simplement la dureté des temps.

Si vous voulez être édifiés sur les arguments invoqués par les défenseurs et les adversaires résolus de la dicho-

1. A. Dechambre. *Le médecin. Devoirs privés et publics.*

tomie, lisez le n° 35 de l'année 1897 de ce vaillant journal d'intérêts professionnels qu'est le *Concours médical*. Vous y trouverez exposés d'une manière très complète le pour et le contre de la question ; vous y trouverez de plus une solution qui paraît assez judicieuse.

Passons d'abord en revue les principaux arguments invoqués par les partisans de la dichotomie.

1° *Impossibilité à l'heure actuelle de vivre de l'exercice régulier de la profession*. C'est invoquer l'argument habituel « primo vivere. » Il est facile, disent certains médecins, de faire de la morale, de la mettre même en pratique, quand on a une clientèle suffisamment rémunératrice; mais, quand le produit de cette clientèle est tout à fait insuffisant, non seulement pour réaliser quelques économies, mais même pour permettre au médecin de vivre et de nourrir sa famille, n'est-il pas légitime de chercher par des moyens même discutables à augmenter un peu le produit de la clientèle? Après tout chacun vit de son métier et de plus chacun est libre de l'exercer comme il l'entend.

De même, disent les chirurgiens qui proposent la dichotomie, si nous devons nous abstenir de cette remise faite au médecin, il nous faudra voir nos bistouris se rouiller : il faudra renoncer à toute pratique chirurgicale active. Notre collègue M. X... — dont vous entendez chaque jour vanter les succès opératoires — doit sa grande situation de consultant et d'opérateur bien plus à ses procédés dichotomistes qu'à ses qualités d'opérateur. Si nous ne faisons pas comme lui, nous sommes réduits à l'inactivité presque complète.

Ces raisonnements prouvent simplement qu'il y a un réel encombrement dans toutes les sphères de la profession médicale; ce sont là des excuses de gens qui plaident coupables et réclament l'indulgence, mais non des justifications, des raisons morales, légitimes.

D'ailleurs, avec le système des remises, on ne sait trop où s'arrêter et l'on voit certains chirurgiens — ils s'intitulent ainsi — proposer aux médecins de leur abandonner non plus la moitié, mais les deux tiers, les trois quarts de leurs honoraires. Ce sont là des expédients dont l'efficacité est d'ailleurs plus apparente que réelle. Nous avons connu tel spécialiste dont presque toute la situation reposait sur la pratique de la dichotomie; ce qui ne l'a pas empêché de mourir dans un état voisin de la misère. Car, avec les années, étaient venus de jeunes confrères, qui, usant des mêmes procédés dichotomistes, avaient de plus pour eux l'activité et la connaissance des méthodes thérapeutiques nouvelles.

Encore une fois la dichotomie est un expédient, ce n'est pas une solution de la crise médicale. Au lieu de se battre entre dichotomistes et non dichotomistes, les médecins feraient bien mieux d'unir leurs efforts pour rendre l'accès de la profession plus difficile et pour lutter ensemble contre son envahissement anormal.

2° *Évidente ingratitude des clients qui ne veulent pas reconnaître et rémunérer suffisamment les soins donnés par leur médecin habituel.* Sans doute la question serait très simplifiée si les clients étaient toujours consciencieux et si, après avoir payé de très gros honoraires à un opérateur, ils ne rechignaient pas la plupart du temps à régler des honoraires modestes, mais suffisants que réclame *honnêtement* le médecin traitant.

C'est là la véritable raison qui pousse certains chirurgiens à donner une partie de leurs honoraires au médecin traitant; ils savent, par expérience, que s'ils arrivent assez facilement à se faire remettre, au moment ou peu de temps après l'opération, les honoraires convenus, il n'en est pas de même pour le médecin de famille qui aura souvent beaucoup de difficultés à toucher les honoraires qui lui sont dus. Le public est quelquefois, à cet égard, d'une injustice vraiment inexplicable. Laissant de côté les interventions chirurgicales proprement dites, voyons ce qui se passe lorsqu'un médecin, assistant une femme en travail, est obligé d'appeler à son aide un spécialiste pour terminer l'accouchement. Les honoraires du consultant libérateur sont volontiers réglés séance tenante; mais parfois la famille se refuse à payer intégralement au médecin traitant les honoraires qui avaient été convenus pour un accouchement simple, sous prétexte qu'il n'a pas terminé l'accouchement lui-même. En réalité les honoraires de ce médecin doivent être plus élevés que pour un accouchement simple, il a souvent passé de longues heures auprès de sa cliente; obligé de délaisser le reste de sa clientèle, il a eu toutes les inquiétudes que donne la surveillance d'un accouchement laborieux; enfin, désireux avant tout de donner à la mère et à l'enfant toutes les chances possibles, il a fait un sacrifice d'amour-propre en appelant un confrère à son aide. Et de tout cela il ne serait pas convenablement rétribué? En pareil cas il appartient au consultant de dire à la famille qu'il ne prend que des honoraires très modérés, à la charge pour elle de rémunérer convenablement — il est bon de spécifier le chiffre — le médecin traitant. Si le fait se passe dans un milieu où toutes ces nuances ne peuvent être appréciées, il est préférable de faire une note d'honoraires commune pour les deux médecins.

Si nous insistons sur ces détails, c'est que ces faits sont de pratique courante et qu'il importe au médecin de savoir défendre lui-même ses intérêts légitimes; il est en effet triste de constater qu'il ne peut compter que d'une manière très incertaine sur les tribunaux pour faire respecter ses droits.

Les tribunaux ne poussent-ils pas inconsciemment à la dichotomie en donnant le plus souvent partiellement raison au client lorsqu'il refuse de payer une note dans laquelle le médecin traitant porte les honoraires qui lui sont légitimement dus pour son assistance à une opération et pour les soins consécutifs? Quelques juges pensent sans doute que la dichotomie est tellement généralisée que le médecin traitant réclame des honoraires qu'il a déjà largement et sournoisement touchés.

C'est du moins ce qu'a affirmé, il y a quelques années, dans un jugement déjà célèbre, le juge de paix de Joigny. Un malade, atteint de cataracte, profite de la présence à Joigny d'un oculiste parisien pour se faire opérer par lui : il charge son médecin habituel d'obtenir pour lui les conditions les plus favorables. Le prix de l'opération est fixé à 300 francs. Le médecin traitant fait les pansements et donne les soins consécutifs à l'opération : il réclame 96 francs pour ces soins et pour d'autres visites antérieures à l'opération. Le malade refuse de payer, arguant que le chiffre convenu de 300 fr. comprenait tous les soins donnés à l'occasion de cette cataracte (visites et conseils avant l'opération, opération, assistance du médecin traitant à l'opération, soins consécutifs, etc.). Le juge de paix débouta le médecin de sa demande avec des *attendus* singuliers parmi lesquels on lit par exemple « que le prix d'une cataracte dans son ensemble varie de 200 francs à 300 francs et que ce prix est toujours partagé entre l'opération et le médecin ordinaire chargé des pansements et soins consécutifs et ce dans la proportion de deux tiers pour l'un et un tiers pour l'autre. Que *tel est l'usage*, etc. » Pensant que le

Dr X « a dû toucher sa part dans la somme de 300 fr. versée par Z » le juge de paix lui refuse tout honoraire pour les soins qu'il a donnés à l'occasion de cette cataracte. Notez que ce juge s'exprime au moins franchement; souvent, si les juges réduisent en pareil cas les honoraires du médecin traitant, c'est qu'ils ont en effet l'arrière-pensée qu'il y a eu partage des honoraires. N'est-ce pas là un des méfaits de la dichotomie?

Voici donc lésés par cette suspicion les médecins qui demandent la rémunération légitime de leurs soins. Ce sont là de mauvaises pratiques. Il est préférable de bien spécifier au client que le chirurgien touche ses honoraires et que le médecin traitant devra toucher les siens, séparément. Si au contraire le malade préfère payer une somme déterminée pour tous les soins qu'entraîne une opération, cette convention doit être spécifiée. Les médecins traitants préfèrent cette dernière solution qui leur permet d'être plus facilement et plus convenablement honorés. Nous n'y voyons pas d'inconvénient à la condition que les choses se passent régulièrement vis-à-vis de la famille et que les honoraires du médecin traitant ne soient pas hors de proportion avec le service rendu. Et cependant ne serait-il pas préférable pour le médecin traitant qu'il demandât lui-même les honoraires qui lui sont dus sans se mettre pour ainsi dire sous la tutelle du chirurgien? Il y gagnerait certainement en considération.

Vous entendrez souvent certains médecins se plaindre de ce qu'il y a un écart considérable entre leurs maigres honoraires et ceux des grands consultants. N'est-ce pas la dichotomie qui a accentué cette différence d'une manière anormale en forçant certains consultants et surtout certains opérateurs à majorer leurs honoraires, tandis que les médecins traitants exagèrent en sens inverse la modicité des leurs? Tout cela est regrettable; n'est-il pas mieux de diminuer cet écart non pas seulement dans la réalité, mais aussi et surtout en apparence?

3° En faveur de la dichotomie le chirurgien invoque *le droit de disposer comme il l'entend d'un argent qui, lui ayant été remis pour une opération, n'appartient qu'à lui;* il a le droit de le donner à qui bon lui semble, en particulier au confrère qui lui a rendu service en le faisant appeler. Il y a du sophisme dans ce raisonnement; car — à moins de répudier toute solidarité professionnelle — le chirurgien appartient à une profession dont il doit respecter les usages : s'il a recours à des procédés incorrects, c'est sur la profession tout entière que l'opprobre en rejaillit. Sa liberté n'est donc pas entière.

Après avoir exposé et discuté quelques-unes des raisons invoquées en faveur de la dichotomie, voyons les inconvénients graves qu'elle présente et les objections qu'elle soulève :

1° C'est un moyen de *concurrence déloyale* de la part de l'opérateur qui fait la remise, et de la part du médecin traitant qui la reçoit. Qu'arrive-t-il, en effet, pour le chirurgien dichotomiste? Il végétait plus ou moins pour des raisons diverses, faisait peu de clientèle, peu d'opérations ou du moins le succès ne lui arrivait que d'une *façon normale, c'est-à-dire très lente*. Il se résout à la dichotomie : immédiatement afflue chez lui une série d'opérations et de consultations, tandis que son collègue de situation égale, qui reste dans la ligne droite, va continuer à ne pas opérer beaucoup, à végéter.

Les inconvénients, au point de vue de la profession, sont peut être plus graves en ce qui concerne le médecin traitant : c'est surtout le médecin des grandes villes qui, en raison des difficultés de l'existence, pratique la dichotomie. Peu lui importe le tarif normal de la visite; il fera de la médecine au rabais à n'importe quel prix; il n'a qu'un but : c'est d'avoir un grand nombre de clients, beaucoup de familles à soigner. Il se contente d'honoraires très inférieurs aux honoraires normaux, ayant la certitude que le jour où il aura une intervention chirurgicale dans sa clientèle, il en sera récompensé largement, et sera payé en une fois de tous les sacrifices qu'il aura faits. A côté de lui, le médecin traitant qui veut rester dans le droit chemin et demande des honoraires qui lui sont légitimement dus, voit les clients l'abandonner, parce qu'ils préfèrent la médecine au rabais du voisin dichotomiste.

Ne croyez pas que toutes ces considérations soient simples vues de l'esprit; écoutez ce qu'écrit un confrère dans ce numéro du *Concours médical* (1) où est traitée avec détails la question de la dichotomie :

« La situation est triste, je ne veux pas suivre l'exemple que me donnent mes confrères; ils ont cédé à la contagion; je résiste; ils ont besoin de voir beaucoup de malades, pour trouver les occasions de consultations et d'opérations à proposer. Le partage des honoraires, en proportions que je ne connais pas, constitue une grosse part de leurs recettes, ils font alors des visites au rabais; je suis en infériorité absolue avec eux; que faire? » Ecoutez également les plaintes d'un chirurgien parisien qui ne partage pas : « Mais, cher confrère, bientôt je ne pourrai plus résister au flot qui monte, sous peine de mettre au Mont-de-piété mes instruments de chirurgie; je devrai partager, si vous ne trouvez pas autre chose que l'application de vos principes qui sont aussi les miens. Et cela va en s'aggravant tous les jours. »

2° Ce ne sont point là les seuls méfaits de la dichotomie : elle a eu pour résultat *d'élever le tarif des honoraires chirurgicaux* d'une manière un peu anormale et de faciliter — on pourrait dire de légitimer — l'exode de quelques malades relativement aisés vers l'hôpital, alors que celui-ci devrait être uniquement réservé aux indigènes ou aux nécessiteux.

3° De plus elle *favorise les interventions inutiles*; en obstétrique par exemple, combien d'applications de forceps inutiles faites par des médecins sur l'appel de sage-femmes qui, devant un accouchement laborieux, songent que l'intervention amènera la délivrance et améliorera les honoraires! Telle sage-femme, qui s'est contentée de 25 francs pour l'accouchement, recevra au moins le double du consultant.

Le public n'ignore pas ces abus; aussi peu à peu sa confiance dans le médecin s'ébranle-t-elle et souvent on éprouve, à cause de cette méfiance générale, de la difficulté à faire une opération de nécessité absolue.

4° C'est peut-être là un des plus graves méfaits de la dichotomie que cet *état de suspicion* qu'elle fait planer sur tout le corps médical. N'en parlez pas, répondent certains confrères, et le public ignorera ces pratiques qui sont courantes dans d'autres professions. Cette objection est sans valeur; tout d'abord parce que notre profession doit se distinguer entre toutes par une honnêteté à l'abri de tout soupçon et ensuite parce que bon gré mal gré le public connaît ces défaillances de quelques-uns. Si vous aviez quelque doute à ce sujet, lisez la dernière édition du Bœdeker (2). Vous y trouverez le passage suivant : « Il est avéré que, vu la facilité avec laquelle elles peuvent se faire, bien des médecins conseillent volontiers bien des opérations plus ou moins nécessaires, en recommandant des collègues qui demandent des prix exor-

1. *Conc. méd.*, 1897, n° 35.
2. Bœdeker. *Guide de Paris* (Art. *Médecine*, page 37).

bitants, dont ils reçoivent une bonne part. Avoir soin, au moins, de se faire renseigner et de faire ses prix d'avance ».

Voilà ce qu'ont pu lire tous les étrangers venus à Paris pour voir l'Exposition de 1900!

Vous voyez que ces choses là s'impriment, et que par conséquent elles sont bien connues du public; il n'y a qu'avantage, pensons-nous, à en causer entre médecins, mais seulement entre médecins.

Que faut-il faire pour déraciner la dichotomie ou l'empêcher de s'enraciner? — Il est un premier principe, c'est qu'il est indispensable dans l'intérêt même des malades, de sauvegarder la situation du médecin de famille. Il faut que le médecin de famille reste le guide éclairé, le conseiller habituel des familles dont il connaît l'histoire médicale tout entière. Pour qu'il existe, il faut qu'il puisse vivre, et cela devient difficile à l'heure actuelle avec le développement des spécialités et la lésinerie des clients. On voit ainsi le médecin d'une famille gagner quelquefois 50 francs par an, alors que cette famille dépense 2, 3 ou 4000 francs dans l'année à se faire soigner par un chirurgien ou par un spécialiste. Il y a là évidemment un abus préjudiciable à l'intérêt même des malades : il faut qu'en cas d'opération par exemple le médecin traitant reçoive, au vu et au su de tout le monde, des honoraires raisonnables alors qu'il a pris part, ne fût-ce que d'une façon indirecte, à l'acte opératoire.

Deux ou trois sociétés médicales d'arrondissements se sont occupées de cette question : elles ont dit que le médecin traitant avait droit, les unes au quart, les autres au cinquième des honoraires du chirurgien. C'est à une formule à peu près analogue qu'arrive le Dr Jeanne dans son tarif minimum d'honoraires lorsqu'il dit : « Le médecin traitant qui aura sollicité le secours d'un chirurgien pour opérer un de ses malades, aura droit, en sus de la rétribution de ses soins ordinaires, à des honoraires égaux au *quart* de la somme réclamée par le chirurgien. S'il participe à l'opération, il sera de plus payé comme aide par le chirurgien. » Il est désirable à tous points de vue d'établir ce principe que le médecin traitant, qui a eu tous les soucis du début de la maladie, qui a jugé utile l'appel d'un consultant ou d'un chirurgien, qui a forcément sa part de responsabilité dans l'issue de la maladie ou le résultat de l'opération, soit rémunéré de façon satisfaisante de sa peine, de ses soins, et ne soit pas seulement payé des quelques visites qu'il a faites.

Il faut donc, dans l'intérêt des malades, dans l'intérêt du corps médical, que cette question soit franchement débattue dans les sociétés professionnelles, afin d'établir une règle qui puisse servir à tout le monde.

Il paraîtrait même souhaitable que les Facultés de médecine, prenant connaissance des vœux émis par les Sociétés professionnelles, missent à l'étude dans leurs conseils les questions d'honoraires ainsi que tous les autres problèmes déontologiques. Dans notre pays où n'existent pas d'examens d'État distincts des examens universitaires et où le diplôme de docteur en médecine, conférant le droit d'exercer, est un véritable brevet professionnel, *les Facultés sont*, en réalité, *seules responsables de la moralité du corps médical.* Si elles réussissaient à élaborer un code déontologique en harmonie avec les usages de la société contemporaine, si, au jour de la soutenance de la thèse ou du dernier examen probatoire, le candidat au doctorat prenait devant ses juges l'engagement solennel de se conformer dans sa pratique au code promulgué par la Faculté, n'est-il pas permis d'espérer que cet engagement, quoique purement moral, et exempt de sanction pénale dans l'état actuel de la législation, contribuerait à améliorer les mœurs médicales? Il remplacerait l'antique serment d'Hippocrate imprimé sur les thèses de Montpellier et qui fut à son heure un admirable résumé de déontologie. Les médecins, qui contreviendraient à cet engagement moral, librement pris, encourraient d'autant plus le mépris de leurs confrères qu'ils ne pourraient plus arguer de la variabilité des opinions courantes en matière de devoirs et d'usages professionnels.

Puisque nous sommes sur cette question des honoraires illicites, permettez-nous de vous signaler, au risque de vous dévoiler des faits que vous connaîtrez d'ailleurs très vite, certaines tentations qui viendront vous assaillir peu de temps après votre installation. Vous recevrez un grand nombre — probablement une dizaine par mois — de prospectus vous offrant des remises sur les bandages, sur les médicaments, sur les eaux minérales, etc., etc.; que vous prescrirez; les entreprises d'embaumement, voire même les agences de pompes funèbres, ne vous épargneront pas ces offres plus ou moins alléchantes! En vérité n'est-ce pas abaisser singulièrement la profession que de recourir à cette source de bénéfices? Quelle confiance auront en vous vos clients lorsqu'ils sauront que presqu'aucun de vos conseils n'est désintéressé? Ils l'ignoreront, dites-vous, mais voulez-vous bien réfléchir que tous ces industriels qui vous offrent des remises sont les clients de quelque médecin et qu'ils sont ainsi vite renseignés sur la moralité médicale? Ils ne se feront pas faute d'en aviser leurs amis.

Les *bureaux de nourrices* ont été les premiers à faire au médecin ou à la sage-femme des remises de 10, 15 et 20 francs par nourrice prise sur leurs indications dans un bureau. N'acceptez pas cette commission déguisée; vous pourriez être accusés d'être intéressés à faire changer plusieurs fois de nourrice. L'examen médical d'une nourrice doit vous être payé directement par la famille : c'est un service que vous lui rendez et qui mérite une rétribution particulière. Il est triste de dire que cette remise a certainement contribué à retarder les progrès de l'allaitement par la mère et à entretenir l'industrie de la nourrice au sein. Aussi dans une lettre écrite en 1901 au journal *le Temps*, Brieux n'hésite-t-il pas à signaler comme une pratique courante cette remise faite au médecin ou à la sage-femme par les médecins de nourrice? Voilà ce qu'ont pu lire nombre de clientes cet hiver; voilà même ce qu'ils ont pu croire, puisque telle est l'indifférence des médecins en pareille matière qu'aucune protestation n'a eu lieu!

Il ne faut pas verser dans ces pratiques qui déconsidèrent le médecin et la médecine : elles sont mauvaises. Le médecin doit vivre d'honoraires légitimement gagnés; il doit les exiger avec fermeté, et s'appuyer dans ce but sur les associations professionnelles qui doivent le soutenir énergiquement dans ses revendications.

Si, par suite de l'encombrement de plus en plus grand de la profession médicale, il n'est plus possible à une bonne partie des médecins de vivre honorablement de leur profession, il faut le dire hautement et ne pas croire que les abus dont nous venons de parler sont de véritables remèdes : ils n'en donnent que la dangereuse illusion.

(La suite dans le numéro du Jeudi 17 Octobre.)

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

DÉONTOLOGIE

Conférences de déontologie (*suite*) (1),

Par MM. P. Le Gendre et G. Lepage.

Le secret médical.

La médecine n'est ni un sacerdoce, ni un commerce, mais une profession libérale. — Le secret médical symbolise le rôle social du médecin, appelé à défendre à la fois les intérêts privés et l'intérêt général.

On ne saurait trop dire combien sont nombreux et compliqués les liens qui nous attachent à la société et combien la notion des devoirs qui nous incombent en dehors de ceux qui se lient à nos propres intérêts élève notre profession au-dessus des autres.

L'histoire contemporaine de notre art est des plus curieuses en ce qu'elle montre les tiraillements qu'on lui a fait subir en deux sens opposés, en apparence inconciliables.

Les uns ont dit : « La médecine est un sacerdoce, le médecin est comme le prêtre; il doit se sacrifier sans cesse à l'intérêt d'autrui. Il doit mépriser le vil métal, etc. »

C'est une exagération ridicule qui cache l'égoïsme de la société, prétendant obtenir de certains de ses membres des vertus impraticables et qui seraient sans compensation; car, si le prêtre se sacrifie, c'est pour obéir à un idéal supra-humain, en vue d'acquérir des droits à une récompense extra-terrestre; encore vit-il de l'autel, comme on dit; les fidèles le nourrissent par l'intermédiaire de l'État qui lui assure le pain quotidien. Tel n'est pas le cas du médecin.

Le médecin est-il donc, comme d'autres l'ont dit, un simple commerçant, un « marchand de santé », libre de tirer de son diplôme tous les bénéfices possibles et tenu simplement, puisqu'il paye une *patente*, à échanger une marchandise contre une somme d'argent sans tromper sur la qualité, ni sur la quantité de la marchandise vendue? — Pas davantage.

La médecine n'est ni un sacerdoce ni un commerce.

Le médecin exerce une *profession libérale*, comme l'avocat. Outre ses conseils, qui sont la traduction de l'état de la science, et ses soins matériels, qui à la rigueur peuvent être évalués comme fatigue et temps perdu, il donne — ou doit donner, s'il est digne de son mandat — une part de son cœur, de sa sympathie; il donne des gages de dévouement; il connaît les angoisses de la responsabilité morale, les nuits sans sommeil à l'idée qu'un conseil donné par lui peut avoir mal réussi; il s'impose, dans certaines circonstances, des mortifications d'amour-propre, il sacrifie parfois ses intérêts et sa vie. Est-ce que ces sentiments-là peuvent être évalués en monnaie trébuchante?

Assurément non, et c'est pour cela que le médecin ne peut être assimilé à un commerçant. Fermez vos oreilles à ceux qui voudraient nous rabaisser en introduisant parmi nous des procédés commerciaux. Ce n'est pas en tant que commerçants que nous pouvons exiger le relèvement des honoraires, mais bien en faisant comprendre à la société qu'elle a tout intérêt à assurer notre indépendance, et que, en réduisant certains d'entre nous à vivre d'expédients illicites, elle risque de fausser et de détruire ce rouage délicat et précieux du mécanisme social, le médecin conscient de ses devoirs et en état de les remplir.

Aucune partie de la déontologie n'est plus propre à mettre en lumière le côté moral élevé de notre fonction sociale que celle qui a trait au secret médical.

Exceptions au secret médical. — Nous avons dit, en parlant de la discrétion nécessaire aux médecins, que le secret leur est imposé d'une manière absolue par l'article 378 du Code pénal, « hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs ». Cette restriction, on l'admet aujourd'hui, ne visait dans l'esprit des rédacteurs du Code pénal promulgué en 1810 que la dénonciation des crimes commis contre la sureté de l'État. Or, une loi de 1832 a abrogé les articles du Code qui exigeaient la dénonciation de ces crimes. La loi n'oblige donc actuellement à déroger au secret que dans un petit nombre de cas où se trouvent en jeu certains intérêts primordiaux de la société : la déclaration des naissances et celle des épidémies.

Encore a-t-on prévenu les inconvénients inhérents à cette dérogation par certains artifices de procédure.

Ainsi, pour la *déclaration des naissances*, nous pouvons la faire sans compromettre le secret dont la mère nous a rendu dépositaire. Car, si l'article 56 du Code civil oblige le médecin et la sage-femme ou toute personne ayant assisté à un accouchement à déclarer, à défaut du père, la naissance d'un enfant à l'officier de l'état civil du lieu dans les trois jours de l'accouchement, le médecin peut, d'après la jurisprudence actuelle, taire le nom de la mère et ne pas donner l'indication de son domicile. Il peut et doit se contenter, si la mère a réclamé le secret, de déclarer à l'officier de l'état civil de la commune ou de l'arrondissement où l'enfant est né : « Tel jour, à telle heure, est né un enfant de tel sexe, auquel on a donné tels noms. » A Paris, lors d'un accouchement que la femme veut tenir *clandestin*, il est d'usage d'indiquer à la mairie l'adresse à laquelle est accouchée cette femme ainsi que son nom d'emprunt. Le médecin de l'état civil se rend à cette adresse, fait les constatations nécessaires;

1. *Gazette hebdomadaire*, 1901, 5 mai, p. 424; 14 juillet, p. 680; 21 et 28 juillet, p. 694, 718; 4 août, p. 739; 9 octobre, p. 967; 13 octobre, p. 980.

puis, l'enfant est inscrit comme né de « père et mère non dénommés ».

Pour la *déclaration des épidémies*, où l'intérêt général est assurément en cause, des précautions ont également été prises pour que les intérêts privés soient relativement peu lésés Encore est-il que cette déclaration rendue obligatoire pour un certain nombre de maladies désignées par l'Académie de médecine n'a pas été sans faire naître des protestation de la part du corps médical. Nous aurons à revenir sur cette question en commentant la loi Chevandier qui nous régit maintenant.

Dénonciation des attentats. — Il y a un article 30 du Code d'instruction criminelle édictant que « toute personne qui aura été témoin d'un attentat contre la vie d'un individu sera tenue d'en donner avis au procureur de la République » : le médecin qui s'apercevrait que la vie de son malade est menacée par quelque tentative d'empoisonnement ne ferait qu'obéir à cet article du Code en dénonçant l'attentat.

Il s'est trouvé des médecins (Société médicale de Jonzac, Charente-Inférieure, 1867-68) pour dire « qu'un crime surpris par nous dans l'exercice de notre art devient un secret professionnel, qu'à défaut de notre conscience la loi et les arrêts des cours supérieures nous obligent à garder ». Mais cette opinion n'a pas prévalu et les auteurs les plus autorisés déclarent que notre rôle est avant tout de protéger notre malade et que, témoins d'une tentative criminelle contre lui, nous devons empêcher celle-ci de s'accomplir. M. Brouardel considère en ce cas la révélation comme obligatoire; il faut se rappeler, dit-il, « que les empoisonneurs ou empoisonneuses ne font pas en général une seule victime et que l'impunité les encourage ».

Les meilleurs auteurs pensent d'ailleurs qu'il n'y a lieu de recourir à la dénonciation que tout à fait exceptionnellement, s'il ne se trouve aucun autre moyen de protéger la santé ou l'existence du malade dans le présent ou dans l'avenir. Nous pouvons essayer d'abord certains moyens, exiger par exemple le déplacement du malade, sous le prétexte d'un changement d'air favorable, placer en permanence auprès de lui une personne sûre en donnant pour raison la nécessité d'exécuter certaines prescriptions délicates. Si les circonstances s'opposent à l'emploi de ces précautions ou si nous les jugeons inefficaces, nous aurons le devoir de faire intervenir la puissance publique.

Mais, s'il arrive, par impossible, que la victime avertie par nous aime mieux mourir que de laisser déshonorer par une dénonciation sa femme ou une personne de sa famille et exige de nous le secret, que faire? — Obéir, dit Brouardel, à ce scrupule respectable, mais s'efforcer, s'il en est temps encore, d'empêcher le crime de s'accomplir par tel moyen que la circonstance nous suggérera, par exemple en faisant savoir au coupable que nous l'avons démasqué et en le menaçant de le dénoncer, s'il persiste dans ses tentatives criminelles.

Il convient de rappeler au médecin avec quelle prudence il doit faire le diagnostic d'empoisonnement criminel. S'il n'a que des présomptions, il doit étayer ses soupçons de preuves matérielles. Il saisira, suivant le cas, telle potion suspecte, des matières vomies ou des linges qu'elles ont souillés, des matières fécales, des urines pour les soumettre à l'analyse d'un chimiste digne de confiance; il devra au besoin faire des expériences physiologiques sur des animaux pour rechercher les symptômes ou les lésions caractéristiques de certains empoisonnements. Mais il n'oubliera pas combien les conséquences de ces recherches sont délicates à déduire pour un médecin qui s'y livre sans études préalables. Qu'il suffise de rappeler seulement les difficultés qu'il peut y avoir à différencier l'action toxique de l'atropine et celle de certains poisons d'origine alimentaire.

Un autre cas où le médecin est tenu à déroger au secret professionnel, c'est celui où il constate que des *sévices* sont *exercés sur des enfants*, qu'il s'agisse de violences ou de brutalités dangereuses pour leur vie ou leur santé, ou d'attentats aux mœurs.

Quand un médecin a été amené à avoir la preuve qu'une sage-femme pratique des *avortements criminels*, doit-il la dénoncer?

C'est là un cas déjà moins simple que les précédents et où le devoir peut être discuté. En effet, la dénonciation peut avoir pour résultat de mettre en cause des femmes auxquelles il a donné des soins et qui se sont confiées à lui, escomptant de sa part l'obligation au secret. Mais, d'autre part, si la sage-femme coupable n'est pas arrêtée dans sa carrière criminelle, elle fera certainement de nouvelles victimes. On peut admettre que le médecin, après avoir menacé la coupable d'une dénonciation si elle continue, mettra sa menace à exécution en un temps qui ne permette plus de rechercher et de poursuivre une des femmes qu'il a pu soigner.

Il y a ainsi des cas de conscience où un conflit se produit entre la morale générale et la morale professionnelle. Est-ce dire qu'il y a deux morales? — Non, mais le médecin peut se trouver en présence d'intérêts d'importance inégale, et c'est à lui d'apprécier quel est le plus respectable.

Voici, par exemple, le cas où le médecin peut *sauver un innocent injustement accusé en dénonçant le vrai coupable*, qu'il connaît par l'exercice de sa profession. Doit-il le dénoncer? — Oui, dit le professeur Fournier. — Non, disent Dechambre et le professeur Brouardel. Il a seulement le droit et le devoir, s'il voit l'innocent sur le point d'être condamné, d'intervenir dans le débat en affirmant solennellement son innocence, mais sans révéler le nom du coupable.

Le secret médical dans les guerres civiles. — Il existait au XVIIe siècle (1666) *un édit royal enjoignant aux chirurgiens de Paris de faire connaître à la police les noms des blessés soignés par eux.* En temps de guerre civile on a essayé quelquefois de faire revivre ce vieil édit tombé en désuétude, abrogé d'ailleurs par les rédacteurs du Code, article 378. Le corps médical s'est toujours énergiquement refusé à servir les haines civiles. Après les journées de juin 1832, parut une ordonnance du préfet de police Gisquet, enjoignant aux médecins de dénoncer les insurgés auxquels ils auraient donné leurs soins. Glorifions la mémoire de Dupuytren qui répondit noblement : « Je n'ai pas vu d'insurgés, je n'ai vu que des blessés. » L'horreur du corps médical pour toute dénonciation capable de livrer une victime à ses ennemis politiques a toujours été telle qu'il a suffi en deux circonstances mémorables, 1848 et 1871, qu'un pareil soupçon, même non prouvé, pût effleurer un médecin et un chirurgien des hôpitaux pour soulever contre eux les clameurs indignées de leurs collègues et de leurs élèves.

Les médecins d'hôpitaux doivent si complètement le secret aux malades qu'ils traitent qu'une circulaire du Directeur de l'Assistance publique, en 1887, prescrit de ne délivrer même les certificats médico-légaux concernant les blessés qu'avec le consentement de ceux-ci et de ne publier aucune observation de malade hospitalisé avec son nom, ni même avec ses initiales.

Ainsi le secret doit être absolu, et il ne suffit pas qu'il nous ait été confié, suivant le mot même de la loi, puisque le secret s'applique aux choses que nous avons vues, entendues ou comprises.

Quelques jurisconsultes avaient admis que la divulgation du secret n'est punissable que si elle a été faite dans l'intention de nuire. Tout d'abord il pourrait vous sembler que, si l'observation du secret peut être nuisible à votre client ou du moins à sa mémoire, après sa mort vous devez proclamer la vérité. La Cour de cassation en a jugé autrement (arrêt du 18 décembre 1885, affaire Watelet-Bastien Lepage) affirmant que le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, *indépendamment de toute intention de nuire*.

Le délit existe encore même si le médecin ne s'explique que sur des faits déjà connus du public. En vain citerait-on comme exemple de dérogation l'autopsie de Gambetta publiée dans un journal de médecine par ceux qui l'avaient soigné; s'ils n'ont pas été poursuivis, nous pensons qu'ils s'exposaient à l'être. En tout cas on doit regretter qu'un médecin, pour éviter d'être accusé simplement d'erreur de diagnostic par l'opinion publique, ait publié dans des journaux politiques ou même médicaux les détails de la grossesse nerveuse d'une reine.

Outre la sanction pénale, le médecin qui aurait, par pure légèreté, et sans intention de nuire, divulgué un secret médical, s'exposerait à être poursuivi civilement par son client et condamné à des dommages-intérêts pour le préjudice causé (art. 1382-83 du Code civil).

La divulgation est punissable, même si elle n'a été faite qu'à une seule personne et sans publicité.

Quelques médecins se sont laissés entraîner, en poursuivant le recouvrement de leurs honoraires en justice, à révéler le diagnostic à l'appui de leurs réclamations; nous n'en avons aucunement le droit. « Si la révélation, dit M. Brouardel, doit porter sur un acte coupable imputé à votre malade et s'il est porté à la notoriété par votre réclamation ou même si elle dénonce une affection dont la connaissance aiguise les langues malicieuses, votre silence doit être absolu. Vous devez renoncer à ce bénéfice bien que légitimement acquis. » Cicéron avait déjà prévu ce cruel devoir pour le médecin, quand il écrivait : *Medici qui thalamos et tecta aliena subeunt, multa tegere debent, etiam læsi, quamvis sit difficile tacere cum doleas.*

Secret médical et projets de mariage. — S'il est facile de comprendre que le secret soit pour nous un devoir étroit quand il ne peut porter préjudice qu'à nous-mêmes et que cette obligation de sacrifier notre amour-propre et nos intérêts à un intérêt social supérieur soit la consécration de la grandeur morale de notre ministère, notre conscience est tentée de se révolter contre l'obligation du secret quand il peut nuire gravement à des tiers innocents. Tel était le cas dont nous parlions plus haut, où il s'agissait de ne pas laisser condamner une personne accusée injustement. A première réflexion, tel paraît être aussi le cas, quand il s'agit de projets de mariage entre une personne saine et un de nos clients que nous savons atteint d'une maladie transmissible soit à elle, soit aux enfants qui naîtraient d'eux.

Pour prendre l'exemple le plus typique, nous supposons la syphilis dans la période de contagiosité indiscutable.

Pour obtenir du syphilitique qu'il renonce à son projet, M. Brouardel conseille d'employer en pareil cas tous les moyens (persuasion, menace de scandale ou de remords) y compris la suggestion faite au futur beau-père d'exiger que son gendre contracte avant le mariage une assurance sur la vie, mais de ne pas aller au delà. Dechambre acceptait aussi l'obligation du silence. Cependant des protestations se sont dès longtemps élevées contre cette conclusion. Gaide, en 1863, concluait dans un rapport à la Société du III° arrondissement de Paris « qu'il n'est pas de règle absolue pour la conduite du médecin dans ce cas; que, si le plus souvent il doit se taire et garder le secret selon l'article 378, il est aussi des circonstances dans lesquelles, sa conscience parlant plus haut que la loi, c'est d'elle seule qu'il doit s'inspirer ».

Tardieu, A. Latour, Brochin, Le Grand du Saule et plus récemment Juhel-Renoy ont fait ressortir la terrible contradiction qui existe alors entre le devoir légal du secret et la conscience. Juhel-Renoy, tout en reconnaissant que ce n'est pas ce qui se doit enseigner, conseillait et se déclarait prêt à pratiquer la violation indirecte du secret en faisant dire simplement à la famille de la jeune fille, après avoir averti le syphilitique : « Ne faites pas ce mariage. » M. Vibert (1) pense que la majorité des médecins se conformeraient à l'occasion à l'opinion de Gaide, et qu'on n'aurait guère à craindre d'être poursuivi par un client qui ne tiendrait pas à exposer publiquement la mauvaise action qu'il aurait voulu commettre.

Si la maladie de la personne que nous avons soignée et au sujet de laquelle on nous interroge au point de vue de l'aptitude au mariage est de nature moins immédiatement contagieuse, mais inquiétante cependant pour l'avenir d'un couple ou l'influence qu'elle peut exercer sur la descendance, par exemple, la tuberculose, l'épilepsie, l'alcoolisme, ou si on nous questionne au sujet d'antécédents de famille suspects (aliénation mentale, cancer), nous devons décliner un tel interrogatoire. Juhel-Renoy pensait qu'on peut répondre aux questions posées, si on est délié par écrit du secret professionnel par son client. Lasègue et Brouardel estiment que, même déliés du secret par le client, nous devons garder le silence dans la grande majorité des circonstances, parce qu'en pareil cas les familles ou l'intéressé ne savent pas eux-mêmes en général l'étendue ou la conséquence du secret et ne peuvent nous en libérer en pleine connaissance de cause.

D'ailleurs Brouardel juge avec raison plus prudent de rompre dès le début toute interview relative à une question matrimoniale, parce que, si on parle quand il n'y a rien à cacher, on s'expose à faire interpréter défavorablement son silence quand on ne parle pas.

Il y a une exception à faire pour le cas où, médecin d'une famille, on est interviewé par le médecin d'une autre au sujet d'un mariage entre enfants de ces deux familles. Il est infiniment probable que deux confrères, pouvant librement examiner d'un commun accord les antécédents de leurs clients et liés tous deux par le secret professionnel vis-à-vis de ceux-ci, arriveront à trancher la question de l'opportunité médicale du mariage projeté. S'ils tombent d'accord que le mariage doit être à tout jamais écarté, il leur suffira de répondre négativement chacun à leurs mandants sans avoir à prononcer aucun nom de maladie et sans trahir par conséquent aucun secret. Dans le cas où le mariage paraîtrait pouvoir se réaliser après une période de traitement (syphilis) ou d'observation au sujet d'une guérison confirmée (tuberculose), ils pourront rendre un grand service aux

1. *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*, 1899.

deux familles en ajournant le mariage soit *sine die*, soit à une époque déterminée. Il serait à désirer que de telles façons de procéder entrassent dans nos mœurs, de même que dans certaines familles il est d'usage depuis longtemps de faire régler par deux notaires les questions d'intérêt avant de procéder aux fiançailles.

Juhel-Renoy émettait dans le même but le vœu que la coutume pût s'établir de n'accepter un fiancé que muni d'un *certificat de santé et d'aptitude physique au mariage* délivré par un médecin. M. H. Cazalis a écrit sur ce sujet récemment un livre des plus suggestifs et qui n'a pas passé inaperçu du grand public (1).

Secret dû aux époux. — Le secret dû à chacun des époux par le médecin qui les soigne tous deux soulève les questions les plus délicates.

Il doit se garder d'attirer sans utilité évidente l'attention de l'un sur une infirmité de l'autre, par exemple, faire allusion à l'existence d'une scoliose acquise dans l'adolescence et irrémédiable (Dechambre), il ne doit pas non plus signaler à l'un des conjoints des préoccupations qu'il a pu remarquer chez l'autre; elles peuvent être liées à quelque infidélité méditée ou réalisée et le médecin s'exposerait à provoquer la désunion du ménage par son zèle intempestif et une suggestion inopportune.

L'apparition chez un homme ou chez une femme mariée d'une maladie vénérienne (blennorrhagie ou syphilis) crée parfois au médecin une situation fort malaisée. Si la chose tourne au tragique et qu'il y ait débat judicaire, nous devons refuser tout certificat constatant la communication d'une affection vénérienne ou les déformations résultant d'habitudes vicieuses, même quand les deux parties nous délient du secret.

Mais il se peut que les époux acceptent avec résignation, du moins en apparence, le mal qui leur a été communiqué; nous n'avons qu'à instituer les traitements nécessaires, sans entrer dans des explications qu'on ne nous demande pas.

Telle femme sait pardonner et soigne elle-même son mari en garde-malade attentive.

Si vous constatez chez une jeune mariée une syphilis conceptionnelle, déguisez cette affection sous un nom quelconque : dermatite polymorphe, par exemple, avec le connivence du mari, qui le plus souvent manifestera un étonnement sincère ou joué, mais ne demandera jamais mieux que de vous aider à maintenir la malade dans l'ignorance de la nature du mal, et traitez la femme. Obligez le mari à se soigner lui-même pour empêcher les avortements ou les naissances prématurées ultérieures. S'il s'agit d'accidents tardifs non transmissibles, vous pouvez, avec la connivence d'un pharmacien au besoin, organiser un traitement efficace en dissimulant la nature des médicaments.

Si une femme, qui n'est pas votre cliente, atteinte d'accidents syphilitiques transmissibles vous consulte dans votre cabinet, vous n'avez qu'à instituer le traitement sans prononcer le nom vrai de la maladie, mais en avertissant que la contagion est possible. Un certain nombre de cas spéciaux peuvent se présenter, dans le détail desquels nous ne saurions entrer : ils ont été étudiés avec le plus grand soin et une compétence sans rivale par le professeur Fournier (2).

Nourrices et nourrissons syphilitiques. — Une très grave question de pratique est relative à la conduite que le secret médical nous impose en présence des nourrices et des nourrissons syphilitiques; c'est encore dans les travaux de M. Fournier que nous puiserons les plus sûres règles de conduite (1). Voici les principales « espèces », comme on dit au Palais, en face desquelles le médecin peut se trouver.

Dans un ménage dont vous savez que les conjoints ou l'un des deux sont syphilitiques, une grossesse survient. Vous devez prévenir qu'une nourrice mercenaire est impossible en pareil cas et refuser d'en chercher une. C'est la mère, même indemne, qui seule peut nourrir son enfant impunément en vertu de la loi de Colles, au moins pendant 4 mois, ou bien on se servira du lait d'ânesse ou de chèvre. Lorsque l'enfant atteint 4 mois et n'a présenté aucun accident, l'allaitement mercenaire sera possible avec une surveillance attentive.

Vous vous trouvez en présence d'une nourrice prévenue par les parents du danger qu'elle peut courir, mais qui, soit pour un salaire plus élevé, soit par dévouement, consent à allaiter un enfant à hérédité suspecte. Vous devez vous y opposer, prévenir la nourrice qu'elle ignore la gravité des accidents auxquels elle s'expose; il faut, si on passe outre à vos avis, décliner, devant témoins, s'il est possible, toute responsabilité pour ce qui adviendra.

L'allaitement est commencé quand on vous appelle et vous constatez que l'enfant est porteur d'accidents syphilitiques transmissibles. Ici deux cas différents doivent être envisagés :

A. *Ou bien la nourrice est encore saine.* — Il faut faire cesser immédiatement l'allaitement, mais exiger qu'on garde la nourrice, pour surveiller l'apparition ultérieure possible des accidents chez elle. Vous devez repousser énergiquement les divers expédients qu'on vous suggérera et qui sont les suivants : laisser continuer l'allaitement par la nourrice avertie et payée en conséquence, en lui faisant mettre des bouts de seins protecteurs, ou ne rien dire à la nourrice jusqu'à ce que des manifestations syphilitiques apparaissent chez elle. Tous ces moyens sont illusoires, immoraux et engageraient également votre responsabilité en cas de revendication judiciaire de la nourrice ultérieurement contaminée par suite de votre silence complice. Si vous n'obtenez pas la suspension de l'allaitement, retirez-vous après avoir écrit sur une ordonnance que l'allaitement est impossible (Fournier), ou avoir formulé aux intéressés votre opinion par lettre chargée. Bien entendu, il faut en pareil cas conserver le double de votre ordonnance ou de la lettre que vous avez adressée.

Vous n'avez pas jusqu'ici trahi le secret de vos clients; mais, si la nourrice mise en défiance vient vous trouver et vous questionner, que faire? Certains médecins ont estimé qu'en face de l'immoralité si odieuse de parents dûment avertis, et par devoir d'humanité envers la nourrice comme envers la société, puisque la répercussion de la syphilis est indéfinie, le médecin peut transgresser la loi du secret ou tout au moins dire à la nourrice, sans autre explication, qu'il est dangereux pour elle de continuer cet allaitement. M. Fournier pense qu'on doit refuser de répondre à la question de la nourrice, mais lui donner le conseil d'aller poser celle-ci à un autre médecin.

B. *Ou bien la nourrice est déjà contagionnée.* — Vous devez exiger des parents qu'ils fassent ou vous autorisent à faire à celle-ci l'aveu de son mal et favoriser un arrangement pécuniaire amiable entre la famille et la

1. H. Cazalis, *La Science et le Mariage*, Paris, 1900.
2. *Syphilis et Mariage*, Paris, G. Masson.

1. *L'Hérédité syphilitique*, Paris, G. Masson.

nourrice, à qui vous ferez comprendre qu'elle n'a rien de plus avantageux que de continuer l'allaitement, et vous traiterez à la fois la nourrice et l'enfant.

Si les parents refusent de vous permettre d'avertir la nourrice, vous devez vous retirer immédiatement.

Il y a lieu d'envisager encore le cas où une nourrice, ayant commencé à allaiter un enfant suspect de syphilis, refuse par pure mésintelligence avec l'entourage de continuer, ou perd son lait, alors qu'aucun accident n'est encore apparu chez elle. Il faut, pour la surveiller et préserver la société dans laquelle elle rentrerait, la faire garder comme nourrice sèche. Mais, si elle veut partir, il faut obtenir des parents l'autorisation de la prévenir qu'elle est menacée de syphilis, qu'elle ne doit pas d'ici à un certain temps prendre un autre nourrisson et que, si elle rentre dans sa famille, elle y pourra porter la contagion.

Quand vous visitez une nourrice chez elle et que vous constatez la syphilis chez un enfant qui lui a été confié, vous devez faire cesser l'allaitement et la prévenir (arrêt de la cour de Dijon 1868).

Enfin, si vous apprenez qu'en enfant sain va être confié à une nourrice que vous savez syphilitique, vous devez vous y opposer, sans donner la véritable raison.

Secret médical et témoignage en justice. — Comme tout citoyen, le médecin est tenu par l'art. 80 du Code d'Instruction criminelle de comparaître devant les tribunaux pour y témoigner; mais comment concilier cette obligation avec l'art. 378, si les faits sur lesquels on l'interroge n'ont été connus par lui que dans l'exercice de sa profession? Il doit *déférer à la citation*, sous peine d'être condamné à 100 francs d'amende, *prêter serment* et déclarer alors qu'il considère comme confidentiels les faits sur lesquels on l'interroge.

Le secret est obligatoire, même dans le cas où celui que les faits concernent et qui les a confiés en demande la révélation; car l'obligation prescrite par l'art. 378 est établie dans un intérêt général, et ce n'est qu'à ce prix que des professions dont l'exercice importe à la Société tout entière peuvent jouir de la confiance et de la considération nécessaires (arrêt de la cour de Montpellier, 1827).

Nous passerons plus rapidement en revue quelques autres circonstances relatives au secret médical.

Statistique et déclaration des décès. — Les *médecins de l'état civil* n'ont pas de confidences à recevoir; ils font une enquête pour s'assurer si la mort a été naturelle, quelle en a été la cause et l'indiquent à l'administration sur des bulletins qui ne portent aucun nom propre, mais seulement un numéro d'ordre. On a demandé, dans l'intérêt de la statistique, le concours des médecins traitants qui reçoivent de la mairie ou de la préfecture une lettre par laquelle on les prie de vouloir bien, *s'ils le jugent à propos*, indiquer sur un bulletin anonyme joint à la lettre la cause de la mort; ils peuvent ne pas répondre; en tout cas, aucun nom ne figure sur le bulletin qu'ils renvoient et ne sera connu au service de statistique.

Dans les bulletins de santé laissés au domicile du malade pour les amis et étrangers, nous ne devons faire figurer aucun nom de maladie, mais seulement une constatation banale de l'état général; et encore vaudrait-il mieux n'en rien faire et se défier des journaux que le patient peut lire.

Secret dû aux mineurs et aux domestiques. — Il soulève des difficultés très complexes, au milieu desquelles le médecin ne peut être guidé que par sa conscience, en agissant au mieux des intérêts les plus respectables et de l'intérêt social. Une jeune fille, ou une domestique dans une famille dont vous êtes le médecin, a dissimulé sa grossesse; l'accouchement est imminent, un infanticide se prépare peut-être, ou bien l'accouchement clandestin a eu lieu et le fœtus a disparu. Le médecin, dit Brouardel, ne peut dissimuler aux parents ou aux maîtres le fait dont sa profession lui a donné connaissance; mais la révélation n'est légitime que si les intérêts des tiers ou de la société sont compromis. S'il en est temps encore, vous devez demeurer gardiens du secret de la grossesse et faciliter la sortie de la jeune fille ou de la domestique gravide hors de la famille pour qu'elle puisse dissimuler son accouchement et assurer la vie de l'enfant.

Quand il s'agit de maladies contagieuses chez des domestiques, il faut les engager à sortir de leur plein gré d'une maison où ils risquent de répandre leur maladie; cela est de première nécessité pour la syphilis et il suffira, pour obtenir d'eux qu'ils y consentent, de leur dire qu'ils s'exposent à des poursuites judiciaires s'ils viennent à contagionner quelqu'un de la famille.

S'il s'agit de la tuberculose, il faut leur faire comprendre que le meilleur moyen de guérison pour eux est de chercher un autre travail moins pénible, ou d'entrer dans un hôpital, et il suffit d'imposer des précautions antiseptiques au point de vue de l'expectoration. Mais il ne faut jamais laisser des tuberculeux donner leurs soins à de jeunes enfants.

Si vous êtes devenus confidents d'enfants ou élèves de pensionnats, atteints de maladies vénériennes, vous obtiendrez facilement d'eux, en les effrayant par des conséquences lointaines, que dans leur propre intérêt ils en fassent l'aveu à leurs parents pour pouvoir se soigner plus efficacement.

On peut rapprocher, au point de vue du secret, des mineurs et serviteurs les *employés, ouvriers, militaires*.

Dans l'armée le médecin qui visite des officiers malades n'est nullement tenu de révéler au colonel la nature de leur maladie.

Dans les grandes administrations, dans les usines, le médecin chargé de soigner les employés ou ouvriers n'est pas tenu à révéler les diagnostics aux directeurs ou patrons, si les patients réclament le secret. Cependant, un médecin de verrerie doit signaler les ouvriers souffleurs atteints de syphilis buccale.

Dans les sociétés de secours mutuels on s'expose à violer le secret en indiquant par écrit les diagnostics des maladies des sociétaires et, bien qu'on puisse dire qu'il y a en pareil cas un contrat tacite entre la société, les sociétaires et le médecin, qui est leur intermédiaire obligé, un médecin a été condamné à 16 francs d'amende à Lille en 1886 pour avoir révélé au président d'une société la maladie vénérienne d'un adhérent.

La conduite du médecin vis-à-vis des compagnies d'assurances au point de vue du secret sera étudiée dans un chapitre ultérieur.

L'expert chargé d'une mission judiciaire doit en tenir secret le résultat jusqu'à ce que le jugement ne soit plus susceptible d'appel ou de cassation, ou s'il y a eu ordonnance de non-lieu.

Il y a lieu, en terminant, de faire remarquer une lacune de la loi française au point de vue du secret médical. On sait que les personnes astreintes au secret sont nominativement désignées par l'article 378; il vise les « médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, pharmaciens et sages-femmes. » Il est étrange que les

aides des médecins n'y aient pas été compris, puisque leur présence dans bon nombre de cas au chevet des malades les met en état de nuire beaucoup à ceux-ci par leur indiscrétion. Le Code allemand reconnaît, lui, l'obligation du secret pour les aides des médecins. Pourtant la Cour de cassation (8 décembre 1864) n'étend pas l'obligation du secret à ceux qui, sous la direction d'un médecin, sont appelés *accidentellement* à soigner un malade, de même qu'ils ne peuvent refuser les révélations à la justice. Muteau (*Traité du secret professionnel*), Tourdes et Gallard, Brouardel regrettent cette exclusion et ont demandé la réforme de cette jurisprudence. Nous n'y voyons qu'avantages : *pour les malades* à qui cette extension du secret donnerait encore plus de garantie, *pour les aides* (et en particulier pour les étudiants en médecine) qui seraient ainsi entraînés de bonne heure à la discrétion professionnelle si désirable à tous points de vue.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 4 Octobre 1901.

Ulcère gastrique perforant, à étendue considérable.

M. Dufour présente l'estomac d'un malade qui a succombé à une péritonite par perforation, survenue brusquement « en coup de pistolet ».

Un ulcère allongé, de proportions géantes, occupe la région prépylorique; la perforation était pour ainsi dire bouchée par un chevauchement et un éversement de la muqueuse vers la cavité péritonéale.

Ossification du larynx; radiographie.

M. Mignon (de Nice) apporte des épreuves d'application de la radiographie à l'étude de l'ossification du larynx.

M. Cornil fait remarquer que dans l'étude de l'ossification du cartilage, il faut tenir compte ici des lésions de la muqueuse laryngée, car l'irritation chronique de celle-ci amène très rapidement de l'ossification.

Pièce de pylorectomie.

M. Cunéo présente une tumeur du pylore enlevée chirurgicalement 8 mois après une gastro-entérostomie. D'après l'aspect de la tumeur, on pourrait croire à une linite plastique. Or, l'examen histologique montre qu'il s'agit de cancer, car des coupes de l'un des ganglions voisins renferment quelques îlots nettement carcinomateux.

Rupture de la rate ; splénectomie.

M. Judet apporte les fragments d'une rate enlevée d'urgence par splénectomie chez un maçon qui avait fait une chute de 12 mètres de hauteur sur le flanc gauche.

La rate était déchirée, divisée en plusieurs fragments, et répandue partiellement en bouillie splénique au voisinage de sa loge; une abondante hémorrhagie avait inondé le péritoine.

L'opération, pratiquée par M. Judet, dans le service de M. Gérard-Marchant, deux heures après l'accident, a été suivie de guérison.

Kyste séreux de l'iris.

M. F. Terrien montre des préparations d'un kyste séreux de l'iris, qui occupait la partie supéro-externe de la membrane irienne, et apparut sans traumatisme préalable chez un jeune homme de 19 ans. Le kyste était formé par l'iris lui-même dont la couche de stroma s'était séparée en deux feuillets, l'antérieur mince, le postérieur plus épais. Toute la paroi du kyste était tapissée d'une couche de cellules endothéliales.

Il s'agit ici d'un kyste séreux spontané qui aurait été déterminé par la fermeture de l'une des cryptes qu'on trouve à la surface antérieure de l'iris. Il s'agit donc, suivant la pathogénie invoquée par Schmidt-Rimpler, d'un kyste par rétention, d'un véritable lymphangiome.

Pièce de luxation de la hanche opérée par la méthode de Lorenz.

MM. V. Veau et **V. Cathala** présentent une pièce de luxation congénitale de la hanche traitée par M. Brun, suivant la méthode de Lorenz. Il s'agit d'une enfant de 4 ans morte de diphthérie au cours du traitement, 1 mois 1/2 après la réduction. Cette pièce montre qu'on a fait une véritable réduction et non une transposition, car la tête était dans la vraie cavité cotyloïde.

De l'étude mécanique des mouvements articulaires, les auteurs concluent que la meilleure position pour le maintien de la tête dans la cavité est l'abduction à 90° avec rotation externe, et non la rotation interne, comme le préconisent un grand nombre d'auteurs.

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 30 Septembre 1901.

Sur la localisation et la dissémination de l'antimoine dans l'organisme.

M. G. Pouchet a été amené à la suite d'une récente affaire d'empoisonnement, à chercher la façon suivant laquelle l'antimoine se localise dans l'organisme des animaux.

Ses expériences ont porté sur des lapins et sur des chiens :

Chez un lapin ayant reçu pendant 50 jours, sous forme d'émétique, une dose totale de 54 milligrammes d'antimoine, la recherche de ce corps n'a permis d'en retrouver une proportion appréciable que dans l'appareil digestif. Chez un autre lapin, ayant absorbé, dans l'espace de 116 jours, 126 milligrammes d'antimoine, la presque totalité du toxique localisé se retrouva dans le tube digestif, une trace dans la peau et les poils, rien dans les autres organes, et notamment les os. Enfin, 3 lapins ayant reçu en 215 jours, une moyenne de 435 milligrammes d'antimoine, et ayant présenté dans les derniers jours des symptômes d'intoxication (parésie du train postérieur, plaques rouges et excoriations de la peau), ont donné, à l'autopsie, les résultats suivants : seuls les organes digestifs ont révélé la présence d'une assez notable proportion d'antimoine; les os plats ont donné un anneau faible; les os longs, les reins, le foie, la peau, les poils, les muscles ont donné un anneau plus faible encore que le précédent; le cœur et les poumons, le sang ont fourni un résultat des plus douteux, et le cerveau un résultat complètement négatif.

Ces mêmes résultats ont été observés chez les chiens.

Ces expériences semblent donc démontrer : 1° que l'action toxique de l'antimoine, ainsi que sa localisation, ne commencent à se montrer qu'à une dose élevée relativement aux doses correspondantes d'arsenic; 2° que la localisation de l'antimoine est très différente de celle de l'arsenic.

Lorsqu'on administre aux animaux des mélanges d'arsenic et d'antimoine, ce dernier, loin de diminuer le pouvoir toxique de l'arsenic, paraît, au contraire, le soutenir et même l'accroître.

Enfin, l'administration d'une autre substance médicamenteuse active, dans l'espèce de bromure de potassium, paraît modifier d'une façon très notable et la symptomatologie de l'intoxication et la localisation des substances toxiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 Octobre 1901.

Cryoscopie des urines chez les femmes enceintes non albuminuriques.

MM. Phobécourt et **Gabriel Delamare.** — La cryoscopie des urines permet, d'après von Koramji, d'étudier les modifications de la circulation rénale. Chez les femmes enceintes non albuminuriques, quelle que soit la période de leur grossesse, le point de congélation des urines (Δ) et les rapports $\frac{\Delta}{NaCl}$ et $\frac{\Delta}{\delta}$ restent normaux et ne traduisent l'existence d'aucun ralentissement de la circulation rénale.

Le sphygmomanomètre montre d'autre part, que la circulation générale reste normale. La grossesse n'intervient donc pas, comme on l'a dit, dans la production de l'albuminurie en déterminant des troubles circulatoires. De fait, les recherches que nous poursuivons nous ont montré que, chez certaines femmes albuminuriques, Δ et $\frac{NaCl}{\Delta}$ sont normaux.

Hémoglobinurie par action toxique de l'urine.

MM. Th. Tuffier et **G. Milian.** — Chez une brûlée secondairement hémoglobinurique et albuminurique dont les urines présentaient un abondant dépôt de leucocytes et un grand nombre de bactéries, nous avons constaté que :

1° Le sérum sanguin n'était pas laqué, ce qui indique que l'hémoglobinhémie n'était pas la source de l'hémoglobinurie;

2° L'urine hémolysait très rapidement les hématies de la malade;

3° La stérilisation de l'urine à l'autoclave à 120° lui enlevait toute propriété hémolysante; abandonnée à l'air libre, elle redevenait toxique pour les hématies.

Il s'agissait donc là d'une hémolyse par action *toxique* de l'urine et *non osmonocive*, action toxique due sans doute à des ferments microbiens que la stérilisation et l'abandon à l'air libre font tour à tour disparaître et reparaître.

Les cellules éosinophiles du ganglion lymphatique.

M. G. Delamare a étudié chez les animaux les cellules éosinophiles et les hématies nucléées du ganglion lymphatique normal. Ses préparations ont montré qu'au niveau du ganglion lymphatique normal, les éosinophiles présentent des modifications d'ordre régressif et peut-être d'ordre progressif. Elles se détruisent dans le ganglion et probablement elles y naissent. On voit tous les intermédiaires entre le lymphocyte, le lymphocyte éosinophile et le polynucléaire éosinophile. Ces faits permettent de comprendre l'éosinophile de certaines adénies.

L'absence ou du moins la rareté des éosinophiles dans les voies lymphatiques efférentes s'explique par l'existence simultanée de ces deux processus de destruction et de genèse.

Les hématies nucléées existent parfois, sinon toujours, dans le tissu lymphoïde sain. Elles paraissent parfois se transformer en globules rouges par un processus d'excrétion nucléaire.

Détermination des doses d'émétine minima mortelles pour certains vertébrés.

M. Maurel a opéré sur le congre, la grenouille, le pigeon et le lapin, et ses principales conclusions sont les suivantes :

1° La dose minima mortelle par le chlorydrate d'émétine, administré par la voie hypodermique, aux titres de 0 gr. 50 à 1 gramme pour 10 grammes d'eau distillée, est de 0 gr. 15 par kilogramme pour le congre, le pigeon et le lapin, et de 0 gr. 25 pour la grenouille;

2° Pour étudier les effets de la thérapeutique, il faut rester sensiblement au-dessous de ces doses; et, au contraire, il faut les dépasser pour étudier les effets toxiques;

3° Pour obtenir les mêmes effets, soit thérapeutiques, soit toxiques sur ces animaux, il faut employer les mêmes doses chez le congre, le pigeon et le lapin, et une dose approximativement supérieure des 2/5 chez la grenouille.

Mouvements réflexes chez les hémiplégiques.

M. Féré. — On sait que chez les hémiplégiques, on observe parfois des mouvements réflexes dans les membres paralysés à l'occasion de certains actes (rire, éternuments, toux, etc.).

J'ai observé un homme de 62 ans, hémiplégique depuis quelques années, qui présentait ces mouvements à chaque réaction. Les mouvements dans les membres paralysés consistaient en flexion des doigts.

A la suite d'une attaque d'influenza, ces mouvements devinrent des secousses et revêtirent finalement la forme d'accès épileptiformes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 2 et 9 Octobre 1901.

Fracture du crâne.

M. Picqué lit un rapport sur une observation de fracture du crâne, présentée par M. Toubert.

Il s'agit d'un coup de feu de la région temporale, ayant entraîné de la fièvre, de l'albuminurie, de la glycosurie, de l'emphysème sous-cutané. La mort survint le 3° jour. On trouva que le projectile avait sectionné les bandelettes optiques de chaque côté; il y avait, en outre, des lésions des méninges et du cerveau, mais sans pus. L'auteur attribue cette fièvre sans méningite à l'irritation du centre thermique produite par le projectile.

M. Toubert a présenté en même temps une observation d'otite moyenne suppurée, à rechute terminée par la mort à la suite de méningite suppurée de la base.

Cette observation est intéressante au point de vue étiologique : en effet, ce n'est que 17 jours après cessation de l'otite qu'ont débuté les symptômes de la méningite.

De plus, l'absence de signes classiques doit mettre en éveil le médecin contre ces formes anormales de méningite consécutive à une otite.

Extraction d'une balle de Flobert logée dans l'arachnoïde lombaire.

M. Loison, médecin militaire, présente un travail sur l'extraction d'une balle de plomb de carabine Flobert, logée dans l'arachnoïde lombaire. L'orifice d'entrée siégeait au côté droit de la deuxième vertèbre lombaire. Rien à la palpation. La radiographie décèle la balle à une profondeur de 2 centimètres dans la masse sacro-lombaire. On s'explique la situation de la balle en admettant le coup tiré de haut en bas. La balle se serait réfléchie sur un corps vertébral pour, de là, aller se loger dans les muscles lombaires. Mais l'intervention, pratiquée par M. Mignon, ne révéla rien dans la loge musculaire. La balle devait se trouver dans le canal sacré et circuler librement dans le cul-de-sac arachnoïdien, car elle était pointe en haut.

Avant une nouvelle intervention, M. Loison fit une expérience sur un cadavre; une balle de 6 millimètres fut glissée dans une fente de l'arachnoïde entre l'arc postérieur de la première et de la deuxième vertèbre sacrée. En remuant le cadavre, la balle tombait dans le cul-de-sac arachnoïdien; l'expérience fut renouvelée plusieurs fois avec le même résultat. On ouvrit alors le canal sacré, on incisa la dure-mère, mais on ne trouva rien.

La plaie cicatrisée, une nouvelle radiographie montra le projectile un peu à gauche de la ligne médiane; son axe était devenu transversal.

M. Contremoulins repéra avec sa méthode la situation du projectile qui était revenu à la position verticale. L'application du compas indiqua que la balle était à 3 centimètres de profondeur et toujours dans la même région du canal sacré.

Une nouvelle opération fut faite : le cul-de-sac arachnoïdien

ouvert avec une curette, on ramena le projectile qui se trouvait alors à 6 centimètres environ au-dessus du point repéré.

Cette observation prouve que ce projectile était resté mobile dans le canal arachnoïdien.

M. Demoulin cite le cas d'un homme qui s'était tiré une balle dans l'aisselle. La radiographie la localisait contre le rebord postérieur de l'omoplate, mais à quelle profondeur? C'est ce qu'a déterminé exactement M. Contremoulins avec son compas. Le projectile était à 7 ou 8 centimètres de profondeur, l'aiguille du compas appliquée pendant l'opération arriva à localiser, à 1 millimètre près, la balle. Celle-ci était contre le bord axillaire de l'omoplate. C'est une nouvelle application de la méthode de M. Contremoulins pour la localisation de projectiles sur des parties mobiles par rapport au squelette.

Fracture ouverte du crâne.

M. Rochard analyse une observation adressée par M. Frogé (de Saint-Brieuc). Elle a trait à un homme de 35 ans, sans tare nerveuse héréditaire ou acquise qui, en décembre 1897, reçut des coups de bâton sur le côté droit de la tête. Le blessé ne perdit pas connaissance, mais au bout d'une dizaine de jours apparut une hémiplégie gauche pour laquelle il entra à l'hôpital quelques semaines après l'accident. Là, M. Frogé constata l'existence d'une fracture ouverte du pariétal droit, et, pensant à des accidents de compression par éclatement de la table interne, se décida à pratiquer la trépanation. Il trouva, en effet, la surface cérébrale légèrement contuse et dilacérée par des fragments de la table interne qu'il enleva. Huit jours après, l'hémiplégie avait complètement disparu, et le malade semblait devoir être considéré comme guéri, lorsque, au bout d'une vingtaine de jours, il fut pris d'attaques d'épilepsie qui, dans la suite, se renouvelèrent à des intervalles et avec une intensité variable. Leur persistance décida M. Frogé à tenter une deuxième intervention. Mais la trépanation ne montra cette fois que l'existence d'une cicatrice de la dure-mère, sans la moindre esquille. A la suite de cette deuxième opération, les crises épileptiformes se firent d'ailleurs de plus en plus rares pour disparaître complètement après quelques semaines. Actuellement, c'est-à-dire après plus de 2 ans, le malade semble devoir être considéré comme définitivement guéri.

Le fait intéressant de cette observation, c'est l'apparition d'accidents tétaniforme à la suite de la trépanation et sans qu'on put invoquer, ainsi que le démontra la deuxième intervention, de cause d'irritation mécanique quelconque de l'écorce cérébrale. Faut-il voir dans ce fait quelque chose d'analogue à ces psychoses post-opératoires dont M. Picqué nous a jadis entretenus ici-même? Et l'acte seul de la trépanation suffirait-il à éveiller l'épilepsie? Encore faudrait-il admettre une prédisposition spéciale du sujet, une tare nerveuse quelconque héréditaire ou acquise. L'explication reste donc obscure.

M. Broca. Il n'y a, dans les faits rapportés par M. Rochard, rien qui soit comparable aux psychoses post-opératoires que nous a signalées M. Picqué, et il est douteux que le seul acte de la trépanation ait suffi ici à provoquer les accidents épileptiformes. Ces accidents devaient reconnaître une autre cause qui a été supprimée par la deuxième trépanation, puisque les accidents ont cessé presque aussitôt après.

M. Reclus a eu l'occasion de traiter des épileptiques par la trépanation, sans trouver de cause à l'épilepsie. Et cependant les malades ont guéri de leur épilepsie, au moins pour un temps, car on sait que ces guérisons ne sont pas toujours permanentes.

M. Tuffier n'a jamais vu d'épileptique guérir définitivement à la suite de la trépanation; toujours la guérison n'a été que temporaire, durant quelques semaines et tout au plus quelques mois. On a prétendu, que ces récidives étaient dues à l'action irritative exercée sur l'écorce cérébrale par la cicatrice de la dure-mère résultant de la trépanation. Cette interprétation n'est certainement pas admissible pour tous les cas; peut-être, néanmoins, peut-elle s'appliquer au cas de M. Rochard, où des crises épileptiformes survenues à la suite d'une trépanation ont été guéries par une deuxième intervention qui a supprimé la lésion épileptogène occasionnée par la première opération.

Incrustation calcaire du canal de l'urèthre à la suite d'injections d'eau de chaux.

M. Bazy résume une observation envoyée par **M. Dupraz** (de Genève). Elle concerne un maçon qui, pour soigner une chaude-pisse, se fit pendant plusieurs mois des injections d'eau de chaux dans l'urèthre. Ce traitement n'eut d'autre résultat que de rendre les mictions de plus en plus difficiles; lorsque M. Dupraz vit le malade, il constata l'existence d'un rétrécissement étendu à presque toute la longueur du canal, qui n'admettait plus qu'une bougie n° 9. Ce rétrécissement était constitué par une incrustation calcaire des parois uréthrales. Comme moyen de traitement — le curettage s'étant montré insuffisant — M. Dupraz eut l'idée d'employer les injections d'acide chlorhydrique au millième : 12 injections amenèrent en moins d'un mois la dissolution du dépôt calcaire. Le malade guérit parfaitement. Cette observation curieuse montre bien la possibilité de la formation de calculs autochtones de l'urèthre.

Anthrax grave avec phlegmon de la face guéris par le sérum de Marmorek.

M. Bazy analyse une deuxième observation adressée par **M. Dupraz.** Elle concerne une femme d'une soixantaine d'années, atteinte d'anthrax de la lèvre supérieure. Malgré des incisions larges multiples, l'infection suivit une marche progressive, et bientôt il se fit un phlegmon étendu de la face, s'accompagnant de symptômes généraux graves contre lesquels tous les moyens thérapeutiques habituels se montrèrent impuissants. C'est alors que M. Dupraz songea à recourir au sérum de Marmorek : 5 injections pratiquées en 2 jours suffirent, dit-il, à juguler les symptômes généraux; quant aux phénomènes locaux, ils s'amendent peu à peu; le phlegmon suppura, fut incisé; et la guérison survint assez rapidement.

M. Bazy ne pense pas, comme M. Dupraz, que cette guérison puisse être comptée à l'actif du sérum de Marmorek, car il n'est pas démontré, l'examen bactériologique n'ayant pas été fait, qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'infection streptococcique. L'observation prouve uniquement, ce qui est déjà un succès, que le sérum de Marmorek n'est pas toujours nuisible, comme on l'a dit.

Corps étranger du poumon.

M. Loison. — Il s'agit d'un soldat d'infanterie de marine qui, pendant la campagne de Chine, en juillet dernier, avait été blessé d'un coup de feu à la poitrine. Le projectile n'avait pas été extrait; il n'y aurait d'ailleurs jamais eu de symptôme quelconque indiquant une lésion du poumon ou de la plèvre. Radiographié une première fois à Rochefort, cet homme apprit alors qu'il avait une balle dans le poumon droit. Obsédé par cette idée, il réclama obstinément une intervention qui le débarrassât du projectile, et c'est pour ce motif qu'il nous fut adressé au Val-de-Grâce en septembre dernier.

La radiographie ayant montré la présence de la balle au niveau du 2e espace intercostal droit, à 3 centimètres environ de profondeur, M. Mignon procéda à la recherche du projectile dans cette région; il crut voir une plèvre épaissie, pratiqua en ce point des ponctions répétées avec un trocart fin, mais ne rencontra pas le corps étranger, et il s'en tint là. Mais une nouvelle radiographie, pratiquée quelque temps après, nous ayant encore montré la présence du projectile au même endroit, nous nous décidâmes, pour le localiser exactement, à recourir à l'appareil de M. Contremoulins. Sous son contrôle, M. Mignon ouvrit cette fois franchement la plèvre, qui n'était pas adhérente, et, dans le poumon, rétracté par le pneumothorax qui s'était produit, il parvint à saisir avec une pince et à énucléer facilement le projectile qui n'était recouvert que par une mince lame de tissu pulmonaire. C'était une balle de fusil Mauser, de 7 millimètres de diamètre. L'opéré va bien.

Sur la dégénérescence fibreuse du corps thyroïde.

M. Ricard. — Dans ma communication sur ce sujet j'avais

soulevé deux questions : 1° quelle était la nature des tumeurs enlevées? 2° quelle était la thérapeutique à leur appliquer? Or je dois dire que, dans la discussion qui a suivi, ces questions n'ont été résolues que d'une façon vague et que je ne suis guère plus avancé aujourd'hui qu'il y a 3 mois.

En ce qui concerne le premier point, savoir la nature de ces tumeurs fibreuses diffuses du cou, M. Delbet ne voit là qu'une sclérose inflammatoire périthyroïdienne qu'il rapproche des processus analogues qu'on observe, en d'autres régions de l'organisme, autour de vieux foyers de suppuration. Sans doute ces faits ont entre eux une certaine ressemblance, mais ce n'est pas une raison suffisante pour conclure à leur identité. M. Poncet, malgré l'avis des anatomo-pathologistes, déclare qu'il ne s'agit que d'une variété de cancer thyroïdien, qu'il appelle cancer fibreux. J'avoue que l'allure clinique de ces tumeurs est bien celle du carcinome, et cependant elles ne récidivent pas, ou du moins très rarement, après l'extirpation. Ce fait, joint aux résultats constants de l'examen histologique qui n'a jamais permis de constater dans ces tumeurs d'éléments malins, me porte à les considérer comme des tumeurs bénignes, malgré leur marche envahissante.

En ce qui touche la thérapeutique de ces néoplasmes, la majorité de nos collègues s'est prononcée contre l'intervention chirurgicale : si c'est une tumeur bénigne, disent les uns, pourquoi intervenir? Puisqu'il s'agit de cancer diffus, déclare M. Poncet, il est impossible de tout enlever : dès lors pourquoi s'exposer à une récidive rapide?

La réponse à M. Poncet est facile : de mes trois opérés, deux au moins sont encore actuellement sans trace de récidive après 5 et 6 mois; l'autre a été perdu de vue. Quant à la première objection, elle serait peut-être justifiée s'il s'agissait de tumeur bénigne évoluant au milieu de tissus et au voisinage d'organes moins importants que ceux que nous rencontrons à la partie antérieure du cou. Ici les accidents extrêmement graves que la tumeur, dans sa marche envahissante, provoque du côté de la trachée et de l'œsophage, exigent une intervention rapide et parfois d'urgence. Quelle doit être cette intervention? Je ne ferai que signaler la proposition de M. Taillefer d'attendre que l'évolution de la tumeur amène la dysphagie et la suffocation pour pratiquer la gastrostomie et la trachéotomie : je ne crois pas que cette chirurgie-là puisse jamais trouver accueil ici. M. Delbet pense qu'on peut se borner à l'extirpation partielle du néoplasme, du noyau thyroïdien qui lui a donné naissance, et que cela est suffisant pour amener la régression du reste de la tumeur. Mais je répète qu'il n'y a pas de noyau thyroïdien et que toute la masse est parfaitement homogène, blanche et dure.

En réalité il faut se décider à l'extirpation totale; c'est sans doute une opération fort grave, mais devant laquelle on ne doit pas hésiter pour sauver la vie des malades. Elle devra être tentée dans tous les cas où on pourra atteindre la limite inférieure du néoplasme, c'est-à-dire qu'on sera certain de pouvoir assurer une hémostase parfaite par en bas comme par en haut. Il est d'ailleurs à espérer qu'avec le temps, quand nous saurons mieux diagnostiquer ces tumeurs et les diagnostiquer à leur début, l'intervention pourra se faire d'une façon plus précoce et partant moins dangereuse.

Guérison d'un anus contre nature.

M. Bazy présente le malade chez lequel il a pratiqué l'anastomose des deux branches de l'anse ouverte au dehors. L'anus artificiel est complètement fermé et la circulation des matières se fait parfaitement par la voie normale. L'anus artificiel était consécutif à une hernie étranglée, gangrenée.

M. Ricard a recours, depuis quelque temps, à l'anastomose latérale pour obtenir la fermeture de l'anus contre nature temporaire : c'est une opération très logique qui a toujours donné de bons résultats, sans complications. Il faut faire l'anastomose très près de l'anus artificiel.

Tuberculose rénale diagnostiquée par le cathétérisme uréthral.

M. Albarran présente deux reins tuberculeux enlevés par néphrectomie lombaire. L'histoire clinique des deux malades est à peu de chose près identique : chez tous deux l'évolution de la tuberculose rénale s'était faite insidieusement, sans symptômes bien nets, et l'exploration rénale ne donnait absolument rien. Ce n'est que grâce au cathétérisme urétéral que M. Albarran est parvenu dans les deux cas à poser le diagnostic et le siège de la lésion.

Malgré l'absence de symptômes caractérisés, on voit combien ces deux organes sont malades, avec leurs ulcérations et leurs cavernes tuberculeuses multiples.

Résultats éloignés d'une rhinoplastie.

M. Nélaton présente un malade auquel il a pratiqué, il y a 1 an, une rhinoplastie. Le résultat esthétique et fonctionnel s'est maintenu parfait.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 8 Octobre 1901.

Tétanie avec arthropathie.

M. Guinon communique l'observation d'une enfant atteinte de coqueluche, compliquée de polynévrite, puis de scarlatine et de diphthérie, était en voie de guérison, lorsque la température monta de nouveau et la rate s'hypertrophia, en même temps que des pyodermites et des ulcérations multiples apparaissaient sur les téguments. Au bout de 15 jours, les extrémités se contractèrent ; cette tétanie dura deux semaines, puis s'atténua, mais il survint alors une arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

Il s'agit, en résumé, d'une tétanie survenant au cours d'une pyosepticémie cutanée et articulaire, chez une enfant déjà affaiblie par des infections multiples successives.

Méningite à bacille d'Eberth.

M. Guinon. — Une enfant eut d'abord des symptômes d'embarras gastrique, qui s'aggravèrent ensuite peu à peu jusqu'à constituer un état typhoïde. La température monta jusqu'à 41°5. Il n'y avait pas de signe de Kernig. Cependant des phénomènes convulsifs ayant attiré l'attention vers les méninges, une ponction lombaire fut pratiquée. Le liquide céphalo-rachidien contenait du bacille d'Eberth. La séro-réaction fut positive vis-à-vis du bacille d'Eberth.

Traitement médical des végétations adénoïdes.

M. Lapeyre (de Fontainebleau), en employant la médication iodée à l'intérieur, a toujours pu faire disparaître les végétations adénoïdes même volumineuses, et éviter à ses petits malades des ablations chirurgicales qui sont loin d'être sans inconvénients.

M. Lapeyre donne la teinture d'iode à doses croissantes, en commençant par VI gouttes trois fois par jour pour les enfants de 5 à 9 ans, et en augmentant rapidement jusqu'à LX gouttes. Cette dose élevée est en général parfaitement supportée ; quelquefois on observe un peu d'intolérance gastrique, mais jamais d'accidents sérieux. L'iode se retrouve dans l'urine par les réactifs appropriés.

M. Sevestre a obtenu de bons résultats par l'usage du vin iodé et les instillations d'huile mentholée dans les fosses nasales.

M. Variot fait remarquer que Parrot traitait déjà les végétations adénoïdes par la teinture d'iode incorporée au sirop de gentiane, à la dose de 6 grammes de teinture d'iode et 6 grammes d'iodure de potassium par litre de vin.

Les réactions de Salkowski et de Haycraft chez les nourrissons normaux et au cours des gastro-entérites.

MM. E. Lesné et Prosper Merklen. — Etudiant dans

des travaux antérieurs l'urine des nourrissons atteints de gastro-entérite, nous avons constaté, dans la grande majorité des cas, l'absence de pigments biliaires normaux par le spectroscope et la réaction de Gmelin, puisque ceux-ci n'ont été trouvés que deux fois sur 49 cas. C'était là une donnée qui ne cadrait qu'imparfaitement avec les autres symptômes qui, tout au moins dans les formes aiguës, révèlent une suractivité fonctionnelle du foie.

L'emploi des réactions de Salkowski et de Haycraft, qui constituent des méthodes plus sensibles, nous a permis d'affirmer l'existence de l'élimination biliaire. Les urines de six nourrissons, qui ne donnaient pas la réaction de Gmelin, ont été étudiées avec ces techniques ; sur quatre gastro-entérites aiguës, nous avons trouvé trois fois la réaction de Salkowski, deux fois celle de Haycraft ; sur deux gastro-entérites chroniques, nous ne relevons aucun cas de réaction de Salkowski et une seule fois celle de Haycraft.

Non seulement ces faits permettent de conclure au passage des pigments et des acides biliaires par les urines au cours des gastro-entérites, mais, à un point de vue plus général, ils nous font voir l'insuffisance de la réaction de Gmelin et la nécessité de recourir à des procédés plus rigoureux dans la recherche des pigments biliaires.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Octobre 1901.

Traitement du prurit anal et vulvaire par les courants de haute fréquence.

M. Leredde. — Comme tous les moyens de traitement, les agents physiques ont leurs indications thérapeutiques propres, en dehors desquelles ils ne sauraient exercer d'action curative réelle. Il en est ainsi des courants de haute fréquence dans le prurit : si on voulait en généraliser l'emploi sans discernement, on s'exposerait à de nombreux échecs, tandis qu'en limitant leur usage au cas de prurit anal et vulvaire localisé, ayant résisté au traitement chimique et non accompagnés de lichénification, on en obtient d'excellents résultats, comme j'ai eu l'occasion de m'en assurer chez quatre malades.

Il s'agissait, dans ces observations, de prurit limité à l'anus ou à la vulve, datant de 3 à 12 ans et rebelle à tous les moyens employés antérieurement pour le combattre. Un de ces malades avait présenté un prurit généralisé qui disparut sous l'influence d'un régime antidyspeptique, mais les démangeaisons anales persistèrent. Dans tous ces cas, les courants de haute fréquence amenèrent une guérison complète après six à treize séances, qu'on répétait deux ou trois fois par semaine et dont la durée était portée progressivement jusqu'à 15 minutes.

M. Bardet fait remarquer que l'existence d'une fissure profonde à l'anus paraît constituer une complication susceptible de rendre le prurit anal rebelle au traitement électrique. C'est ainsi que, dans un cas de ce genre, les courants de haute fréquence employés pendant un an, n'ont rien produit, sauf quelques rares accalmies dans les sensations prurigineuses et douloureuses.

M. A. Robin trouve que M. Leredde a parfaitement raison de dire qu'il faut bien préciser les cas de prurit anal justiciables, d'une part, du traitement chimique et, d'autre part, du traitement par les courants de haute fréquence. M. Robin a pu se convaincre, en effet, qu'on rencontre, chez les sujets atteints d'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie et garde-robes acides, des démangeaisons limitées à l'anus, qui guérissent merveilleusement bien par un traitement visant à combattre les fermentations gastro-intestinales et l'hyperacidité. Ce traitement consiste à instituer le régime des dyspeptiques (ne donner que des aliments extrêmement cuits), à prescrire l'usage du fluorure d'ammonium en qualité d'antiseptique gastro-intestinal et à faire prendre, après chaque repas, un mélange de carbonate de chaux, de carbonate de magnésie et de poudre d'yeux d'écrevisses. Cette dernière préparation (dans laquelle le carbonate de chaux se trouve, comme on sait, en combinaison chimique avec des substances organiques), alors qu'on l'administre concurremment avec des carbonates inorganiques, sur lesquels s'épuise l'action de l'acide chlorhydrique de l'estomac, traverse, sans se décomposer, la cavité gastrique et peut, de la sorte, neutraliser l'acidité du contenu intestinal.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NUREMBERG

Séance du 6 Juin 1901.

Arrachement du nerf optique.

M. Neuburger. — Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, au cours d'une rixe, avait reçu un coup de bâton dans l'œil droit. L'extrémité du bâton avait pénétré entre le globe oculaire et la paroi interne de l'orbite et après avoir déchiré le tendon du muscle droit interne et la caroncule, luxa l'œil en avant et en dehors.

L'examen ophtalmoscopique, fait 24 heures après l'accident, donna les résultats suivants :

Etat trouble de la rétine et du nerf optique; disparition presque complète des artères du fond de l'œil et congestion, par places, des veines; cécité complète avec raideur de la pupille dilatée.

Il était donc évident qu'il existait une section du nerf optique, laquelle section était probablement produite, non pas par le bâton qui avait pénétré dans l'orbite, mais indirectement par le globe oculaire repoussé en avant.

Au bout de cinq jours, le malade n'ayant pas de fièvre et la plaie ne présentant pas de symptômes d'infection, on sutura le tendon déchiré et on incisa le coloboma qui s'était formé au niveau de la paupière supérieure.

Actuellement, c'est-à-dire quatre semaines après l'accident, l'œil ne présente aucun phénomène d'irritation, mais il est toujours tourné un peu en dedans et en avant et ne peut être mis en adduction au delà de la ligne médiane. Le nerf optique est très pâle, les artères commencent à se dessiner, mais sont plus étroites que celles de l'œil gauche. L'état trouble et gris de la rétine commence à disparaître et on distingue maintenant une déchirure des parois d'une artère. La cécité est toujours absolue.

Péritonite consécutive à une angine.

M. Neukirch a communiqué l'observation d'une fille de 21 ans, ordinairement bien portante, et dans les antécédents de laquelle on relève seulement une chlorose et des angines fréquentes. Le 28 mai elle entre à l'hôpital pour une angine, dont le début remonte à huit jours. A l'examen de la gorge on constate une rougeur diffuse et une tuméfaction des amygdales dont les cryptes sont, par places remplies de matières caséeuses. Il existe un souffle fonctionnel au niveau de la mitrale. Température, 38°,7.

Sous l'influence d'un traitement, les amygdales se nettoient dans le courant de la journée suivante, et le soir la température tombe à 37°,3. Mais dans la nuit la malade est prise de diarrhée et de vomissements, le ventre devient douloureux et la température monte à 40°,3.

Au matin cet état s'aggrave. La langue est sèche, la face cyanosée, le pouls petit et fréquent. Un exanthème à placards irrégulièrement découpés occupe les joues, le cou, le thorax et les membres supérieurs. Le ventre est tendu, ballonné, excessivement douloureux à la pression, et dans la journée la température atteint 41°,4. L'urine renferme de l'albumine. Morte le lendemain.

A l'autopsie on trouva une péritonite fibrineuse récente. Les anses intestinales étaient distendues, injectées, accolées les unes

aux autres et recouvertes d'un exsudat fibrineux. Les poumons étaient congestionnés, la rate tuméfiée, molle.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une péritonite septique dont le point de départ, comme voie d'infection, était probablement 'angine lacrimaire.

SOCIETE MÉDICALE DE GOETTING

[*Séance du 1er Août 1901.*

La visquosité du sang dans l'urémie.

M. Hagenberg a constaté que chez les urémiques ainsi que chez les animaux privés de leurs reins, la visquosité du sang n'est pas augmentée. Mais ce qui est exact, c'est qu'après la saignée ainsi suivie d'injection massive de sérum artificiel, le sang et le sérum deviennent moins visqueux. Si l'on veut bien mettre en parallèle, d'un côté l'amélioration constante des symptômes qui survient dans l'urémie après la saignée, et de l'autre la diminution de la visquosité du sang que provoque cette opération, on est amené à conclure qu'il existe entre les deux un rapport de cause à effet.

On peut notamment se figurer que dans l'urémie, le cœur affaibli devient incapable d'assurer la circulation du sang dans les vaisseaux, et que la saignée en diminuant la visquosité du liquide, rend sa propulsion plus facile et facilite ainsi le travail du cœur. De cette façon, dans l'effet de la saignée, interviendrait un facteur d'ordre mécanique.

Dans un cas, chez un urémique qui a été saigné deux fois, on a constaté que la visquosité du sang n'avait pas diminué après la première saignée et qu'elle a même augmenté après la seconde. Ce malade présentait, du reste, ceci de particulier, que chez lui la visquosité du sang était au-dessous de la normale et que le nombre des globules rouges était diminué. Comme d'après les recherches de Jacobi, le degré de visquosité du sang est déterminé avant tout par le nombre de globules rouges, on s'explique que chez ce malade cette visquosité ait été, dès le début, peu élevée. Après la saignée le nombre d'hématies a triplé, et on comprend alors l'augmentation de la visquosité qui a été constatée à l'occasion de la seconde saignée.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Séance du 24 Septembre.

Lymphocythémie aiguë chez un enfant de quatre ans.

M. Rocaz (de Bordeaux). — L'enfant qui fait le sujet de cette observation, âgé de 4 ans, se présenta à la consultation de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, porteur d'une angine pultacée accompagnée de fièvre; l'examen bactériologique démontra l'absence du bacille de Löffler dans ces exsudats pharyngés. L'angine guérit en trois jours, mais le malade resta fébrile et ne tarda pas à présenter un complexus symptomatique voisin de celui de la dothiénentérie : température élevée, diarrhée, langue sale et sèche, légère hypertrophie de la rate. Le séro-diagnostic de Widal fut positif. Au bout de huit jours la situation changea; l'hypertrophie de la rate augmenta; on nota de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée ; le teint devenait très pâle. L'examen du sang fut pratiqué ; le nombre des globules rouges était descendu au chiffre 1 816 600 par millimètre cube; en revanche, les globules blancs atteignaient le chiffre de 245 000; ceux-ci étaient presque exclusivement représentés par des lymphocytes (96,66 p. 100). Le malade succomba 25 jours après le début de sa maladie après avoir présenté de la gingivite hémorrhagique et une éruption de purpura pemphigoïde. L'examen des urines, pratiqué plusieurs fois au cours de l'affection, révéla la présence d'albumine et une quantité très exagérée d'acide urique.

L'autopsie démontra l'existence d'une hypertrophie considérable de la rate, des ganglions du foie et des organes lymphoïdes de l'intestin ; mais le fait le plus intéressant était la présence, dans le médiastin antérieur, d'une volumineuse tumeur ayant la forme et la situation du thymus; cette tumeur, très dure, rosée, pesait 200 grammes. L'examen hystologique démonta qu'elle était formée par un réticulum très fin bourré de lymphocytes, au milieu desquels on retrouvait quelques corpuscules de Hassal, qui ne laissaient aucun doute sur son origine. Tous les autres organes étaient infiltrés de lymphocytes, particulièrement la rate, les ganglions et la moelle osseuse; dans le foie les capillaires étaient très dilatés; dans le pancréas les îlots de Langherans n'étaient pas hypertrophiés ; le rein présentait, outre une infiltration leucocytaire abondante, les lésions de la néphrite épithéliale.

Les deux points intéressants de cette observation sont :

1° La marche rapide de l'affection, qui évolua en 25 jours, et son aspect pseudo-typhique du début ;

2° L'hypertrophie considérable du thymus. Cette hypertrophie a été souvent signalée, mais je ne crois pas qu'on en ait noté d'aussi accusée. Peut-être jouera-t-elle un rôle dans la gravité de certaines leucémies aiguës de l'enfance, à marche très rapide.

Méningite tuberculeuse probable ; guérison apparente ; variations de la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien.

M. Rocaz (de Bordeaux). — On n'a encore publié aucun cas certain de guérison de méningite tuberculeuse; quelques observations, cependant, tendraient à faire croire que cette guérison est possible; la suivante est du nombre.

Un enfant de 8 ans, issu de parents tuberculeux, est apporté en octobre 1900 à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, avec tous les signes d'une méningite tuberculeuse. Les accidents, dont le début est récent, consistent en vomissements à type cérébral continus, constipation, parésie des pupilles, irrégularité du pouls, céphalalgie, somnolence, rétraction du ventre, hyperesthésie généralisée, amaigrissement rapide, etc. Le malade présente un sommet douteux, et une volumineuse adénopathie trachéo-bronchique, caractérisée par du souffle et de la submatité interscapulaire. Le séro-diagnostic tuberculeux (méthode d'Arloing et Courmont) est positif. Une ponction lombaire donne issue à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien très riche en lymphocytes.

Contrairement à l'attente générale, l'état de l'enfant s'améliore peu à peu ; au bout d'un mois, tous les symptômes méningitiques ont disparu ; l'état général est très satisfaisant. Une seconde ponction lombaire, pratiquée à ce moment, donne issue à un liquide qui ne renferme plus de lymphocytes. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Que signifie ce cas ? Il paraît difficile de porter un autre diagnostic que celui de méningite tuberculeuse, que donnent à la fois la clinique et le laboratoire. Cette méningite est-elle guérie ? Au point de vue clinique on ne saurait l'affirmer, car, dans les méningites tuberculeuses, les périodes de rémission sont parfois très longues. Mais la disparition des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien est une présomption en faveur de la guérison. Il paraît, en effet, illogique, que cette réaction lymphocytaire qu'on trouve dans des affections méningées, silencieuses, disparaisse au moment où la méningite devient latente.

Peut-être en sera-t-il des méningites tuberculeuses comme des méningites septiques, et le cyto-diagnostic viendra-t-il démontrer l'existence de formes bénignes, où la guérison serait possible.

L'épistaxis chez le nouveau-né.

M. L. d'Astros (de Marseille). — L'épistaxis, manifestation banale dans la seconde enfance, est relativement rare chez le nouveau-né, au-dessous de 6 mois; mais elle constitue chez lui un symptôme d'une signification très importante. Elle est très rarement abondante, ordinairement minime, constituée parfois seulement par l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Les conditions dans lesquelles elle se produit sont de trois ordres :

1° Elle peut être secondaire à une infection nasale, à un coryza; c'est surtout au cours des coryzas syphilitiques qu'elle apparaît.

2° Elle peut être secondaire à un état général grave, infectieux ou toxi-infectieux, sans localisation nasale préalable. L'hérédo-syphilis peut déterminer des épistaxis en dehors des cas de coryza. Il en est de même de certaines infections septiques. Elle est souvent alors associée à d'autres hémorrhagies, du côté de la peau, de l'intestin, etc.

3° Dans quelques faits, l'épistaxis apparaît comme une manifestation primitive et isolée chez un nouveau-né jusque-là en apparence bien portant. Ce sont les cas les plus intéressants en clinique. Tout d'abord l'épistaxis peut être la première manifestation extérieure d'une hérédo-syphilis. En dehors de la syphilis, l'épistaxis se montre parfois comme le premier symptôme d'une infection qui paraît se faire par les cavités nasales, peut rester cantonnée quelque temps dans les premières voies respiratoires et gagne souvent par la trompe d'Eustache l'oreille moyenne. La propagation aux voies respiratoires inférieures est fréquente et l'on voit se développer des infections bronchiques et des broncho-pneumonies. Enfin la généralisation peut se faire sous forme de septicémie à tout l'organisme avec ses conséquences possibles (ostéomyélites, convulsions, etc.)

Il convient donc d'attribuer une grande valeur séméiologique à l'épistaxis chez le nouveau-né : une grande valeur diagnostique d'abord, puisqu'elle est toujours sous la dépendance d'un état infectieux : hérédo-syphilis ou infection septique en activité ou en puissance. Elle comporte, d'autre part, toujours un pronostic grave, non point par elle-même puisqu'elle est habituellement peu abondante, mais en raison de l'état infectieux dont elle est la manifestation.

Sur l'occlusion congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales.

M. Boulay (de Paris). — Parmi les causes rares d'obstruction nasale chez l'enfant, l'oblitération de l'orifice postérieur des fosses nasales est une des moins connues. Il n'en existe guère qu'une soixantaine d'observations dans la littérature médicale.

Ayant eu l'occasion d'en opérer deux cas, je suis à même de mettre en évidence quelques particularités cliniques présentées par ce vice de conformation.

1° En premier lieu, il est surprenant de voir combien cette oblitération, même complète et bilatérale, peut-être relativement bien supportée. Si quelques nouveau-nés atteints de cette malformation succombent rapidement à l'asphyxie ou à l'inanition, un bon nombre résistent : non seulement ils survivent, mais, après quelques mois d'existence plus ou moins pénible, ils prennent le dessus, s'accommodent à leur respiration défectueuse et atteignent l'âge de l'adolescence avec un développement presque normal et un état de santé qui peut être excellent. Ils supportent si bien leur infirmité, que ce n'est souvent qu'à 15, 18, 20 ans ou même plus tard qu'ils se présentent au rhinologiste.

2° Un second fait qui frappe dans la lecture des observations, c'est la fréquence des erreurs de diagnostic faites à propos de cette malformation. Cela tient, d'une part, à ce qu'elle n'a pas de symptomatologie propre, de l'autre, à ce que, siégeant dans une région peu accessible à l'exploration, elle demande à être recherchée.

Les symptômes fonctionnels de l'occlusion cho-anale sont ceux de toute obstruction nasale chronique; or, comme les végétations adénoïdes sont la cause la plus fréquente de l'obstruction nasale dans l'enfance, c'est à elles que l'on pense tout d'abord en présence d'un enfant atteint d'occlusion cho-anale : on curette le pharynx nasal, on cautérise les cornets, on enlève une épine de la cloison, sans d'ailleurs aucun résultat. Nos deux malades avaient subi ces diverses interventions sans obtenir aucun soulagement.

3° Le diagnostic est cependant assez aisé, pour peu qu'on pense à la possibilité de cette malformation. L'imperméabilité absolue de l'une des fosses nasales ou des deux, le plus souvent remplies d'un mucus épais et demi-transparent, l'exploration avec le stylet arrêté par un plan résistant avant sa pénétration dans le pharynx nasal, les données de la rhinoscopie postérieure sont les principaux éléments de diagnostic.

4° Au point de vue du traitement, il faut savoir que le diaphragme obturateur est presque toujours osseux : peut-être ne l'est-il pas constamment au moment de la naissance; mais, à l'âge où le malade vient le plus souvent réclamer une intervention, de 10 à 20 ans, il est osseux en totalité ou en partie 9 fois sur 10. Quant à son siège, il est un peu plus souvent unilatéral que bilatéral, et c'est alors de préférence à droite qu'on l'observe.

Le traitement est plus ou moins facile, selon qu'on a affaire à un cas simple ou complexe. Les cas complexes sont ceux où l'occlusion cho-anale est accompagnée d'autres malformations : déviation de la cloison, atrésie des fosses nasales par arrêt de développement, cloisonnement du pharynx nasal.

La difficulté est d'obtenir un orifice large, qui ne se rétrécisse ou ne se comble pas dans la suite. En cas d'occlusion simple on peut opérer sous la cocaïne ou le bromure d'éthyle : la perforation avec une tréphine mue par un tour électrique est alors le procédé le plus expéditif.

En cas d'occlusion complexe, il vaut mieux opérer sous le chloroforme. Dans un premier temps, on se donne de l'espace en réséquant l'éperon de la cloison ou le cornet inférieur gênant; ensuite on perfore le diaphragme osseux au tour électrique ou bien à l'aide d'un ciseau et d'un maillet. Pour faire un large orifice, il ne faut pas craindre de mordre sur le bord postérieur de la cloison du nez, qu'on peut sans inconvénient détruire sur une profondeur d'un demi-centimètre : on fait ainsi communiquer largement les deux choanes et l'on détruit la ligne d'insertion du diaphragme osseux sur la cloison; c'est le meilleur moyen de prévenir la récidive sous forme de brides ou de membranes fibreuses.

Péritonite tuberculeuse.

M. Belin (de Paris). — Le 12 avril 1901, la nommée Alice B... me fut présentée, atteinte de péritonite tuberculeuse, avec collection enkystée; une incision vaginale évacua plus d'un litre de pus grumeleux; la malade s'améliora, mais, deux mois après, les symptômes reparurent plus violents (fièvre, constipation opiniâtre, douleurs). En présence de ces symptômes alarmants, et dans la crainte d'atteindre les poches à travers un intestin agglutiné qui eût pu se rompre. Je pratiquai l'hystérectomie vaginale et enleva les annexes enflammées. La guérison fut définitive. Je recommande vivement cette intervention, bien moins périlleuse que la laparotomie, et supprimant toute cicatrice chez les jeunes femmes.

Quelques considérations sur l'hystérectomie supra-vaginale.

M. Verdelet (de Bordeaux) attire l'attention sur quelques complications qui peuvent se produire dans l'hystérectomie supra-vaginale et sur les moyens d'en éviter une partie.

Passant rapidement sur les accidents causés par le reliquat de col utérin (néoplasie cancéreuse ou fibromateuse), il étudie surtout et décrit les divers degrés de deux complications assez fréquentes : les cellulites pelviennes et les phlébites.

Dus le plus souvent à un hématome facilement infectable, ces deux accidents doivent être pris en considération sérieuse par les retards qu'ils apportent à la guérison. Le meilleur moyen de les éviter est de pratiquer une hémostase rigoureuse, que l'on peut obtenir en ayant soin de lier les artères utérines aussi bas que possible, au-dessous de la tranche de section, qui sera alors absolument exsangue.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les splénomégalies idiopathiques et la tuberculose de la rate envisagées au point de vue chirurgical.

Demain sera discuté devant le *Congrès de Chirurgie* un important rapport où M. Février expose tout ce qui a trait à la chirurgie de la rate; et nous donnerons, avec notre compte rendu des Congrès, ce qui concerne la lésion anatomiquement bien connue, pour lesquelles les indications thérapeutiques sont aujourd'hui assez nettes, qu'il s'agisse de lésions traumatiques où l'opération est urgente ou des rates leucémiques pour lesquelles l'extirpation paraît définitivement proscrite. Mais il nous paraît intéressant de donner des détails plus circonstanciés sur certaines splénomégalies idiopathiques et sur la tuberculose de la rate : médecins et chirurgiens y trouveront leur compte.

I

Parmi les splénomégalies idiopathiques, d'abord considérées par les chirurgiens exclusivement au point de vue opératoire, selon qu'elles étaient fixées ou mobiles, et en mettant à part les néoplasmes proprement dits, fort exceptionnels et mal connus, on commence à voir un peu plus clairement, grâce aux travaux de Gaucher, de Debove et Bruhl, de A. Chauffard, de Hayem et Lévy, de Gilbert et Fournier, en France, après ceux de Banti, de Rinaldi, en Italie; de Bessel-Hagen, en Allemagne, nous pensons qu'il y a lieu de tenter d'établir des catégories et de démembrer un groupement trop vaste dont les unités disparates ne peuvent être comparées entre elles; de sorte qu'il est bien difficile de tirer un enseignement utile des résultats obtenus par la thérapeutique chirurgicale qu'on leur oppose.

A. Chauffard, en particulier, a eu le grand mérite d'établir que certaines hépatites doivent être dans leur filiation pathologique subordonnées à une lésion primitive de la rate.

S'appuyant sur les connexions anatomo-physiologiques qui relient entre eux le foie et la rate, sur la chronologie comparée des deux lésions hépatique et splénique, enfin sur le contrôle de la pathologie expérimentale, il est arrivé à démontrer que certaines splénomégalies précèdent souvent la lésion du foie et en deviennent la cause prochaine. La veine splénique est une des branches d'origine du tronc porte, souvent aussi considérable que la petite mésaraïque; tout ce qui sort de la rate va au foie, et il est bien peu probable, étant donné le rôle antitoxique de la rate, de penser qu'il ne sort des vaisseaux de cet organe que des éléments figurés ou chimiques inoffensifs, sans retentissement sur le réseau vasculaire du foie.

Chauffard insiste particulièrement sur un certain nombre d'affections qui, nous le verrons, ont de singulières ressemblances avec les splénomégalies qui nous occupent. D'abord le syndrome assez mal connu, observé pour la première fois par Banti en 1882, et étudié à nouveau par lui en 1894 et en 1898. Cette maladie de Banti est caractérisée par trois étapes successives. — A. Au début, pendant 2 à 4 ans, la splénomégalie existe seule. La rate prend un développement parfois énorme; en même temps se montre l'anémie splénique. — B. Apparaissent ensuite les *troubles gastro-intestinaux* ainsi que les signes révélateurs de l'*insuffisance hépatique* (oligurie, urobilinurie, hypoazoturie). — C. Plus tard encore, on trouve la *cirrhose atrophique avec ascite*, et à partir de ce moment, la maladie évolue comme une cirrhose vulgaire, avec cette différence signalée par Banti que la splénectomie peut enrayer la marche progressive des accidents, et amener la guérison alors même que la phase cirrhotique est commencée.

Ces faits sont encore mal connus en France; mais comme le fait remarquer Chauffard, ils se rattachent par d'étroites affinités à d'autres faits. Ainsi Hayem et Lévy ont décrit un ictère chronique d'une durée indéfinie avec poussées paroxystiques passagères; une hypertrophie lisse et modérée du foie, une splénomégalie, des troubles digestifs et une anémie intense. L'*hypertrophie de la rate* qui augmente avec les poussées d'ictère *peut persister* alors que le foie reprend ses dimensions normales.

Milian et Minkowski ont rapporté des faits analogues. Enfin Gilbert et Fournier ont décrit surtout chez les enfants et les adolescents une forme splénomégalique de la cirrhose.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ces faits : mais on peut conclure avec Chauffard qu'il semble bien qu'il y a là une famille naturelle de faits qui, partant de la splénopathie dite primitive de Gaucher, de Debove et Bruhl, sans réaction propre du foie, passe par les *ictères infectieux* chroniques, splénomégaliques de Hayem, pour aboutir, suivant l'orientation définitive de la lésion hépatique, soit aux formes atrophiques veineuses de la cirrhose (maladie de Banti), soit aux cirrhoses hypertrophiques biliaires (Gilbert et Fournier).

Il était nécessaire de rappeler ces travaux pour montrer l'obscurité qui entoure encore les variétés de splénomégalie qui nous occupent, et faire ressortir qu'on commence cependant à dégager de ce groupe confus quelques types cliniques dont les affinités et les dissemblances sont encore un peu indécises; mais quelque imparfaites que soient les catégories qu'elles permettent d'établir, elles sont appelées à rendre les plus grands services.

Cette ébauche de classification ne peut malheureusement nous permettre de catégoriser la majeure partie des observations, publiées jusqu'ici, de splénomégalie idiopathique suivie d'intervention chirurgicale. Dans beaucoup d'entre elles, les détails sont trop sommaires. Dans

certaines observations on mentionne bien l'ictère, l'état du foie ; dans quelques autres, on peut à la rigueur reconnaître les différentes étapes du syndrome de Banti, mais c'est l'exception, car le plus souvent on ne trouve que des faits incomplets ou même la simple mention splénomégalie idiopathique avec des détails insignifiants. L'état du sang n'est presque jamais indiqué, de sorte qu'on se demande, en lisant que les opérés ont succombé rapidement à l'hémorrhagie, si le chirurgien n'a pas eu affaire à une hypertrophie leucémique.

Dans d'autres cas enfin, il semble bien que le paludisme ne puisse pas être mis hors de cause.

Il est donc bien difficile dans ces conditions d'établir une statistique qui nous renseigne exactement sur les risques et sur la valeur thérapeutique de l'intervention opératoire opposée aux splénomégalies idiopathiques. Il est nécessaire d'attendre d'autres observations prises avec la précision que rendent possible nos connaissances actuelles, et dans lesquelles la chronologie relative des différents symptômes soit minutieusement établie. Il y a là un cadre que pourront remplir de nouvelles observavations, mais où ne peuvent prendre place les anciennes.

Une statistique de ce genre a été établie par Bessel-Hagen. A propos d'un cas de maladie de Banti, observé et opéré par lui, le chirurgien allemand empruntant ses documents aux chirurgiens italiens, en particulier à Terrile et Maragliano, reprend et développe les idées de A. Chauffard. Il est d'avis, après avoir constaté l'amélioration des statistiques opératoires, qu'il faut intervenir de bonne heure avant que l'hypertrophie ait rendu dangereuse l'opération. Ce ne sont pas seulement les souffrances du malade qui doivent pousser le chirurgien à l'opération, c'est aussi cette notion qui commence à se faire jour, de l'influence nuisible de la tumeur splénique sur les autres organes abdominaux, le foie en particulier.

Tout en reconnaissant les rapports étroits qui unissent les splénomégalies idiopathiques avec la maladie de Banti, il conseille de réunir à part les cas de ce genre. Il insiste sur les caractères de la maladie de Banti dont un des plus saillants est qu'on ne peut la rapporter ni à la syphilis, ni à la malaria, ni à l'alcoolisme. C'est par un agent infectieux, probablement d'origine intestinale, qu'elle se produit. Cliniquement elle se combine à une hépatite interstitielle et on ne peut, dit-il, se défendre de cette impression que dans les circonstances étiologiques qui nous occupent, c'est la rate qui en première ligne devient malade. La tumeur splénique par la veine porte doit influencer défavorablement le foie.

On voit d'après cette citation que si la subordination pathologique du foie à la rate est encore aujourd'hui discutée pour quelques faits, elle est établie comme une vérité généralement admise pour la maladie de Banti. Cette conception a une haute importance, non pas seulement au point de vue nosographique, mais surtout pour les conséquences fécondes qu'elle peut avoir au point de vue thérapeutique. Lorsque nous connaîtrons mieux la maladie de Banti et les affections qui s'en rapprochent, lorsque nous serons bien convaincus que la rate est le point de départ de la lésion, et que l'infection dont elle est le siège va retentir d'une façon désastreuse sur le foie, nous n'hésiterons plus ; et, en face de l'impuissance de la thérapeutique médicale, nous supprimerons le foyer dès le début de la maladie.

En étant autorisés à intervenir plus tôt qu'aujourd'hui, où on attend généralement que les souffrances et les troubles fonctionnels graves engendrés par la tumeur poussent le malade à réclamer l'opération, nous abaisserons la mortalité, car nous n'attendrons plus que la périsplénite ait développé des adhérences dont le décollement est si grave au point de vue opératoire et qui chargent si lourdement la mortalité, ainsi que le fait ressortir la comparaison entre les rates mobiles et les rates adhérentes.

C'est en intervenant de bonne heure que les médecins italiens ont obtenu des résultats très satisfaisants.

Bessel-Hagen rapporte 16 cas avec 13 guérisons et 3 morts, soit 18,6 p. 100. Dans les 16 cas guéris, l'examen des observations de Terrile et de Maragliano montre bien que l'opération a non seulement provoqué la régression des symptômes pathologiques, mais encore a rendu complètement la santé aux opérés.

Trois fois l'opération a été suivie de mort. Bessel-Hagen fait remarquer que dans deux cas le diagnostic n'était pas exempt de doute et, comme les opérés ont succombé à des hémorrhagies intarissables lors de l'opération, on se demande si on n'a pas eu affaire à des rates leucémiques.

Dans le troisième cas, la malade a succombé à une perforation utérine, au cours d'un curettage pratiqué après un avortement, alors que l'extirpation de la rate avait été suivie de succès.

Ces résultats sont encourageants et, comme il est bien constaté d'autre part que la thérapeutique médicale est le plus souvent impuissante, il est permis, toutes les fois qu'on se trouvera en présence du syndrome de Banti, de conseiller la splénectomie précoce. On évitera ainsi que la splénomégalie n'aboutisse à une lésion hépatique irrémédiable.

Élargirons-nous dans l'avenir le cadre des affections justiciables de la splénectomie? Il est incontestable qu'il existe encore bien des obscurités et des contradictions sur la pathogénie des cirrhoses splénomégaliques, et qu'il est encore impossible à ce point de vue d'établir solidement une classification nosographique. Un fait ressort cependant, qui a une grande importance au point de vue thérapeutique. Si les observations se multiplient qui établissent d'une façon irréfutable l'action pathologique prédominante de la rate sur le foie, s'il est démontré d'une façon constante que la rate est le foyer primordial de l'affection, il est permis, en l'absence de traitement médical efficace, de penser que la splénectomie pourra trouver son application dans le groupe de splénomégalies idiopathiques dont Chauffard a ébauché le rapprochement familial avec la maladie de Banti.

Bessel-Hagen conclut également dans ce sens : toutes les formes d'hypertrophies simples, dit-il, tiennent ensemble et ont pour conséquence les mêmes processus pathologiques. Leur traitement doit être envisagé de la même façon et il pense qu'il faut, dans tous ces cas, en raison de l'impuissance du traitement médical, opérer hâtivement l'ablation de la rate pour préserver un organe plus important, le foie, d'une affection grave et incurable.

II

La rareté des documents que nous possédons sur la tuberculose de la rate, permet à peine d'ébaucher l'histoire chirurgicale de cette affection.

Depuis le remarquable mémoire de Quénu et Baudot et l'intéressante revue générale de Bender, nous n'avons pas trouvé d'autres observations d'intervention pour splénomégalie tuberculeuse.

Un fait ressort cependant de la lecture des cas publiés, c'est que la tuberculose peut évoluer isolément dans la

rate; on sait aujourd'hui que l'opinion de Cruveilhier admettant que la tuberculose splénique n'apparaît qu'à une époque avancée de la tuberculose pulmonaire, n'est pas exacte.

Il existe aujourd'hui des faits bien observés de tuberculose locale de la rate, soit que l'organe ait été primitivement atteint, soit que, ainsi que le fait remarquer Bender, la tuberculisation ayant débuté par un organe quelconque, la rate ait réagi rapidement et que l'organe primitivement atteint ayant guéri, la rate soit restée seule malade. La porte d'entrée de l'infection a disparu, il ne reste plus que la splénopathie. Ainsi dans l'observation de Marriot l'infection de la rate avait vraisemblablement pour origine un ulcère chronique de la vulve.

Aux observations de Coby, Scharoldt, Lawrence, Burke, Marriot, Quénu et Baudot sont venues se joindre trois observations de tuberculose primitive avec autopsie publiées par Rendu et Vidal, Moutard-Martin et Lefas, Achard et Castaigne, qui ont permis d'écrire d'une façon plus complète l'histoire anatomo-pathologique de cette affection. La tuberculose splénique évoluant comme une affection isolée commence donc à sortir de l'obscurité du début et, au titre de tuberculose localisée, elle rentre dans les affections d'ordre chirurgical. Evidemment, comme le fait observer Quénu, cette localisation primitive reste l'exception, tandis que la tuberculose secondaire est au contraire la règle; mais, comme elle échappe à notre intervention elle est sans intérêt pour nous, nous l'écartons systématiquement.

L'anatomie pathologique montre que tous les cas opérés étaient des cas de tuberculose primitive et chronique. Bender fait avec raison rentrer dans cette variété le cas de Marriot étiqueté tuberculose aiguë, car la maladie avait évolué lentement pendant 2 ans et n'avait eu de poussées aiguës qu'à la fin. On ne connaît actuellement qu'un cas de tuberculose aiguë, celui de Scharoldt; le malade, pendant les 17 jours au bout desquels la mort survint, présenta les signes d'une granulie aiguë et à l'autopsie on ne trouva de lésions que dans la rate, qui était triplée de volume et criblée de tubercules.

La forme la plus fréquente est la forme scléro-caséeuse, où les lésions observées rappellent beaucoup celles des ganglions tuberculeux. La rate extirpée par Marriot en offre un bel exemple. La surface de l'organe est parsemée de bosselures (aspect du foie clouté), d'aspect brun gris, avec des placards blanchâtres fibreux.

La coupe montre des amas caséeux groupés surtout dans la région du hile. La capsule est épaissie, et, de sa face interne, se détachent des bandes scléreuses circonscrivant les noyaux et formant des travées épaisses qui se rapprochent et parfois ne laissent plus d'espace entre elles; la pulpe est très altérée. Dans une autre forme hémorrhagique et nécrotique bien étudiée par Achard et Castaigne, on trouve à côté des noyaux dus à la nécrose de coagulation des foyers hémorrhagiques, et comme dans le cas de Quénu et Baudot de grosses masses fibrinoïdes.

Mais ce qui nous intéresse surtout ce sont les lésions de périsplénite sèche pouvant déterminer la production d'adhérences plus ou moins résistantes, plus ou moins nombreuses et localisées, surtout dans la forme scléro-caséeuse, à la partie supérieure de l'organe, tandis que le pôle inférieur est relativement libre. Ce sont ces adhérences qui commandent le genre d'intervention et fournissent les indications du procédé.

Il existe un trop petit nombre d'observations pour attribuer une physionomie clinique précise à la tuberculose primitive de la rate. Le cadre de ce rapport ne nous permet du reste de parler des symptômes et du diagnostic qu'au point de vue des indications opératoires et, d'ailleurs, cette symptomatologie est encore bien pauvre et bien incertaine. Dans l'observation si intéressante de Scharoldt où le malade a succombé à une tuberculose miliaire de la rate, il n'y eut aucun symptôme permettant de croire à une lésion localisée de cet organe et fournissant par conséquent une indication chirurgicale. On crut à une granulie.

Le seul phénomène constant est la splénomégalie; on la rencontre dans toutes les observations; on trouve du côté gauche une voussure qui rejette au dehors les dernières côtes. Mais, quelle est la nature de cette splénomégalie? C'est là que les difficultés commencent, et il n'existe plus guère de symptômes permettant de porter un diagnostic positif.

Dans certains cas on a, il est vrai, constaté deux signes qui peuvent avoir une certaine valeur : d'abord la cyanose citée dans les observations de Scharoldt, de Rendu et Vidal; les pommettes et les lèvres sont bleuâtres violacées ainsi que les extrémités (nez, oreilles, gland); en second lieu, l'hyperglobulie (Rendu et Vidal, Moutard-Martin et Lefas). Mais la cyanose n'est pas constante et, d'autre part, l'examen du sang ne donne pas toujours des résultats identiques.

Il ne sera pas davantage possible dans tous les cas de suivre l'excellent conseil donné par Quénu, si l'on trouve quelque adénopathie, d'enlever le ganglion et d'en faire l'examen histologique et bactériologique, de sorte que la plupart du temps ce n'est que par élimination qu'on arrivera à soupçonner la tuberculose de la rate.

La consistance ferme et dure de la tumeur, sa forme assez régulièrement ovoïde, permettront d'éliminer les kystes. De même l'œdème des extrémités, l'ascite, l'état du cœur, feront reconnaître l'hypertrophie splénique observée chez les cardiaques asystoliques. On distinguera également la splénomégalie qui accompagne la cirrhose du foie.

La rate leucémique ne sera pas confondue. Lisse, volumineuse, se développant de préférence dans le sens vertical, elle coïncide avec une augmentation des leucocytes et une diminution des globules rouges. Les ganglions devront en outre être soumis au contrôle bactériologique et histologique. Nous ne croyons pas davantage que la rate paludique puisse prêter à confusion. Les antécédents facilitent singulièrement le diagnostic et, de plus, comme Rendu l'a montré, elle est plus souvent de forme orbiculaire, en gâteau, et a de la tendance à se développer transversalement vers l'ombilic plutôt que verticalement.

Les longues suppurations, osseuses surtout, la dégénérescence rénale, les troubles gastro-intestinaux, l'augmentation de volume du foie, feront immédiatement penser à la dégénérescence amyloïde de la rate. La splénomégalie primitive, avec son anémie globulaire sans leucémie son absence complète de ganglions, peut, lorsqu'elle est bien caractérisée, se distinguer facilement de la tuberculose splénique; mais si les symptômes sont peu dessinés, des difficultés peuvent exister.

L'histoire de la tuberculose de la rate en se complétant chaque jour davantage, permettra sans doute dans l'avenir de formuler avec certitude un diagnostic qui en attendant demeure précaire. Nous devons maintenant dire un mot des symptômes graves qui sont venus fournir des indications au chirurgien et le pousser à opérer alors que le diagnostic était resté douteux.

L'état général dans la splénomégalie tuberculeuse est toujours mauvais. Les malades perdent peu à peu leurs forces et quand cette déchéance de l'organisme devient rapide, elle constitue, même en dehors de tout autre symptôme, une indication formelle d'opérer.

Ainsi dans l'observation de Burke, le malade dépérissait à vue d'œil; d'autres phénomènes d'ailleurs poussaient à l'intervention; la douleur qui, dans certains cas, consiste en une sensation de malaise, de pesanteur, dans d'autres au contraire acquiert une intensité extrême arrachant des cris au malade et le forçant à marcher plié en deux. Ces souffrances intolérables aggravent l'état général. Il en était ainsi dans l'observation de Burke et dans celle de Quénu et Baudet.

Dans le cas de Mariott l'indication fut fournie par l'accroissement très rapide de la tumeur. En résumé: des douleurs locales très vives, une augmentation rapide de la tumeur, l'aggravation de l'état général, voilà les indications qui dans la splénomégalie tuberculeuse ont, jusqu'ici, motivé l'intervention.

Le traitement chirurgical par excellence est la splénectomie, pratiquée suivant les règles ordinaires. Elle a donné deux guérisons, à Marriott et à Bland-Sutton.

Dans le cas de Burke, bien que la mobilité considérable de la rate fût une circonstance favorable, la malade succomba vraisemblablement à une infection péritonéale. On ne put faire l'autopsie.

Nous n'avons pu nous procurer l'observation publiée, en avril 1898, par Hayden, dans l'*Americ. Journ. Med. Assoc.*, sous le titre de « Un cas de tuberculose de la rate avec traitement chirurgical ».

Comme pour toutes les tuberculoses localisées, l'ablation de l'organe malade est donc théoriquement l'opération de choix. Malheureusement nous avons vu que des raisons d'ordre anatomo-pathologique peuvent s'y opposer et la contre-indiquer formellement. La périsplénite amène des adhérences parfois nombreuses et solides. A moins qu'on ne veuille courir la chance de délabrements dangereux, la rate ne peut être amenée au dehors, ni pédiculisée.

Dans un cas de ce genre, Quénu a mis en usage une autre méthode. L'opérateur fit une incision verticale sur le grand axe de la tumeur, c'est-à-dire sur le prolongement de la ligne axillaire. Cette incision débordait de 15 centimètres en bas le rebord costal; on l'agrandit à l'aide d'une incision transversale perpendiculaire à la première, au niveau de son extrémité supérieure, en la dirigeant vers la ligne médiane. Dans tout le segment supérieur et une faible partie de l'inférieur, des adhérences nombreuses unissaient la rate aux organes voisins et rendaient inutile toute tentative d'extirpation. Mais la mobilité du segment inférieur permit de l'attirer vers la plaie abdominale et d'établir une rangée de sutures entre sa surface et le péritoine pariétal. Une incision pratiquée sur la surface libre et extrapéritonéalisée ne donna issue qu'à quelques gouttes d'un liquide citrin. Le foyer ouvert fut vidé partiellement de masses fibrinoïdes contenues dans son excavation. Les bords de la poche furent suturés aux lèvres de l'incision abdominale. On plaça deux gros drains dans cette poche artificielle.

Les jours suivants des masses fibrinoïdes furent évacuées, puis le foyer devint fétide et, 40 jours après l'opération, une pince ramena en un seul bloc du fond de la plaie une grande partie de la rate. La poche commença alors à bourgeonner et au bout de 4 mois 1/2 le malade était guéri.

On voit par cette instructive observation qu'en résumé la méthode employée par Quénu comporte trois temps principaux : une exosplénopexie partielle; une splénotomie de la portion de la rate extrapéritonéalisée et une évacuation du foyer splénique. Cette méthode a donné un brillant succès à son auteur.

Bien qu'elle ne doive vivre que des contre-indications de la splénectomie, elle est appelée dans les cas de tuberculose splénique avec adhérences très nombreuses et très résistantes, à rendre les plus grands services.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. de Cisternes (Ernest). *De l'influence de la pleurésie intercurrente sur l'évolution des lésions tuberculeuses pulmonaires.* N° 582. (L. Boyer.)

M. Cosset (A.). *Considérations sur le poids des tuberculeux curables.* N° 670. (Imp. Witski.)

M. Dupinet (C.). *Le diaphragme et la mobilité des épanchements pleuraux.* N° 482. (L. Boyer.)

M. Montel (Émile). *De la résolution lente de la pneumonie lobaire aiguë.* N° 574. (L. Boyer.)

M. Kieffer (Charles-Émile). *Contribution à l'étude bactériologique de la pneumonie lobaire suppurée.* N° 479. (Steinheil.)

M. Gebhard (L.). *De la diazoréaction d'Ehrlich dans les maladies de l'appareil respiratoire.* N° 521. (Witski.)

M. Rousseau (Paul). *L'érysipèle et les maladies streptococciques à Gap, en 1897.* N° 522. (L. Boyer.)

M. Gérard (Georges). *Alcoolisme médicamenteux (prophylaxie).* N° 578. (Michalon.)

M. Richard (Joseph). *L'hygiène au Havre et maladies contagieuses endémiques et épidémiques (1880-1901). Mesures de prophylaxie.* N° 600. (Boyer.)

M. de Ribier (Louis). *Ydes, son histoire, ses eaux minérales. Essai sur leur action dans le traitement de l'obésité.* N° 593. (J. Rousset.)

M. Dardeau (René). *Contribution à l'étude de la désinfection du linge.* N° 530. (Baillière.)

M. Pitoiset (Georges). *Du dépeçage criminel.* N° 606. (Witsky.)

D'après M. E. de Cisternes, la pleurésie intercurrente survient dans la tuberculose aiguë, granuleuse ou pneumonique et dans la tuberculose chronique commune. Elle apparaît à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire chronique. Elle peut revêtir les formes les plus variables et affecter les allures cliniques les plus différentes. Cependant elle aurait plutôt comme caractères : un début insidieux, une marche lente et latente, une tendance aux récidives.

Ces pleurésies sont loin d'avoir toujours le pronostic funeste que leur accordaient les anciens. Un épanchement pleural, au cours d'une tuberculose pulmonaire, peut dans certains cas, avoir une heureuse influence en ralentissant ou en arrêtant la marche des lésions tuberculeuses préexistantes du poumon, souvent en précipitant une guérison chez des tuberculeux curables.

Cette influence heureuse paraît être, en grande partie, le résultat du repos général forcé, si favorable à la cure des tuberculoses pulmonaires, mais surtout au repos circonscrit de l'organe malade immobilisé inconsciemment par suite de phénomènes douloureux ou autres qui nous échappent en partie.

M. Cosset rappelle que les courbes de poids des tuberculeux curables ne sont l'image fidèle de l'évolution de la maladie vers la guérison que si les pesées sont faites rigoureusement et

les malades soumis à un régime alimentaire proportionné aux besoins de leurs organismes débilités.

Tout incident est prétexte chez le tuberculeux à une chut de poids temporaire : fièvre, menstruation, troubles digestifs, séjour à la ville même de quelques jours, processus pathologiques communs, manifestations bacillaires, etc.

Les courbes de poids sont favorablement influencées par les excitations nerveuses récréatives, par les exercices physiques chez les malades déjà robustes, par l'usage du lait dont l'action est transitoire.

Le convalescent non fébricitant d'un début de tuberculose augmente régulièrement durant le traitement jusqu'à ce qu'il ait atteint son ancien poids, qu'il dépasse souvent.

La moyenne de cette augmentation est de 1 kilog. 855 par semaine les 15 premiers jours, de 0 kilog. 518 la dernière quinzaine du premier mois (période d'acclimatement), et de 0 kilog. 360 le reste du temps.

Les tuberculeux hommes bénéficient le plus vite et le plus largement de la cure hygiéno-diétique.

L'augmentation de poids a une limite sur les tracés, cette limite s'accuse, au bout d'un temps variable suivant les sujets, par un plateau ou une légère chute de poids.

Le poids obtenu au sanatorium peut non seulement rester un fait acquis, mais encore augmenter à la campagne, si le malade continue à s'observer.

Le plus souvent l'état général s'améliore d'abord en tant que poids et symptômes fonctionnels et ce n'est qu'un long temps après que les lésions locales régressent : la guérison proprement dite du tuberculeux n'est pas une question de mois, mais d'années.

L'observation du poids paraît contradictoire chez les phtisiques gras, qui peuvent engraisser tout en s'aggravant localement, et chez les tuberculeuses chlorotiques qui peuvent s'améliorer au point de vue pulmonaire tout en perdant de leur poids.

Il y a deux diaphragmes, l'un droit, l'autre gauche, dont les fonctions ne sont pas nécessairement synergiques. Les épanchements pleuraux de la grande cavité sauf les épanchements hémorrhagiques consécutifs à une tumeur maligne et l'hydrothorax paralysent le diaphragme du côté malade. M. Dupinet rappelle qu'on reconnaît cliniquement cette paralysie du diaphragme par l'abaissement de la ligne de matité supérieure, suivant l'attitude du malade. Dans la position assise la matité remonte plus haut que dans la position debout.

Ces changements de la ligne de matité permettent de constater les modifications favorables ou défavorables qui surviennent dans le fonctionnement du diaphragme.

La résolution lente de la pneumonie lobaire aiguë est pour M. Montel une entité morbide qui a son autonomie. Il rapporte un cas où la résolution dura 38 jours.

Elle est de tous les âges et de toutes les constitutions, mais se rencontre le plus souvent chez les vieillards et les débilités.

Le retard de l'absorption de l'exsudat fibrineux est dû au mauvais état général du sujet et à des causes anatomiques complexes. La lésion anatomo-pathologique est constituée par l'exsudat fibrineux en voie de résorption, avec intégrité du parenchyme pulmonaire.

La résolution lente de la pneumonie est caractérisée cliniquement par des signes physiques locaux sans réaction générale. Elle a une tendance naturelle à la guérison qui survient au bout d'un temps variable. Des états pathologiques graves peuvent venir la compliquer.

Le rôle du pneumocoque, dans la pneumonie lobaire, n'est pas, comme on l'a cru tout d'abord, exclusivement fibrinogène, il peut être dans certaines conditions, pyogène. M. Kieffer, montre que ce pouvoir du pneumocoque de transformer le bloc pneumonique hépatisé en véritable éponge purulente est démontré à la fois par l'histologie pathologique et par l'expérimentation. A l'autopsie des sujets qui ont succombé avec une pneumonie lobaire suppurée, l'analyse bactériologique met en évidence la présence du pneumocoque à l'état de pureté dans le pus recueilli à la surface de section du bloc hépatisé, ou par une ponction aseptique de ce bloc.

Le rôle exclusif du pneumocoque, en pareil cas, est établi sur trois ordres de preuves : l'examen direct, les cultures, l'inoculation à la souris.

L'examen microscopique des lamelles de pus, après coloration appropriée, révèle des diplocoques prenant mal les couleur d'aniline, plus ou moins nécrosés, mais offrant cependant tous les caractères morphologiques du pneumocoque de Talamon-Fränkel. On ne voit pas d'autres formes microbiennes.

Les cultures sur les différents milieux confirment la notion de pureté absolue du pneumocoque qui est en cause dans le processus suppuratif. L'ensemencement sur gélose est très souvent stérile, à cause de la faible vitalité du germe ensemencé. Par contre, le bouillon est presque toujours troublé. En tout cas, l'absence de colonies de tout microbe étranger est pour ainsi dire la règle.

L'inoculation à la souris montre la faiblesse de virulence du pneumocoque cultivé. Cette atténuation paraît surtout tenir à la nécrose générale des éléments cellulaires et microbiens au sein du lobe pneumonique supuré.

Si l'on a cru généralement à la mise en œuvre d'une association microbienne dans les cas de pneumonie suppurée, si l'on a surtout incriminé l'intervention du streptocoque, c'est que l'examen microscopique décèle en pareil cas un microbe en chaînettes. Or, la disposition en chaînettes n'est pas exclusivement réservée au streptocoque ; le pneumocoque affecte souvent dans le pus le même aspect morphologique.

La présence du seul pneumocoque de Talamon-Fränkel dans la pneumonie suppurée, si la règle peut cependant souffrir une exception, et M. Kieffer rapporte un cas où le pneumo-bacille de Friedlander se trouvait surajouté au pneumocoque.

La diazoréaction d'Ehrlich ne se retrouve qu'à titre tout à fait exceptionnel dans les maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire. Elle est, par contre, constante dans les tuberculoses aiguës et les tuberculoses chroniques à la dernière période. Elle peut donc, comme le montre M. Gebhard, servir au diagnostic de ces affections.

La diazoréaction d'Erlich est un signe pronostique presque infaillible dans la tuberculose pulmonaire chronique. Elle n'apparaît qu'à la période terminale. Les oscillations dans l'intensité de la diazoréaction au cours de la tuberculose sont parallèles aux oscillations de l'état général.

La nature de la diazoréaction est encore inconnue. Ce n'est que par analogie que l'on peut ranger la substance qui la produit dans la série aromatique.

L'origine de ce corps n'est ni dans le tube digestif ni dans les cavernes tuberculeuses. Il n'est pas fonction de tel ou tel microbe de telle ou telle toxine. Il résulte de transformations et de modifications brusques imprimées à notre organisme par un poison microbien, de quelque nature qu'il soit.

Sous l'influence de causes qui nous échappent pour la plupart, le streptocoque acquiert une virulence spéciale ; cette virulence paraît éveillée par la coexistence d'autres infections à germe streptococcique.

Dans une épidémie que M. Rousseau a observée à Gap, l'érysipèle a éclaté par spontanéité et non par contagion. La porte d'entrée du microbe a constamment suivi les muqueuses, de préférence la pituitaire.

Le froid, d'une rigueur spéciale dans les Alpes, a été une cause adjuvante de premier ordre, principalement par les lésions qu'il détermine sur les muqueuses, coryzas, angines.

Les fatigues répétées chez des organismes insuffisamment préparés à la résistance (jeunes soldats) ont exposé ceux-ci de préférence à l'action malfaisante du microbe pathogène. En présence de manifestations streptococciques sérieuses, il est donc prudent de provoquer rapidement les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires.

S'appuyant sur quelques observations démonstratives, M. Gérard montre que l'alcoolisme médicamenteux existe partout, s'attaquant à tous les âges et à toutes les classes de la société moderne.

Il présente la même symptomatologie que l'alcoolisme ordinaire : gastrite, cirrhose, accidents nerveux aigus et chroniques.

La prophylaxie doit comprendre des mesures sévères pour arrêter l'extension de ce mal encore récent.

L'expérience, dans certains hôpitaux, a démontré qu'on pourrait s'abstenir d'alcool comme médicament. Si une loi n'est pas capable d'exiger sa suppression, le praticien, après connaissance de ses effets et de ses dangers, doit tout au moins éviter une première prescription, comme on tâche d'éviter une première injection de morphine.

D'une étude très documentée, M. Joseph Richard conclut que le Havre est une ville qui, à cause de son insalubrité, tient le premier rang parmi les villes françaises les plus insalubres.

Cette insalubrité, est due à la nature du sol (alluvions), à la stagnation de la nappe souterraine, à l'infection du sous-sol, au mauvais fonctionnement du service de la voirie, au fonctionnement défectueux des égouts qui ne sont pas assez nombreux, — « au tout au ruisseau » qui remplace le tout à l'égout, aux vices de construction des habitations, qui sont bâties en dépit de toutes les bonnes règles de l'hygiène, aux mœurs anti-hygiéniques des habitants, etc.

L'alimentation de l'habitant est défectueuse et l'alcoolisme régnant en maîtrec au Havre, déprime les organisme et les rend plus aptes à contractor toutes les endémies et épidémies.

L'eau du Havre doit être suspectée. En outre les sources de St-Laurent ne sont plus suffisantes : d'autres sources devront être captées.

Des mesures d'assainissement (construction d'égouts, surveillance du service de la voirie, etc.) doivent être prise le plus tôt possible, et l'on emploiera tous les moyens pour qu'elles soient efficaces. Les anciens quartiers devront être abattus, de nouvelles rues être créées, les anciennes élargies, etc... ; la mise en état hygiénique des maisons sera réclamée, etc. Les œuvres philanthropiques devraient être encouragées et notamment les projets de sanatorium pour tuberculeux, etc., menés rapidement à bonne fin. L'alcoolisme sera combattu énergiquement. La protection du jeune âge devra être efficace. La construction et l'aménagement d'une station centrale de désinfection s'impose de même que l'édification d'un nouveau lazaret.

Les eaux d'Ydes Saint-Georges, en Auvergne, qu'étudie M. de Ribier sont des eaux sulfatées-lithinées, chlorurées-sodiques, gazeuses, froides.

Ingérées à doses progressives, elles provoquent en même temps qu'une diminution du poids du malade, une augmentation de l'urée excrétée et une augmentation de la diurèse. Ces eaux paraissent à M. de Ribier utiles dans le traitement de certains troubles de la nutrition, de l'obésité en particulier. Elles sont surtout indiquées dans le traitement de l'obésité par défaut de désassimilation, où elles agissent en augmentant considérablement l'excrétion de l'urée.

Pour M. Durdeau, dans la famille, de même qu'à l'hôpital, la perfection que l'on doit chercher à atteindre est de désinfecter le linge dans la pièce même où se trouve le malade. Une exception est faite à cette règle lorsqu'on possède des récipients hermétiquement clos, rendant impossible toute dissémination des poussières jusqu'à désinfection plus complète.

Toute accumulation de linges souillés doit être supprimée. Les meilleurs désinfectants du linge sont :

1° Les savons et le carbonate de soude, dans la proportion de 5 p. 100 à la température de 50° pendant au moins 1 heure ;

2° L'acide phénique, le lysol, le crésyl, la crésiline, dans la proportion de 2 p. 100, agissant à froid pendant 24 heures.

Cette première désinfection devra être complétée par une désinfection plus complète, soit par l'étuve soit par le lessivage.

M. Pitoiset montre dans une thèse intéressante qu'au point de vue anthropologique on doit admettre 3 sortes de dépeçages : le dépeçage religieux ou sacrifice ; le dépeçage judiciaire ou supplice et le dépeçage criminel. Le dépeçage est l'action qui consiste à couper en morceaux un corps humain ; c'est le plus souvent un cadavre qui est l'objet de ce dépeçage.

Rare autrefois, il est maintenant très fréquent ; il faut peut-être faire une part à l'influence de l'imitation, mais un facteur bien plus important est la nécessité pour le criminel de se débarrasser du cadavre de sa victime et d'égarer les recherches de la justice.

Dans les cas d'infanticides suivis de dépeçage, qui sont assez fréquents, la mère qui est le plus souvent une domestique, cherche à cacher sa faute en faisant disparaître son enfant ; généralement, après l'avoir tué et découpé, elle en jette les fragments dans les fosses d'aisances.

Le médecin légiste peut presque toujours, avec quelques débris, dire si l'enfant est né à terme, s'il a vécu, et quelles sont les causes de la mort.

Quand le dépeçage est pratiqué sur le cadavre d'un adulte, les recherches relatives à l'identité sont parfois rendues très difficiles par le soin que met le criminel à détruire tous les indices qui pourraient permettre de reconnaître l'individu assassiné ; la mutilation de certaines parties du corps peut parfois rendre la reconnaissance absolument impossible.

Aucune circonstance ne doit être négligée dans une expertise médico-légale de ce genre ; les plus petites particularités doivent être notées avec soin.

Ce sont elles qui apportent quelquefois un appoint sérieux à l'enquête.

On ne confondra pas le dépeçage criminel avec les blessures accidentelles. Par l'examen des fragments d'un corps dépecé, on peut arriver à établir l'identité d'un inconnu ; on déterminera ainsi l'âge, le sexe, la taille, la profession, etc.

La date de la mort peut être assignée d'une manière assez exacte par la marche de la putréfaction, de la macération, ou par l'examen entomologique.

L'examen externe du cadavre, parfois l'examen interne détermineront les causes de la mort.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Aphasie transcorticale motrice, par G. Righetti (de Florence, clinique du professeur Tanzi), (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*, an VI, fasc. 7, p. 289-314, juillet 1901). — Le syndrome présenté par le malade : — conservation de la faculté de comprendre les paroles et possibilité de les répéter ; impossibilité de parler spontanément — est celui de l'aphasie motrice transcorticale. Cette observation est celle qui se rapprocherait la plus du schéma de Wernicke et Lichtheim.

Cependant il y a des différences pour la lecture et l'écriture. Dans le schéma, il est dit que la lecture à haute voix est conservée ; ici elle est abolie. Pour l'écriture, la malade s'éloigne de nouveau du schéma, attendu que chez lui l'écriture spontanée est possible.

L'auteur compare longuement les détails de son observation à ceux des divers cas connus et tente de localiser la lésion. Il admet l'intégrité du centre de Broca et une lésion n'intéressant que partiellement les voies d'association qui le relient aux autres centres du langage, surtout à l'auditif ; dans ces conditions, la restauration incomplète du langage traduit l'état de faiblesse fonctionnelle persistante du centre de Broca. Cette hypothèse se concilie avec le diagnostic d'aphasie motrice transcorticale et avec la légère paraphasie que présentait le malade lors de la répétition de bien des mots. En effet la paraphasie est considérée comme un symptôme de l'interruption de la voie d'association auditivo-motrice. Selon Wernicke, l'aphasie motrice transcorticale correspond bien à la lésion en foyer de l'insula. Par une semblable lésion il est aussi possible d'expliquer l'aphasie complète qui dura quelques mois.

La multiplicité des voies d'association existant entre le centre auditif et le centre moteur verbal, permet d'expliquer la répétition des mots malgré l'interruption de la voie auditivo-motrice. Le caractère volontaire de la répétition confirmerait enfin l'hypothèse de l'utilisation prédominante des voies indirectes d'association.

MÉDECINE

Immunité naturelle contre les infections (Ueber die Ursachen der natrülichen Widerstandsfähigkeit gegenüber gewissen Infectionen), par Wassermann (*Deut. med. Wochensch.*, 1901, n° 1, p. 4). — On sait que, depuis les recherches de Bordet et d'Ehrlich, on explique l'action d'un sérum spécifique en admettant que l'immunisation fait apparaître dans le sang une substance particulière (anti-corps d'Ehrlich, substance sensibilisatrice de Bordet) qui permet à une autre substance, sorte de ferment qui se trouve normalement dans le sang (complément d'Ehrlich, alexine de Büchner), d'attaquer, de dissoudre les microbes spécifiques. Les recherches ultérieures de Bordet et d'Ehrlich prouvent que l'injection d'un sérum normal d'un animal, faite à un autre animal, fait apparaître dans le sang de celui-ci une substance qui neutralise les alexines du premier, et qu'on peut désigner, par conséquent, sous le nom d'anti-alexine ou d'anti-complément.

M. Wassermann a utilisé ces faits dans deux séries d'expériences destinées à montrer que dans l'immunité naturelle ce sont les alexines qui jouent le rôle principal, sinon unique. Voici comment il procède :

A un cobaye normal, il injecte, dans le péritoine, à la fois une anse de culture typhique sur agar de 24 heures, et 3 centimètres cubes de sérum normal de lapin, ce sérum, comme l'ont montré les recherches de Metchnikoff, Pfeiffer et Issaeff, ayant pour effet d'inciter la résistance naturelle de l'organisme. Dans ces conditions, l'animal reste en vie, et si, à des intervalles réguliers après l'injection, on examine l'exsudat péritonéal du cobaye, on constate qu'au bout de 45 minutes, les bacilles typhiques injectés ont succombé et sont en train de se dissoudre.

Si, par contre, dans la même expérience, on remplace le sérum normal de lapin par du sérum d'un cobaye préalablement traité par des injections de sérum normal de lapin, le cobaye auquel on injecte dans le péritoine 1 centimètre cube de culture typhique et 3 centimètres cubes de sérum préparé succombe invariablement. Les résultats sont les mêmes, quand, dans ces expériences, on injecte des staphylocoques dorés à la place des bacilles typhiques.

La mort des cobayes, quand, à la place du sérum normal de lapin, on leur injecte du sérum de lapin préalablement préparé, c'est-à-dire du sérum contenant des anti-alexines, est donc due à ce que celles-ci neutralisent les alexines contenues normalement dans le sang et les humeurs de l'organisme. Aussi M. Wassermann conclut-il de ses expériences que ce sont les alexines, sorte de ferment capable de tuer les bactéries, qui jouent le rôle principal dans l'immunité naturelle. La quantité de ces alexines étant variable suivant les individus, on s'explique les différences que l'immunité naturelle présente d'un individu à l'autre.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des adénites tuberculeuses.

(Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès de Chirurgie*),

Par M. A. Broca.

Il est soupçonné depuis longtemps et prouvé depuis 1882, date où Koch a découvert le bacille spécifique, que les écrouelles sont tuberculeuses; on ne peut plus discuter aujourd'hui que sur les conditions en raison desquelles le microbe acquiert une virulence atténuée dans les lésions dites scrofuleuses.

De là une première conclusion thérapeutique : ce tuberculeux, ce scrofuleux est un malade qui devra toujours être soumis à un traitement médical, de façon à modifier, à refaire, si l'on peut, ce tempérament lymphatique ou scrofuleux à la faveur duquel l'inoculation tuberculeuse a été fertile. La thérapeutique médicale préalable permettra souvent de diminuer l'importance de l'action chirurgicale, de l'éviter même; après l'opération, elle sera d'une utilité extrême pour assurer la solidité de la cure : hygiène, alimentation, médication par l'iode, l'arsenic, le fer, l'huile de foie de morue sont les moyen médicicaux dont nous disposons. On devra surtout insister sur l'aération, et en particulier sur le séjour au bord de la mer. Le traitement maritime a, principalement chez l'enfant, une efficacité souvent merveilleuse, mais, malheureusement, dans les villes, nous sommes trop souvent obligés de nous en passer, toujours même pour les adultes de la classe ouvrière.

Dans beaucoup de cas, le traitement médical suffit à lui seul, à la fois pour mettre l'organisme en état de résister à une invasion nouvelle, et les organes en état de résorber les lésions déjà constituées. Mais souvent on devra lui associer des moyens locaux : les seuls de ces moyens qui, actuellement, aient résisté à l'épreuve du temps, sont les injections interstitielles modificatrices, l'extirpation et l'évidement : méthodes qu'il vaut mieux ramener à deux, l'évidement n'étant qu'un pis aller, lorsque l'extirpation est impossible, ce qui est rare.

Certains auteurs tendent à préconiser un de ces moyens à peu près à l'exclusion des autres. C'est, je crois, une erreur : chaque procédé a ses indications, où la forme anatomique des lésions joue le principal rôle, car on ne saurait traiter de même un seul ganglion ou un paquet multi-ganglionnaire; une glande seulement hypertrophiée, caséeuse, ou suppurée.

Deux agents seulement sont restés en faveur pour traiter les adénopathies par les injections interstitielles : le naphtol camphré et l'éther iodoformé à 1/10; les autres véhicules ne valent pas l'éther pour dissoudre l'iodoformé.

Quel que soit le produit, la technique des injections intraganglionnaires présente des traits communs, et dépend de l'état anatomique de la glande.

Dans les ganglions seulement hypertrophiés ou caséeux, c'est-à-dire dont on ne peut rien faire sortir par le fin trocart, on pousse de 5 à 10 gouttes de liquide à l'aide de la seringue de Pravaz. On renouvelle la manœuvre à intervalles variables selon la substance injectée, le résultat obtenu, les habitudes de l'opérateur : une fois par semaine, conseille Reboul, pour le naphtol camphré, tous les jours, recommande Durante, pour la solution iodo-iodurée. Quelquefois, on provoque ainsi directement la rétraction fibreuse, progressive du ganglion. Cela est relativement rare pour les hypertrophies simples; cela ne s'observe jamais pour les ganglions caséeux : l'injection active le processus de caséification et aboutit au ramollissement, à la suppuration. On rentre donc dans le cas suivant :

Quand il y a suppuration, d'un coup de trocart on vide la collection, puis on injecte le liquide modificateur. Si la peau est rouge violacé, amincie, on évite tout ce qui peut la distendre : dès qu'elle se tend un peu, on donne un coup d'aiguille, au besoin tous les jours, et même plusieurs fois par jour, nous dit M. Calot. Autant que possible, les ponctions sont faites en des points où la peau n'est pas amincie, et on fait pénétrer obliquement le trocart dans la poche. On diminue ainsi les chances de fistulisation, mais elles restent très grandes; ce n'est d'ailleurs pas un obstacle sérieux à la guérison.

Avec l'éther iodoformé, quelques précautions spéciales sont imposées par la volatilisation du produit à la température du corps humain. En piquant un petit ganglion dur et mobile, il peut arriver que, l'ayant transpercé d'outre en outre, on insuffle le tissu conjonctif cervical d'un emphysème ennuyeux, dû aux vapeurs de quelques gouttes d'éther. Un peu d'adresse met à l'abri de cet incident. Ce qui est plus fréquent, c'est le sphacèle de la peau distendue quand on fait l'injection dans une poche superficielle : cas précisément, qui sont ceux où l'injection est le plus indiquée. Aussi aura-t-on soin, après avoir laissé les vapeurs en contact avec les parois pendant une dizaine de minutes, la pulpe du doigt faisant soupape sur le trocart, de leur donner issue presque en totalité. Cela permet d'éviter presque complètement, mais pas complètement, cet inconvénient que confessent les partisans les plus déclarés de l'éther iodoformé : inconvénient sérieux, puisque la guérison sans cicatrice est le seul avantage réel de la méthode.

Dans les poches suppurées, l'injection modificatrice est le procédé de choix. Mais, malgré quelques beaux succès complets, il est de règle qu'après oblitération de l'abcès, il persiste un paquet plus ou moins volumineux. Quant aux ganglions non

suppurés, mais seulement hypertrophiés et caséeux, les injecter un à un et les faire suppurer est une méthode très lente et avec laquelle on n'est pas toujours maître d'obtenir une cicatrice certainement punctiforme et invisible. L'injection n'est alors pas la méthode de choix, mais quelquefois elle pourra être un adjuvant du traitement maritime.

L'extirpation ne doit certainement pas être entreprise de parti pris; ses indications ne comprennent même que la minorité des adénites tuberculeuses.

Pour les adénites non suppurées, elle doit être réservée à la forme lymphomateuse, forme cliniquement et anatomiquement très spéciale, bien connue depuis peu et pendant longtemps confondue avec le lymphadénome bénin ou avec l'adénie. Or dans cette forme, le traitement médical est inefficace et les injections interstitielles sont très infidèles.

Pour un ganglion caséeux isolé, l'injection a contre elle la durée de traitement; l'extirpation a contre elle la cicatrice. Entre les deux, la discussion est permise dans les régions apparentes; l'extirpation est formellement indiquée dans les régions cachées.

Dans la forme suppurée, l'incision suivie de raclage est inférieure à l'injection, sauf dans le cas spécial d'abcès demi-chaud.

Enfin quand il existe des fistules, le parallèle est à établir entre le curage et l'extirpation. Or, le curage n'est qu'un pis aller, et quoi qu'on en ait dit, avec une technique bien réglée, l'extirpation est presque toujours possible.

La technique consiste à circonscrire au bistouri les orifices fistuleux, en traçant autant que possible une incision parallèle au corps de la mâchoire ou au bord antérieur du sterno-mastoïdien; on pousse franchement jusqu'à la coque du ganglion, et à ce moment on quitte le bistouri pour les ciseaux courbes à bout mousse et pour la pince à griffes. Du bout des ciseaux, la concavité tournée vers le ganglion, et tout en épongeant à mesure, on coupe la membrane conjonctive périganglionnaire que l'on tend avec la pince : il faut saisir cette membrane et non le ganglion qui, friable, ne fournit aucun point d'appui. Même quand la périadénite est très dure, on trouve bien mieux qu'on ne le pense à l'avance un plan de clivage entre la substance ganglionnaire et l'enveloppe conjonctive indurée : sitôt que d'un coup de pointe on a mis à nu une surface lisse, on ferme les ciseaux et on les fait entrer, comme une spatule courbe, dans le plan de clivage. On va ainsi de ganglion en ganglion jusqu'à ce qu'on ait vu la jugulaire, et c'est pour cela que, même si la saillie principale est vers la nuque, on entre dans le cou en avant du sterno-mastoïdien. Quand, après ablation de ganglions antérieurs, on a vu ne fût-ce qu'un petit bout de la jugulaire, on est maître de la situation; et quand la jugulaire est libérée, on va très aisément vers la nuque; au lieu qu'après ablation de ganglions postérieurs, il est à peu près impossible d'aller d'arrière en avant aux lointains ganglions antérieurs, dont on est précisément séparé par la jugulaire qu'il importe de ménager. Donc, notre premier repère doit être, en enlevant les ganglions que nous trouvons en route, d'atteindre au plus vite le paquet vasculo-nerveux : le voir, c'est le meilleur moyen de le respecter, et si on ouvre un vaisseau, on est tout prêt à mettre sur l'orifice l'index gauche, puis une pince, puis un fil.

La jugulaire étant vue, on la dissèque de haut en bas, aux ciseaux courbes, coupant chemin faisant les veinules courtes qui vont directement d'elle aux ganglions : veinules faciles à pincer, puis à lier, et on a exagéré les ennuis qu'elles créent à l'opérateur.

Après avoir enlevé les ganglions carotidiens antérieurs, il faut avoir grand soin d'explorer la nuque, la région sus-claviculaire, et de ne pas laisser intacts les ganglions rétro-jugulaires, presque toujours engorgés : mais quand ils ne sont pas suppurés, ou caséeux, gros et durs, on ne les sent pas si on se borne à appuyer la pulpe de l'index sur les parties profondes de la plaie. Leur consistance molle fait qu'ils nous échappent si nous ne les prenons entre le pouce et l'index, ainsi que je l'ai dit plus haut. D'après ce que j'ai vu, en réopérant des malades, c'est là une des grandes causes de récidive.

S'il y a de la périadénite, on ne peut pas faire venir d'aussi loin les ganglions dans la plaie, d'autant mieux que si on tire sur la jugulaire adhérente, elle s'aplatit, se vide, devient blanche, on la confond avec la capsule conjonctive périganglionnaire et on l'ouvre d'un coup de ciseaux intempestif. On se résoudra donc, s'il y a des adhérences, à une incision dont la longueur sera proportionnée à l'intensité des lésions : mais ces cas sont précisément ceux qui, abandonnés à eux-mêmes, balafrent le plus vilainement le cou.

En haut, sous la pointe de l'apophyse mastoïde, l'énucléation sera difficile, mais toujours possible : on doit reconnaître le nerf spinal et disséquer les ganglions en les faisant saillir au-dessus et au-dessous de lui; presque toujours on peut le ménager. De là aux ganglions parotidiens inférieurs il n'y a qu'un pas : en les énucléant, on coupe quelquefois la branche inférieure du facial, d'où une déviation légère, et habituellement temporaire, de la lèvre inférieure correspondante. C'est avec les ganglions parotidiens supérieurs et profonds que le tronc du facial court des dangers.

Si, autour de ce paquet carotidien fistuleux, les ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires ne sont pas adhérents, on les enlève par l'incision première. S'ils forment, eux aussi, des paquets fistuleux, on doit s'arrêter, pour les aborder à leur tour par l'incision appropriée, lorsque la première plaie sera guérie. Et toujours, qu'il faille une ou plusieurs opérations, on explorera du pouce et de l'index gauches les parties voisines, pour enlever tout ce qu'on peut de la graine ganglionnaire. Dire que l'on réussit toujours ainsi une extirpation complète, au sens scientifique du terme, est inexact : mais mon élève R. Petit a montré dans sa thèse que 22 fois sur 49 les inoculations au cobaye avec les petits ganglions périphériques ont été stériles; on a donc eu tort de dire qu'on ne réussit jamais.

A l'aisselle, on ne conteste guère la possibilité des éradications complètes. Mais à l'aine, nous retrouvons l'objection d'impossibilité. Or, ici encore je la crois inexacte. L'extirpation se fait à l'aide d'une incision parallèle à l'arcade, sur laquelle on fait tomber au besoin un débridement inférieur, longitudinal. Dans cette région, encore plus qu'au cou, il faut pincer et lier avec soin les collatérales courtes qui unissent directement les ganglions aux gros vaisseaux; au cou, il en est ainsi, avons nous vu, pour la jugulaire, mais ici il en est de même pour l'artère. Lier la saphène n'a aucune importance. Quant au gros tronc de la veine fémorale sous l'arcade, je n'ai jamais eu besoin de le lier; mais si cela m'arrivait un jour je n'en serais pas autrement ému, car d'après les recherches modernes, il semble bien que les accidents terribles attribués autrefois à cette ligature soient l'apanage de la ligature septique; en tout cas, on ne saurait plus conseiller la ligature simultanée de l'artère pour éviter les accidents de gangrène dont on a voulu accuser la ligature de la veine seule.

Après ces extirpations, où souvent des ganglions suppurés, fistuleux, ont été déchirés, morcelés, je crois bon de toucher avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1/10 la plaie toujours contaminée à la fois par le bacille tuberculeux et par des microbes pyogènes. J'essuie soigneusement l'excédent avec un tampon sec.

Il est indispensable de drainer ces plaies avec un tube gros et long. Sauf au passage du drain, la plaie est suturée. La suture intradermique, bonne quand la peau est saine et l'incision nette, convient mal à ces peaux infiltrées, par places indurées, à ces incisions en partie échancrées à cause des extirpations de trajets fistuleux. Souvent, pendant 3 ou 4 jours, a lieu un suintement séro-sanguin abondant. On peut laisser le drain jusqu'au 8e jour, date à laquelle on coupe les fils. Dans la grande majorité des cas, j'ai obtenu la réunion immédiate parfaite; quand il y a eu suppuration, elle a presque toujours été légère. Aucun de mes opérés n'a succombé.

Quoiqu'on en ait dit, l'opération n'est pas grave : sa mortalité est nulle, ses complications sont rares, d'autant plus qu'on est plus exercé à la pratiquer; ses cicatrices ne sont pas plus disgracieuses que celles de la lésion traitée par les moyens de douceur, puisqu'elle n'est presque jamais indiquée que dans le cas où le sujet est voué, après cicatrisation de fistules, à des cicatrices difformes.

On a reproché à l'intervention sanglante d'exposer à la généralisation tuberculeuse par auto-inoculation traumatique. On tend de plus en plus à reconnaître aujourd'hui que cette assertion

est erronée si l'opération évolue aseptiquement. Le vrai argument contre l'extirpation, c'est qu'après elle la récidive n'est pas rare dans une proportion qui est en rapport directe avec les difficultés opératoires, et il faut ajouter que les récidives sont moins nombreuses quand le chirurgien est plus habile.

Cette objection est exacte, mais souvent on s'en sert pour prendre la question d'une manière qui ne semble pas juste, en oubliant qu'il ne faut extirper que si les autres méthodes ont échoué.

Ces cas sont donc le rebut des autres méthodes. Et ils n'en sont le rebut que parce que les malades, par incurie et surtout par impossibilité matérielle, n'ont pas été soumis dès le début à un traitement général suffisant, n'ont pas été envoyés au bord de la mer assez tôt et assez longtemps. Dans la clientèle de ville, les indications opératoires sont exceptionnelles, et comme on dispose du nécessaire pour consolider la cure, les opérations ne sont plus, dans ces conditions, suivies de récidive régionale. Y a-t-il parité avec un ouvrier adulte que nous ne pouvons envoyer à la mer, ni avant, ni pendant, ni après l'opération, avec un enfant qu'on va faire bénéficier de quelques semaines de séjour, puis sera renvoyé dans ses foyers sitôt à peu près blanchi, pour faire place à un autre plus malade ?

Le triomphe est aisé, à comparer les statistiques maritimes aux nôtres; à comparer les résultats fournis par l'abstention et par l'extirpation dans des cas anatomiquement dissemblables. A tout instant nous voyons des malheureux qui portent d'énormes paquets fistuleux : et l'encombrement de nos stations maritimes est tel que des mois s'écouleront avant le départ sollicité. Aussi sommes-nous forcés, trop souvent, de faire précéder le départ par l'opération; trop souvent même nous n'aurons pas son secours ultérieur. Dans ces conditions, l'extirpation est la méthode de choix : de tous les reproches qu'on lui a adressés, elle n'en mérite en réalité qu'un, la fréquence de la récidive. Mais avec un peu de justice et de bonne foi on reconnaîtra que la question souvent est posée à l'envers : sur 100 opérés, il y a, en chiffres ronds, non pas 40 à 50 p. 100 de récidives, mais 50 à 60 p. 100 de sujets chez lesquels on réussit à enrayer en quelques semaines une lésion qui sans cela aurait continué à évoluer, à grossir, à suppurer, à se fistuliser. Les autres n'y ont rien perdu, rien, même pas les cicatrices auxquelles ils étaient voués; beaucoup d'entre eux, sans y avoir tout gagné, y ont gagné quelque chose : et cela à l'aide d'une opération difficile, mais bénigne.

PÉDAGOGIE

Quelle part revient au médecin dans l'éducation et dans l'instruction ?

Par le Dr P. Le Gendre.
Médecin de l'hôpital Tenon.

Le rôle que la médecine peut jouer dans l'éducation de l'homme est admis par les principaux philosophes et moralistes.

La médecine et l'hygiène, disait Descartes, *sont le principal moyen de rendre les hommes communément vertueux. — L'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du corps que, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher.*

L'influence de tous les agents physiques sur l'esprit et le développement du caractère était proclamée nettement par J.-J. Rousseau, quand il écrivait : *Les climats, les saisons, les sons, les couleurs, l'obscurité, la lumière, les éléments, les aliments, le bruit, le silence, le mouvement, le repos, tout agit sur notre machine et sur notre âme par conséquent ; tout nous offre mille prises presque assurées pour gouverner dans leur origine les sentiments dont nous nous laissons dominer.*

La solidarité du corps et de l'esprit, du cerveau et de tous les organes, leurs réactions réciproques mises hors de toute contestation par la physiologie et la psychologie modernes entraînent la nécessité pour l'éducateur de développer le physique autant que le moral. Déjà les moralistes anciens l'avaient proclamé. *Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps qu'on dresse,* rappelle notre Montaigne, dans son curieux chapitre **De l'Institution des enfants**, *c'est un homme, et il n'en faut pas faire à deux fois.* Et comme dit Platon, *il ne faut pas les dresser l'un sans l'autre, mais les conduire également comme une couple de chevaux attelée à un même timon.* Dans ce siècle, philosophes et éducateurs, depuis Kant, Fichte et Pestalozzi jusqu'aux Herbert Spencer, Bain, Fouillée, J.-M. Guyau, insistent sur la nécessité de mettre les règles de l'éducation morale et intellectuelle en harmonie avec les lois de la physiologie et de l'hygiène, et tout récemment encore cette vérité était affirmée par un des plus éminents maîtres de la pédagogie contemporaine, M. F. Buisson, que *souvent à la base d'un problème d'éducation se cachent d'autres problèmes de tempérament, d'hérédité, de développement physiologique parfois, et plus souvent qu'on ne le pense, de pathologie nerveuse.*

A peine peut-on noter dans la littérature quelques railleries sans portée sur l'intervention de la médecine dans la morale. Que signifient la boutade de Mme de Genlis : *Je n'ai jamais cru que la vertu dépendît d'une bonne digestion ?* ou celle de notre romancier P. Bourget s'égayant à l'idée *qu'il y ait des gens capables de vouloir substituer la boîte de pilules à la page de l'Evangile ?*

Laissant de côté ces plaisanteries négligeables, je voudrais montrer que si les philosophes et les moralistes de tous les temps ont reconnu les liens de l'hygiène et de la médecine avec l'éducation, si même les professeurs de pédagogie contemporaine les plus avancés, ont admis théoriquement la nécessité de diriger d'après les découvertes de la médecine l'éducation et l'instruction des enfants atteints de certaines maladies nerveuses ou de tares congénitales éclatantes, s'ils ont écouté en partie nos protestations contre le surmenage scolaire et consenti à donner une plus grande place que dans le passé aux exercices physiques, il y a bien des progrès encore à réaliser dans la voie de l'association entre l'éducation et la médecine, entre la pédiatrie et la pédagogie. Je prétends qu'au point de vue de l'éducation et de l'instruction des enfants, les médecins ne rendent pas à la société contemporaine tous les services qu'ils pourraient lui rendre, si elle les leur demandait et s'ils étaient mieux préparés à le faire.

Si, théoriquement, on est disposé à admettre qu'un médecin est un homme de bon conseil au point de vue de l'hygiène physique de l'enfant, il n'est guère d'usage parmi nos concitoyens de nous consulter au sujet de la direction de l'éducation morale et de l'instruction de leur progéniture. Réfléchissez pourtant à ce que nous pourrions faire à ce double point de vue.

Nous pourrions d'abord, connaissant les antécédents héréditaires, faire prévoir la possibilité de telle ou telle disposition du caractère ou aptitude intellectuelle. On nous consulte bien, lorsqu'un enfant est issu de tuberculeux ou de goutteux, pour savoir si telle ou telle alimentation, tel ou tel habitat, tels ou tels exercices, tel ou tel médicament ne permettraient pas de combattre la prédisposition à la tuberculose ou à la goutte. On nous consulte — je veux dire : quelquefois, dans certains milieux éclairés ou dans certaines familles qui, malgré la modestie de leur situation, comprennent mieux que les riches l'intérêt de leurs enfants, — et nous pouvons donner des indications certainement utiles. Il n'est pas douteux qu'il y a grand compte à tenir de l'hérédité non pas seulement pour prévoir et prévenir les maladies dites physiques, mais encore au point de vue de l'éducation, comme l'a si bien montré le philosophe J.-M. Guyau (1) dans un livre admirable. Les prévisions, même hypothétiques ou éventuelles, basées sur l'hérédité sont loin d'être négligeables dans l'état actuel de la neuropathologie. Des indications précieuses pour la première éducation dès le berceau peuvent en découler.

Il existe toute une littérature à laquelle ont collaboré directement ou indirectement des médecins presque autant que des philosophes — car ceux qui ont écrit sur ce sujet à l'époque contemporaine invoquent à chaque instant les témoignages du

1. *Éducation et hérédité*, 1889.

physiologiste et du médecin. Quelle mine d'enseignements pédagogiques se trouve dans les livres de Baldwin, de James Sully, de Preyer, de Bernard Perez, H. Marion, Max Leclerc, Demolins! De ces publications se dégagent déjà certaines grandes lignes d'hygiène nerveuse, intellectuelle et morale. Mais on ne peut attendre du commun des hommes qu'ils soient initiés à cette littérature et personne n'est mieux placé que le médecin pour en faire connaître aux parents l'existence et les conclusions, à la condition qu'on le lui demande et qu'il les connaisse. Cette seconde condition importe surtout, pourvu que le médecin instruit ne néglige pas d'attirer l'attention des familles sur l'existence et l'importance de notions qu'elles ont le droit d'ignorer. Notre rôle d'initiateurs aux problèmes de l'éducation de l'enfant commence donc à sa naissance, et notre devoir n'est pas moins d'indiquer l'hygiène cérébrale que l'hygiène alimentaire de ce petit être dont nous devenons le tuteur, si la famille comprend le rôle du médecin.

Puis, à mesure que l'enfant grandit, apparaissent soit des maladies, soit des caractères physiques, qui, observés par un médecin, peuvent dénoter telle ou telle tendance, telle ou telle prédisposition nécessitant une éducation appropriée. Sans chercher plus loin d'autres exemples, qui peut à notre place prévoir ou diagnostiquer la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, indiquer les meilleurs moyens d'en enrayer la marche ou d'en atténuer les conséquences morales et intellectuelles autant que physiques.

Mais l'heure de l'instruction a sonné. C'est alors qu'il est exceptionnel que le médecin soit consulté; c'est alors, au contraire, qu'il pourrait rendre encore des services. Il pourrait d'abord trancher la question de savoir à quel âge l'enfant peut sans inconvénient commencer à travailler, combien de temps il peut le faire chaque jour, s'il peut être mis dans un établissement ou dans un autre, en tenant compte de la nécessité de l'élever à la ville ou à la campagne, dans tel ou tel climat, de lui assurer une nourriture plus ou moins choisie, appropriée à ses capacités digestives ou à son tempérament.

Au cours des études le médecin devrait être périodiquement consulté sur le développement de l'enfant et sur l'influence que des perturbations pathologiques d'ordre général ou nerveux peuvent exercer sur son aptitude au travail. Tel enfant paraît dépourvu d'intelligence qui, atteint de végétations adénoïdes, n'entend qu'imparfaitement les explications du maître. Tel est réputé sans mémoire, parce qu'il a une circulation encéphalique troublée ou des cellules cérébrales intoxiquées par suite de constipation opiniâtre et de stercorémie habituelle. Un autre est considéré comme un mauvais caractère parce qu'il digère mal. Celui-là est paresseux et indolent parce qu'il est phosphaturique ou azoturique, hébété parce qu'il se livre à l'onanisme par suite d'adhérences préputiales ou d'un phimosis. On trouverait l'explication de l'irrégularité dans le travail de celui-ci par la constatation d'une albuminurie intermittente. La plupart de ces états pathologiques, dont l'influence sur les fonctions du cerveau est incontestable, sont de nature à demeurer assez longtemps latents si on ne les recherche pas systématiquement. Aussi conviendrait-il que, sans attendre le jour, parfois tardif, où leur existence se trahira par quelque gros symptôme somatique obligeant à conduire l'enfant au médecin, on fît périodiquement examiner par celui-ci tous les enfants de chaque établissement scolaire, même bien portants en apparence, comme l'usage commence à s'établir de soumettre périodiquement à l'examen du dentiste la bouche des enfants et des adultes pour dépister les premières menaces de carie dentaire.

Mais, en dehors des maladies, il y a les crises physiologiques, dont le médecin peut dévoiler aux familles et aux maîtres l'importance au point de vue du travail. La croissance d'un enfant s'arrête et son intelligence paraît s'engourdir; ce peut être par suite d'une insuffisance des fonctions de la glande thyroïde. Un autre a une croissance exagérée, il faut interrompre son travail ou l'alléger.

Voici l'approche de la puberté pour le garçon ou pour la fille; bon nombre d'enfants en ressentent le contre-coup du côté du système nerveux, leur caractère se modifie, leurs aptitudes intellectuelles aussi. L'éducation et l'instruction ne progressent plus, si on ne vient pas à l'aide de l'organisme par des moyens médicaux. Qui mieux que le médecin peut, par de sages avis, prévenir l'onanisme, mettre en garde le collégien contre les maladies vénériennes, ainsi que le souhaite si sagement le professeur Fournier, afin qu'on ne puisse plus dire, comme au temps de Montaigne : *Cent escholiers ont prins la vérole avant que d'estre arrivez à leur leçon d'Aristote, De la tempérance?*

Quand les premières années d'études sont franchies et qu'il s'agit d'orienter plus particulièrement l'écolier vers telle ou telle carrière, et par conséquent de lui faire suivre telle ou telle catégorie d'enseignement (classique, moderne, commercial, industriel, manuel), l'avis du médecin est, à mon sens, indispensable. Le médecin pourrait ou devrait être utilement consulté pour le choix de la carrière. L'avis des maîtres qui ont dirigé l'enfant jusque-là, est à coup sûr du plus grand poids, mais ne saurait suffire; car dans toute carrière le succès dépend de la santé et des aptitudes physiques autant que des aptitudes dites intellectuelles. Comme il est souvent nécessaire de faire ce choix de bonne heure, il faudrait consulter le médecin au début des études pour la direction primitive à donner et périodiquement faire un nouvel examen de l'état physique et psychique pour s'assurer qu'on ne fait pas fausse route en suivant l'impulsion initiale. Ce rôle incombe en bonne logique sociale au médecin habituel d'une famille. Mais par malheur le médecin de famille tend à disparaître. C'est d'ailleurs depuis sa disparition que la valeur sociale de notre profession est dépréciée.

A défaut du médecin de famille, on peut concevoir le rôle des médecins attachés aux établissements d'éducation et d'enseignement comme beaucoup plus important qu'il n'est actuellement. Il va sans dire que ces médecins devraient être alors plus nombreux et recrutés avec un soin particulier, qu'on devrait exiger d'eux une plus grande somme de temps en les rémunérant proportionnellement à leurs peines.

Et, s'il faut absolument des spécialistes en la matière, puisque le public réclame des spécialistes, il s'en trouvera parmi les médecins qui sauront allier à l'étude des maladies physiques de l'enfant celle de sa psycho-physiologie et qui joindront à une assez large ouverture d'esprit l'art d'interroger les enfants avec bonté et sagacité, la connaissance des ressources de la société contemporaine, la curiosité des problèmes pédagogiques et la facilité à embrasser avec sympathie les intérêts d'autrui, de l'enfant et de sa famille.

C'est là un beau rôle, peut-être irréalisable dans sa plénitude idéale, mais dont on pourrait espérer se rapprocher, en s'y efforçant consciencieusement et en s'y préparant d'avance.

Je dis que le médecin devrait prendre une plus large part qu'aujourd'hui à la surveillance des enfants au cours de leurs études et être un véritable collaborateur des maîtres.

Il peut être utile, — et cela personne ne le conteste, quoique dans la pratique on n'en tienne pas autant de compte qu'il faudrait, — dans l'indication des capacités physiques d'un enfant au point de vue de la somme de travail, de l'évaluation de la quantité de repos dont il a besoin, de l'organisation des exercices physiques, mais encore de l'enseignement de l'hygiène, des avertissements à donner, je le répète à dessein, quand vient la puberté, pour prévenir l'onanisme, les premiers abus sexuels, les maladies vénériennes.

Il peut être utile aux chefs d'établissement et aux maîtres pour indiquer dans quelle mesure tel ou tel enfant doit être modéré dans son travail ou complètement exempté, comment on peut dépister et enrayer les déformations corporelles causées ou aggravées par les conditions de la scolarité (myopie, scoliose). Je pense qu'il devrait même être consulté par les chefs de l'université sur la durée et l'époque des vacances.

Tout cela, on me le concèdera peut-être. Mais je vais plus loin, et c'est ici que je crains de provoquer un *tolle* des pédagogues professionnels et de m'entendre appliquer le classique : *Ne sutor ultra crepidam.*

Le médecin devrait avoir été consulté dans le choix des méthodes pédagogiques et l'élaboration des programmes.

Je n'ai pas la prétention d'être le premier médecin qui ait revendiqué pour nous une part dans la pédagogie. Pour ne citer qu'un confrère dont les écrits sont marqués au coin du bon sens et de l'élégance littéraire, Maurice de Fleury a écrit dans ses charmantes causeries sur *Le corps et l'âme de l'enfant* qu'il y

avait lieu de réclamer une plus large pénétration de la médecine dans la direction morale et intellectuelle de l'enfant, que beaucoup d'enfants réputés indociles, paresseux ou pervers, étaient des neurasthéniques ou des hystériques, ayant plutôt besoin d'hydrothérapie, de bromure ou d'injections sous-cutanées d'eau salée que d'objurgations et de punitions.

J'abonde dans son sens. Mais je voudrais développer un point qui me paraît avoir été laissé dans l'ombre par ceux qui ont écrit sur cette matière délicate.

Une des erreurs de l'époque contemporaine me paraît être d'avoir voulu soumettre à des règles uniformes l'éducation des enfants, sans tenir un compte suffisant des grandes différences qui existent entre les enfants du même âge suivant les aptitudes que donnent ou laissent à chacun l'hérédité, l'innéité, le tempérament, les anomalies de la croissance physiologique et les maladies accidentelles ou diathésiques.

Les pédagogues ont agi dans l'établissement de leurs méthodes et de leurs programmes comme si tous les corps, évidemment si dissemblables, recelaient des intelligences identiques, en d'autres termes, comme si le moral était indépendant du physique. Dans une étude comme celle-ci, il est aisé de ne froisser aucune opinion morale religieuse ou philosophique, et il n'entre pas dans mon plan de supposer résolues les questions brûlantes qui divisent, sur ce point, les hommes de nos jours comme ceux de tous les temps.

Je demande seulement qu'on me concède qu'il y a autant de variétés entre les aptitudes intellectuelles des enfants qu'entre leurs aptitudes physiques. C'est un point qui ne me paraît pas contestable et que j'ai pris déjà pour base de deux études antérieures : dans l'une j'ai signalé les inconvénients du surmenage sportif que des éducateurs aussi imprévoyants qu'enthousiastes, aussi peu médecins que bien intentionnés, avaient entrepris de proposer à notre jeunesse française comme un idéal de perfectionnement et de régénération (1) ; dans l'autre, j'ai critiqué le mode d'alimentation généralement adopté dans nos établissements d'instruction (2). J'ai fait ressortir combien il était peu scientifique de vouloir exiger les mêmes efforts physiques d'enfants du même âge, alors qu'ils différaient tellement les uns des autres par leur structure physique et leurs capacités fonctionnelles nerveuses et musculaires, combien il était irrationnel de ne faire varier la quantité d'aliments qu'en proportion du nombre des années sans tenir un compte suffisant de la taille et du poids, si différents chez des enfants du même âge, combien même il était peu physiologique et peu médical de nourrir avec des aliments de même nature des enfants aussi dissemblables par la qualité de leur tube digestif et par leur tempérament, par leur état diathésique, sans parler même des cas où existent de véritables tares pathologiques.

L'approbation que j'ai trouvée à propos de ces études, un peu étrangères aux préoccupations habituelles des médecins, m'encourage à vous soumettre aujourd'hui quelques réflexions sur un sujet qui peut paraître au premier abord d'un ordre tout différent et qui, cependant, si on y réfléchit, répond à un même objectif, l'éducation des enfants sains, dirigée de telle sorte qu'ils ne deviennent pas malades, c'est-à-dire la prophylaxie, et l'éducation des enfants malades, ou simplement anormaux, c'est-à-dire le pédiatrie. C'est encore travailler à cette œuvre humaine et nationale qui entreprend de donner à l'humanité et à notre pays le plus grand nombre d'enfants aussi bien portants que possible et que M. Pinard a popularisée et ingénieusement baptisée *puériculture*.

Le nombre des enfants qu'une tare importante éloigne de l'école, est beaucoup plus considérable qu'on ne le pense en général. On peut en juger déjà par ce fait que sur 50 000 enfants des écoles anglaises, 16 p. 1 000 sont des cerveaux débiles et arriérés qui ont besoin d'une éducation spéciale, à cause de leur infériorité intellectuelle (*Brit. Méd. J.* 1894, t. II, p. 528 d'après une discussion de la *Brit. méd. assoc.*). Mais laissons de côté les enfants si évidemment tarés que l'idée ne peut venir à personne de les mêler aux autres. Outre ceux-là, qu'on peut appeler grossièrement anormaux, il en est dont les anomalies sont moins apparentes, mais n'en sont pas moins réelles. Les parents d'ordinaire ne s'en doutent pas, les professeurs les méconnaissent souvent, le médecin sait les dépister par l'examen physique et psychique.

Pour l'éducation des enfants grossièrement anormaux et franchement arriérés, on nous concède quelque autorité. On ne peut méconnaître que ce sont surtout les médecins neuropathologistes, qui ont, en France, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique et en Italie, imaginé des méthodes capables de faire pénétrer dans les cerveaux incorrects de ces pauvres deshérités les éléments d'une certaine éducation, et dans notre pays, en particulier, on ne saurait nier la compétence de nos confrères Bourneville et Jules Voisin. Mais pour l'éducation des enfants réputés normaux, c'est-à-dire ceux qui ne sont ni crétins, ni idiots, ni imbéciles, les maîtres et le public ne songent guère à nous attribuer une compétence quelconque. Or parmi ceux qui sont réputés normaux il en est bon nombre qui, examinés par un médecin, se révèlent vraiment anormaux, et d'ailleurs où commence l'anomalie?

Il est souvent bien difficile à un clinicien de dire où commence la maladie et où finit la santé, quelle limite précise sépare un enfant normal d'un anormal. Plus nos études se perfectionnent et plus nos moyens d'investigation se multiplient, plus nous arrivons à nous convaincre que l'axiome : *natura non facit saltus*, est la loi universelle en pathologie comme en physiologie et en anatomie, en psychologie comme en histoire. Toute modification est graduelle, toute transition insensible et la variabilité indéfinie est le spectacle le plus émouvant et le plus suggestif que nous révèle l'observation minutieuse des êtres vivants.

Quand on lit les travaux des moralistes, des philosophes et des professeurs qui ont traité de la pédagogie, on est frappé du retour incessant de ce mot : l'enfant, comme si ce n'était qu'une abstraction. Quelques-uns distinguent l'enfant suivant sa nationalité ou sa race et concèdent que le petit Français et le petit Anglo-saxon sont assez différents pour que les mêmes méthodes ne puissent leur être appliquées, qu'il serait déraisonnable d'instruire un petit nègre de nos possessions suivant les programmes qui sont en vigueur pour les écoles primaires de Paris.

Mais il ne semble pas que les écrivains qui ont traité ces questions pédagogiques soient suffisamment pénétrés des différences considérables qui existent entre les enfants d'une même classe, différences qui peuvent excéder celles qu'on reconnaît entre un petit Parisien, un petit Soudanais et un petit Tonkinois.

Or, à des enfants différents, il paraît logique d'appliquer des méthodes d'éducation et d'instruction différentes. C'est une vérité clinique actuellement incontestée que, si en se plaçant au point de vue philosophique et didactique on décrit des maladies et des méthodes générales de traitement, en pratique il n'y a que des malades, pour chacun desquels il faut modifier la méthode générale idéale et théorique.

De cela faut-il conclure que chaque enfant ne peut être éduqué et instruit avec succès qu'isolément par un ou plusieurs maîtres particuliers? — Certainement non, bien que pour certains enfants la nécessité de l'éducation solitaire paraisse inéluctable. Mais ne peut-on varier les méthodes d'enseignement suivant les aptitudes spéciales, suivant les anomalies de certaines catégories d'écoliers, répartis d'après une classification dont la base serait physiologique et pathologique à la fois, c'est-à-dire médicale?

Il m'a toujours paru que le médecin pourrait être utilement consulté par les organisateurs des études au triple point de vue de la répartition des élèves entre les diverses classes, du choix des méthodes d'enseignement et de l'élaboration des programmes scolaires.

En effet, rien n'est plus singulier que la façon dont sont groupés les enfants au cours de leurs études ; la division en classes repose sur la succession régulière des années et la mise en exécution des programmes. Il y a bien quelquefois un empêchement à passer dans la classe supérieure en cas de faiblesse excessive lors des examens dits de passage. Mais cela n'empêche pas qu'il existe trop souvent un abîme au point de vue in-

1. De quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance (*Association pour l'avancement des sciences* (Besançon, 1893) ; — Sur les dangers qu'offrent pour les enfants l'abus des exercices et le sport (Caen, 1894).

2. La dyspepsie des collégiens (*Congrès de pédiatrie*, Marseille, 1898).

tellectuel et physique entre des enfants de la même classe : si l'écart peut être de 3 ans au point de vue de l'âge, il est surtout saisissant quant à la capacité du travail. Entre les premiers de chaque classe et les derniers la différence est telle qu'il est impossible d'espérer que ceux-ci puissent suivre leurs brillants condisciples sans les retarder et se décourager.

On me répondra que cette différence a pour effet de provoquer l'émulation et de stimuler les traînards par l'exemple de la vive allure de l'avant-garde; mais il est de toute évidence que l'émulation a pour limite l'espoir de pouvoir à peu près emboîter le pas aux chefs de file et qu'elle cesse d'exister si les traînards sentent trop manifestement l'excès de leur faiblesse.

On me dira peut-être que la médecine n'a rien à voir là-dedans. Mais moi je pense qu'elle seule peut souvent expliquer ces écarts entre écoliers du même âge : il faut réfléchir que si les faibles ne suivent pas les forts, ce n'est pas seulement parce qu'ils sont faibles, c'est encore parce qu'on n'étudie pas assez les causes de leur faiblesse; on est trop porté à croire qu'ils ne diffèrent des forts que par une insuffisance de bonne volonté ou une moindre intelligence, de sorte qu'il doit suffire de stimuler leur effort par des encouragements ou des punitions, tandis que le plus souvent ils diffèrent à tel point de leurs brillants condisciples par la nature de leurs aptitudes qu'ils ne peuvent en aucune façon bénéficier des mêmes méthodes et des mêmes programmes.

Ce lot d'élèves faibles, qui fait le désespoir des maîtres désireux de voir marcher leur classe, est composé en général de ces anormaux, pour lesquels il faut des méthodes spéciales. Ceux-là, il faudrait les faire passer au crible de l'examen médical et on constaterait le plus souvent qu'ils ont des tares physiques ou nerveuses, nécessitant une hygiène somatique ou intellectuelle spéciale. Ceux-là, il faudrait les grouper suivant leurs tares, afin de pouvoir leur appliquer des médications pédagogiques similaires. Tels ne pourront apprendre que par les méthodes qui s'adressent aux yeux; on ne pourra les intéresser aux sujets d'étude qu'en faisant défiler devant eux des représentations graphiques, on ne pourra leur faire retenir l'histoire qu'au moyen de tableaux, portraits, reproductions; ils n'apprendront la géographie que si on leur fait voir, en même temps que les cartes, des paysages, ils ne retiendront de la physique et de la chimie que les expériences qu'ils auront répétées eux-mêmes; ils n'apprendront de géométrie qu'en manipulant des figures et la botanique qu'en herborisant. Il y en aura pour lesquels il sera nécessaire de n'aborder qu'une seule étude à la fois ou de ne mener de front qu'un petit nombre de matières, parce que leurs efforts sont d'autant moins fructueux qu'on les dissémine dans un plus grand nombre de directions. Ces diverses catégories d'enfants anormaux seraient plus facilement délimitées par les pédagogues, s'ils faisaient appel à la collaboration des médecins, car il s'agit de démêler des tares nerveuses qui ressortissent à la neuropathologie.

L'idée de démêler les tempéraments des enfants pour servir de base à leur éducation, a préoccupé de clairvoyants esprits. On lit dans un des derniers écrits de l'éminent philosophe qu'est M. A. Fouillée, une étude des tempéraments (1) où les caractéristiques intellectuelles et morales sont reconnues comme liées aux variations des fonctions physiologiques, à l'activité de la nutrition, à la prédominance de l'intégration moléculaire (anabolisme) ou de la désintégration (catabolisme).

Au point de vue pratique, la science des tempéraments aurait une incontestable utilité pour la morale et la pédagogie. Comme il est indispensable à l'hygiéniste de connaître les divers tempéraments physiques pour adapter ses prescriptions générales aux constitutions particulières, le moraliste doit de même approprier ses préceptes à la diversité des tempéraments moraux... L'éducateur ne saurait appliquer des règles identiques à des natures d'enfants très diverses : la sévérité agit sur l'un, l'indulgence sur l'autre; l'un a besoin surtout de craindre, l'autre d'aimer. Nous n'irons pas sans doute jusqu'à proposer comme M. Stewart, de diviser les classes des écoles en quatre parties pour grouper ensemble les enfants de même tempérament et leur appliquer des méthodes spéciales; mais il est certain que les éducateurs ignorent trop la physiologie des caractères, tout comme ils ignorent l'hygiène du travail intellectuel. Si les premiers éducateurs, qui sont les parents, connaissaient l'intime relation du tempérament physique et du tempérament moral, ils commenceraient à déchiffrer le naturel de leurs enfants dès leurs premières années et apprécieraient de mieux en mieux leurs aptitudes.

1. *Tempérament et caractère*, 1895.

Dans cette citation je relève l'idée de Stewart, qui ne me paraît pas du tout si chimérique que l'on pourrait croire, en prenant pour base d'une répartition spéciale des écoliers, non pas seulement les tempéraments sur lesquels il n'est pas facile de se mettre d'accord, mais l'ensemble des aptitudes intellectuelles, la tournure d'esprit et de caractère, la capacité de travail.

Enfin, pour parler de la confection des programmes, ne devrait-on pas tenir compte de la constatation faite par tous les médecins de la fréquence croissante des enfants à hérédité névropathique et de leur condition cérébrale particulière?

Une caractéristique frappante des enfants issus de familles névropathiques est leur faible pouvoir d'attention : ils sont rarement capables d'un effort longtemps soutenu, mais, d'autre part, ils ne subissent que lentement l'imprégnation des notions que leurs maîtres essayent d'y faire pénétrer. Leurs cellules cérébrales ne sont que passagèrement impressionnées par la lumière des idées et n'emmagasinent qu'un petit nombre de clichés durables.

Or la multiplicité des notions qu'on fait entrer dans les programmes va croissant, il est vrai que c'est la conséquence du progrès des connaissances humaines.

Mais, d'autre part, le pouvoir d'attention va en s'accroissant avec l'âge, et c'est surtout par leur lenteur d'assimilation pendant les premières années de leurs études que les écoliers contemporains me frappent; ce sont surtout des arriérés, des peu précoces, si on veut.

Il y aurait donc lieu, si on tenait compte dans la confection des programmes de cette double notion : fréquence croissante des enfants à attention très faible ou lente à s'éveiller, de ne les mettre aux prises dans leurs premières années d'étude qu'avec des programmes simples, ne comportant qu'un petit nombre de sujets, à prendre pour base de leur enseignement les études qui peuvent fortifier l'attention, c'est-à-dire celles qui reposent sur l'observation et le raisonnement logique. On peut apprendre à observer au moyen des leçons de choses, si elles sont bien faites, et à raisonner au moyen des mathématiques.

Cela ne serait-il pas plus logique que de s'adresser prématurément à la mémoire et à l'imagination par une culture trop livresque, trop littéraire et trop étendue, alors que d'une part ces enfants ont une mémoire ou rebelle — ou facile, mais superficielle, — et n'ont que trop de tendance congénitale à faire passer l'imagination avant le raisonnement?

N'est-ce pas s'exposer à ne leur meubler le cerveau qu'à la façon qui paraît avoir été déjà proverbiale au temps de Montaigne :

« Un peu de chaque chose et rien du tout, à la française »?

Une partie des améliorations et des modifications que je souhaite paraît être en voie d'application dans les établissements libres récemment fondés en France sous l'impulsion des écrits de M. Demolins, l'Ecole des Roches, le collège de Normandie, le collège de l'Ile de France, dont M. Augustin Filon annonçait hier l'ouverture. (Une expérience pédagogique, *Les Débats*, 25 septembre 1901.) Je souhaite bonne chance à ces courageux novateurs. Quant au groupement des écoliers d'après leurs capacités plutôt que d'après leurs âges, M. Masson-Forestier vient de nous apprendre qu'il est mis en pratique dans ce curieux collège de Konigsfeld, dirigé par des Frères Moraves en pleine Forêt Noire avec un remarquable succès. (Notes de vacances. *Temps*, 27 septembre.)

Mais je m'arrête n'ayant point la prétention d'écrire un traité pédagogique. Je me suis contenté d'attirer l'attention des médecins et des professeurs sur une grave question qui confine à la pédiatrie et à la pédagogie.

J'ai désiré poser un problème et y faire réfléchir tous ceux qu'il intéresse : maîtres, médecins et parents.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

MÉDECINE PUBLIQUE

Au Frioul.

La peste a bord du *Sénégal;* le service sanitaire au Lazaret.

I

Le 14 septembre, 173 touristes s'embarquaient sur le *Sénégal*, bateau des Messageries maritimes pour une croisière en Syrie et en Palestine, organisée par M. L. Olivier, directeur de la *Revue générale des Sciences*.

Après avoir visité Ajaccio dans la journée du dimanche 15 septembre, les touristes s'éloignaient de cette magnifique rade sous une pluie torrentielle et sur une mer agitée. Le *Sénégal* se dirigeait vers le détroit de Messine, lorsque le lundi 16 septembre, vers trois heures de l'après-midi, les médecins touristes, fort nombreux à bord, sont convoqués discrètement sur la passerelle du commandant. Là, nous apprenons que, dès le matin, le médecin de service, le Dr X..., avait demandé à nos confrères MM. Bucquoy, Demons, Chauffard, Richardière, de lui donner leur avis sur un cas de maladie douteuse développée chez un homme de l'équipage. Nos confrères, après avoir examiné le malade, furent d'avis qu'il s'agissait là d'un cas probable de peste. Néanmoins, ne voulant pas prendre de décision trop hâtive, ils prièrent le commandant de convoquer tous les médecins présents, au nombre de 17, et de leur demander également leur avis. Nous nous rendons auprès du malade et voici ce que nous apprenons :

Le nommé M. F..., de l'équipage, s'était embarqué samedi en état de malaise. Le dimanche matin, il accusa de la diarrhée, de la fièvre, etc. Le Dr X..., croyant à un simple trouble digestif, purgea le malade. La fièvre continua néanmoins et, dès le lundi matin, notre homme se plaignit d'une douleur dans l'aine gauche. Le Dr X... constata une adénite avec fièvre et état gastro-intestinal. C'est dans ces conditions que, ce même jour, nous examinons le malade. Nous le trouvons dans l'état suivant : état général assez bon, température du matin 40, langue saburrale, nuit agitée; enfin dans l'aine gauche, une plaque d'adénite composée de plusieurs ganglions gonflés, peu douloureux, adhérents à la peau, elle-même rosée, chaude. Il semble qu'il y ait là menace de phlegmon. Aucune cause d'adénite n'est découverte dans les régions voisines; aussi en l'absence de toute porte d'entrée, et en raison de l'état général, des troubles digestifs, et surtout de la température élevée, nous sommes tous d'avis qu'il s'agit très probablement d'un cas de peste. Le diagnostic est forcément réservé, en raison de notre inexpérience générale en fait de peste.

Dans ces conditions, à l'unanimité des médecins présents et de l'avis même du commandant, il n'y a qu'une seule conduite à tenir : revenir à Marseille, d'autant qu'en aucun port de la Méditerranée nous ne pourrons être admis avec un cas douteux d'adénite fébrile.

Nous apprenons la triste nouvelle à nos compagnons d'infortune, et un quart d'heure après le *Sénégal* vire de bord, en vue des îles Lipari. Nous retournons directement à Marseille.

Le malade, ce même jour, a le soir 40°,7, température qui rend très probable le diagnostic de peste. L'état général reste néanmoins assez bon.

Le dîner et la soirée se ressentent fortement de l'inquiétude générale et de l'ennui d'un retour forcé ; mais chez tous le moral est excellent et rapidement les touristes reprennent leur gaieté, escomptant quelque erreur médicale.

Le lendemain matin 17 septembre, on nous dit que le malade a déliré toute la nuit, mais ce matin il est calme; l'état général n'est pas trop mauvais; la température est à 39° le matin et 39°,7 le soir. La plaque d'adénite s'empâte davantage, la peau est plus rouge; on craint la suppuration, ce qui donne à tous quelque espoir et laisse toujours planer l'indécision du diagnostic.

Dès le matin, en vue de Bonifacio, le commandant télégraphie, au moyen de signaux, que nous avons à bord un cas de peste douteux et que nous retournons directement au Frioul. La dépêche a dû parvenir à Marseille 24 heures avant notre arrivée.

Notre malade est toujours dans le même état.

Le mercredi matin, nous arrivons, au milieu d'un épais brouillard, en vue de Marseille, et vers 11 heures nous pénétrons dans le port du Frioul où le *Sénégal* se range à côté de l'*Ernest Simons*, retour de Bombay, en quarantaine pour deux jours encore.

A 2 heures, le Dr Jacques, médecin du service sanitaire, en costume aseptique, casqué et couvert de toile, monte à bord. Après avoir fait l'appel nominal de tous les passagers et des hommes d'équipage pour constater *grosso modo* leur validité, il se rend à la cabine du malade qu'il examine en notre présence. D'après lui, il est peu probable qu'il s'agisse là d'un cas de peste, en raison des caractères un peu anormaux de l'adénite, et surtout de l'absence de douleur des ganglions qui, dans la peste, sont ordinairement isolés et fort douloureux au toucher. Néanmoins, il exige un complément d'information, par l'examen bactériologique. Séance tenante, il recueille 2 centimètres cubes de sérum ganglionnaire et demande si on peut lui procurer un rat. Quelques minutes après, on lui apporte un rat trouvé et assommé très facilement, vu leur nombre respectable.

A 7 heures, le vapeur du service sanitaire nous accoste, ayant à bord le Dr Catelan, médecin en chef, le Dr Gauthier, chargé des examens bactériologiques et le Dr Jacques. Le frottis sur lamelle démontre au micros-

cope la présence de groupes bacillaires, peu vivaces, peu nombreux, mais qui paraissent être des bacilles pesteux. Ces Messieurs demandent un supplément d'enquête de 48 heures pour faire des cultures et des inoculations.

Sur ces entrefaites, on débarque le malade qui descend assez facilement l'escalier et prend place dans la barque qui le conduit à l'hôpital Ratonneau.

Arrivés à 11 heures du matin au Frioul, nous passons la journée sur le *Sénégal*, puis le lendemain jeudi, et ce n'est que le vendredi 20 septembre qu'on nous éloigne du foyer pestilentiel. L'équipage reste à bord.

Le jeudi, deux faits importants : un second malade de l'équipage est débarqué et dirigé à l'hôpital ; c'est le second cas. On nous déclare que c'est bien la peste ; en effet, dans la matinée, les hommes d'équipage se procurent deux rats vivants pour l'examen ; l'un d'eux est remis vivant, l'autre mort, tué d'un coup de bâton. Les deux rats étaient porteurs du bacille pesteux ; ce qui démontre déjà que les rats, même infectés, peuvent être les vecteurs vivants de la peste.

Dès lors il n'y a plus de doute la peste est à bord et on nous annonce que nous serons maintenus en quarantaine pendant 10 jours.

Nous apprenons que le premier malade a été injecté de sérum antipesteux, mais seulement le 6e ou 7e jour de maladie, *puisqu'il n'y avait pas à bord le moindre flacon de sérum.* Malgré tout, l'injection ayant été trop tardive, son état s'aggrave et il succombe dans la nuit du samedi au dimanche.

Le second malade est injecté dès le 2e jour de maladie, et il est actuellement convalescent.

Le vendredi matin 20 septembre, après 48 heures d'attente sur le *Sénégal*, on nous débarque sur le quai comme de simples émigrants avec nos sacs et nos valises. Nous gagnons comme un troupeau de moutons les divers pavillons situés à quatre ou cinq cents mètres de là, dans lesquels les 173 passagers ont été distribués, tant bien que mal, mais aussi équitablement que possible par les soins de M. Olivier, car il n'y a là personne pour nous recevoir ni pour nous diriger. Il semble qu'il n'y ait point au Frioul la moindre administration ; en tout cas elle est invisible.

Le samedi, nous apprenons que le foyer d'infection est découvert, car on a trouvé dans la soute au linge sale une grande quantité de rats morts, 100, 120, quelques-uns seulement, les versions varient.

Ce même jour, on débarque un troisième malade, mais on nous affirme qu'il n'a pas la peste. Ces derniers renseignements manquent de précision, car ordre a été de ne nous communiquer aucune nouvelle.

Cette situation grave nous inquiète, d'autant que rien n'est fait pour nous préserver. Nous réclamons avec insistance la désinfection de nos malles, de nos vêtements. Enfin nous sommes obligés de réclamer encore à propos de l'injection préventive. Si elle est utile, qu'on la fasse sans retard et qu'on n'attende point indéfiniment. Enfin le Dr Catelan se rend à l'invitation du Corps médical des touristes qui demande instamment d'être renseigné sur les effets présents et à venir de l'injection préventive de sérum. Le Dr Catelan, à force de questions, nous fournit des renseignements dont il ne paraît guère certain et ses réponses manquent de netteté. Malgré tout, il insiste fortement sur la nécessité de l'injection préventive. Le Dr Jacques, plus au courant des effets du sérum, nous dit qu'il n'y a rien à redouter de l'injection ; que les seuls accidents, toujours bénins, sont quelquefois un malaise fébrile, de la courbature, des éruptions urticariennes diverses. Il insiste sur l'utilité de l'injection préventive qu'il a pratiquée un très grand nombre de fois sans avoir eu des suites sérieuses à déplorer.

Devant ces affirmations, tous les médecins à l'unanimité, engagent les touristes à subir l'inoculation préventive, et pour prêcher d'exemple, ils se font inoculer les premiers.

Vers 5 heures, le Dr Jacques procède, avec les précautions aseptiques d'usage, à l'injection de 7 centimètres cubes de sérum (1) sous la peau du ventre. 161 touristes sont inoculés successivement le samedi soir et le dimanche matin, 12 réfractaires refusent toute inoculation ; aucun d'eux, à notre connaissance, n'a été malade ultérieurement.

Le dimanche 22 septembre a lieu la désinfection des malles, valises, vêtements, etc., dans chaque chambre successivement au moyen de la pompe Genest et Herscher à bien faible jet. C'est la « bénédiction des malles ». Le linge sale est emporté à l'étuve dans des sacs.

Après cet exercice, on nous délivre un « Marron », certificat de désinfection.

A partir de ce moment, nous sommes tranquilles, jusqu'au jour de notre élargissement, c'est-à-dire le vendredi suivant 27 septembre à midi, après 10 jours de Frioul : 2 jours de *Sénégal* et 8 jours d'isolément effectif à terre.

Après notre départ du *Sénégal*, le vendredi matin 20 septembre, que fait-on de l'équipage ?

Il reste simplement à bord. Le service sanitaire, le considérant comme plus exposé à l'infection que les passagers, ne veut point le faire descendre à terre, pour éviter tout contact avec nous ; en effet, tous les bâtiments d'isolement sont occupés par les 173 touristes. Le dimanche, il subit l'inoculation préventive.

Ce n'est que le lundi matin qu'on descend les matelas, le linge, etc., pour la désinfection, et ce n'est que le mardi, c'est-à-dire 6 jours pleins après l'arrivée au Frioul, que le personnel du *Sénégal* est transbordé sur un autre bateau, l'*Ortégal*, envoyé par la Compagnie. En somme, malgré sa demande réitérée de quitter au plus tôt le bord infecté, l'équipage y a séjourné encore 6 jours.

Il est déplorable qu'avec un si petit nombre de passagers, le service d'isolement se soit trouvé à court. S'il y avait eu, à défaut de bâtiments, des tentes-abri qu'on dresse en cas de besoin, comme cela existe dans la plupart des hôpitaux de contagieux, on eût pu isoler plus promptement tous ces malheureux du foyer pestilentiel.

II

Tel est rapporté aussi exactement que possible l'enchaînement des faits. Il est nécessaire de revenir sur certains points pour montrer l'incurie de la Compagnie et la mauvaise organisation du service sanitaire au Frioul.

A. — *L'incurie de la Compagnie est manifeste.*

1° La Compagnie nous embarque le 14 septembre sur un bateau infecté de peste. Les rats vivants et la grande quantité de rats morts témoignent de l'infection du bateau.

A quelle époque remonte l'infection ?

La réponse est difficile à préciser.

1. Le sérum provenait de l'Institut Pasteur et datait de deux mois environ pour les premiers inoculés ; pour les derniers il était de date plus récente. On sait que le sérum préparé en flacons hermétiquement fermés, se conserve avec toutes ses propriétés au moins une année.

Voici ce que notre enquête permet de dire. Le *Sénégal* avait fait plusieurs voyages en Orient, et avait touché plusieurs fois le port d'Alexandrie dans le courant de l'année 1901. Or, on nous a affirmé qu'à l'un de ces derniers voyages le maître-cuisinier avait succombé à la peste, et que le 27 août, retour d'Alexandrie, le *Sénégal* suspect avait passé quelques heures au Frioul, et qu'il était resté ensuite 17 jours dans le port de Marseille jusqu'à la date du 14 septembre, jour de notre embarquement. Dans ces conditions, ou bien il s'est infecté à Marseille, ou, ce qui est plus probable, il s'est infecté à Alexandrie et est resté infecté, ainsi qu'en témoignent les rats vivants et les rats morts.

La Compagnie nous a donc embarqués sur un bateau non désinfecté ou mal désinfecté; ce qui est certain, c'est qu'il était infecté lors de notre embarquement, d'où l'épidémie qui a éclaté de suite après notre départ de Marseille.

2° Il n'y avait pas de sérum à bord.

Dans ces conditions connues du médecin, comment se fait-il qu'il embarque sans emporter le moindre flacon de sérum ?

La plus simple prudence lui en faisait un devoir; il y avait eu la peste à bord, le navire avait touché antérieurement des ports infectés, il se rendait en Orient et pouvait trouver la peste sur son chemin.

Tous, passagers et médecins, ont été fort surpris d'apprendre, dès la découverte du premier cas, qu'il n'y avait pas de sérum à bord.

Enfin, on nous a affirmé qu'il n'y avait pas eu de visite médicale du personnel avant le départ.

Peut-être cet homme, qui est malade dès le premier jour de navigation, était-il déjà souffrant la veille, et une simple visite eut peut-être suffi pour empêcher son embarquement.

3° L'isolement à bord est fictif.

Dès le lundi matin, dès que le Dr X... eut soupçonné la peste, il fit isoler le malade, qui, primitivement couché avec les autres, fut sagement transporté dans une cabine d'entrepont. Malheureusement, si la cabine est relativement isolée, le malade ne l'est guère. Le médecin n'a pas de blouse spéciale pour entrer dans la cabine, et nous sommes obligés de demander qu'il mette un vêtement spécial pour visiter le malade, qu'il veuille bien ne pas se mêler aux passagers à table, sur le pont, etc., pour éviter toute contagion. Enfin, le malade mal surveillé se lève, et deux fois, plusieurs de nous l'ont vu hors de sa cabine sur l'entrepont où passent tous ses camarades. L'isolement est donc très problématique. Nous savons que l'isolement est difficile à pratiquer à bord, mais ses règles peuvent cependant être appliquées. La porte de la cabine pouvait être fermée à clef; un barrage pouvait être disposé autour de sa cabine pour empêcher d'approcher, comme plusieurs de nous l'avaient demandé. Enfin, le médecin du bord pourrait être muni d'une blouse indispensable pour les visites de contagieux.

Enfin, ne pourrait-on prévoir à bord un endroit où l'isolement fût plus efficace.

4° La question des rats est également fort importante. Le professeur Proust, dans son dernier voyage d'inspection à Marseille, vient de prescrire la destruction des rats.

C'est fort bien, mais pourquoi a-t-on attendu qu'éclatât une épidémie de peste à bord du *Sénégal* pour faire ces prescriptions ? Tout le monde sait que les rats et leurs puces sont les véhicules, même vivants, de la peste. Comment ne s'en est-on pas occupé ? Comment n'a-t-on point cherché à se protéger contre l'envahissement du navire? On m'a affirmé qu'il existait des pare-à-rats, sorte d'entonnoirs à double effet, qui, disposés sur les amarres, coupent la route et empêchent les rats de pénétrer sur le bateau ou d'en sortir. Ils le garantissent contre la pénétration des rats infectés provenant du port et empêchent, d'autre part, les rats du bord de gagner le quai. Je ne sais assurément ce que valent ces engins, mais on m'a affirmé qu'ils fonctionnent avec succès à Nice. S'ils sont insuffisants, il serait peut-être bon de chercher mieux, mais il faudrait chercher. Enfin il existe des moyens de destruction des rats, puisque le professeur Proust vient d'en prescrire l'application. Pourquoi attendre une épidémie ? Je sais qu'on peut faire de nombreuses objections qui m'ont déjà été faites : Il est presque impossible de se garantir contre les rats qui infestent tous les bâtiments; toutes ces prescriptions tutélaires sont d'une application coûteuse; elles immobilisent les navires des compagnies, etc. Certes, mais quand il s'agit de préserver des vies humaines, la question mérite qu'on s'y arrête, et les dépenses sont faciles à justifier.

B. — *Le service sanitaire au Lazaret est insuffisant.*

1° Le débarquement a été trop tardif. Pourquoi, en effet, arrivés le mercredi matin à 11 heures au Frioul, prévenu la veille par une dépêche d'Ajaccio, en présence d'un cas très suspect de peste, pourquoi nous garde-t-on 48 heures à bord en plein foyer pestilentiel, au lieu de nous isoler de suite, même en présence d'un cas douteux ? A cela deux réponses.

La première mauvaise; c'est qu'il y avait déjà dans le port du Frioul l'*Ernest Simons*, dont les 25 passagers et les hommes d'équipage étaient en quarantaine et qu'il fallait éviter tout contact. A cela il est facile de répondre que les passagers de l'*Ernest Simons* faisaient à bord leur quarantaine, qu'ils descendaient, il est vrai, sur le quai, mais il était facile de les mettre d'un côté et nous de l'autre. L'autre raison, la véritable suivant nous, nous le verrons plus loin, est qu'il n'y avait rien de prêt pour nous recevoir.

2° Pourquoi l'injection préservatrice a-t-elle été faite si tardivement ? Arrivés le mercredi matin, 18 septembre, à 11 heures, pourquoi a-t-on tardé jusqu'au samedi soir pour nous inoculer, c'est-à-dire près de 4 jours; alors que dès le mercredi soir à 7 heures le Dr Catelan, le Dr Gauthier nous disent que les préparations microscopiques présentent sur frottis des groupes de bacilles douteux, il est vrai, mais fort probablement pesteux.

Dès ce jour on devait nous proposer l'inoculation, sans attendre 4 jours. Ou elle est utile ou elle ne l'est pas. Dans le premier cas, c'est le plus tôt possible qu'on doit préserver les suspects et non 4 jours après. Il ne semble point, en cette circonstance, que le service sanitaire ait eu une conduite bien précise; il a hésité trop longtemps. Or une épidémie n'hésite pas et, en 4 jours, on peut observer une extension rapide de la maladie, qui heureusement ne s'est pas produite pour nous.

3° De plus la désinfection est incomplète et surtout trop tardive; elle n'a eu lieu que le dimanche, soit le cinquième jour de notre arrivée.

4° Le personnel est insuffisant. Tous ces retards dans l'exécution des mesures prescrites y tiennent à l'insuffisance du personnel. Le Dr Jacques était seul chargé des soins à donner aux 173 touristes, à tout le personnel du *Sénégal*. Il est de plus, paraît-il, obligé de s'occuper de la

surveillance du matériel (au Lazaret), de la distribution du linge, des cuvettes, etc. C'est lui, qui, après notre départ, doit veiller à la remise en état des locaux, du matériel au dépôt. Il est certain qu'il ne peut suffire à tout au Lazaret.

Les sous-ordres sont également en nombre insuffisant. La qualité est d'abord très inférieure; c'est un personnel d'occasion qui ne s'entend guère au service qu'il a à exécuter. Leur nombre est trop faible. Il n'y avait, et encore pas le jour de notre arrivée, dans chaque pavillon, que deux hommes, en plus du concierge et de sa femme, pour le service de 30 à 40 personnes.

5° A l'insuffisance du personnel, il faut ajouter l'insuffisance du matériel. En effet, munis de nos billets de logement, nous gagnons après notre débarquement les divers pavillons au nombre de cinq : pavillon Fauvel, pavillon Général, pavillon des dames; puis, plus haut à mi-côte, les deux pavillons des seconde et troisième classes. Les deux premiers contiennent des chambres à un et plusieurs lits; et les deux derniers de vastes dortoirs. Tous ces pavillons sont isolés les uns des autres par des enclos murés. Les chambres du pavillon Fauvel sont à peu près logeables. Les murs sont badigeonnés à la chaux, le sol est carrelé. Un lit, une paillasse, un traversin, un oreiller, une petite table en bois, cheminée, cuvette, pot à eau, etc., en forment l'ornement. En somme le juste nécessaire. Ceci est l'installation théorique, car, en pratique, la plupart des objets manquent. Il faut réclamer, courir un peu partout, à la réserve, pour se procurer l'indispensable. Les W.-C. sont à chasse et à siphon.

Les deux autres pavillons sont déjà moins propres et moins organisés. Quant aux pavillons des dortoirs, c'est épique. A notre arrivée, il n'y a rien : un lit de fer, une paillasse et un matelas. Enfin les draps viennent et les couvertures suivent; mais pas de vases de nuit, pas de bougeoirs, pas de bougies, de lampes nulle part. Si bien que pour ne pas se coucher à tâtons, il faut aller faire ses emplettes à l'Hôtel du Lazaret. Quant aux W.-C. de ces pavillons, ils sont propres mais primitifs; pas la moindre soupape, pas le moindre siphon, pas la moindre chasse. Partout les serviettes manquent. Pendant 4 jours nous utilisons la même serviette. Enfin, à force de réclamer, on en fait venir de Marseille!

Ajoutons que le service est mal fait, parce qu'il n'y a pas de personnel suffisant. D'abord le premier et le second jour, il n'y avait à compter sur rien, beaucoup ont fait eux-mêmes leur lit et leur chambre. Même dans le pavillon Fauvel, le plus confortable, les chambres n'étaient faites que vers la fin de la journée.

Il est bon de constater, toutefois, que si l'installation des chambres et le service laissent à désirer, la protection administrative est fort bien organisée. Au pavillon d'administration, les parloirs sont bien installés par petites salles isolées, et un double grillage sépare le quarantenaire des visiteurs du service médical ou des visiteurs venus de Marseille.

Enfin les gendarmes arrivent bien vite pour nous empêcher de dépasser les limites très restreintes qui nous sont assignées pour la promenade.

C'est à force de réclamations et grâce à l'intervention de M. R. Poincaré qu'on élargit notre cercle d'internement. Or, dans un Lazaret, où par conséquent on est sous le coup d'une maladie infectieuse, peste ou autre, il serait de première nécessité de mettre les quarantenaires dans les meilleures conditions d'hygiène possible, de leur permettre de se laver convenablement; or les cuvettes sont des bols et les serviettes manquent. Les bains ne sont pas à la disposition du public. Nous n'avons eu que le mercredi (3 jours avant notre départ) la possibilité de prendre des bains. De plus l'un des deux établissements, très bien installé du reste, est situé sur l'île de Pomègue et il nous a été interdit d'aller de ce côté, sauf les trois derniers jours. Ne devrait-on pas afficher dans les pavillons les heures de service des bains et mettre ces derniers à la disposition des quarantenaires dès le premier jour.

Enfin, pourquoi, alors que la promenade fait partie de l'hygiène, enfermer les suspects dans un si petit espace? Les deux îles sont assez grandes pour les diviser en deux, une partie pour les soldats des forts, une partie pour les quarantenaires.

Un dernier point à signaler. L'alimentation à l'Hôtel du Lazaret est mauvaise et la propreté y est douteuse. N'y aurait-il pas un moyen quelconque d'améliorer ce service. Je mets en fait que, s'il eût fallu rester quinze jours, les troubles digestifs eussent été fort nombreux. Au bout de huit jours, il y avait déjà des embarras gastriques, des diarrhées dysentériformes, etc. Je le sais, puisque j'ai donné plus d'un avis à nos compagnons d'infortune, au Frioul et même après notre délivrance.

En résumé, la Compagnie nous a embarqué sur un bateau infecté, les rats, mors et vivants, tous pesteux, témoignaient du fait.

L'isolement à bord a été tout à fait insuffisant, et il doit en être souvent ainsi.

Il n'y avait à bord aucun flacon de sérum.

Le service sanitaire est insuffisant. Tous les services existent, c'est vrai. Tout est prévu, c'est possible; mais si les rouages sont au complet, la machine ne fonctionne que très mal, très lentement. Tout a besoin d'être revu. Il serait bon que MM. les inspecteurs généraux des services sanitaires fussent condamnés à dix jours de Frioul pour vivre de la vie que nous avons vécue, et peut-être se rendraient-ils mieux compte des *desiderata* de ce service.

L'Etat et la ville de Marseille peuvent bien faire les frais des améliorations nécessaires et urgentes, puisqu'il s'agit en somme de préserver le premier port de France, et la France elle-même. Nous ne regrettons rien de nos infortunes, si elles peuvent servir à ceux qui nous succèderont au Lazaret.

Heureusement que les deux îles de Pomègue et de Ratonneau sont de magnifiques roches escarpées, d'où on jouit d'un superbe panorama de Marseille et des environs, qu'elles sont placées dans une situation admirable, que la mer qui les environne est magnifique et enfin que l'air marin y est vivifiant et purificateur. C'est à lui peut-être plus qu'au service sanitaire que nous devons d'avoir échappé aux maux qui nous menaçaient (1).

Dr Ch. Leroux.

1. Nous commençons une enquête sur les accidents éloignés des injections préventives de sérum antipesteux. Plusieurs de nos compagnons ont été très souffrants, malades même. Nous publierons ultérieurement une note complémentaire, s'il y a lieu.

PATHOLOGIE MÉDICALE

De l'influence des variations de température sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.

Communication à l'*Académie des sciences*, le 14 octobre 1901.

Par MM. Lannelongue, Achard et Gaillard.

Au cours de nos premières expériences sur le rôle du climat dans l'évolution de la tuberculose, notre attention avait été attirée sur les effets possibles des variations de température. Nous avons vu, notamment, sur un lot de cobayes placés dans la montagne, la mortalité s'élever rapidement au moment des premiers froids d'automne.

Pour fixer d'une manière plus précise l'influence du froid sur l'évolution de la tuberculose expérimentale, nous avons institué deux séries d'expériences.

Tout d'abord, trois lots, égaux en poids, de dix cobayes chacun, ont été, comme dans nos recherches précédentes, inoculés en même temps dans la plèvre, le 19 octobre 1900, avec la même dose de virus. Le premier est resté à l'intérieur du laboratoire; le deuxième a été maintenu constamment en dehors, exposé à l'air jour et nuit; le troisième a été placé alternativement le jour en dehors la nuit en dedans. De ces divers animaux trois sont morts dans le premier lot, deux dans le second et quatre dans le troisième. Ce sont là des différences presque insignifiantes.

Mais il convient de remarquer que les différences de température, relevées en dedans et en dehors du laboratoire n'étaient pas considérables, car, d'une part l'exposition à l'air avait lieu en dehors d'une fenêtre donnant sur une cour assez abritée et, d'autre part, le séjour dans l'intérieur du laboratoire avait lieu dans une pièce dont les fenêtres étaient constamment ouvertes. Les plus grands écarts entre les minima de la température extérieure et de la température intérieure ont été seulement de 11 et 12° deux fois en janvier, de 10° deux fois en février et une fois en avril (1). Quant aux différences extrêmes de température qu'aient eu à subir en 24 heures les animaux alternativement placés dehors et dedans, elles ont atteint seulement en janvier deux fois 10° et deux fois 12°; en février une fois 10°, deux fois 11° et une fois 12°; enfin en avril cinq fois 10° et une fois 13°.

Dans une autre expérience, nous avons cherché à exposer les animaux à des changements brusques de température.

Pour cela, deux lots égaux de dix cobayes ont été inoculés dans des conditions identiques le 30 avril 1901. L'un d'eux a été laissé à l'intérieur du laboratoire, l'autre a été placé environ 9 heures chaque jour dans une étuve à + 38° et le reste de la journée comprenant toute la nuit, à l'air extérieur. Or, ce dernier lot a présenté une forte mortalité et s'est trouvé complètement détruit dans l'espace de 100 jours, le 8 août, tandis qu'à cette date le premier lot ne comptait qu'un seul mort.

On pourrait objecter que le séjour des cobayes dans l'étuve n'agit pas seulement sur eux par la température, mais par le confinement et l'impureté de l'air qui s'y trouve, et l'on pourrait se demander si des animaux sains n'eussent pas également succombé à ces variations thermiques si peu conformes aux conditions normales de la vie du cobaye. Aussi avons-nous eu soin de placer dans l'étuve un autre lot témoin de dix cobayes égaux aux précédents et non inoculés. Dès les premiers jours de l'expérience, le 7 mai, nous nous sommes aperçus que l'air se renouvelait insuffisamment dans l'étuve, car, en quelques heures, le lot inoculé perdit un cobaye et le lot témoin deux. Aussi, dès ce moment, avons-nous établi dans l'étuve une circulation d'air. A partir de ce jour, aucun des animaux du lot témoin n'a succombé et successivement, en un peu plus de 3 mois, le lot inoculé a perdu tous ses animaux.

1. Le minimum de température a été atteint au dehors, pendant la nuit, les 6 et 7 janvier : il a été de — 8°.

Par suite, l'action du confinement de l'air doit être écartée. De plus, il est manifeste que les changements de température étaient compatibles avec la survie des cobayes sains. C'est donc bien la tuberculose qui a tué les animaux inoculés, accélérée par le fait de la diminution de résistance des animaux soumis aux variations thermiques.

Il est à remarquer que l'expérience a été faite au printemps et en été, à une époque, par conséquent, où la température extérieure était toujours très douce. En effet, elle a eu pour minimum la nuit dans les premiers jours de l'expérience + 6°. A partir du 21 mai, elle s'est toujours maintenue au-dessus de + 10°, et depuis le 22 juin au-dessus de + 14°.

Par suite, on peut dire que les animaux n'ont jamais été exposés au froid, mais seulement à des alternatives de température chaude et de température douce.

L'écart entre la température de l'étuve et le minimum quotidien de la température extérieure a varié entre 13°, minimum observé le 21 juillet, et 32°, maximum constaté le 1er mai. La moyenne de cet écart a été de 23°. Il s'agit donc de différences de température beaucoup plus importantes que dans l'expérience précédente.

En résumé, ni le froid modéré, ni les variations légères de température n'ont eu d'influence marquée sur l'évolution de la tuberculose. Au contraire, les variations thermiques, brusques et considérables, quoique compatibles avec la vie des cobayes sains, ont précipité d'une façon remarquable la marche de l'infection.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 7 Octobre 1901.

Recherches expérimentales sur l'excitabilité de la moelle épinière.

M. A.-N. Vitzou communique ses expériences qui peuvent montrer que, tout comme le revêtement gris des circonvolutions, l'axe gris de la moelle réagit aux excitants.

Si l'on met à découvert, chez une oie, le sinus rhomboïdal (on sait qu'en ce point, chez les oiseaux, les cordons blancs s'écartent, circonscrivant un espace quandrangulaire au fond duquel la substance grise est à nu), l'excitation mécanique ou électrique de cette région produit des contractions dans le train postérieur. De même, chez le cheval, si l'on sectionne la moelle lombaire, on s'aperçoit que la substance grise réagit, et qu'elle réagit autrement, et plus vivement, que les cordons antérolatéraux, car son excitation par des courants électriques, même peu intenses, produit des mouvements tétaniques. Par contre, les excitants mécaniques se montrent ici inefficaces, en raison de l'hémorrhagie provoquée par l'opération.

Influence de la spermotoxine sur la reproduction.

Mlle C. de Leslie. — Une souris blanche mâle ayant reçu en injection du sérum spermotoxique fourni par le cobaye perd, pour un laps de temps de 16 à 20 jours, toute aptitude à la reproduction, et cela bien que la sécrétion du sperme, ainsi que la copulation, se fassent normalement. On peut prolonger pour une seconde période de 16 à 20 jours la durée de cette stérilité, en pratiquant une nouvelle injection avant que l'effet de la première ait pris fin. Des animaux témoins, injectés avec du sérum spermotoxique privé de son alexine (sensibilisateur), ou avec du sérum alexique (sérum frais d'un animal neuf), restent au contraire aptes à la reproduction.

D'autre part, si l'on injecte à un cobaye le sperme des animaux ainsi rendus stériles, on ne détermine pas, bien que ce sperme contienne des spermatozoïdes vivants, la formation de substances spermotoxiques dans le sérum de ce cobaye.

L'interprétation la plus rationnelle de ces faits est que la substance toxique agit en modifiant les relations d'osmose du spermatozoïde avec le milieu ambiant, supprimant ainsi et la chimiotaxie positive de cet élément à l'égard de l'ovule, et sa capacité d'inciter le leucocyte étranger à déverser dans le sang les principes qu'il contient.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 Octobre 1901.

Macrophages et cellules conjonctives.

M. Dominici. — Cellules conjonctives libres, cellules endothéliales de recouvrement des séreuses, cellules endothéliales vasculaires, cellules fixes anastomosées, cellules vaso et sanguiformatives, cellules adipeuses sont des modalités d'une même espèce cellulaire, la cellule conjonctive.

Les macrophages de Metchnikoff sont des cellules conjonctives particulièrement adaptées à remplir le rôle phagocytaire.

Toute cellule conjonctive immobilisée et de type défini est capable de se mobiliser et de devenir un macrophage.

Les origines du polynucléaire ordinaire.

M. Dominici. — Les polynucléaires neutrophiles ou amphophiles sont formés par le tissu myéloïde et par le tissu lymphoïde.

Les polynucléaires issus du tissu myéloïde en état d'activité normale ou en réviviscence dérivent de la transformation de cellules embryonnaires (lymphocytes) qui deviennent des myélocytes granuleux (Dominici). Ceux-ci découpent leur noyau pour muer en polynucléaires (Ehrlich).

Les polynucléaires issus du tissu lymphoïde dérivent de la transformation de cellules embryonnaires (lymphocytes) qui font partie des mononucléaires du sang (une autre variété de mononucléaires est constituée par des macrophages).

Les mononucléaires deviennent des polynucléaires dans les vaisseaux sanguins en découpant leur noyau (Uskow) et en élaborant simultanément des granulations amphophiles.

Que les polynucléaires ordinaires dérivent d'un myélocyte, qu'ils procèdent d'un mononucléaire du sang, les cellules d'origine sont de même espèce.

Le processus de transformation diffère seul par abréviation des stades d'évolution de la cellule souche quand celle-ci appartient à la série lymphogène.

Les faits sont en harmonie avec l'évolution du système hématopoiétique.

On doit confondre fréquemment au cours des états infectieux, les poussées de mononucléaires qui sont des polynucléaires à l'état larvé, avec les poussées de mononucléaires qui sont des macrophages.

Le cytodiagnostic des urines albumineuses ou hématiques.

M. Milian. — L'examen cytologique d'un certain nombre d'urines albuminuriques ou hématuriques nous a permis de faire quelques constatations intéressantes :

Dans un cas d'hématurie par tuberculose rénale d'origine sanguine, l'hémorragie s'accompagnait d'une élimination marquée de mononucléaires et de lymphocytes, alors que les polynucléaires étaient l'exception; il y avait, en outre, quelques cylindres pigmentés. Au contraire, chez un individu atteint d'épithélioma du rein, on ne trouvait ni éléments figurés, ni cylindres; il n'y avait, en plus des hématies, que les cellules épithéliales plates desquamées qu'on observe dans toutes les urines, surtout dans celles des femmes. Dans un cas d'hématurie par néphrite aiguë, l'urine renfermait un grand nombre de polynucléaires.

Dans l'albuminurie cardiaque ou albuminurie par stase on ne constate, dans les cas aseptiques, d'autres éléments cellulaires que des hématies. La sclérose rénale ne donne aucun élément figuré pendant les périodes albuminuriques. Un homme atteint, depuis 1 mois, d'une néphrite subaiguë dont la cause nous a échappé présentait, dans son urine, une quantité assez considérable de leucocytes : polynucléaires et mononucléaires en nombre égal, avec une proportion relativement élevée d'éosinophiles.

Les albuminuries fébriles se comportent de deux façons différentes : les unes s'accompagnent d'éléments cellulaires migrateurs, les autres en sont dépourvus. Parmi les premières (avec leucocytes), il faut signaler les albuminuries du rhumatisme articulaire aigu et de la diphthérie; dans l'albuminurie rhumatismale, nous avons trouvé de nombreux polynucléaires. Parmi les secondes (sans leucocytes), il convient de citer les albuminuries de la dothiénentérie et de la pneumonie. Cette distinction indique nettement que, au cours des différentes infections, et sans doute aussi de la même infection, le mécanisme pathogénique de l'albuminurie n'est pas constant. L'albuminurie typhique et l'albuminurie pneumonique sont peut-être des albuminuries par stase, la première grâce à l'hypotension artérielle, la seconde par l'intermédiaire de la stase veineuse.

Notons enfin que, dans les urines des femmes, surtout chez les tuberculeuses, on trouve souvent dans le culot de centrifugation le *trichomonas vaginalis* en assez grande abondance.

Action congestionnante de l'émétine.

M. Maurel. — En étudiant sur la grenouille l'action du chlorhydrate d'émétine donné par la voie hypodermique et à doses thérapeutiques, sur la circulation normale, sur les congestions produites artificiellement et sur les points congestionnés qui entourent les plaies, a observé les faits suivants :

1° Le chlorhydrate d'émétine produit la vaso-constriction et active la circulation normale;

2° Il peut activer la circulation et même la rétablir sur les points où elle a été ralentie ou arrêtée artificiellement;

3° Même sur les points congestionnés comme ceux qui entourent une plaie, elle peut activer la circulation ralentie, la rétablir dans certains vaisseaux où elle était arrêtée et triompher de leur vaso-dilatation.

L'auteur conclut que c'est probablement ainsi qu'il faut s'expliquer, au moins en partie, les heureux résultats de l'ipéca dans la plupart des affections s'accompagnant de congestion et surtout dans celles des voies digestives et respiratoires.

Le fer dans les ganglions lymphatiques.

MM. Guillemonat et **Gabriel Delamare** ont dosé le fer du ganglion lymphatique par le procédé de Lapicque. Ils ont trouvé des quantités variant entre des traces et 0 gr. 11 p. 100. Ce chiffre, presque aussi élevé que celui observé dans la moelle osseuse (0 gr. 12 p. 100) a été obtenu 6 jours après la splénectomie, alors que le taux de l'hémoglobine du sang était diminué.

D'une façon générale, la teneur en fer de cet organe est compatible avec l'existence d'un processus hématopoiétique d'ailleurs inconstant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Octobre 1901.

Épilepsie post-opératoire.

M. Kirmisson revenant sur le rapport fait dans la dernière séance par M. Rochard cite le cas suivant. En juillet dernier, est apportée à l'hôpital une fillette de 11 ans, encore sous le coup d'une attaque d'épilepsie qui avait commencé la veille. C'était la deuxième depuis 7 ans. A l'âge de 24 mois, cette enfant avait fait une chute dans un escalier et s'était fracturé le crâne. 2 ans 1/2 après, elle présenta une attaque d'épilepsie jacksonienne qui ne s'était pas renouvelée jusqu'au mois de juillet dernier, où une nouvelle attaque apparut subitement.

En la visitant, M. Kirmisson a constaté, en arrière et au-dessus de l'oreille droite, une dépression verticale, de 1 à 5 centimètres de longueur, correspondant à la fracture et offrant des battements. Par la pression, la région était douloureuse. Pen-

sant que cette attaque pouvait tenir à une lésion osseuse, M. Kirmisson a fait une incision qui n'a rien fait découvrir. La plaie a alors été suturée et a guéri par première intention. L'enfant n'ayant pas été suivie, on ne sait si les attaques ont reparu.

Ecrasement du calcanéum.

M. Nélaton résume une observation de **M. Courtaux** ayant trait à un marin, dont le calcanéum avait été, en grande partie, écrasé et réduit en bouillie. Malgré un nettoyage soigneux, il se produisit un sphacèle de la région talonnière et une plaie qui mit 6 mois à se cicatriser. La guérison obtenue, le malade pouvait marcher assez facilement, ce qui fait dire à M. Courtaux qu'il s'est applaudi de ne pas avoir pratiqué d'amputation.

Prostatectomies.

M. Tuffier analyse trois observations de prostatectomies envoyées par **M. Adenot** (de Lyon).

La première a été faite sur un homme atteint de rétention d'urine due à un cancer de la prostate. 4 mois après la prostatectomie périnéale sous-capsulaire, il y avait généralisation et mort.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une hypertrophie de la prostate ayant déterminé de la rétention, de l'hématurie et de l'infection. Une cystostomie fut pratiquée et le lobe moyen fut enlevé. Le malade ne fut suivi que 6 mois.

Le troisième malade présentait la même lésion et les mêmes accidents. Une prostatectomie périnéale partielle eut lieu, et 2 ans plus tard l'opéré était en bon état.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 11 et 18 Octobre 1901.

Pneumothorax avec vomique survenu au cours d'une thoracentèse.

M. Roy communique, au nom de M. Variot et au sien, l'observation d'une fillette de 11 ans qui dut subir la thoracentèse pour un épanchement pleural ancien, ne manifestant aucune tendance à la résorption. Au cours de cette thoracentèse, et après évacuation de 120 grammes environ d'un liquide séreux, la petite malade fut prise de quintes de toux qui se continuèrent une partie de la journée et s'accompagnèrent du rejet brusque, par la bouche, du même liquide qu'avait fourni la ponction. L'examen de la poitrine permit en même temps de constater l'existence d'une sonorité exagérée et d'un souffle amphorique au lieu et place des signes de l'épanchement; à aucun moment on ne perçut la succussion hippocratique. La formation d'un pneumothorax avec vomique pulmonaire avait donc été la conséquence de l'évacuation du liquide contenu dans la plèvre.

Pas une goutte de sang ne s'étant écoulée par le trocart au cours de cette évacuation, on peut affirmer que le poumon n'a pas été lésé par l'aiguille du trocart; aussi ne peut-on guère expliquer la production de ce pneumothorax que par une déchirure spontanée du poumon, au niveau d'une ancienne lésion ou de brides pleurales, l'aspiration ayant simplement joué le rôle de cause favorisante. Quoi qu'il en soit, la petite malade, après avoir présenté pendant quelques jours des phénomènes assez alarmants (crises dyspnéiques avec succès de suffocation, cyanose de la face, hyperthermie, etc.) a fini par se rétablir complètement; elle n'offre plus actuellement aucun signe d'une affection pleuro-pulmonaire.

M. Galliard croit également que le pneumothorax qui survient au cours de la thoracentèse doit être attribué, presque toujours, à la rupture d'anciennes adhérences pleurales. En ce qui concerne l'origine du liquide expectoré à diverses reprises par la malade, peut-être s'agissait-il là simplement d'une banale expectoration albumineuse, telle qu'on en observe si souvent à la suite de la thoracentèse.

M. Rendu a vu un pneumothorax se produire à la suite d'une thoracentèse pratiquée chez un adulte. Il eut l'explication du fait en apprenant que cet homme avait déjà eu autrefois une première atteinte de pneumothorax : la petite déchirure, probablement mal cicatrisée, du poumon, s'était rompue à la suite de la décompression provoquée par l'évacuation du liquide contenu dans la plèvre; d'où l'indication de respecter les épanchements dans les cas où il y a lieu de soupçonner l'existence de vieilles lésions pulmonaires.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la méningite chronique alcoolique.

M. Dufour a eu l'occasion d'examiner récemment, au point de vue cytologique, le liquide céphalo-rachidien d'une alcoolique ayant succombé à une méningite chronique; ce liquide contenait des lymphocytes en très grande abondance. D'autre part, l'examen histologique des centres nerveux n'ayant permis de constater aucune des lésions caractéristiques, soit de la paralysie générale, soit de la syphilis, on peut admettre que la méningite était d'origine alcoolique. Il résulte de ce fait que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ne peut pas être considérée comme un signe d'une valeur absolue pour le diagnostic du tabes ou de la paralysie générale, puisqu'elle peut s'observer également au cours de la méningite chronique d'origine alcoolique.

M. Widal croit devoir rappeler que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien témoigne seulement de l'existence d'une irritation des méninges et que, par elle-même, elle ne peut fournir aucune indication sur la nature de ce processus irritatif.

Cytologie du liquide d'une arthropathie tabétique.

M. Dufour. — L'examen cytologique du liquide contenu dans le genou d'un tabétique atteint d'arthropathie m'a permis d'y constater, après centrifugation, la présence d'un nombre considérable d'hématies, bien que ce liquide fût séreux. Rapproché de cette autre constatation que les arthropathies tabétiques se produisent brusquement, ce fait semble prouver que le liquide qui accompagne ces déformations articulaires est toujours constitué, au début du moins, par une quantité notable de sang.

Polynévrite d'origine professionnelle.

MM. Soupault et **Français** communiquent deux cas de polynévrite intéressant les membres supérieurs et les membres inférieurs, observés chez deux ouvrières employées dans une teinturerie de Clichy. Ces névrites paraissent dues à l'absorption, par les voies respiratoires, des vapeurs d'une essence composée, d'après l'analyse faite au laboratoire de la préfecture de police, d'éther de pétrole, de gazoline et de benzine à détacher. A noter qu'elle ne contient pas de sulfure de carbone. Parmi ces substances, la benzine paraît devoir être plutôt incriminée que l'éther de pétrole, dont l'action sur le système nerveux est beaucoup moins à redouter.

M. Dufour a observé un cas semblable dans la même usine. Les méfaits de l'intoxication benzilique sont, du reste, plus nombreux qu'on ne le croit, d'après les cas extrêmes qu'on voit dans les hôpitaux. Ses accidents sont caractérisés, surtout au début, par des troubles cérébraux fugaces. L'épuration des benzines diminue la proportion de ces intoxications.

Albuminurie orthostatique.

MM. Le Noir et **Courcoux**. — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui a, dans ses antécédents, une scarlatine à l'âge de 7 ans. Sans cause connue, il y a 4 mois, elle a présenté de l'œdème généralisé avec poussée d'albumine assez abondante. Continue au début, l'albumine diminue progressivement et n'apparaît bientôt qu'après la station debout.

La cryoscopie, l'épreuve du bleu de méthylène, l'examen clinique prouvent nettement que c'est une albuminurie par né-

phrite qui peut décroître et même disparaître après le type orthostatique.

Ce cas est à rapprocher de ceux cités par MM. Achard et Loeper-Aubertin.

Rhythme couplé du cœur et pouls bigéminé dans l'ictère catarrhal.

M. Dufour. — Sera publié dans notre numéro du dimanche 27 octobre.

M. Chauffard dit qu'il ne croit pas possible, présentement, de donner une pathogénie exacte de ces faits, d'ailleurs si intéressants. Il rappelle, en outre, que le pouls bigéminé est assez fréquent dans toutes les bradycardies un peu avancées.

Traitement des myélites syphilitiques par l'introduction de solution mercurielle dans le canal rachidien.

M. Schachmann (de Bucarest) envoie la relation d'un cas de myélite syphilitique qui, après avoir résisté à tous les traitements usuels, aurait été considérablement améliorée à la suite de 23 injections journalières d'un centimètre cube d'une solution de benzoate de mercure au 1/100e dans le canal médullaire.

De cette observation et de deux autres cas analogues, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-rachidiennes de mercure (nous n'avons employé que le benzoate) sont bien supportées par les malades, ne les exposant à aucun accident fâcheux;

2° Les premiers troubles dont elles sont suivies sont de courte durée et, une fois passés, ne se reproduisent plus, l'accoutumance du système nerveux à une forte imprégnation journalière s'étant produite;

3° L'effet produit sur le système nerveux par cette voie est plus notable et plus rapide que celui d'aucune autre méthode suivie jusqu'à maintenant;

4° Cette méthode est à tenter dans toutes les maladies chroniques de la moelle dont l'origine syphilitique pourrait être soupçonnée, surtout au commencement de leur évolution, car c'est par cette voie qu'il nous semble qu'on obtient une imprégnation plus forte, plus intime et plus efficace du système nerveux central;

5° Nous présumons que cette méthode pourrait avoir des applications dans les maladies médullaires de nature syphilitique, les effets résorbants du mercure étant connus.

M. Ballet tient à faire les plus expresses réserves relativement au traitement audacieux dont il s'agit. Il serait extrêmement fâcheux que la publication, sans réserves formelles d'un seul fait plus ou moins concluant eut pour conséquence — et cela serait à craindre — de porter à pratiquer dès demain des injections mercurielles dans le canal médullaire de tous les malheureux tabétiques syphilitiques.

Nous savons tous que tout a échoué chez ces malades. M. Fournier, dans toute sa longue carrière, croit en avoir vu un — peut-être deux — sérieusement amélioré par le traitement spécifique. C'est tout dire.

M. Widal s'associe à ces réserves.

M. Gaucher dit qu'il fait de même et qu'il ne prend aucune responsabilité relativement à ce travail.

Pseudo-rhumatisme tuberculeux.

M. Bezançon. — La communication récente de M. Poncet (de Lyon) a mis à l'Académie à l'ordre du jour la question du pseudo-rhumatisme tuberculeux. J'ai observé un cas de tuberculose généralisée des séreuses qui a présenté, entre autres manifestations, des phénomènes articulaires ayant tous les caractères du pseudo-rhumatisme infectieux. La maladie, qui a duré 18 mois, a passé par deux phases bien distinctes; dans la première, qui a duré 6 mois, elle s'est localisée sur l'endocarde et les séreuses articulaires et s'est traduite par de l'endocarde mitrale et par des arthrites mobiles, de la plupart des grandes articulations; ces arthrites avaient tous les caractères de l'arthrite blennorrhagique, l'œdème articulaire en particulier.

Elles s'accompagnaient de fièvre vive, d'anorexie, de sueur profuses et d'un état général grave; elles étaient rebelles à toute médication antirhumatismale.

Dans la seconde période, les localisations articulaires sont devenues plus rares et ont fait place à toute une série de déterminations sur les autres séreuses, sur les deux plèvres, sur le péritoine et, enfin, comme localisation ultime, sur les méninges cérébrales. La tuberculose, à aucun moment, ne s'est localisée sur le poumon, et la seule manifestation viscérale appréciable a été une splénomégalie considérable.

Le cyto-diagnostic de l'épanchement pleural pratiqué suivant méthode de Widal et Ravaut a montré, dans le liquide pleural, de nombreux lymphocytes.

La longue durée de la maladie, les résultats du cyto-diagnostic, la splénomégalie intense, l'évolution terminale (à défaut de l'autopsie qui n'a pu être pratiquée) montrent qu'il s'agit bien de tuberculose généralisée des séreuses et non, comme on aurait pu le supposer, pendant la première phase de la maladie, de pseudo-rhumatisme infectieux vulgaire.

Le bacille tuberculeux peut donc déterminer sur les séreuses articulaires des lésions non suppurées, curables, mobiles comme il le fait sur la plèvre et sur le péritoine; ces lésions sont la manifestation d'une infection générale, comme dans les cas de granulie, mais la résistance du terrain ou bien l'atténuation de la virulence du microbe (expériences de Courmont et Dor) détermine, ici comme dans les cas d'infection par les microbes pyogènes, la localisation sur le système séreux,

---

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 3 Juillet 1901.

Sarcome ostéoïde du maxillaire inférieur.

MM. Ledoux et **Duhain** présentent l'observation d'une femme de 30 ans, qui subit, il y a un an, une résection de l'articulation temporo-maxillaire. A l'examen elle présentait une tumeur ayant débuté en octobre dernier, au niveau du maxillaire inférieur. Cette tumeur mesurait 14 centimètres de hauteur sur 13 de largeur, et s'étendait entre la tempe, la commissure labiale et l'angle de la mâchoire; elle faisait corps avec l'os et offrait une consistance dure, cartilagineuse. Il n'y avait pas de ganglion.

L'opération fut faite par M. Duret. Incision de la peau suivant une courbe à convexité postérieure étendue, de la fosse temporale à la canine, section de la branche horizontale du maxillaire inférieur au niveau de cette dent, section de l'os molaire, pour permettre la sortie de la tumeur hors de sa loge. Suture de la muqueuse buccale, préalablement isolée, bourrage de la plaie opératoire, drainage, pansement. Suites bonnes.

L'examen de la pièce montra une tumeur du volume du poing, portant à sa surface de petites saillies ossiformes et paraissant formées de tissu osseux spongieux en certains points, compact en d'autres, et de parties molles.

Tumeur secondaire du foie consécutive à une tumeur du testicule.

M. Dervaux présente l'observation d'un homme de 20 ans, sans antécédents héréditaires ni collatéraux, qui fit à l'âge de 12 ans une chute à califourchon sur une barre de fer et qui depuis un an éprouvait des douleurs lombaires, de la gêne à marcher. A l'examen on trouva des noyaux au niveau du testicule, une hypertrophie du foie avec subictère et décoloration des matières fécales. Quelques jours après le malade mourait.

L'autopsie montra une ascite abondante, un foie énorme, à surface lisse, parsemée de foyers hémorrhagiques, des plèvres portant de nombreux noyaux légèrement saillants, une tumeur grosse comme une tête d'enfant dans la région sacro-lombaire et paraissant développée aux dépens des ganglions lombaires, et un testicule gros, pâle, renfermant deux noyaux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Séance du 10 Juillet 1901.

Tuberculose génito-urinaire chez une fillette.

M. Camelot, à l'autopsie d'une petite fille de 11 ans, entrée à l'hôpital dans un état de cachexie tuberculeuse très avancée, a trouvé un rein droit très gros, lobulé, entouré d'une capsule fibreuse rétractée; un rein gauche moins volumineux, réduit à l'état d'éponge par suite de nombreuses cavernes communiquant ensemble. Les ganglions du hile étaient très développés à droite et englobaient l'aorte ; l'uretère était gros comme le pouce et entouré d'une gangue fibreuse; à gauche, l'uretère était surtout atteint dans sa partie inférieure. La vessie très rétractée, admettait à peine dans sa cavité 2 centimètres cubes de liquide. Il existait une fistule vésico-vaginale.

Au niveau des trompes se trouvaient des nodules caséeux. L'utérus et les ovaires paraissaient sains. Il y avait des granulations miliaires dans la cavité de Douglas. Le poumon droit portait quelques tubercules anciens.

M. Camelot, en se basant sur l'aspect des lésions, croit que dans ce cas, il se trouve en présence d'une tuberculose rénale qui a gagné la vessie, puis le vagin, les trompes et au delà, le cul-de-sac de Douglas, car le pavillon de la trompe perméable laissait sourdre à la pression du pus grumeleux.

M. Duret se demande si la tuberculose vésicale n'est pas la première en date, car chez les petites filles, la leucorrhée, qui est fréquente, peut se compliquer de cystite, laquelle peut devenir tuberculeuse et être le point de départ d'une tuberculose génito-urinaire ascendante. Si l'hypothèse de l'infection sanguine était exacte, on devrait très souvent rencontrer la tuberculose rénale chez les tuberculeux pulmonaires; or, sur deux mille de ces derniers on ne rencontre pas un cas de tuberculose rénale. Il faut admettre, pour expliquer l'infection des organes génitaux, une prédisposition locale, telle que la cystite leucorrhéique.

Traitement du rhumatisme par les acides.

M. Desplats a observé quelques malades atteints de rhumatisme articulaire, traités par le jus de citron. Cette méthode a été lancée en Allemagne et consiste à absorber le jus d'un citron le premier jour, de deux, le second jour, et ainsi de suite, d'une façon progressive, jusqu'à prendre le jus de vingt-cinq citrons en un jour. Quand ce chiffre est atteint on diminue progressivement le nombre de citrons.

Dans un premier cas le malade ne put dépasser la dose de trois citrons. Dans un autre cas le malade parvint au chiffre de vingt-cinq et obtint une guérison complète et persistante depuis 10 mois d'accès de rhumatisme qui survenaient tous les 3 mois. Le troisième cas est celui d'un malade ankylosé à tel point qu'il ne pouvait plus s'habiller seul, et qui aujourd'hui possède la presque totalité des mouvements de ses membres et ne souffre plus.

M. Desplats a expérimenté cette méthode de traitement sur un malade de son service, sujet à des poussées de rhumatisme et à des accidents cardiaques sur lesquels tous les traitements employés n'avaient produit que des résultats palliatifs. Au bout de quelques jours de traitement le malade accusait un soulagement manifeste des symptômes articulaires, mais il éprouvait une douleur au niveau de la partie droite et supérieure du thorax, douleur vive, persistante et tenace. Dans un second cas on nota la même amélioration, quoique un peu moins marquée, et la douleur thoracique apparut également à la fin du traitement. Un troisième cas donna les mêmes résultats.

M. Desplats a traité un malade de sa clientèle de ville, atteint de rhumatisme rebelle au salicylate et au corps thyroïde, par l'acide citrique, à la dose de 2 à 10 grammes par jour, et obtint une amélioration.

Il rappelle que dernièrement des expériences d'un pharmacien des hôpitaux de Paris ont montré que les urines des rhumatisants sont hypoacides et non hyperacides, et que l'augmentation du taux de l'acidité urinaire s'accompagne d'une amélioration des symptômes rhumatismaux.

M. Desplats se demande si on traite par les alcalins une diathèse déjà trop alcaline.

M. Lavrand fait remarquer que le salicylate de soude, comme le salophène, n'agit que par son acide.

M. Camelot croit que le jus de citron est bien toléré par l'estomac. Il a vu un cas de tabes traité par cette méthode, sans intolérance gastrique.

M. Delassus fait observer que, d'après les traités de chimie, les acides végétaux se transformant en alcalins, l'action de l'acide citrique paraît difficile à expliquer.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Tenu à Paris, des 21 au 26 Octobre 1901).

Chirurgie de la rate.

Résumé du rapport lu au Congrès de chirurgie,

Par M. Ch. Février.

Les affections de la rate sont susceptibles aujourd'hui de réclamer l'intervention de la chirurgie, peuvent être divisés en quatre catégories :

A. Les traumatismes comprenant les ruptures sous-cutanées, les plaies de la rate et les hernies traumatiques.

B. Les abcès de la rate.

C. Les tumeurs comprenant les kystes, les hypertrophies ou splénomégalies qu'on peut classer en quatre groupes :

1° Splénomégalie leucémique;
2° Splénomégalie paludique;
3° Splénomégalie idiopathique;
4° Splénomégalie tuberculeuse.

D. Enfin les déplacements de la rate hypertrophiée ou saine avec ou sans torsion du pédicule :

1° *Ruptures.* — Le premier point à retenir est que ces ruptures sont souvent très profondes, d'où une hémorrhagie quelquefois immédiatement mortelle; il en résulte que la rapidité avec laquelle le chirurgien opère influe considérablement sur le pronostic, mais un bon nombre de cas ne sont pas opérés parce que l'hémorrhagie foudroyante n'en laisse pas le temps. Quelquefois l'hémorrhagie est assez lente; quelquefois enfin elle est tardive, le sang s'accumulant dans une rupture interstitielle et ne rompant que secondairement la capsule d'abord conservée. En somme, c'est de l'hémorrhagie que résultent et le pronostic, et les indications thérapeutiques.

M. Février a réuni 56 cas traités chirurgicalement qui se répartissent en :

46 cas d'extirpation de la rate;
3 cas avec tamponnement;
1 cas de suture de la plaie splénique;
1 cas de ligature des vaisseaux du pédicule;
5 cas de laparotomie pure et simple permettant l'évacuation du sang et des caillots.

Il est inutile d'insister pour faire comprendre que tamponnement, suture, ligature sont en principe des pis aller, quand la splénectomie paraît impossible, en raison d'adhérences surtout. Sans doute, au premier abord, on est effrayé par la mortalité brute de la splénectomie qui, sur 46 cas, donne 50 p. 100 de décès. Mais il faut tenir compte des malades opérés trop tard, déjà exsangues, et de ceux qui avaient des lésions traumatiques concomitantes par elles-mêmes mortelles (rupture du foie, fracture du crâne, etc.); de ceux, enfin, dont la rate était antérieurement malade. Le fait principal est que la précocité de l'intervention est en effet un facteur important du succès. Dans presque tous les cas où la splénectomie a été suivie de guérison, elle a toujours été précoce et pratiquée dans un laps de temps ne dépassant pas 24 heures.

Mais de cette étude des causes de la mort, résulte l'explication de ce fait que, contrairement à ce qu'on voit pour les autres splénectomies, la statistique opératoire ne va pas s'améliorant parallèlement aux perfectionnements de la technique.

Le meilleur procédé opératoire est l'incision médiane, en faisant tomber en haut sur elle, au besoin, un débridement transversal.

Quant aux troubles fonctionnels observés après la splénectomie chez l'homme, — car des expériences sur des animaux il n'y a pas à tirer grand enseignement, — ils ne sont pas une contre-indication : hypertrophie ganglionnaire, diminution de l'hémoglobine et des globules rouges, augmentation des globules blancs, troubles psychiques sont en effet passagers. Et dans la genèse des altérations hématiques, l'anémie aiguë par hémorrhagie abondante semble revendiquer une bonne part.

2° *Coups de feu.* — Des considérations analogues sont applicables aux coups de feu qui, abandonnés à eux-mêmes, causent une mortalité qui varie de 60 à 93 p. 100 selon les statistiques, tandis que 6 cas chirurgicalement traités (2 sutures, 4 splénectomies) fournissent 4 guérisons et 2 décès.

Quand on soupçonne une blessure de la rate, il est d'autant plus indispensable de faire la laparotomie, que les lésions de cet organe sont accompagnées dans les 2/3 des faits de blessures de l'estomac, de l'intestin, du foie, du rein, du poumon. Dans le cas où, par un hasard extraordinaire, le blessé échapperait à la mort par hémorrhagie, les complications d'ordre septique le guettent et ne le laisseront pas échapper. Du reste, dans la discussion de l'année dernière à la Société de chirurgie, tout le monde s'est montré d'accord sur la nécessité d'intervenir immédiatement par la laparotomie.

Une fois la plaie de la rate constatée, quelle conduite tenir? comme dans les cas de rupture. Nous croyons que lorsque la lésion est limitée, peu profonde, on peut user de la suture, mais il sera indispensable de la combiner au tamponnement, puisque l'hémostase qu'elle donne est toujours incomplète.

3° *Hernies traumatiques.* — Depuis de très nombreuses années on a opéré dans ces cas, où la rate herniée tentait pour ainsi dire le chirurgien. On a eu recours d'abord à la splénectomie tardive après avoir laissé aux adhérences le temps de se constituer. Aujourd'hui la conduite doit être la suivante :

Si on se trouve en face d'un accident très récent, et que la rate n'ait pas été exposée à une infection manifeste, on peut être tenté, surtout si elle n'est pas blessée, d'en faire la réduction, après l'avoir soigneusement désinfectée, et en s'aidant au besoin d'un débridement de la paroi abdominale; mais il faut pour cela l'intégrité de l'organe ou tout au moins une très petite plaie qu'on puisse réunir facilement, car nous savons avec quelle difficulté la rate supporte les sutures. Cette réduction donne quelques succès, mais elle est quelquefois périlleuse, car nous ne pouvons jamais savoir dans quelle mesure la rate plus ou moins bien aseptisée n'expose pas le péritoine à l'infection. Aussi lorsqu'il existe une lésion de la rate ou lorsque la hernie ne date plus de quelques heures seulement, nous considérons comme infiniment prudent de recourir à la splénectomie.

Nous ne parlerons pas de l'expectation ou plutôt de l'abstention anciennement pratiquée; c'est exposer les malades aux risques et aux souffrances d'une mortification lente avec suppuration et aux phénomènes infectieux. Nous n'avons à envisager ici que la splénectomie totale ou partielle.

Lorsque la hernie est de date récente, l'opération de choix est la splénectomie totale; mais il est nécessaire, au cours de l'opération, d'éviter minutieusement les risques d'infection du péritoine.

Lorsque la hernie est de date ancienne et que la portion prolabée à la rate est déjà flétrie, on peut évidemment se borner à enlever au thermo-cautère la partie vouée à la mortification. Mais, comme le fait remarquer Villar, l'hémostase opérée en serrant un gros fil à la base de l'organe n'est pas chose facile à cause de la friabilité du tissu splénique. En outre, la chute du moignon peut amener des phénomènes infectieux. Nous croyons que ces craintes suffisent à justifier des interventions plus hardies, et pour notre part, en présence d'un cas de ce genre, nous préférerions certainement avoir recours à la laparotomie, comme l'a fait avec succès Harold Brown.

4° *Abcès de la rate.* — Il faut d'abord remarquer que le diagnostic est très difficile, d'autant plus que des périsplénites peuvent avoir pour point de départ des lésions étrangères à la rate.

Selon les cas, on a eu recours à l'incision ou à la splénectomie. Mais il faut noter que sur les 10 splénectomies réunies par M. Février, on n'est jamais parti d'emblée pour appliquer cette opération à un abcès diagnostiqué : après laparotomie on a extirpé la rate parce qu'elle fit hernie, parce qu'elle saignait, parce qu'elle était au milieu de l'abcès.

Une fois le diagnostic d'abcès de la rate établi, on devra inciser sans attendre. Lorsque la collection se présente au-dessous des fausses côtes, dans la région du flanc, l'incision n'offrira évidemment pas de difficultés, mais pour que la collection puisse arriver à descendre assez bas pour permettre une intervention commode, on a souvent temporisé, d'où retentissement possible sur la plèvre, ouverture dans des organes limitrophes, comme dans l'observation de Desplats, où un abcès primitif de la rate s'ouvrit dans l'estomac et dans la plèvre, permettant ainsi le passage d'un ascaride dans cette dernière cavité. Cette pratique est absolument à rejeter et il faut ouvrir dès que l'abcès est diagnostiqué. On n'a évidemment plus la même facilité d'intervention lorsqu'il s'agit d'un abcès abrité dans l'hypocondre gauche ou lorsque la péri-splénite évoluant surtout vers le haut refoule plus ou moins le diaphragme. Alors la tuméfaction, l'œdème se montrent surtout au niveau des côtes et un peu dans la région du flanc, indiquant que l'abcès se trouve derrière la paroi costale. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à s'attaquer aux côtes, ainsi que l'ont fait plusieurs chirurgiens.

5° *Kystes hydatiques.* — L'expérience acquise avec les kystes hydatiques du foie ne permet plus guère aujourd'hui de ranger la ponction parmi les méthodes chirurgicales applicables aux kystes hydatiques de la rate. Pour la rate comme pour le foie, on peut, au point de vue de l'intervention chirurgicale avec Segond et Potherat, diviser les kystes hydatiques en trois groupes :

a) Ceux qui contiennent beaucoup de liquide, et peu ou pas de vésicules;

b) Ceux qui sont bourrés de vésicules;

c) Ceux qui sont suppurés.

Dans les faits du second groupe, la ponction, aspiratrice ou non, simple ou combinée à des injections de liquides capables de tuer les hydatiques, ne peut réussir.

L'employer, c'est courir au-devant d'un échec. Pour la troisième catégorie, l'ouverture large s'impose. Restent donc, comme domaine de la ponction, les faits de kystes contenant beaucoup de liquide et peu de vésicules. C'est dans ces cas seulement qu'on a obtenu des succès. Or, pour qui connaît les difficultés qu'on éprouve dans le diagnostic des kystes hydatiques de la rate, non seulement au point de vue du siège, mais encore au point de vue de la nature de la tumeur, il est bien difficile d'admettre que la ponction soit autre chose qu'une intervention à l'aveuglette, répugnant à nos habitudes modernes de chirurgie à ciel ouvert et offrant par contre de multiples dangers. Les succès, au total, laissent des doutes dans l'esprit, et des complications (lésion de l'intestin, hémorrhagies sont à craindre. Ces complications sont les mêmes pour la ponction suivie d'injection, mais l'efficacité est alors plus grande.

Il faut donc recourir à la laparotomie franche et cela fait mettre en parallèle exactement comme pour le foie, la marsupialisation et le capitonnage.

L'extirpation du kyste est forcément un procédé exceptionnel. Elle ne peut s'adresser qu'aux cas où le kyste est plutôt juxta-splénique qu'intra-splénique, ayant son point de départ soit dans la capsule, soit au niveau du hile; il est alors plus ou moins pédiculé. Dans ce cas, la section pure et simple du pédicule suffit à amener la guérison.

Mais ici surgit l'indication possible de l'exérèse totale par splénectomie, considérée par certains auteurs comme le procédé de choix, mettant à l'abri des récidives, des adhérences, des fistules, toutes complications observées après marsupialisation.

Sur 20 cas, on compte il est vrai 3 morts (15 p. 100); mais dans des cas très défavorables, et lorsque la rate est libre ou

peu adhérente, il est probable que la splénectomie donnera des résultats presque constamment heureux.

6° *Kystes séreux séro-sanguins.* — Ces kystes sont rares et d'une pathogénie obscure. Peut-être sont-ils quelquefois d'origine traumatique. La ponction simple est passible des mêmes reproches que pour les kystes hydatiques. Quand c'est anatomiquement possible, on extirpera le kyste. Sinon, et lorsque la rate est libre, on fera la splénectomie; enfin, s'il y a des adhérences, on marsupialisera la poche.

7° *Rates leucémiques.* — Lorsqu'on lit les observations de splénectomie pour rate leucémique, ce qui frappe le plus, c'est la constance presque absolue des résultats mauvais, l'inévitable terminaison par la mort : nulle affection chirurgicale ne saurait donner un exemple plus frappant de la foi robuste des opérateurs espérant toujours un résultat meilleur que ceux de leurs devanciers.

Sur 42 cas réunis en 1900 par Bessel-Hagen, il y a 90,4 p. 100 de mortalité, et les 4 succès correspondent à des diagnostics douteux ou à des leucémies au début dont la splénectomie n'a pas enrayé la marche. A la période d'état, la mortalité est de 100 p. 100.

Splénomégalie paludique. — Dans les pays à malaria, l'hypertrophie scléreuse de la rate est fréquente et volumineuse, causant une série de troubles mécaniques et fonctionnels. La douleur est provoquée ou exaspérée, la plupart du temps, par une quinte de toux, un effort insignifiant, un travail peu pénible, de sorte que dans bien des cas, la marche devient impossible. Les malades sont condamnés à l'inaction et obligés de rester au lit, car la perte des forces va s'accentuant ; ils sont endormis, indolents. Dans d'autres cas les malades peuvent encore sortir et marcher, mais ils ont une allure spéciale.

Il n'est pas rare de rencontrer, dit Martyn Jordan (d'Hydérabad), des jeunes garçons et des jeunes filles, parfois des adultes, marchant les épaules et la tête rejetées en arrière et le ventre proéminent comme au sixième mois de la grossesse; à voir les précautions qu'ils prennent pour travailler ou traverser les rues encombrées, en s'effaçant instinctivement pour éviter toute contusion de l'abdomen, il saute aux yeux qu'ils ont conscience de leur hypertrophie.

Leur respiration est courte ; ils sont souvent cyanosés; l'action mécanique de la rate hypertrophiée et adhérente, en refoulant et en tiraillant le diaphragme, prend une grande part dans la genèse de cette dypsnée.

Les tiraillements ou le compression exercée sur l'estomac et l'intestin amènent des vomissements parfois incoercibles ou une intolérable gastralgie. L'occlusion intestinale a été mentionnée; ces phénomènes parfois peu accusés, pendant un certain temps peuvent s'exaspérer ou revenir sous forme de crises.

La compression de la vessie produit de la dysurie. Bragagnolo a cité des troubles utérins par suite des adhérences de la tumeur avec l'utérus; ces adhérences déterminent la rétroversion, la rétroflexion et le prolapsus; cette pression de la rate sur l'utérus n'a pas seulement un effet mécanique, mais elle est encore une source de métrorrhagies violentes. La menstruation devient douloureuse, irrégulière comme durée, se prolonge ou cesse complètement. On a observé que les crises douloureuses commençaient dans quelques cas avec la cessation des règles et disparaissaient avec le retour du flux menstruel. Le rein de son côté ne reste pas indemne. Luigi Ferrannini a insisté sur la néphrite aiguë qui peut prendre la forme hémorrhagique; et sur la néphrite chronique avec la dégénérescence amyloïde, toutes d'origine toxique et dues au passage abondant de toxines, de produits régressifs et par-dessus tout des corpuscules sanguins à travers le rein.

Signalons encore la rupture possible de la rate bien qu'on ait peut-être exagéré sa fréquence, surtout à la suite d'une simple palpation. Il nous est arrivé souvent dans le sud tunisien de palper de ces grosses rates paludiques sans aucun dommage pour le malade, et beaucoup de nos collègues de l'armée ayant séjourné longtemps en Afrique, ont exploré bien des rates énormes sans causer jamais d'accidents. Il faut un effort plus violent ou un choc brutal pour amener la rupture de la rate. Du reste dans certains pays à malaria, cette notion de la fragilité de la rate est connue du vulgaire et Bellien (de Charkow) rapporte que dans les rixes les adversaires essayent de se frapper justement dans l'hypocondre gauche. Aussi dans 5 p. 100 des autopsies judiciaires, on trouve des ruptures de la rate.

Enfin quand nous aurons parlé des abcès et des infarctus de la rate, de la torsion possible du pédicule, nous aurons donné un tableau à peu près complet des troubles fonctionnels qu'on peut rencontrer dans la splénomégalie paludique.

D'ailleurs ce tableau n'est pas toujours aussi chargé; il est certainement des cas atténués, mais ce qui s'observe le plus fréquemment, c'est l'impotence presque absolue des malades et l'impossibilité pour eux de se livrer au moindre travail et de gagner leur vie. Dans tous les cas, pour l'avenir, c'est la mort inévitable.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que lorsque le processus scléreux a commencé à se produire, la quinine est inefficace, employée seule ou combinée à d'autres moyens révulsifs, injections interstitielles ne servent à rien ou sont pénibles.

Aussi a-t-on depuis assez longtemps (Kuchler, 1855) recommandé la splénectomie. Pendant longtemps, toutefois, cette opération a été proscrite : en 1894 encore Agnew s'en déclare l'adversaire. Mais peu à peu la mortalité opératoire a diminué de 100 p. 100 jusqu'en 1880, elle est de 18 p. 100 de 1891 à 1900. Le danger actuellement persistant est l'hémorrhagie, dans les cas où la rate est adhérente; quand la rate est restée mobile, la mortalité est à peu près nulle (1 cas sur 25, Bessel-Hagen). D'ailleurs le fait prouve qu'en cas d'adhérences, la laparotomie exploratrice à laquelle on doit alors se borner a souvent d'heureux effets. Quant aux malades guéris de splénectomie, ils sont débarrassés des troubles ci-dessus énumérés et l'expérience a prouvé qu'au total c'est une bonne opération.

Mais quoique ait pensé Jonnesco, la splénectomie précoce n'est pas un traitement préventif de l'infection malarique. Notre seule indication thérapeutique est de débarrasser l'abdomen d'une tumeur gênante par son volume.

L'opération est contre-indiquée quand le sujet est trop cachectique, leucémique, tuberculeux ; on l'a pratiquée avec succès pendant la grossesse.

Quand la splénectomie est impossible, on a peut-être une ressource dans l'exosplénopexie.

Rate mobile et torsion du pédicule. — On paraît discuter beaucoup sur les indications respectives de la splénectomie et de la splénopexie. En réalité, si on classifie bien les faits, on voit que de la vraie rate mobile il faut distinguer les cas où la rate est hypertrophiée et déplacée sous l'influence de son poids. On retombe alors dans les splénomégalies. Il faut réserver le nom de rate mobile aux cas où l'organe est sain, et la splénopexie est alors le traitement de choix.

DISCUSSION

M. Gérard-Marchant (de Paris) est intervenu deux fois pour des kystes hydatiques de la rate. Dans le premier cas, la tumeur occupait à la fois le thorax et l'abdomen et après la laparotomie on fit la marsupialisation de la poche. Le malade guérit, mais 2 ans plus tard, la plaie se rouvrit et il sortit du liquide contenant des hydatides.

Dans un autre cas où le kyste hydatique fut traité par la splénectomie, il y a eu, plusieurs mois après l'opération, sortie des hydatides avec l'urine. Le malade avait donc manifestement un kyste hydatique du rein. Seulement on peut se demander si ce kyste s'était formé après l'opération ou s'il n'existait pas déjà avant. En tout cas, ces deux observations montrent que le pronostic éloigné dans les kystes hydatiques de la rate, doit être formulé avec une certaine réserve.

Dans un autre cas, dans lequel M. Gérard-Marchant est intervenu, le diagnostic anatomique n'a pu être fait même après l'opération.

Il s'agissait d'une Algérienne qui était venue se faire opérer pour une tumeur de l'abdomen. La tumeur était d'une mobilité extrême et la malade disait que de temps en temps elle disparaissait même complètement. Et en effet le jour de l'opération M. Gérard-Marchant n'a pu la retrouver. Il fit néanmoins la laparotomie et trouva du liquide dans le péritoine et, derrière l'utérus, la rate avec un pédicule excessivement long. Ce pédicule était déchiré en un endroit, si bien qu'on pouvait se demander si la disparition de la tumeur ne tenait pas à la rup-

ture du kyste qui occupait peut-être le pédicule et dont le liquide fut trouvé dans le péritoine. On fit la splénectomie et la malade guérit.

M. Gérard-Marchant est encore intervenu chez une femme chez laquelle on avait diagnostiqué une grossesse compliquée de fibrome. L'opération montra que le prétendu fibrome était une rate splénomégalique mobile.

Le dernier cas cité par M. Gérard-Marchant est celui d'une rupture traumatique de la rate traitée par la splénectomie. La malade guérit.

M. Weiss (de Nancy) relate le cas d'un homme de 30 ans qui avait reçu un coup de fusil dans le dos. Lorsque M. Weiss le vit 12 heures après l'accident, il le trouva dans un état plutôt satisfaisant, mais ayant constaté de la petitesse du pouls et une contraction des muscles de l'abdomen, il fit la laparotomie, ce qui lui permit de constater l'existance d'une plaie de la rate donnant lieu à une hémorrhagie abondante. Splénectomie. Guérison.

M. Routier (de Paris) a eu l'occasion de faire une splénectomie pour une tumeur de la rate grosse comme une tête de fœtus, qui datait de 4 ans et avait pris un accroissement rapide après une grossesse.

La laparotomie montra l'existence d'une tumeur d'aspect cancéreux, coiffée à son extrémité supérieure par la rate ayant conservé sa conformation et son volume normaux. M. Routier essaya tout d'abord de décortiquer la tumeur, mais ne pouvant y parvenir, il se décida à enlever la tumeur avec la rate.

L'examen histologique de la tumeur qui pesait 3 kilos 500 montra qu'il n'y avait pas de néoplasme, mais simplement hématomes multiples.

M. Lejars (de Paris) communique l'observation d'une femme de 43 ans qui entra à l'hôpital, dans un service de médecine, après avoir été traitée en ville, d'abord pour une péritonite, ensuite pour une pleurésie traumatique. L'examen ayant montré l'existence d'une tumeur kystique dans le flanc gauche, on fit une ponction qui ramena du liquide sanguinolent, mais eut en même temps pour résultat de provoquer une aggravation brusque de l'état général et l'apparition des symptômes péritonéaux.

La malade passa alors dans le service de M. Lejars, qui fit une incision dorso-latérale et trouva une poche hématique remplissant la loge splénique. L'exploration lui permit de sentir la rate. Il se contenta de drainer la poche et la malade guérit.

Il s'agissait évidemment d'un kyste splénique ou péri-splénique dans l'étiologie duquel le traumatisme joue un rôle important. C'est ainsi que M. Lejars a opéré un malade d'un kyste hématique péri-splénique dont la pathogénie ressortissait à une chute que ce malade avait faite 10 jours auparavant.

M. Potherat (de Paris) est intervenu chez une malade ayant habité l'Algérie et chez laquelle on avait diagnostiqué un fibrome de l'utérus.

L'examen de la malade a permis à M. Potherat de constater que la tumeur était indépendante de l'utérus. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une rate mobile hypertrophiée. Splénectomie. La rate dégorgée pesait 2 kilog. 500. La malade guérit.

M. Delagenière (du Mans) a eu l'occasion d'intervenir pour une plaie de la rate par instrument tranchant.

Il s'agissait d'un homme qui avait reçu trois coups de couteau dans le dos. Une de ces plaies, après avoir traversé l'espace intercostal avait perforé le diaphragme et pénétré dans la cavité abdominale. La plaie, une fois agrandie, on constata l'existence d'une hémorrhagie par la rate atteinte par le couteau. La rate fut suturée et l'hémorrhagie fut ainsi arrêtée. Le malade guérit.

M. Villar (de Bordeaux) a fait l'exosplénopexie. La rate diminue considérablement de volume, mais le malade mourut 3 mois plus tard de cachexie.

M. Villar a trouvé dans la littérature six cas d'exosplénopexie avec deux guérisons, deux morts rapides et deux autres tardives.

M. Demons (de Bordeaux) est intervenu, a fait la splénectomie dans un cas de plaie de la rate par coup de couteau enfoncé dans le neuvième espace intercostal. Pour arriver à la rate, M. Demons, après avoir fait la laparotomie réséqua encore les 9e, 10e et 11e côtes. Le malade, alcoolique, succomba au 5e jour dans un accès de *delirium tremens*.

M. Demons estime que cette résection costale peut rendre des services dans des cas où l'incision de la paroi abdominale ne donne pas assez de jour.

M. Reynès (de Marseille) rapporte le cas d'un marin de 17 ans qui, après une chute de 8 mètres dans la cale d'un navire, est amené à l'hôpital dans le coma complet; on constate une fracture de la région temporale, et tous les signes d'une commotion cérébrale très violente : hypothermie, pâleur, pouls petit. 48 heures après le malade succombe; son billet de décès mentionne : fracture du crâne.

L'autopsie démontre en effet une fracture du crâne, passant par le vertex, et descendant sur les deux fosses sphéno-temporales. Mais elle fit découvrir une rupture traumatique de la rate; la face externe de l'organe, dont le tissu était d'ailleurs sain, avait éclaté en deux endroits; un morceau de rate avait même été arraché au pôle inféro-postérieur. Cette triple rupture avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle passée entièrement inaperçue, masquée par les symptômes de la commotion cérébrale. Le ventre était rempli par environ deux litres de sang fluide. Tous les autres organes étaient sains. Pas de fracture de côtes.

En pareil cas on devra donc penser à une lésion viscérale interne; l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, du sang et de sa pression pourront être utiles; on recherchera aussi les signes particuliers des ruptures de la rate : contraction abdominale, matité spéciale. Une intervention eut pu sauver le malade.

M. Vanverts (de Lille). — Quand au cours d'une laparotomie entreprise dans le but d'extirper une rate volumineuse, on constate l'existence d'adhérences notables qui doivent faire renoncer à l'opération radicale, on peut recourir soit à l'exosplénopexie, soit à la ligature des vaisseaux spléniques. Il n'y a pas à songer à pratiquer une ligature atrophiantoïdale, parce que celle-ci présenterait de gros dangers et serait souvent même impossible en raison de l'existence des adhérences; sans compter que cette opération semble susceptible de déterminer du côté de la rate des lésions graves.

La ligature du tronc de l'artère splénique ou de quelques-unes de ses branches peut, au contraire, être tentée, parce qu'elle est d'exécution plus simple et que, d'après les données de l'expérimentation, elle est susceptible d'amener l'atrophie de la rate.

M. Moty apporte quelques cas anatomo-pathologiques et cliniques, relatifs aux traumatismes de la rate.

Le premier est celui d'une femme arabe frappée assez légèrement à la partie inférieure gauche du thorax avec une baguette d'olivier et morte deux ou trois heures après. Autopsie médico-légale le lendemain : peau et tissus sous-jacents absolument intacts, rate palustre volumineuse et indurée portant un grand nombre de fissures rayonnant au point contus qui correspond au milieu de la face convexe de l'organe; épanchement considérable de sang dans l'abdomen. Aucune autre lésion appréciable.

Le second cas est celui d'un militaire blessé le 18 novembre 1885, d'un coup de feu par balle à courte distance. Le projectile, entré par le 11e espace intercostal gauche à 10 centimètres en dehors de l'épine en éraillant le bord supérieur de la 12e côte, est sorti dans le 6e espace sur la ligne axillaire en fracturant la 7e côte. Empyème consécutif de la plèvre gauche. Mort le 10 janvier de choléra.

L'autopsie montre que la rate un peu hypertrophiée et indurée a été complètement sectionnée par le projectile à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie et les plaies de la section sont en voie de cicatrisation.

La dernière observation est celle d'un annamite qui fit en juillet 1886 une chute sur le flanc gauche; des symptômes graves de shoc apparurent ainsi qu'une douleur vive avec tuméfaction profonde dans la région splénique. Expectation, amélioration; un accès de fièvre survenu quelques jours plus tard, ramena la douleur et la tuméfaction qui avait à peu près disparu. Le malade guérit après une longue convalescence.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Du rhumatisme tuberculeux,

Communication à l'*Académie de médecine*, le 22 octobre 1901.

Par M. Antonin Poncet.

Lorsqu'à la fin du mois de juillet dernier j'ai entretenu l'Académie de médecine du *rhumatisme tuberculeux*, je ne pensais pas revenir de sitôt sur cette question. Il me paraît utile cependant d'appeler encore l'attention sur le rhumatisme bacillaire, ayant actuellement sous les yeux un nouveau cas, on ne peut plus typique, de cette nouvelle variété de rhumatisme infectieux.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est en traitement dans mon service. Son histoire est aussi intéressante et aussi démonstrative que possible. C'est un homme de 49 ans, exerçant la profession pénible de voiturier. On relève dans ses antécédents héréditaires la mort, par tuberculose pulmonaire, d'une sœur, à l'âge de 26 ans. Dans ses antécédents personnels, on ne trouve aucune tare sérieuse, en dehors d'excès alcooliques, qui ne paraissent pas l'avoir trop entamé, tout au moins, jusqu'à ces derniers temps.

Il est marié et a eu 6 enfants bien portants, sa femme est également en bonne santé. Lorsqu'on l'interroge avec soin, il raconte cependant, qu'il aurait eu au cou, vers l'âge de 14 ou 15 ans des ganglions hypertrophiés qui ont, du reste, disparu sans traitement; puis à l'âge de 28 ans, une sciatique droite qui, traitée à l'Hôtel-Dieu, guérit rapidement. Il s'enrhumait aussi facilement, ce qui, dans sa profession, lui paraît tout naturel. Il n'a jamais eu d'hémoptysies et ses rhumes ont toujours complètement guéri.

Au mois de juillet 1900, il est malade pour la première fois. Il présente des localisations articulaires de tels caractères, qu'entré à l'hôpital, il est considéré comme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. D'après son récit, la médication salicylée, à laquelle il fut soumis, ne donna pas de résultats. Lorsqu'un mois après son entrée il quitta l'Hôtel-Dieu, le genou et le cou-de-pied droits étaient encore le siège d'un peu de gonflement indolore.

Pendant près d'un an il resta bien portant, mais le 26 juin dernier, il est pris tout à coup, sans cause appréciable, comme au mois de juillet précédent, des mêmes accidents articulaires. Nouvelle entrée à l'hôpital dans un service de médecine, et nouveau diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, avec localisation seulement au genou et au cou-de-pied droits. Le salicylate de soude, l'antipyrine, restèrent encore sans action nette, tout au moins pour l'articulation du genou. L'allure des lésions articulaires fémoro-tibiales devient bientôt telle, que le malade est envoyé en chirurgie pour cette arthrite tenace, et il entre dans mes salles le 29 juillet dernier.

A ce moment, le diagnostic pathogénique était encore hésitant, et mon assistant, le Dr Delore, porta le diagnostic provisoire de rhumatisme infectieux de cause indéterminée (?).

L'articulation fut immobilisée dans un plâtre, et à tout essai, de l'iodure de potassium fut donné au malade. Loin de s'amender, l'état local s'aggrava et le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse sembla le plus probable. En dehors des signes cliniques, il devint bientôt une réalité. Du liquide séreux, légèrement louche, retiré par une ponction de l'articulation et injecté à un cobaye, le rendait tuberculeux. La séro-réaction, pratiquée à la même époque par M. Paul Courmont, donnait aussi un résultat positif.

En même temps l'état général devenait moins bon. Le malade toussait, maigrissait, il avait de l'inappétence, des sueurs nocturnes abondantes; enfin l'auscultation des poumons révélait des râles fins et des craquements aux deux sommets, surtout à gauche.

Telle est l'histoire résumée de cet homme, dont nous donnons plus bas l'observation complète. L'enchaînement des faits cliniques s'y trouve tel, qu'il éveille, d'emblée, l'idée d'un poison unique, frappant à diverses reprises et de façon inégale les séreuses articulaires, et cette notion devient bientôt une certitude par l'expérimentation et par la séro-réaction, dont la valeur diagnostique a été récemment établie (Arloing et P. Courmont).

Il n'en est pas moins vrai que pendant un certain temps les réactions articulaires vis-à-vis des toxines tuberculeuses ont affecté le même mode que dans le rhumatisme articulaire ordinaire. La preuve nous en est fournie par le diagnostic porté à deux reprises de : rhumatisme articulaire aigu simple, classique, par des médecins fort instruits, dans le service hospitalier desquels le malade était entré.

A l'heure actuelle, il est donc prudent, dans les manifestations dites rhumatismales, surtout lorsque l'antipyrine et le salicylate de soude paraissent avoir échoué, de songer à la tuberculose et de recourir, comme complément d'information, à la séro-réaction.

Je n'insiste pas sur l'utilité d'un tel diagnostic. Elle découle de cette constatation, faite déjà maintes fois, à savoir : que le rhumatisme tuberculeux, avec ses modalités diverses, souvent légères et fugaces, peut être la première manifestation d'une infection bacillaire, dont on pourra éviter dans la suite, par un traitement approprié, d'autres éclosions plus graves.

L'observation ci-jointe est encore, à ce point de vue, des plus remarquables.

J. J..., 49 ans, voiturier, est entré, le 29 juillet dernier, salle Saint-Philippe, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il se trouve encore. (Observation recueillie par M. Mailland, interne des hôpitaux.)

Antécédents héréditaires : père mort en 6 jours, probablement d'une pneumonie; mère vivante et bien portante; une sœur morte, à l'âge de 26 ans, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : pas de maladies sérieuses avant l'affection actuelle; vers l'âge de 14 ou 15 ans, polyadénite cervicale qui disparut sans traitement; à l'âge de 28 ans, sciatique droite traitée à l'Hôtel-Dieu; guérison rapide; dans la suite, quelques récidives douloureuses, mais légères, qui n'obligèrent pas le malade à cesser son travail.

Rhumes fréquents, arrivant par périodes et séparés par des intervalles de temps plus ou moins longs, pendant lesquels la toux faisait complètement défaut. J. J... attribue ces rhumes à des refroidissements auxquels sa profession l'expose sans cesse. Il boit beaucoup d'alcool, 2 à 3 litres de vin par jour, 2 absinthes, souvent même davantage. Il affirme n'avoir pas eu la syphilis; il ne présente, du reste, aucun stigmate de cette maladie. Il est marié et a 6 enfants bien portants; sa femme est également en bonne santé.

La première atteinte de rhumatisme date de 15 mois. Au mois de juillet 1900, il fut atteint brusquement, sans prodromes, pendant qu'il travaillait, de vives douleurs au niveau des genoux et des cous-de-pieds. En quelques instants ces douleurs devinrent assez violentes pour empêcher complètement la marche. Dans les jours qui suivirent, elles se généralisèrent à la plupart des grandes articulations : épaules, coudes, poignets, etc., mais sans phénomènes objectifs. Ce n'est qu'aux genoux et aux cous-de-pieds qu'il y eut de la tuméfaction et de la rougeur. La malade eut, en même temps, un malaise général, perte d'appétit, faiblesse, etc. Il ne croit pas avoir eu de fièvre (?).

Il entra à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine, le 3 août 1900. Le diagnostic porté fut celui de : rhumatisme articulaire aigu, et on lui donna du salicylate de soude. Les douleurs articulaires des membres supérieurs disparurent en quelques jours, mais les symptômes qu'il présentait aux genoux et aux cous-de-pieds durèrent un mois, et à sa sortie de l'hôpital, le 11 septembre 1900, ces dernières articulations étaient encore le siège d'un gonflement indolore, qui disparut peu à peu.

Rien de particulier jusqu'au 26 juin 1901. Ce jour-là apparurent de nouveau, avec le même mode de début que l'année précédente, des accidents analogues, mais localisés, cette fois, uniquement au genou et au cou-de-pied droits (douleur, rougeur, tuméfaction des articulations frappées).

Le malade entra, de nouveau, à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine, où l'on porta, comme la première fois, le diagnostic de : rhumatisme articulaire aigu. La température s'éleva pendant les premiers jours à 38°,5, le soir; peu à peu elle redevint normale. Les lésions s'amendèrent et disparurent du côté de l'articulation tibio-tarsienne, mais malgré le salicylate et l'antipyrine, le genou resta dans le même état.

En présence de cette localisation mono-articulaire, le malade fut envoyé en chirurgie et transféré à ma Clinique.

A ce moment, le genou droit était très tuméfié, la peau lisse, rosée.

La jambe était en demi-flexion sur la cuisse et les mouvements provoqués réveillaient une vive douleur. La palpation était également très douloureuse, mais la douleur provoquée était diffuse, généralisée à toute l'articulation, sans point fixe. Nulle part, on ne sentait de fluctuation, on ne percevait d'empâtement fongueux. Pas de blennorrhagie. On porta le diagnostic du rhumatisme infectieux de nature indéterminée?

Le malade toussait un peu. L'auscultation révélait seulement de gros râles de bronchites disséminés. L'examen des autres organes ne fournit aucune donnée nouvelle. Le genou fut immobilisé dans un plâtre.

Dans l'hypothèse d'une syphilis méconnue, il fut soumis, pendant 15 jours, mais sans aucun résultat, à un traitement ioduré. Etat général satisfaisant, appétit conservé.

En présence de cet état local stationnaire, mon assistant le Dr Delore, pratiqua une ponction intra-articulaire, qui donna quelques grammes d'un liquide séreux, louche, non purulent. Ce liquide injecté dans le tissu cellulaire de la cuisse d'un cobaye, entraîna une suppuration caséeuse des ganglions de l'aine et la mort de l'animal au bout de 12 jours.

A la même époque, la séro-réaction pratiquée par le Dr P. Courmont fut nettement positive, dans le sens de la tuberculose.

Aujourd'hui (octobre 1901), les symptômes locaux et généraux se sont notablement modifiés. Le genou est le siège d'un gonflement des plus apparents, d'un empâtement diffus, d'une rénitence fongueuse, effaçant tous les méplats articulaires et donnant à l'article une forme globuleuse. La rougeur a disparu, la peau est lisse, blanche. Les mouvements provoqués sont encore douloureux, moins, toutefois, qu'au début. La palpation n'est plus douloureuse uniformément. La douleur est localisée en deux points fixes en dedans, au niveau de l'interligne articulaire et de l'extrémité supérieure du tibia. Les signes cliniques sont, nettement, ceux d'une ostéo-arthrite tuberculeuse.

Le malade tousse et a beaucoup maigri. Transpirations nocturnes, inappétence. A l'auscultation des poumons, on constate des râles fins et des craquements aux deux sommets, surtout à gauche. Rien de particulier du côté des autres organes.

Je n'ai plus rien à ajouter. Cette observation est dans ses détails aussi probants qu'on peut le désirer. Elle établit, une fois de plus, d'une façon indiscutable, l'existence d'un rhumatisme articulaire aigu, d'origine tuberculeuse, simulant le rhumatisme aigu ordinaire.

Les articulations, les séreuses, réceptacles de choix des toxines bacillaires, sont plus volontiers frappées que d'autres organes, que d'autres tissus, ainsi que nous l'avons montré, en étudiant toute la gamme des polyarthrites tuberculeuses, depuis la simple arthralgie jusqu'aux arthrites aiguës, jusqu'aux arthrites noueuses, déformantes (L. Bérard, Destot, Mailland), sans parler, bien entendu, des granulies articulaires, des ostéo-arthrites fongueuses, sur la nature desquelles on s'est toujours entendu; mais le poison tuberculeux peut également, on le sait, frapper avec une intensité très inégale, très variée, les muscles, les nerfs, etc. Myalgies, névralgies, névrites, etc., doivent être particulièrement envisagée à ce point de vue. Chez notre malade, il est fort possible que la première manifestation de l'infection bacillaire ait été la sciatique survenue à l'âge de 28 ans. La confusion, ici encore, avec des lésions dites rhumatismales, a dû être maintes fois commise. Les mêmes recherches s'imposent pour les divers tissus et appareils, que pour les articulations.

L'infection bacillaire peut les frapper avec une intensité variable et créer, au même titre que d'autres processus infectieux, que la blennorrhagie par exemple, dont les manifestations nerveuses sont actuellement bien étudiées, des états pathologiques qu'il importe de connaître.

PATHOLOGIE INTERNE

Du rythme couplé du cœur avec pouls bigéminé au cours de l'ictère. — Considérations de physiologie pathologique sur les modifications du rythme cardiaque provoquées par la bile.

Communication à la *Société médicale des hôpitaux.*

Par M. Henri Dufour,

Médecin des Hôpitaux.

On doit à Traube la première mention du rythme couplé du cœur et du pouls bigéminé. Depuis 1850, époque à laquelle cet auteur donna la description de ce symptôme, de nombreux travaux sont venus compléter son étude, s'attachant à spécifier les états morbides au cours desquels on le rencontre, essayant d'en découvrir le mécanisme physiologique.

Nous rappellerons seulement le nom des médecins, qui ont apporté une contribution personnelle à ce syndrome; ce sont, après Traube, Lorain, Hyde Salter, Leyden, Landois, Tripier, Bard et son élève Figuet (*Thèse* de Lyon, 1882), Huchard, Chauveau, Potain, Lemoine de Lille, Barié. Le rythme couplé, si l'on en juge par la liste déjà longue de ceux qui en ont fait le sujet de leurs recherches est donc bien connu. Nous avons été d'autant plus surpris en parcourant la nombreuse littérature, qui lui a été consacrée, de ne trouver qu'une seule fois mention de cette modification au cours de l'ictère. Encore cette modification rapportée par Eichorst, diffère-t-elle quelque peu de celle observée par nous à deux reprises différentes.

Il est certes étonnant que le rhythme couplé au cours de l'ictère soit passé à peu près inaperçu, si l'on songe aux troubles si accentués produits sur le cœur par la présence de la bile dans les voies de la circulation sanguine. Tous les classiques à propos du fonctionnement du cœur dans l'ictère mentionnent seulement la bradycardie, les souffles mitraux ou tricuspidiens, les souffles anorganiques. MM. Chauffard et Gilbert citent en passant un fait d'Eichorst, qui dans son traité de diagnostic médical (traduction française de 1890) a reproduit un tracé sphygmographique de pouls trigéminé au cours de l'ictère, sans l'accompagner de la moindre observation.

Les deux faits que nous allons relater sont donc, à notre connaissance, les deux premiers cas, où le rythme couplé avec pouls bigéminé, dépendant de l'imprégnation biliaire de l'organisme, aient été publiés avec quelque détail.

Obs. I. — Cette première observation remonte à l'année 1892. Nous l'avons recueillie à l'hôpital de la Charité, dans le service de notre regretté maître, le Dr Desnos, alors que nous étions son interne.

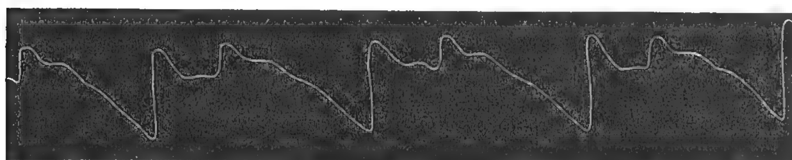
Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, G..., exerçant la profession de garçon fruitier, qui fut soigné salle Laënnec au mois de septembre 1892, pour un ictère catarrhal. Les antécédents héréditaires de G... n'offrent rien qui doive nous arrêter, mais ses antécédents personnels sont plus intéressants.

A l'âge de 13 ans, il aurait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu d'une durée d'un mois.

Depuis cette époque, il a toujours joui d'une excellente santé et a pu se livrer à un métier assez pénible, qui nécessite, croit-il, l'usage immodéré de stimulants, sous forme de petits verres de liqueurs et de nombreuses tasses de café. G... entre à l'hôpital le 16 septembre pour des troubles gastro-intestinaux avec de la constipation.

A son entrée il émettait des urines foncées sans pigment biliaire. Il n'avait pas de fièvre. Sous nos yeux, trois jours après son admission, il devient ictérique; les urines renferment des pigments biliaires, le foie et la rate sont tuméfiés.

Au même moment, l'auscultation du cœur révèle l'existence d'un rythme couplé sans aucun signe de lésions orificielles. Le pouls est nettement bigéminé, ainsi que le montre le tracé ci-dessous (tracé n° 1).



Tracé 1.

L'état général s'améliore, l'ictère disparaît peu à peu; le 28 septembre il n'y a plus qu'une légère teinte jaune au niveau des conjonctives. Le malade fait sa convalescence à l'hôpital, et, au moment de sa sortie vers le milieu d'octobre, le cœur et le pouls, régularisés depuis le jour où l'ictère s'est résorbé, battent normalemant (tracé n° 2).



Tracé 2.

Il n'a jamais été constaté de bradycardie. M. Potain, à qui nous avions montré ce malade, nous fit observer que la matité cardiaque était légèrement accrue pour un adulte de cet âge, ce qui indiquait un certain degré de dilatation cardiaque.

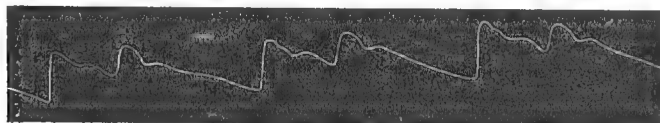
De plus, il nota une diminution de la tension artérielle.

Obs. II (1). — A neuf ans de distance jour pour jour, le 16 septembre 1901, entre à l'hôpital Beaujon, où nous faisons un remplacement, un jeune homme âgé de 21 ans, F..., exerçant la même profession que le précédent (garçon fruitier). Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires de F... A 7 ans il a eu une entérite, *à 16 ans la variole.* Sa maladie actuelle remonte à une quinzaine de jours et s'est manifestée au début par des troubles gastriques, tels que vomissements bilieux, douleurs épigastriques, constipation, accompagnés de céphalée. Trois jours avant l'entrée à l'hôpital, est apparu l'ictère, avec des selles décolorées. C'est une jaunisse sans fièvre que présente à notre examen ce malade atteint d'ictère catarrhal.

Le foie et la rate sont augmentés de volume.

L'auscultation du cœur laisse entendre un rythme couplé très net, avec cependant quelques irrégularités; par intervalles, en effet, les révolutions cardiaques se succèdent normalement.

Il n'y a pas de souffles, ni de bradycardie. *Le pouls est bigéminé,* ainsi qu'en témoigne le tracé n° 3 joint à l'observation.



Tracé 3.

Les suites de cette affection furent très simples, la guérison survint progressivement par recoloration des fèces, disparition de l'ictère. En même temps que diminuait la jaunisse, le cœur reprenait son rythme normal pendant des périodes de plus en plus longues, entrecoupées par instants de révolutions cardiaques couplées, ce qui, à un examen rapide, laissait l'impression, erronée d'ailleurs, d'une arythmie plus intense qu'à l'entrée du malade.



Tracé 4.

Dans les premiers jours d'octobre le cœur et le pouls sont réguliers, comme on peut le voir sur le tracé n° 4.

En résumé deux malades présentent au cours d'un ictère catarrhal de courte

1. Observation prise par M. Monod, externe du service, qui nous a aussi remis les tracés sphygmographiques de ce cas.

durée, et seulement pendant le temps où la bile circule dans les vaisseaux, une modification du rythme cardiaque qui se traduit par le coulement des contractions du myocarde et le pouls bigéminé. D'où je suis amené à conclure qu'à la séméiologie du syndrome ictère, à côté des souffles organiques et inorganiques, qu'à côté de la bradycardie, il faut signaler la possibilité de rencontrer le rythme couplé du cœur.

Il ne m'appartient pas de discuter ici le ou les mécanismes physiologiques invoqués pour expliquer le rythme couplé; c'est chose faite depuis longtemps; mais à l'occasion de mes deux observations, je crois utile de rappeler quelques points intéressants de l'action de la bile sur les mouvements du cœur. On a incriminé les sels biliaires, les acides biliaires, la bilirubine; peu importe en clinique, puisque tous les éléments de la bile passent dans le sang. Plus facile est peut-être à l'aide de ces deux observations la solution de cet autre problème : la bile agit-elle sur le système nerveux central ou périphérique, en un mot sur l'innervation du cœur, ou bien agit-elle directement sur le myocarde? Les deux opinions ont trouvé des partisans, et si l'on se rangeait à l'avis des éclectiques comme Feltz et Ritter, Wickham Legg, il serait plus sage d'incriminer à la fois les nerfs et le myocarde. Muscle et terminaisons nerveuses forment un ensemble difficile à dissocier au point de vue physiologique, surtout lorsqu'ils se trouvent en présence d'un poison circulant dans le sang. Aussi la question doit-elle être posée avec ce correctif : sur quelle partie de l'appareil musculo-nerveux du cœur se fait plus spécialement sentir le poison biliaire?

Si l'on s'en rapportait à une expérience de Weintrand (1) qui a vu le pouls s'accélérer considérablement à la suite d'une injection sous-cutanée d'atropine, pratiquée chez un ictérique à pouls lent, on pourrait supposer que l'atropine vient détruire au niveau des terminaisons du pneumogastrique l'action modératrice de la bile sur ce même nerf. Mais dans 5 cas où J. Mendez (2) a renouvelé cette expérience, une seule fois il a obtenu un résultat semblable et a échoué dans les quatre autres.

Quand bien même l'atropine agirait dans tous les cas pour précipiter les battements cardiaques, s'ensuivrait-il qu'il faille en déduire que les modifications du rythme cardiaque dans le syndrome ictère sont produites par l'excitation biliaire du pneumogastrique?

Evidemment non: car si personne ne met en doute l'action de l'atropine sur les terminaisons du pneumogastrique, il semble qu'on ne puisse tirer grande conclusion de ces expériences.

Le cœur de l'ictérique, même en état de bradycardie, n'a pas perdu la faculté de se contracter rapidement, et tout le monde connaît les modifications de rythme (accélération) provoqués chez les bradycardiques ictériques par les changements de position, ou tout autre mouvement.

Il y a, dans l'histoire de mes malades, dans leurs antécédents personnels, un fait qui accréditerait, à mon avis, l'opinion que le myocarde intoxiqué joue un rôle prépondérant dans la production du rhythme couplé ictérique.

Les deux malades ont eu, plusieurs années avant l'ictère, des affections connues par les coups qu'elles portent fréquemment sur le myocarde; chez le premier, cela a été du rhumatisme articulaire aigu; chez le second, la variole. Il n'est certes pas téméraire de penser que ces maladies ont agi sur le tissu musculaire du cœur pour le rendre vulnérable. Je suis donc porté à croire que chez des malades dont le myocarde est fonctionnellement affaibli, la bile provoque le rythme couplé. Je me permettrai ici un rapprochement qui n'est pas sans intérêt.

La bile ralentit les mouvements du cœur, en créant le plus souvent de l'hypotension artérielle et de la dilatation cardiaque; la digitale à dose thérapeutique régularise, et par cela même ralentit les battements précipités du cœur, mais en élevant le plus souvent la pression artérielle, et en supprimant la dilatation cardiaque, c'est-à-dire de façon toute différente que la bile.

Toutes deux, bile et digitale, produisent le rythme couplé; mais la digitale ne produit pas ce rythme chez l'homme et les animaux sains. C'est un fait généralement admis. « Quand la digitale occasionne des troubles rythmiques réguliers (pouls bigéminé digitalique) c'est que, tout en agissant par l'intermédiaire du système nerveux, *ses effets s'exercent sur le cœur plus ou moins altéré* (1) ». Chez l'ictérique, la bile n'agit-elle pas aussi comme la digitale sur un myocarde altéré?

C'est une hypothèse que viendrait corroborer l'histoire de mes malades; de plus, je pense que la bile exerce avec une prédilection marquée son action sur le myocarde dans toutes les modifications qu'elle provoque sur le cœur, rythme couplé ou bradycardie. J'en veux pour preuve cet autre argument. Lorsque la digitale, donnée à dose thérapeutique, ralentit les mouvements du cœur, son action dominante s'exerce sur le pneumogastrique. Ce phénomène s'accompagne, ainsi que nous l'avons vu plus haut, d'une diminution du volume du cœur, et très souvent de l'hypertension artérielle.

Or, si l'on pensait que la bile portât de préférence son action sur le pneumogastrique et non sur le myocarde dans le cas de bradycardie simple, par exemple, comment pourrait-on concevoir que cette même excitation du pneumogastrique produisît, cette fois, à côté du ralentissement du cœur, juste le contraire de la digitale, à savoir : l'hypertension artérielle et surtout la dilatation du cœur. Car il n'est pas douteux que le cœur est souvent dilaté chez les ictériques.

On pourrait opposer à cette manière de comprendre la façon dont l'intoxication biliaire provoque des modifications du rhythme cardiaque le mécanisme suivant, qui est tout différent.

Ce mécanisme découlerait d'un fait bien connu mis en lumière par les recherches de MM. Potain, François-Franck et Barié. Ces auteurs ont montré que dans certains états pathologiques du foie ou des voies biliaires; il partait de ces organes un réflexe dont l'aboutissant était le réseau vasculaire de la circulation pulmonaire. Ce réflexe amenant la vaso-constriction des vaisseaux du poumon a pour effet d'augmenter la tension de la petite circulation. On peut alors se demander si cette simple augmentation de tension ne suffirait pas chez les ictériques à ralentir le cœur, produire dans certains cas le rhythme couplé et amener la dilatation des cavités cardiaques. Le cœur se trouverait ainsi légèrement forcé, sans qu'on soit obligé de faire appel à une action élective de la bile sur le muscle cardiaque. Nous rejetons cette hypothèse, car chez nos malades, à aucun moment on n'a noté de trouble dans le choc des valvules aortiques ou pulmonaires, ni de souffle tricuspidien venant démon-

1. Weintrand, *Archiv. für exper. Pathol. und. Pharmacol.*, 1894, t. XXXIV, p. 37.

2. Mendez, *Revista de la Sociedad medica argentina*, 1895, n° 22.

1. Séméiologie du cœur et des vaisseaux. Raymond, Tripier et Devic (*Pathologie générale de Bouchard*, t. VI, p. 208).

trer une augmentation de tension dans les branches de l'artère pulmonaire.

Nous terminerons donc par ces conclusions :

1° Le rythme couplé avec pouls bigéminé doit être compté au nombre des modifications du rythme du cœur produites par la bile chez les ictériques ;

2° Quand on rencontre chez un ictérique ce rythme si particulier, on doit penser à la possibilité d'une maladie antérieure ou présente, qui place le myocarde dans un certain état de faiblesse fonctionnelle;

3° La bile trouble le rythme du cœur en exerçant son action toxique sur le muscle, d'une façon plus énergique que sur les éléments nerveux.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Séance du 24 Septembre.

De l'engagement et du placenta sur le segment inférieur.

Mlle Mouren (de Marseille). — Tous les classiques admettent l'engagement de la tête fœtale chez la primipare avant la fin de la grossesse, entre le 7e et le 8e mois. Il en est, en effet, toujours ainsi lorsque rien ne vient empêcher l'accommodation.

Le bassin rétréci a toujours été considéré comme le plus grand et le plus fréquent obstacle; cependant, bon nombre de primipares, à bassin parfaitement bien conformé, arrivent à la fin de leur grossesse, au travail, sans que cet engagement ait eu lieu. Le fœtus reste mobile au-dessus du détroit supérieur, et assez fréquemment vient offrir à l'entrée du bassin toute autre partie que la tête.

Cette mauvaise accommodation est bien plus souvent le résultat de la présence du placenta sur le segment inférieur que d'une viciation pelvienne.

Nous connaissons mieux aujourd'hui, grâce à l'éminent professeur Pinard, les nombreux méfaits de cette anomalie qui, croyait-on, n'était réservée qu'aux grandes multipares.

Sous l'inspiration de M. Queirel, professeur et chirurgien-chef de la Maternité, guidée par ses conseils précieux et éclairés, nous avons cherché la fréquence de l'insertion basse chez les primipares, et si cette catégorie de femmes est plus ou moins exposée aux redoutables hémorrhagies de la grossesse, du travail et de la délivrance.

Le nombre des primipares, d'après notre statistique, est peut-être plus grand que celui des multipares. En effet, sur 1 050 accouchements qui se sont faits à la Maternité, du 1er janvier 1900 au 1er août 1901, et où les primipares entrent pour le chiffre de 410, 190 ont présenté une insertion anormale, presque la moitié!

Chez les multipares 202 sur 640, moins du tiers. Les hémorrhagies ont été plus nombreuses et plus graves aussi chez les primipares : 35, dont 14 pendant la grossesse; 15 délivrances artificielles.

Quatorze fois les membranes ont été percées avant dilatation complète à cause d'hémorrhagie. Chez les multipares, deux fois seulement l'hémorrhagie s'est montrée pendant la grossesse. Sept fois seulement on a pratiqué la délivrance artificielle; deux hémorrhagies très graves seulement, alors que chez nos primipares seize fois nous avons dû avoir recours aux injections intra-cellulaires de sérum artificiel, caféine, éther, etc., les malades étant dans un état très grave.

S'il est vrai que nous n'avons pas eu, depuis quelques années, de mort par hémorrhagie, nous n'en gardons pas moins le souvenir de trois décès qui se produisirent en 1897 et qui n'avaient pas d'autre cause que l'insertion vicieuse, et cela malgré le traitement énergique qui fut employé. Dans ces trois cas il s'agissait de primipares.

Presque toutes ces femmes sont entrées en travail et les membranes rompues. Une seule était dans le service depuis le 7e mois. Elle accoucha à 8 mois avec hémorrhagie légère du travail.

Les mauvaises présentations ne sont pas rares non plus chez ces femmes, par suite de la mobilité que conserve le fœtus jusqu'à la fin de la grossesse, et de la difficulté qu'il a à s'engager. Nous avons eu trois épaules et huit sièges, que nous n'avons pu expliquer que par la présence du placenta sur la région inférieure de l'utérus.

Il n'y a eu, sur ces 190 femmes, qu'un bassin rétréci, et l'enfant se présentait par le sommet.

Pour l'enfant les dangers sont aussi grands. Nous relevons, en effet, sur ces 190 naissances, 17 mort-nés, dont 3, il est vrai, ne peuvent être imputés à l'insertion vicieuse; un syphilitique; un mort macéré chez une albuminurique; le troisième, basiotripsie (femme rétrécie), en travail depuis plusieurs jours, enfant mort à son entrée.

Les 14 autres ont succombé à l'asphyxie par hémorrhagie et décollement du placenta, ou pendant l'extraction, rendue longue et difficile par l'absence du liquide amniotique.

Il en est qui sont nés vivants, mais si malingres, si chétifs, que leurs jours étaient comptés. Ceux qui naissent à terme ou près du terme semblent être influencés aussi.

N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence, ou bien le segment inférieur est-il un lieu d'insertion placentaire peu propice à favoriser le développement du fœtus?

Le peu d'épaisseur de la paroi utérine à ce niveau, la masse placentaire ordinairement très mince, lorsqu'elle y est insérée, pourraient expliquer peut-être cette infériorité; mais la question nécessite un examen plus complet. Nous nous bornons à signaler le fait et tirer quelques conclusions :

1° L'insertion sur le segment inférieur est très fréquente dans la pratique hospitalière, composée de femmes exerçant des professions pénibles; aussi ne sommes-nous pas éloignés de croire que celles qui se livrent à de durs travaux sont plus exposées que les autres à cet accident. Cela expliquerait le nombre considérable que nous trouvons à la Maternité, et parmi les filles-mères qui, pour la plupart, sont obligées de peiner plus encore, étant seules à subvenir aux besoins de leur existence;

2° Le défaut de soins et de ménagements dès le début de la grossesse, la station debout, qu'exige la plupart des professions de ces pauvres femmes, expliquent la possibilité du glissement de l'œuf qui vient se greffer près du col;

3° Les primipares sont plus exposées aux hémorrhagies de la grossesse que les multipares, en raison, sans doute, de la tendance à l'engagement; aussi faut-il suivre le conseil du professeur Pinard, et l'empêcher si possible, en mettant les femmes au repos absolu dans la position horizontale;

4° Le défaut d'engagement peut, de très bonne heure, nous faire penser à l'insertion basse, si le bassin est normal, et dicter les mesures à prendre pour éviter l'hémorrhagie.

Notes cliniques sur 26 cas d'éclampsie.

M. Hirigoyen (de Bordeaux). — Dans le service de la Maternité de Bordeaux, dont M. Hirigoyen a la direction, il a observé 26 cas d'éclampsie sur 2 200 femmes accouchées, soit une proportion de 1,18 p. 100.

La mortalité maternelle a été de trois femmes; mais l'une d'entre elles est morte, 1 heure après l'accouchement, des suites d'une rupture du segment inférieur. Donc, 2 p. 100 environ de femmes mortes d'éclampsie même.

La mortalité fœtale est de 5, soit 17 p. 100. Il y a 21 enfants vivants.

Les primipares l'emportent de beaucoup sur les multipares : 19 primipares contre 7 multipares.

Neuf fois les accidents se sont montrés après la délivrance. Quant à la quantité d'albumine constatée dans les urines, elle n'a pas été en rapport avec la gravité des manifestations éclamptiques.

Le pronostic a été variable. Les accès *post partum* ont été généralement moins graves; mais il y a des exceptions.

Le traitement a consisté en : régime lacté d'abord, puis

injections de sérum, lavages intestinaux, lavements de chloral. La saignée au besoin. Malheureusement le traitement est souvent impuissant.

Faut-il provoquer l'avortement ? Oui, quand le cas est grave. D'autres fois, il faut se borner à faciliter la terminaison du travail.

De la valeur du traitement obstétrical pendant les accès éclamptiques.

M. Schmitt (de Nantes). — Les avantages du traitement obstétrical lui paraissent être les suivants : l'évacuation utérine ne saurait, sans doute, faire disparaître complètement l'hépato-toxhémie, mais c'est un moyen d'en atténuer les effets. La théorie de l'éclampsie est encore à trouver ; peut-être l'opinion de certains auteurs anglais, qui admettent l'influence du fœtus sur la toxhémie, mérite-t-elle d'être prise en considération. Quoi qu'il en soit, la théorie ne peut encore aujourd'hui nous donner la valeur du traitement obstétrical de l'éclampsie. C'est à la statistique seule, si imparfaite soit-elle, que nous devons nous adresser.

Dans ce but, M. Schmitt a relevé, dans les auteurs français, 1 100 observations d'éclampsie. En éliminant de ces cas les désastres dus à d'autres causes et ceux dans lesquels la mort est survenue trop rapidement pour que le traitement ait pu agir, il en reste 991 dans lesquels on note :

525 cas où l'accouchement fut favorable ;

Dans 60 cas les accès augmentèrent malgré le traitement ;

Dans 270 cas, mort.

La durée du travail s'est montrée variable : il est généralement lent; du moins dans la période de dilatation, car l'expulsion est, au contraire, rapide.

Quels sont les désavantages du traitement obstétrical ?

L'intervention, il est vrai, provoque les accès d'éclampsie, mais le chloroforme les annihile.

On lui a reproché de provoquer l'infection, mais elle n'est plus à redouter depuis l'antisepsie.

En somme, sur 80 interventions, M. Schmitt a relevé 18 décès, dont 5 décès dans des cas tout à fait désespérés.

La mortalité du fœtus est effrayante et se montre dans 49 p. 100 des cas. Mais l'enfant a d'autant plus de chances de survivre qu'il est expulsé dès le début des crises.

Dans les cas d'intervention, on note 25 enfants mort-nés sur 79 ; d'autres sont morts dans les jours suivants.

Comment faut-il intervenir ?

L'opération césarienne est mauvaise ; elle a donné une mortalité de 36 p. 100.

Les divers dilatateurs, ceux de Tarnier, de Champetier, etc., sont insuffisants pour déterminer rapidement le travail. C'est à la dilatation manuelle qu'il faut avoir recours pour aller vite. La dilatation bi-manuelle est préférable à la dilatation mono-manuelle : elle est à la fois rapide et anodine. En effet, sur 27 cas où elle a été employée, les manœuvres n'ont aggravé les accès que dans quatre cas. Malheureusement, le procédé échoue souvent chez les primipares qui ne sont pas encore en travail. Pour mon compte, il m'a donné d'excellents résultats dans deux cas.

Malgré cela, nos conclusions ne peuvent être franches. Le traitement obstétrical ne doit être, dans tous les cas, que le complément du traitement médical. Il me paraît être surtout utile à l'enfant.

M. Queirel (de Marseille) estime que le vrai traitement de l'éclampsie est le traitement prophylactique, c'est-à-dire le traitement médical. Dans sa clinique, 15 femmes atteintes d'albuminurie gravidique ayant subi ce traitement n'ont pas eu d'éclampsie et ont guéri. Cinq femmes entrées à l'hôpital en pleines crises sont, au contraire toutes mortes en dépit du traitement.

La tension artérielle s'abaisse dans la grossesse normale ; elle est, au contraire, exagérée dans l'albuminurie gravidique et l'éclampsie. Il ne faut donc pas faire d'injections de sérum pour ne pas augmenter cette tension, à moins de pratiquer une saignée en même temps ; en un mot, il faut alors faire le lavage du sang.

M, Queirel n'est pas partisan de provoquer le travail lorsque le fœtus est mort. On pourra y avoir recours parfois, mais tout à fait à la fin de la grossesse et seulement lorsque le fœtus est bien vivant. Il ne faut pas oublier que toute intervention, chez la femme, augmente l'éclampsie.

M. Queirel donne du chloroforme, évacue largement l'intestin, etc., mais le vrai traitement est le traitement préventif.

M. Guillemet (de Nantes) est tout à fait de l'avis de M. Queirel. Le meilleur diurétique est la saignée suivie d'injections de sérum, le lavage du sang en un mot.

M. Guillemet a renoncé complètement à toute intervention, sauf à aider la dilatation. Cette intervention est souvent nécessaire à cause de la tétanisation du col.

M. Pinard (de Paris). — Les statistiques, portant sur des observations recueillies dans les livres n'ont aucune valeur. Il n'y a que les statistiques personnelles, telles que celle que vient de nous présenter M. Hirigoyen, dont on puisse tenir compte.

Le traitement prophylactique est parfait. Malheureusement, toutes les femmes ne sont pas soignées en temps utile. D'autre part, il arrive parfois que l'hépato-toxhémie ne détermine pas d'albuminurie ; il faut bien qu'on le sache. On a vu des cas de mort par éclampsie sans albuminurie. Mais, M. Pinard répète le traitement prophylactique, appliqué à temps, est toujours efficace. Depuis 1873, où Tarnier a dit que toute femme, mise au régime lacté, ne contracte pas d'éclampsie, depuis cette époque, dit-il, il n'a pas vu une seule exception à la règle.

Y a-t-il un traitement curatif de l'éclampsie ? — Non, il n'y en a pas ! Il est des femmes qui meurent quoi qu'on fasse, et cette impuissance est désespérante pour l'accoucheur !

M. Pinard n'a pas, dans la saignée, la même confiance que M. Guillemet. Il a pratiqué beaucoup de saignées fortes et nombreuses, à l'époque où il était dans le service de Depaul. Or, les femmes mouraient dans de fortes proportions. Il a donc rejeté complètement la saignée. Il se borne au traitement de la convulsion par le chloroforme à hautes doses ou le chloral en lavements. Mais, il faut le reconnaître, c'est « au petit bonheur », car on ne sait pas, dans ces cas, dans quel état est le foie de la femme que l'on traite ainsi : tout dépend de là.

L'intervention obstétricale est inutile. Avec ou sans elle, les malades meurent quoi qu'on fasse. Il n'y a pas non plus de traitement dit « rationnel », car, après l'évacuation de l'utérus, l'éclampsie ne cesse pas. Et ce ne sont pas les statistiques actuelles, celle de M. Hirigoyen, et, encore moins, celle de M. Schmitt, qui peuvent entraîner la conviction. M. Pinard croit, pour son compte, l'intervention obstétricale plus dangereuse qu'utile. Il n'en excepte pas même la dilatation du col, car elle est très difficile à pratiquer, à cause de la tétanisation du col.

On nous a dit que l'intervention était avantageuse pour l'enfant. Mais il faut voir ce qu'ils deviennent, ces enfants d'éclamptiques ! Ou ils meurent rapidement, ou ce sont des chétifs et des infirmes !... Ces enfants sont des dégénérés, avec incontinence d'urine, hernies ombilicales, etc.

M. Ollive (de Nantes) ne pratique les accouchements que par hasard, mais toutes les éclamptiques qu'il a vues, il les a sauvées par la saignée.

Symphyséotomie pratiquée pour la troisième fois sur la même femme.

M. Hirigoyen (de Bordeaux) a pratiqué à trois reprises différentes la symphyséotomie, chez la même femme, pour bassin rachitique : la consolidation a été parfaite les trois fois. Il n'y a pas eu de difficulté opératoire.

M. Guillemet (de Nantes) a fait deux symphyséotomies consécutives chez la même femme. Cette dernière a succombé après la deuxième opération, mais à une affection tout à fait en dehors de son intervention. Sur le bassin de cette femme, on peut constater une parfaite consolidation.

Recherches bactériologiques sur la perlèche.

MM. Bureau et Fortineau (de Nantes). — La perlèche, bien connue au point de vue clinique, prête encore à discussion au sujet de son agent pathogène. J. Lemaistre (de Limoges) le premier, en 1886, a trouvé dans cette affection un microorganisme spécial, un streptocoque, qu'il appelle *streptococcus plica-*

tilis. Depuis, autant d'auteurs s'étant occupés de cette question, autant de microorganismes divers trouvés. Raymond a trouvé le staphylococcus cereus albus; Guibert et Henri Malherbe, le staphylocoque blanc; Planche, le staphylocoque doré; Eymeri, le staphylocoque blanc et doré.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer une épidémie de perlèche, nous avons soumis à l'examen bactériologique 15 cas de cette épidémie et un autre cas isolé. Pour nos recherches, nous nous sommes servis de la culture en bouillon-pipette (milieu préconisé par Sabouraud pour la recherche du streptocoque dans les lésions cutanées); de la culture sur gélose au sang de Besanzon et Griffon, en employant le procédé de dilution de Veillon, et enfin de la culture en tube de gélose profonde de Liborius.

Dans tous les cas examinés, nous avons pu déceler et isoler le streptocoque. Sur les 38 examens que nous avons pratiqués, nous trouvons constamment ce microorganisme, sauf dans un tube de gélose profonde, et 8 fois il fournit des cultures pures.

Les germes qui lui étaient le plus fréquemment associés sont: le staphylocoque doré, 19 fois; le staphylocoque blanc, 3 fois; une sarcine à cultures lisses au centre et irrégulières à la périphérie, 3 fois.

Chez deux enfants, chez lesquels nous avons pratiqué l'examen de la salive, nous avons pu y déceler la présence du streptocoque.

Nous avons recherché ce microorganisme dans deux des gobelets dont faisaient usage les enfants atteints de perlèche, et dans l'un d'eux nous l'avons effectivement trouvé et isolé.

Nos tentatives pour reproduire l'affection chez les animaux, en scarifiant les lèvres et la vulve d'une jeune femelle cobaye et d'une lapine, et en y déposant des cultures de ce streptocoque, sont restées sans résultats. L'inoculation de ce microorganisme aux animaux a été aussi négative, sauf dans un cas où nous sommes parvenus à le rendre virulent pour la souris, en employant l'inclusion en sac de collodion.

De ces résultats nous concluons :

1° Que le streptocoque était bien l'agent pathogène des cas de perlèche que nous avons examinés;

2° Que les résultats divergents obtenus par les divers auteurs tiennent vraisemblablement aux procédés différents d'examen employés;

3° Quand, se servant dans les recherches futures de milieux spéciaux (principalement de la culture en bouillon-pipette préconisée par Sabouraud), on arrivera fort probablement à démontrer ainsi que la perlèche est bien d'origine streptococcique, ainsi que le voulait Lemaistre.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Le Calvé (J.). *De l'œdème aigu toxi-névropathique de la peau et des muqueuses (maladie de Quincke).* N° 529. (L. Boyer.)

M. Poueydebat (Pierre). *Essai sur les manifestations cutanées du rhumatisme chronique.* N° 474. (Maloine.)

M. Jacquot (Fernand-Jules). *Du traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence.* N° 478. (Boyer.)

M. Grelault (Lucien). *Contribution à l'étude des dermatoses linéaires.* N° 532. (Boyer.)

M. Fumouze (Paul). *Dermatose chlorique électrolytique.* N° 469. (Imp. Chérest.)

M. Vallée (Henri). *Syphilis et ictère.* N° 481. (L. Boyer.)

M. Frossard (Henri). *Des rapports entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux chez les syphilitiques.* N° 581. (Steinheil.)

M. Chateau (Élie). *Cypridopathies et tuberculose.* N° 459. (Naud.)

M. Boignier (Louis). *Origine et traitement de la fièvre typhoïde (étude historique et critique).* N° 449. (Boyer.)

Mlle Tschitschrina (Varvara). *Etude sur les formes sensitives de polynévrite.* N° 622. (Steinheil.)

M. Hillereau (Auguste), *Contribution à l'étude clinique de la maladie de Paget.* N° 665. (Boyer.)

M. Delarue (Paul). *De la staso-basophobie.* N° 508. (Boyer.)

M. Bugiel (V.). *Un célèbre médecin polonais au XVIe siècle, Joseph Struthius (1510-1568). Contribution à l'histoire de la médecine à l'époque de la Renaissance.* N° 637. (Boyer.)

M. Le Calvé consacre une importante thèse à la pathogénie des œdèmes. Pour lui, les œdèmes sont fonction de facteurs nombreux parmi lesquels il faut citer : la paralysie vaso-motrice, l'excitation des centres vaso-moteurs ou des filets vaso-dilatateurs, l'altération de la paroi vasculaire, les modifications de la tension osmotique, etc.

La stase veineuse ou lymphatique ne lui paraît pas nettement établie. Le fait initial, capital, duquel découle l'hydropisie, est la réaction du système nerveux.

Les toxines intestinales, par leur action sur les centres et les filets vaso-moteurs, sur la paroi vasculaire, peut-être aussi par les modifications qu'elles apportent dans la tension osmotique, permettent la réalisation de l'œdème, par des moyens qui sans elles seraient demeurés inefficaces : compression des veines, excitation d'un nerf sensitif, refroidissement, etc.

L'œdème aigu toxi-névropathique, se manifeste parfois comme un phénomène réflexe. Il paraît à M. Le Calvé dominé par les conditions suivantes : 1° Hérédité ou tare névropathique alliée quelquefois à l'arthritisme; 2° Intoxication par résorption de toxines intestinales provenant de troubles digestifs; 3° Ebranlement nerveux par l'excitation d'un territoire sensitif, une excitation psychique, par l'action d'un traumatisme, d'un refroidissement, d'une émotion, par l'influence d'un poison comme l'alcool, etc.

M. Poueydebat rappelle qu'on observe souvent des dermatoses chroniques cédant la place à des douleurs rhumatismales ou se substituant à celles-ci. Cette alternance ayant été souvent constatée chez le même sujet, il lui paraît logique d'attribuer la même origine diathésique à ces deux phénomènes morbides et d'appeler rhumatismales ces éruptions cutanées qu'on voit souvent précéder, accompagner ou remplacer les diverses manifestations du rhumatisme chronique.

Dans un travail basé sur un grand nombre d'observations M. Jacquot rappelle que les courants de haute fréquence appliqués directement sur les lésions, sans être le traitement héroïque du lupus érythémateux, ont une action réelle et très marquée sur cette affection.

Ils paraissent être la méthode de choix pour le lupus érythémateux symétrique aberrant.

Ils sont moins efficaces contre le lupus érythémateux fixe où les autres traitements conservent toute leur valeur.

M. L. Grelault a eu l'occasion d'observer des cas nouveaux de dermatoses linéaires. Il en a relevé un certain nombre dans la littérature médicale et retrouvé deux moulages au musée Saint-Louis.

L'explication de la disposition linéaire, considérée comme étant en rapport avec le trajet d'un tronc nerveux, ne lui paraît pas pouvoir être acceptée.

Il semble, dans certains cas, qu'il y ait un rapport entre la topographie de ces dermatoses et les territoires radiculaires. Ceux-ci affectent au niveau des membres une disposition parallèle à l'axe; semblable à première vue à la disposition des dermatoses linéaires.

Quelle que soit la théorie expliquant la localisation à certains territoires, il reste difficile d'expliquer la disposition linéaire affectée par l'éruption, dans l'intérieur de ces territoires eux-mêmes.

M. Grelault a relevé des dermatoses de nature diverses, affectant la disposition en ruban, en tænia.

Les unes sont formées d'éléments de lichen typique. Il en existe de psoriasiformes, de lichénoïdes.

La syphilis peut-elle affecter cette disposition rubanée? Le cas de M. Fournier nous paraît favoriser cette hypothèse. Cependant sa nature syphilitique ne s'est pas imposée d'une façon indiscutable. Dans le cas de Vidal, la syphilis s'est superposée d'une façon très exacte à un nævus préexistant. M. Grelault a vu d'autre part un psoriasis occuper exactement la place d'un zona ayant évolué antérieurement.

Il existe des cas hybrides de dermatoses linéaires, l'hybridité compliquant considérablement le diagnostic de la nature de l'affection.

L'intéressante thèse de M. Paul Fumouze, illustrée de belles planches, est consacrée à la dermatose chlorique électrolytique, affection caractérisée par une acné pouvant se généraliser à tout le corps et par des symptômes complémentaires. Les lésions cutanées se traduisent par des comédons, des nodosités, des pustules, des papules, des kystes sébacés, des taches pigmentées, des cicatrices. Les lésions complémentaires sont la conjonctivite, la bronchite, la laryngite, la gastrite, et, comme lésion ultime : la tuberculose.

La dermatose ne s'observe que chez les ouvriers travaillant dans les usines d'électrolyse, de chlorure de sodium ou de potassium, exploitant le procédé Elektron.

Elle paraît être due à l'hypochlorite de soude à l'état naissant, dont l'action est externe et interne; les symptômes complémentaires sont dus au chlore.

Les éruptions artificielles se rapprochant le plus par leurs symptômes de la dermatose chlorique électrolytique, sont les éruptions dues au goudron, à l'huile de hêtre, à l'huile de fragon, à l'huile de cade, à la paraffine, au pétrole, au brome, au bromure de potassium, à l'iode, et à l'iodure de potassium.

La dermatose continue à se développer plusieurs mois après la suppression de la cause.

Le seul traitement efficace est la vie au grand air. En dehors de cette cure naturelle, tous les moyens thérapeutiques échouent. Les moyens prophylactiques à employer, sont :

a) Le recueillement des gaz nuisibles; *b*) L'aération de l'atelier; *c*) L'obligation pour les ouvriers de s'enduire les parties découvertes, de vaseline et de se faire des lavages à l'eau acidulée sulfurique au 1/1000; *d*) L'interdiction de l'alcool à l'atelier et la distribution gratuite de lait; *e*) L'obligation pour les ouvriers de cracher dans des vases remplis d'eau.

D'une étude sur les rapports de la syphilis et de l'ictère basée sur de nombreuses observations M. H. Vallée conclut qu'à la période primaire, l'ictère n'a rien à voir avec la syphilis.

A la période secondaire, il peut y avoir deux formes : une forme bénigne, une forme grave. Faut-il admettre que cet ictère secondaire est un ictère syphilitique? Le critérium irrécusable manque, et tant que le microbe de la syphilis n'aura pas été constaté, vérifié et cultivé, il sera difficile d'être affirmatif. Pour les uns la congestion ou une série de congestions produit l'ictère; d'autres lui attribuent une origine syphilotoxique et ces hypothèses manquent respectivement de la confirmation absolue.

M. Vallée a une conclusion éclectique : les hypothèses du dernier groupe lui paraissent le plus vraisemblables. Que la coïncidence puisse exister, cela est certain, mais on ne saurait refuser à la syphilis la possibilité de créer l'ictère qui en serait une manifestation directe au même titre que les plaques muqueuses ou la roséole.

Enfin, à la période tertiaire, l'ictère, rare d'ailleurs, est l'expression, lorsqu'il se manifeste, ou d'une déchéance de la cellule hépatique ou d'une compression mécanique des canaux biliaires, et dans ce cas il est souvent difficile de dire ce qui revient à la syphilis ou aux autres intoxications ou infections chroniques.

M. Frossard montre que toutes les affections des dents et des gencives et en général toutes les causes capables de traumatiser ou d'infecter les muqueuses buccales créent des points d'appel pour des accidents chez les syphilitiques. Les traumatismes d'origine dentaire peuvent être des points d'inoculation pour les accidents primitifs. Ces lésions provoquent non seulement l'éclosion, mais encore la récidive d'accidents secondaires; elles en retardent ou en empêchent complètement la guérison. Elles sont également la cause occasionnelle la plus fréquente des stomatites mercurielles.

Aussi l'asepsie buccale doit être recherchée dès le début de toute syphilis.

Elle est obtenue :

1° Par des moyens mécaniques : extractions, meulages, obturations, nettoyage du tartre et en particulier du tartre sous-gingival, choix judicieux d'appareils prothétiques;

2° Par des moyens médicamenteux, bains antiseptiques, attouchements avec des caustiques.

L'asepsie buccale doit être entretenue pendant toute la durée du traitement par une hygiène appropriée et une propreté rigoureuse.

D'après M. E. Chateau, on peut observer des adénopathies inguinales d'origine nettement vénérienne, dont la gravité, caractérisée surtout par une tendance désespérante à la chronicité, peut laisser supposer qu'une influence étrangère s'est ajoutée à celle qui leur a donné naissance. Cette influence est quelquefois la tuberculose.

Ces tuberculoses n'étant pas des tuberculoses génitales dites primitives, on est obligé d'admettre la préexistence de la tuberculose chez les individus porteurs de ces lésions.

Cette tuberculose jusque-là latente s'est développée à l'occasion de la lésion vénérienne, comme elle aurait pu le faire sous l'influence d'un traumatisme.

Le traitement le meilleur de ces adénopathies est l'extirpation à condition qu'elle soit complète. Elle est généralement assez aisée et donne d'excellents résultats, à condition, comme toujours, qu'il n'y ait pas de généralisation tuberculeuse viscérale.

M. Boignier étudie en détail le traitement de la fièvre typhoïde, rappelle l'importance de la diététique et de l'hygiène, insiste sur l'alimentation et sur l'utilité des lavements froids, de la balnéation froide et de la transfusion séreuse qui peut, dans les cas où la balnéation est impossible, être avec avantage substituée à celle-ci.

M[lle] Tschitschkina rapporte quelques observations de polynévrites et rappelle la forme sensitive, leur symptomatologie nettement déterminée. L'intoxication et l'infection sont les causes déterminantes. Et leur connaissance est importante pour éviter une erreur de diagnostic, surtout avec le tabès dans la période préataxique. Le pronostic de ces polynévrites à forme sensitive est en lui-même relativement bénin.

Dans la maladie de Paget dont M. Hillèreau rappelle les principaux caractères, l'anatomie pathologique montre qu'il s'agit d'une dystrophie osseuse généralisée, consistant malgré l'hypertrophie apparente, en raréfaction du tissu osseux et qui explique la production des fractures.

L'évolution de la maladie est très longue et est parfois traversée de complications parmi lesquelles des fractures qui ont les caractères cliniques des fractures spontanées et peuvent siéger sur des os qui ne paraissent pas macroscopiquement malade. M. Hillèreau en rapporte un exemple inédit.

La staso-basophobie est une paralysie fonctionnelle systématique des fonctions de la marche et de la station debout, accompagnée de l'idée émotive de l'impossibilité de cette double fonction.

Selon M. Delarue il faut distinguer deux formes de staso-basophobie : la forme simple sans lésions organiques de l'appareil locomoteur et la forme associée à une lésion de cet appareil, ces deux formes comprenant chacune deux variétés, la variété continue et la variété par accès. Quant au type de la démarche, il se presente sous l'un des aspects suivants : paralytique (paralysie complète ou parésie), spasmodique ou ataxique. Il est quelquefois mixte ou complexe.

Le syndrome comprend deux ordres de symptômes : physiques et psychiques.

Les symptômes physiques consistent, dans les cas simples, en une impossibilité plus ou moins grande de la marche et de la station debout contrastant avec l'intégrité sensitivo-motrice de l'appareil locomoteur,

Les symptômes psychiques consistent : d'abord dans l'idée fixe et obsédante de l'impotence des membres inférieurs, cette idée étant toujours accompagnée de peur et d'angoisse; ensuite, dans le retentissement, dans le domaine psychique et organique, de cette angoisse et phénomènologie physique concomitante : alternative de pâleur et de rougeur, tremblements, sueurs, accélération du pouls et de la respiration, etc.

Le début paraît quelquefois brusque. Mais il est le plus souvent lent et progressif.

L'étiologie de la staso-basophobie reconnaît deux grands chefs : d'abord la prédisposition héréditaire ou acquise du terrain psychique; ensuite la cause occasionnelle qui réalise chez le sujet prédisposé le syndrome staso-basophobique.

La pathogénie de la staso-basophobie, trouble fonctionnel de nature psychique, ne doit pas être cherché dans un état morbide du système nerveux périphérique ou central inférieur : elle doit relever d'une perturbation fonctionnelle des centres psychiques supérieurs. Elle ne reconnaît pas le même mécanisme que l'astasie-abasie hystérique; celle-ci étant une amnésie systématisée des mouvements de la marche consécutive au rétrécissement du champ de la conscience et ne s'accompagnant d'aucun trouble émotif. Elle reconnaît, au contraire, le mécanisme psychologique des phobies, en général, à la famille naturelle desquelles elle appartient.

Le pronostic n'est pas grave *quoad vitam*, réserve faite pour les hypostases possibles chez les vieillards incapables de s'asseoir. Mais le malade, sauf dans quelques cas à forme agoraphobique modérée, est incapable de remplir ses fonctions et devient une charge pour sa famille ou la société. Le pronostic n'est guère plus favorable dans la forme associée à une lésion organique telle que le tabes; mais, en pareil cas, il devient accessoire.

Le traitement doit remplir deux indications : viser d'abord l'état général (neurasthénie, hystérie, etc.), puis spécialement la phobie.

Le traitement spécial de la phobie doit être à la fois physique et psychique.

Physiquement il consistera surtout dans la rééducation des mouvements de Frœnkel. On pourra y ajouter l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, la suspension et des préparations pharmaceutiques à base de guaranine, de brucine et de strychnine.

Le traitement psychique consistera en suggestions répétées, surtout à l'état de veille, mais aussi, s'il est nécessaire, à l'état hypnotique. Mais, par-dessus tout, il faudra, par tous les moyens possibles, distraire le malade de ses idées obsédantes, afin de favoriser l'exécution automatique des mouvements de la marche. Il sera quelquefois indispensable de l'isoler.

Joseph Struthius, dont M. Bugiel retrace la vie, mérite certainement une place non seulement dans l'histoire de la médecine polonaise, mais aussi dans l'histoire de la médecine en général. Son ouvrage capital : *De sphygmica arte* (1555) constitue un trait d'union important entre l'antiquité et les temps modernes. En particulier, dans l'histoire de la sphygmologie, il joue un rôle considérable. Après le livre de Galien, il constitue la première étape de l'acheminement de cette branche de l'art médical vers la perfection.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Différenciation des substances albuminoïdes de divers laits (Ueber ein biologischer Verfahren zur Differenzirung der Eiweisstoffe verschiedener Milcharten), par Schutze (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1901, vol. XXXVI, p. 5. — Les expériences que l'auteur rapporte dans ce travail ont trait à un fait étudié, il y a 2 ans, par M. Bordet, à savoir que le sérum des animaux traités par les injections de lait de vache acquiert la propriété de précipiter les substances albuminoïdes du lait de vache.

M. Schütze a repris ces expériences sur une série de lapins dont les uns recevaient, en injection intra-péritonéale, du lait de vache, d'autres du lait d'ânesse, d'autres du lait de femme. Dans ces conditions, le sérum des lapins ainsi traités acquérait la propriété de précipiter les substances albuminoïdes du lait avec lequel il avait été vacciné. Mais cette propriété était spécifique en ce sens que le sérum du lapin injecté avec du lait de vache ne précipitait que les substances albuminoïdes du lait de vache et n'exerçait aucune action sur le lait de femme ou le lait d'ânesse. Il en était de même du sérum obtenu après injection de lait d'ânesse, lequel sérum agissait sur le lait d'ânesse, mais laissait intact le lait de femme et le lait de vache.

Les lacto-sérums spécifiques ainsi préparés permettent donc de différencier les substances albuminoïdes de divers laits et semblent indiquer que la composition de celles-ci n'est pas la même. Ce fait est donc d'une importance capitale au point de vue de l'alimentation artificielle des nourrissons et au point de vue de la façon dont les individus supportent tel ou tel lait.

L'auteur a encore constaté, quand on soumet un lait donné à l'action d'une température élevée, que ses substances albuminoïdes ne sont plus précipitées par le lacto-sérum spécifique. Il semble donc que, sous l'influence d'une température élevée, comme en cas de stérilisation, les substances albuminoïdes du lait subissent des modifications moléculaires dont l'importance nous échappe encore.

NEUROPATHOLOGIE

Affection de la moelle sacrée ou de l'épicone et du cône terminal, par Jacinto de Léon (de Montévidéo), (*Communication au Congrès scientifique de l'Amérique latine*, Montévidéo, mars 1901). — Trois ans après une chute sur les pieds et une paraplégie douloureuse consécutive, les symptômes d'une lésion de la moelle sacrée, chez un homme de 30 ans, sont : des troubles de la sensibilité bilatéraux et symétriques, bien limités dans leur topographie; des troubles de la miction et de la défécation, une impuissance absolue, de l'atrophie de la fesse droite, l'abolition des réflexes, la parésie du segment gauche des membres inférieurs, plus accusée du côté droit.

Les troubles de la sensibilité affectent les territoires de distribution des racines du plexus sacré et du plexus coccygien; si l'on se reporte aux schémas de Kocher, il faut rapporter aux 5e, 4e, 3e et 2e racines sacrées l'anesthésie sacro-cruro-fessière et ano-périnéo-génitale, de même que l'anesthésie des talons et celle du bord externe du pied; aux 3e, 4e et 5e sacrées et aux coccygiennes l'anesthésie des muqueuses rectale et uréthro-vésicale.

Le centre vésical est lésé, le centre anal aussi, le centre de l'érection également. Par contre, le centre de l'éjaculation, intact puisqu'il peut entrer en action sous l'influence du chatouillement de la plante des pieds, doit siéger à un niveau médullaire plus élevé que les centres précédents.

En somme, l'auteur localise dans la moelle, au point de convergence des racines les plus élevées dont il vient d'être question, 2e, 3e et 4e sacrées. Son diagnostic est hématomyélie avec dégénération consécutive intéressant les racines intramédullaires du plexus coccygien. Il fait en passant observer que l'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans son cas impliquerait que le centre médullaire de ce réflexe est situé à un niveau de la moelle moins élevé que celui qui lui est ordinairement attribué.

Le cas de M. J. de Léon se superpose à ceux d'Oppenheim, de Kirchoff, de Erb. Schultze, de Raymond et de Souques, et leur étude comparative permet de conclure que le centre de l'éjaculation doit être localisé à un niveau médullaire plus élevé que le centre de l'érection et les centres ano-vésicaux, le centre de l'érection étant lui-même situé plus haut que les centres ano-vésicaux (cas de Raymond).

Un cas d'adéno-lipomatose diffuse symétrique sans prédominance cervicale, par le professeur A. Ricaldoni (de Montévidéo) (2e *Congrès scientifique de l'Amérique latine*, Montévidéo, mars 1901, *in Revista medica del Uruguay*). — Les tumeurs sont localisées au tronc et à la racine des membres; la symétrie de leur siège est parfaite, mais il convient de remarquer que du côté droit les tuméfactions lipomateuses sont plus volumineuses. Or, de ce côté droit il existe un *genu valgum* plus accusé depuis l'enfance que celui du côté gauche, et on

relève certains troubles de l'innervation tels que l'exagération des réflexes tendineux et cutanés, l'exagération de la réaction sudorale à la pilocarpine; la pression des masses lipomateuses est plus douloureuse, la force musculaire y est davantage diminuée.

Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de chorée mineure, par V. Scarpini (*Riforma medica*, an XVII, vol. III, n° 51, p. 602, 29 août 1901). — A propos de ce cas de chorée, chez une fille de 13 ans, qui mourut et chez qui l'autopsie ne put faire découvrir la cause de la mort, ce qui est d'ailleurs habituel dans les cas de ce genre, l'auteur fait observer que la chorée mortelle est une forme clinique très particulière. Cette forme rare a une allure typique, pas de polyarthrite aiguë, marche rapide, fièvre, délire maniaque hallucinatoire, convulsions graves, coma.

Peut-être s'agit-il ici toujours de la même infection, tandis que les chorées bénignes peuvent être causées par des agents microbiens divers.

Myolonie du type Bergeron chez un dégénéré hystérique, par R. Bernard (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 4, p. 316-326, juillet-août 1901). — Observation : Stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. Tremblements, astasie-abasie, chorée simple, chorée électrique et chorée fibrillaire, dérobement des jambes par suite d'une frayeur éprouvée à 7 ans. Actuellement spasmes (myoclonie) et tremblements. Emploi du tartre stibié : guérison des spasmes, persistance du tremblement.

Dans cette histoire deux points méritent d'être mis en lumière : 1° les effets du traitement ; 2° la pathogénie des accidents. Sur les secousses myocloniques rythmées et fibrillaires, l'effet du tartre stibié administré selon la formule de Bergeron a été immédiat et radical. Mais la suggestion n'a pas été négligée ; le rôle de l'émétique est celui d'un excipient commode pour la suggestion.

La pathogénie des accidents myocloniques a été assez peu étudiée. On a fait rentrer dans la série des syndromes hystériques, les accidents de ce genre et on les a mis en rapport avec l'idée fixe. Ici, l'idée fixe n'a pas été recherchée ; toutefois l'intervention de l'idée fixe est très plausible: on peut au moins l'imaginer et l'entourer des symptômes qui en deviennent les signes extérieurs : le soubresaut des bras, le sursaut du corps, le dérobement des jambes, la polyurie même sont les manifestations somatiques de l'émotion de l'accès de terreur, éprouvée pendant l'enfance, et perpétuée à l'état subconscient.

Cet homme, guéri de son spasme myoclonique, reste hystérique par sa polyurie, son amyosthénie et son tremblement. Mais il faut remarquer que chez lui les stigmates vulgaires, habituels, de la névrose sont absents.

C'est qu'avant d'être hystérique, le malade est un dégénéré, fils d'alcoolique et porteur de stigmates. L'hystérie s'est modelée sur l'anatomie atypique du sujet chez lequel elle s'installait.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la stomatite mercurielle,

Par M. le Dr Chompret,

Dentiste des hôpitaux.

L'étude de la stomatite mercurielle devrait être le prélude d'un travail sur le traitement de cette affection, mais ce sujet si vaste, si intéressant, ayant été étudié d'autre part, je ne saurais y revenir, et je ne rappellerai ici que quelques conditions étiologiques du mal que nous cherchons à combattre.

Je dirai toutefois qu'à la suite de Galippe (1), je considère la stomatite mercurielle comme une stomatite infectieuse banale, stomatite telle qu'on peut en voir au cours de toute infection ou intoxication. Dans la stomatite hydrargyrique, la muqueuse buccale a été mise en état de moindre résistance, par suite de l'élimination exagérée du mercure par les glandes salivaires, et les microbes pathogènes, hôtes ordinaires de la bouche, y ont pu produire leurs effets morbides. Cette exagération de l'élimination mercurielle salivaire est fort souvent en rapport avec le mauvais fonctionnement des reins; c'est en quelque sorte un phénomène de compensation et on voit en effet survenir fréquemment la stomatite mercurielle chez les syphilitiques ou les femmes enceintes qui, comme on le sait, ont une tendance aux néphrites. Pour certains auteurs, Brass et Wirth, le mauvais fonctionnement des reins amènerait un surcroît de travail pour le tube digestif et produirait consécutivement une congestion pouvant atteindre tout le tube digestif, même dans sa partie supérieure, la bouche.

Je rappellerai que le Dr Simeray (1) montra quel rapport de fréquence il existe entre la stomatite mercurielle et le mauvais fonctionnement du foie. Nous remarquerons enfin que les enfants et les vieillards n'ayant pas de dents n'ont pas de stomatite mercurielle, tandis qu'au contraire cette affection est commune et grave chez les gens dont la dentition est en mauvais état et qui présentent des caries dentaires, des chicots, du tartre, des déviations dentaires, etc.

Ces faits étiologiques nous serviront d'abord à instituer le traitement préventif de la stomatite hydrargyrique.

Lorsqu'on devra donner du mercure à un malade, il faudra veiller à l'intégrité de ses reins, et chercher à maintenir pendant tout le cours du traitement une diurèse normale; avoir grand soin également de l'hygiène de la peau et favoriser la sudation; surveiller le foie et éviter autant que possible de donner du mercure aux hépatiques; soigner tout trouble gastro-intestinal et employer les antiseptiques intestinaux. Quand l'état de la bouche n'est pas parfait, les frictions et les injections insolubles sont contre-indiquées, car, plus qu'aucune autre préparation mercurielle, elles sont capables de provoquer de suite des stomatites infectieuses graves.

Enfin, et surtout, il faut poursuivre une hygiène buccale parfaite : le tartre sera enlevé minutieusement, les moindres caries soignées, les racines et chicots extraits, après quoi on cherchera à obtenir l'asepsie de la bouche par des savonnages répétés matin et soir.

Si tous ces soins sont utiles au moment de commencer le traitement mercuriel, ils deviennent indispensables dès qu'éclatent les accidents infectieux buccaux : il va falloir combattre l'inflammation, et, pour ce faire, employer des remèdes énergiques et répondant aux données scientifiques modernes.

Abandonnant le chlorate de potasse *intus* et *extra*, Panas (2), puis Galippe (3) ont les premiers recommandé l'usage de solutions franchement antiseptiques telles que l'acide phénique ou le sublimé.

En 1888, de Renzi (4) publiait les premières observations de stomatites mercurielles guéries en cinq jours par un collutoire au sublimé à 1 p. 4000 alors que le malade continuait son traitement hydrargyrique général.

Malgré les bons résultats obtenus par ces auteurs et par un certain nombre d'autres praticiens, cette médication ne se généralisa jamais; est-ce effet de routine ou crainte de mettre entre les mains des malades une solution toxique? Toujours est-il que le chlorate de potasse règne encore presque partout en maître, et qu'il n'est guère de syphiligraphes ou de médecins qui, ordonnant les préparations mercurielles à l'intérieur, ne prescrivent de suite comme corollaire des gargarismes au chlorate de potasse.

Cependant, à l'hôpital Saint-Louis, quelques chefs de service recommandent depuis ces dernières années l'emploi du savon dentifrice.

Nous croyons avoir provoqué cette réforme, car ce fut sur nos indications et à la suite d'articles publiés dans la *Presse médicale* et de communications faites à la *Société de stomatologie*

1. Galippe. *Journal des Connaissances médicales*, 1890.

1. Simeray, *Thèse* de Lyon, 1894.
2. Panas, *Gazette des hôpitaux*, 1882.
3. Galippe, *Journal des Connaissances médicales*, 1884, 1888, 1890.
4. De Renzi, *Bulletin médical*, mai 1888.

qu'un pharmacien, M. Prost, prépara les premiers savons dentifrices employés à l'hôpital.

Telle est la base du traitement que je propose.

M. Camescasse (1) avait le premier conseillé l'emploi du savon ordinaire pour les soins hygiéniques de la bouche. Peu de temps après, dans notre thèse (2) nous le recommandâmes également dans le premier stade des gingivites infectieuses.

Le savon, en effet, mieux que tout autre dentifrice, pénètre dans les anfractuosités multiples de la bouche. Mélange de sels alcalins des acides gras élevés, il est fort soluble dans l'eau et possède la propriété de fournir une mousse abondante et stable ; alcalin, il détruit les acides et entretient la bouche dans un état neutre, voisin de l'asepsie. Il est détersif, c'est-à-dire qu'il jouit de la propriété d'enlever aux surfaces inertes ou animales (peau, muqueuse) les déchets gras qui s'y fixent accidentellement ou s'y produisent d'une façon normale. La présence d'une petite quantité d'alcali caustique dans les savons augmente encore cette qualité détersive (3).

Le savon émulsionne donc les graisses et de plus enlève mécaniquement les détritus alimentaires et les cellules provenant de la mue continuelle de l'épithélium ; en quelque sorte, il lessive la cavité buccale, emportant les microorganismes et, avec eux, la cause prochaine des fermentations et de l'infection.

Le savon excite aussi la sécrétion des glandes et glandules de la région et on sait que ces sécrétions ont la propriété d'atténuer les germes infectieux et de les amener à une sorte de vie latente qui les empêche d'être nocifs pour nos tissus et les réduit à l'état purement saprophyte.

Reithoffer (4) établit que le savon est un désinfectant déjà très efficace à lui seul. C'est ainsi qu'une solution à 0,50 p. 100 de savon vert détruit en 5 minutes les germes cholériques ; une solution à 1 p. 100 les tue pour ainsi dire instantanément.

Comme on savonne la bouche avec des solutions à 5 p. 100 au moins et atteignant parfois 40 p. 100, on peut juger de l'efficacité du simple lavage au savon dans les affections buccales. De plus, la salive qui arrive abondamment sous l'influence réflexe du savon, présente des qualités chimiotoxiques en rapport avec la quantité de microbes présents et semble guider vers les points menacés les bataillons de leucocytes.

Sanarelli (5) démontre également que la salive est défavorable à la culture de certains microorganismes.

Pour Albert Wils (6) la salive agirait comme germicide de par sa constitution chimique (action toxique des sels de la salive). Il est vrai de dire que cette propriété bactéricide est niée par d'autres auteurs et, en particulier, par Hugenschmidt (7).

Le savonnage doit aider grandement à l'exsudation continue du plasma sanguin qui se fait au niveau des muqueuses et dont le pouvoir microbicide est bien connu. Il provoque également le renouvellement de l'épithélium pavimenteux stratifié de la muqueuse buccale, mue épithéliale qui dans sa chute produit le balayage mécanique des bactéries et est ainsi un des facteurs importants de la défense buccale (8).

Malgré toutes ces propriétés, le savon ordinaire ne donne pas de résultats constants dans les stomatites graves. Aussi, pour mieux combattre l'affection, nous avons adjoint à notre savon plusieurs antiseptiques tels que l'acide thymique et l'acide salicylique. Ces préparations, excellentes dans des gingivites infectieuses d'origine quelconque, ne nous ont pas paru modifier les stomatites mercurielles plus avantageusement que le savon ordinaire.

Nous rappelant les succès du traitement institué par de Renzi et Galippe, nous fîmes alors préparer des savons dentifrices au sublimé, et ce sont ces derniers qui nous ont donné constamment d'excellents résultats dans l'affection qui nous intéresse.

Ces savons dont les sels de soude ont été neutralisés par un acide de façon à ne pas altérer le tissu dentaire et à aider en même temps à l'absorption du principe antiseptique, sont dosés au centième. N'étant pas aussi mousseux que le savon ordinaire, nos malades les emploient volontiers et, sur notre recommandation, se savonnent matin et soir les dents et les gencives avec une brosse molle par un mécanisme semblable à celui du brossage des ongles.

J'ajouterai que je n'ai jamais constaté que des dents saines et dépourvues de tartre pussent être teintées par l'emploi du savon mercuriel. Je puis assurer également n'avoir jamais rencontré de dents décalcifiées du fait de l'emploi journalier du savon comme dentifrice.

Lorsque les gencives sont fort ulcérées, ces soins sont assez pénibles le premier jour, mais dès le troisième ou le quatrième savonnage, les patients constatent une amélioration considérable : la muqueuse est moins sensible, la salivation diminue ; l'haleine est moins fétide et les malades sont heureux de se sentir la bouche fraîche et commencent à pouvoir mastiquer sans trop souffrir. Les gencives saignent moins et se raffermissent de plus en plus ; les ulcérations se cicatrisent et nous avons même vu disparaître des plaques muqueuses.

Quelques jours de ce traitement local, alors qu'on continue à donner du mercure à l'intérieur et la stomatite sera guérie.

Nous avons obtenu ces résultats par le savonnage employé seul ou concurremment avec des gargarismes à l'hydrate de chloral, chez des malades à l'hôpital qui, n'ayant jamais pris soin de leur bouche, avaient les dents dans le plus mauvais état et étaient porteurs depuis longtemps, de suppurations alvéolaires... Ce n'est pas à dire que nous veuillions négliger les prescriptions ordinaires d'hygiène faites en pareil cas aux personnes qui doivent prendre du mercure. Il est certain qu'on n'obtiendra une guérison radicale des gingivites qu'en enlevant les racines branlantes et le tartre qui sont des foyers continus d'infection.

Je disais plus haut avoir vu disparaître des plaques muqueuses à la suite du traitement que je recommande ; j'ajouterai que ces lésions secondaires n'apparaîtraient pas si dès le début du traitement mercuriel on employait le savon au sublimé pour les soins hygiéniques. C'est ce qui ressort de mes observations personnelles et de celles qu'a bien voulu me communiquer un de mes confrères et ami, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Comment expliquer l'effet curatif du savon au sublimé? — Dans la stomatite mercurielle, nous avons deux côtés à envisager : d'une part, les tissus gingivaux mis en état d'infériorité par l'élimination du mercure, comme ils auraient pu l'être par toute autre intoxication ou infection générale.

D'autre part, les microbes qui pullulent dans la bouche et qui trouvent dans les dents plus ou moins saines un réceptacle où ils peuvent vivre et se multiplier à leur aise.

Il ne nous est pas possible d'agir du côté des gencives, puisque nous devons continuer le traitement mercuriel. Nous devons donc nous tourner de l'autre côté et combattre les microbes jusque dans leurs retranchements.

Nous emploierons pour cela un antiseptique fort qui puisse s'insinuer partout et aller guérir le mal dans les endroits les les plus cachés. Le meilleur véhicule sera certainement le savon ainsi que nous l'avons vu plus haut. Il débarrassera la muqueuse des détritus et des microbes qui la recouvrent et, la mettant à nu en quelque sorte, il lui permettra d'absorber plus facilement le produit antiseptique qu'il contient. Ce dernier sera le mercure, comme étant des plus microbicides.

Nos savons seront dosés à 1 p. 100, de sorte qu'un savon contiendra 30 centigrammes environ de sublimé, ce qui fera 1 centigramme de principe antiseptique employé à chaque savonnage, un savon de 30 grammes pouvant servir environ à trente toilettes de la bouche.

Voici une formule de savon dentifrice au sublimé :

Savon médicinal		25 gr.
Glycérine neutre pure		5 gr.
Sublimé		0 gr. 30
Ess. de menthe	àà	0 gr. 50
Ess. de badiane		
Carmin		Q. S. p. colorer.

Dans la stomatite mercurielle il y a bien déjà une certaine

1. J. Camescasse (Coccoz, édit., 1894, Paris).
2. J. Chompret, Gingivites infectieuses (*Thèse*, Paris, 1895).
3. Labbé, Savon au point de vue médical (*Presse médicale*, juin 1899).
4. Reithoffer, *Arch. f. Hyg.* 1898.
5. Sanarelli, *Centr. fur Bakter. u. Paras.*, vol. X.
6. A. Wils, Action de la salive sur les bactéries (Bruxelles, 1896).
7. Hugenschmidt, *Thèse* Paris, 1896.
8. Bonnaire, *Presse médicale*, août 1900.

quantité de mercure éliminé par les glandes salivaires, environ 0,005 par litre de salive. Cette quantité est insuffisante pour vaincre les microbes pathogènes; elle n'est bonne qu'à diminuer dans les tissus gingivaux la vigueur des leucocytes et à les mettre en état d'infériorité vis-à-vis des microorganismes.

Dans des expériences remarquables Maurel (1), a montré en effet que les leucocytes étaient fort sensibles à l'influence du mercure et que leur vitalité était atteinte alors que le même degré de toxicité ne paraissait avoir aucune action nocive sur les microbes. Bien au contraire ces derniers ne trouvant plus une barrière leucocytaire aussi vigoureuse, augmenteraient en nombre et en virulence, deviendraient pathogènes et produiraient ainsi une inflammation qui se trouverait être indirectement d'origine mercurielle.

Nous ne sommes pas entièrement d'accord avec Maurel quand il dit que les microorganismes semblent indifférents au mercure éliminé par la bouche; en effet, l'examen du pus provenant de stomatites hydrargyriques nous a montré des microbes de toutes sortes, mais, des microbes privés de vie, et ne donnant pas de culture dans les ensemencements les plus variés. C'est ce qui ressort de recherches faites en collaboration avec mon ami le Dr Gastou en son laboratoire de l'hôpital Saint-Louis.

Dans la stomatite mercurielle, du fait du mercure répandu dans l'organisme entier, nous sommes donc en présence d'une part de leucocytes dévitalisées, et d'autre part de microbes vigoureux, quoique légèrement intoxiqués; dans ce cas, en ordonnant des lavages ou savonnages de la bouche au sublimé qu'obtiendrons-nous?

L'action locale du médicament s'exercera d'une façon funeste sur les deux camps en présence, les microbes seront détruits, et les leucocytes aussi; mais, tandis que les premiers, en nombre restreint et, d'origine locale, ne sauraient se reproduire, les autres venant de tous côtés de l'organisme, et provenant de la circulation en général, se renouvelleront, arriveront en foule aux points attaqués, et seront finalement vainqueurs. Le combat cessera faute de combattants.

Cette théorie toute nouvelle nous permet de comprendre le mécanisme et les phases de la guérison des inflammations en général par le traitement antiseptique.

Il arrive souvent en effet que, sous cette influence, on voit le premier jour augmenter l'inflammation qui bientôt va décroître et disparaître ensuite très rapidement.

Ce sont là les étapes de la lutte entre leucocytes et microbes successivement impressionnés par les quantités progressives de l'antiseptique.

Voilà aussi ce que nous avons eu fort souvent l'occasion de constater dans les stomatites mercurielles, traitées ainsi que nous venons de l'indiquer.

Le terrain, labouré et roulé par la brosse qui balaye et masse, est nettoyé par le savon et irrigué par la salive arrivant d'une façon réflexe; il ne demande plus que l'aide fournie par le mercure pour résister aux microbes et redevenir normal.

La clinique a d'ailleurs confirmé ces vues théoriques, et nous nous pourrions rapporter ici un grand nombre d'observations prises pour la plupart à l'hôpital Saint-Louis, et que nous résumerons ainsi : « Syphilitique en traitement atteint de stomatite mercurielle plus ou moins grave et que nous adressent nos confrères ou maîtres n'ayant fait qu'une recommandation : « cesser de suite le traitement hydrargyrique » ; soins immédiats et minutieux de la bouche ainsi que nous les avons décrits plus haut, et renvoi du malade à qui nous ordonnons les savonnages répétés et prolongés avec le savon mercuriel tout en leur permettant de reprendre de suite la médication générale mercurielle ; guérison en quelques jours. »

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure de la façon suivante : La stomatite mercurielle, maladie infectieuse provenant de la virulence exaltée de microbes agissant sur un terrain affaibli sera prévenue et disparaîtra à jamais si, dès le commencement du traitement général mercuriel on va au-devant du mal en pratiquant une hygiène rigoureuse de la bouche avec un savon dentifrice au sublimé (2).

1. Maurel, Inflammation mercurielle des muqueuses (Doin, éd., 1894).
2. Communication faite à la Société médicale du Louvre (21 mai 1901).

VARIÉTÉS

La lutte contre la mortalité infantile.

Parmi les multiples moyens proposés pour lutter contre la dépopulation, les plus pratiques et les plus efficaces semblent ceux qui visent à diminuer la mortalité infantile. Les progrès réalisés ces dernières années dans l'hygiène de la première enfance, les résultats obtenus dans les hôpitaux, dans les dispensaires et partout où les soins donnés aux nouveau-nés peuvent être dirigés, permettent d'espérer que le nombre de décès d'enfants de moins d'un an (actuellement 167 p. 1000 décès en France) ira diminuant rapidement.

Trop souvent le nouveau-né meurt dans la classe pauvre non faute de soins, mais du fait de l'ignorance des soins à lui donner. C'est la diarrhée infantile qui est le principal facteur de cette mortalité, et, dans les consultations des hôpitaux d'enfants à Paris, on est frappé de voir combien les mères savent peu ce qu'il faut faire pour l'éviter, ou pour la guérir. L'enfant est soumis à un allaitement naturel ou artificiel mal dirigé. Plus tard, il mange des aliments trop forts, indigestes, malsains, et la mère est fière qu' « il mange de tout » ; par ignorance ou sous prétexte de le fortifier, on va parfois jusqu'à mettre de l'eau-de-vie et même (le cas s'est vu à Paris), de l'absinthe dans son biberon. Et les exemples sont journaliers, où biberons et suçons infectés tuent les nouveau-nés en provoquant l'apparition de l'entérite.

Vient-on à apprendre aux mères ce qu'elles doivent faire, et l'on est surpris de voir avec quelle intelligence elles se plient souvent à l'observation exacte des règles qu'on leur trace. Déjà l'on constate, dans les consultations des hôpitaux, les heureux résultats de la propagande qui s'y fait quotidiennement.

Aussi, ne peut-on qu'applaudir à toutes les mesures qui tendent à la vulgarisation de conseils donnés aux mères pour la protection du nouveau-né. Parmi ces mesures, une des plus simples est celle proposée récemment par le Dr H. Cazalis. Se basant sur les arguments que nous venons de résumer, il a soumis au conseil municipal de Paris le projet de délibération suivant :

« Dans toute mairie, la personne qui fera la déclaration d'une naissance recevra, pour la transmettre à la mère ou à la nourrice, une instruction très courte, mais très nettement et parfaitement rédigée sur l'hygiène et l'allaitement de la première enfance. »

Le Conseil municipal sur le rapport de la 5e Commission, a adopté la proposition du Dr Cazails. La sous-commission des crèches composée de M. le professeur Budin, de Mme Landrin, de M. Gaston Méry, de M. le Dr Variot, a chargé celui-ci d'élaborer un projet d'instruction aux mères pour allaiter leurs enfants.

C'est ce projet qui, depuis quelques semaines déjà, est délivré dans les mairies de Paris, à la déclaration de chaque naissance. Il constitue une notice courte mais complète, rédigée avec beaucoup de clarté et de précision.

« L'affection maternelle, y dit en commençant le Dr Variot, ne supplée pas au manque d'expérience, et les mères qui nourrissent leurs enfants doivent obéir à des règles déterminées aussi bien pour l'allaitement maternel que pour l'allaitement artificiel. Il n'est pas aussi aisé qu'on le croit généralement de bien élever un enfant, et l'on éviterait beaucoup d'accidents aux nouveau-nés si on savait les soigner convenablement. » Ces règles nécessaires sont excellemment précisées par M. Variot, et nous ne doutons pas qu'en mettant chaque mère en mesure de les connaître et de les avoir constamment sous les yeux, le Conseil municipal n'ait, à peu de frais, réalisé un progrès certain.

Mais il est nécessaire que cette mesure soit généralisée à toute la France, car il est bien des villes où la mortalité infantile fait plus durement sentir ses effets qu'à Paris. Ce n'est donc pas seulement dans les mairies parisiennes qu'une semblable notice doit être distribuée, mais dans les mairies des grandes villes et mieux dans toutes les mairies de France. Nombreux sont parmis les médecins ceux qui gouvernent les intérêts de leur commune ; en suivant le conseil du Dr Cazails, ils feront facilement œuvre d'hygiéniste utile. P. L.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Sur la mensuration radiographique du bassin.

Résumé du rapport lu au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie* de Nantes. — Septembre 1901.

Par le Dr Morin.

La radiographie, mieux que toute autre méthode, donne les renseignements précieux sur la configuration exacte de la ceinture pelvienne, et en particulier de la dimension du diamètre transverse dont la détermination clinique est impraticable.

Les premiers résultats pratique de la découverte de Rœntgen appliquée à l'obstétrique ont été présentés au Congrès de Moscou, en 1897, par Budin, qui montra une radiographie de bassin oblique ovalaire, et surtout par Pinard et Varnier, qui firent connaître le principe de la première méthode de pelvimétrie, la *pelvimétrie par comparaison*. Ce procédé consiste à comparer à un bassin sec dont les dimensions sont facilement connues, la radiographie obtenue sur une femme vivante. On choisit comme terme de comparaison le bassin qui se rapproche le plus du type de viciation : pour cela on se sert d'une série de silhouettes étalons obtenues sur des bassins secs, en se plaçant dans les mêmes conditions que la radiographie sur le vivant. On peut ainsi évaluer à une assez grande approximation certains diamètres du bassin. Quoique cette méthode constitue un immense progrès sur la radiographie simple, elle ne donne cependant que des résultats approximatifs, à cause des déformations que subissent les régions éloignées de la plaque, et aussi du degré de l'obliquité variable avec chaque bassin.

Fochier, Fabre et Destot ont imaginé en 1899 un procédé tout différent, c'est la *radiographie métrique* qui repose sur la donnée suivante. Les rayons X ne peuvent être parallèles; par conséquent toute radiographie est déformée, les régions éloignées de la plaque occupant une surface beaucoup plus étendue que les plans rapprochés. Il faut corriger cette déformation; il suffit de substituer au plan du détroit supérieur, un second plan dont les éléments sont connus à l'avance. Toute déformation éprouvée par l'un, atteindra l'autre dans les mêmes proportions; par suite, la correction deviendra possible.

On fixera donc autour du bassin quatre règles formant cadre : une de ces règles est fixée transversalement entre la 5e lombaire et les épines iliaques postéro-supérieures, l'autre sur le bord supérieur du pubis; les deux règles latérales sont dans le plan du détroit supérieur. Or, ces règles portent des dents de scie régulièrement espacées de 1 centimètre; la radiographie obtenue, on reliera entre elles ces dents, on obtiendra ainsi un quadrillage irrégulier, chaque partie représentant l'image déformée d'un carré de 1 centimètre de côté.

Marie et Cluzet ont substitué aux dents de scie des clous incrustés dans le cadre et enfoncés parallèlement à une distance de 1 centimètre. L'avantage du procédé est qu'il suffit d'avoir l'image des clous d'une des règles latérales et d'une des règles frontales; il suffit pour obtenir le quadrillage, de prolonger l'axe de chaque clou.

Bouchacourt a publié au dernier congrès de médecine un nouveau procédé de mensuration dans lequel le cadre est supprimé et remplacé par le compas de Baudelocque. Morin a proposé, en 1900, une modification du procédé de Fabre et Fochier. Il supprime les règles et les remplace, la postérieure par un simple repère médian en plomb fixé sur la peau à la hauteur convenable, soit par un élastique ordinaire de cravate, soit plus simplement et plus sûrement par du collodion ou du sparadrap, l'antérieure par un fil métallique assez gros, mesurant exactement 10 centimètres. Le cliché sec, on trace au crayon une ligne verticale médiane, deux lignes horizontales, une au niveau du pubis l'autre au niveau du point postérieur. Cette dernière est divisée en centimètres, tandis que chacune des divisions de la ligne antérieure est égale à la longueur observée de l'ourlet du fil métallique divisé par 10. En regagnant ces points deux à deux, on obtiendra sans aucun calcul les dimensions transversales du bassin, les plus importants à connaître.

A la dernière exposition de physique figurait un appareil de physique dû à Contremoulins, qui se présentait sous la forme d'une potence dont la base supérieure, horizontale, est placée à une hauteur de 50 à 60 centimètres. Entre les deux montants est étendue une plaque de zinc sur laquelle sont gravés deux dessins de couleurs différentes, calquées sur deux clichés radiographiques; des fils très nombreux vont rejoindre sur chacun des dessins des points déterminés; aux entre-croisements sont fixés des perles de verre. C'est en apparence inextricable; c'est au contraire très simple, du moins en théorie; ce procédé se décompose en résumé ainsi : obtention de deux clichés radiographiques, report sur une plaque en zinc, gravure, encrage de cette plaque, perforations multiples en des points déterminés, mise en place de la plaque et des deux œilletons, enfin passage des fils et des

perles. Malgré son aspect compliqué, c'est la solution la plus élégante et la plus précise du problème à résoudre.

La déformation du cliché radiographique qui tient au défaut de parallélisme des rayons X, pourrait être évitée si le tube était placé à l'infini ou du moins à une distance excessivement grande; les déformations seront d'autant moindres que cette distance elle-même sera plus considérable.

On pourrait alors radiographier le bassin sain, l'entourer d'appareils encombrants et sans correction ultérieure, à condition bien entendu de multiplier la durée de la pose, c'est ce qu'a réalisé la *radiographie à longue portée*. Pratiquée par Varnier à une distance de 2 m. 50, elle donne des résultats suffisants pour la pratique et supérieurs à ceux que fournissent les procédés de pelvimètre digitale, instrumentale, voire même radiographique employés jusqu'à ce jour.

En somme, deux méthodes principales sont en présence : l'une acceptant les déformations, tout en connaissant leur valeur afin de pouvoir en tenir compte par la suite; l'autre supprimant presque complètement ces déformations. Nous n'avons pas ici à les comparer : toutes deux peuvent conduire à des résultats suffisamment exacts, suivant le plus ou moins de soin et de précision apportés lors de leur application.

L'examen de l'une et de l'autre amène M. Morin aux conclusions suivantes :

1° La mensuration radiographique du bassin est possible;

2° Elle est utile, car les renseignements complets qu'elle fournit ne peuvent l'être, actuellement du moins, par aucun autre mode de diagnostic.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réunion des chirurgiens des hôpitaux de province.

Discussion sur la violation de la loi du 9 avril 1898 par « l'admission dans les hôpitaux et hospices des victimes des accidents du travail, hospitalisés au tarif des indigents ».

Répondant à l'appel de M. le Dr Bousquet (de Clermont), nombre de chirurgiens des hôpitaux de province se sont réunis le 22 octobre à 2 heures, dans la salle de correspondance du Congrès.

Etaient présents : MM. Poncet (de Lyon), Gross (de Nancy), Blanquinque (de Laon), Rogée (de Saint-Jean-d'Angely), Témoin (de Bourges), Civel (de Brest), Monprofit (d'Angers), Chibret (d'Aurillac), Crimail (de Pontoise), Latouche (d'Autun), Peugniez (d'Amiens), Buffet (d'Elbeuf), Mauny (de Saintes), Dupin (de Toulouse), Phocas (de Lille), René Gautier (de Luxeuil), Prioleau (de Brives), Villar (de Bordeaux), Pamard (d'Avignon), Mariage (de Valenciennes), Moulonguet (d'Amiens), Broussolle (de Dijon), Lepeyre (de Tours), etc.

A nos collègues des hôpitaux de province avaient bien voulu se joindre pour la circonstance : MM. Cézilly, Jeanne, de Meulan, Courgey, membre de la rédaction du *Concours médical*, M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux, vice-président du Sou médical, M. le Dr Noir, secrétaire de l'Union des Syndicats. S'étaient fait excuser, ne pouvant assister à la séance, mais adhérant entièrement aux conclusions de l'Assemblée : MM. les Drs Girou (d'Aurillac), Duret (de Lille), Cassen (d'Avignon), Panné (de Nevers), André (de Nancy), Foucault (de Fontainebleau), Ducloux (de Cette), Reboul (de Nîmes), Gellé (de Provins), Malherbe (de Nantes), Billon (Dôle).

M. le Dr Bousquet remercie ses confrères d'avoir bien voulu répondre à son appel, et leur expose, très simplement, le but de cette réunion : « La loi sur les accidents du travail, dit ce chirurgien, est violée chaque jour au détriment du corps médical tout entier. En effet, lorsqu'un ouvrier est blessé un peu sérieusement, on l'envoie à l'hôpital le plus voisin, où il est hospitalisé d'après le tarif appliqué aux indigents. Ce tarif payé, le patron, *responsable d'après la loi* des soins médicaux, se considère et est en réalité absolument quitte des honoraires. Or, d'une part le médecin praticien, qui aurait dû soigner le blessé s'il n'avait pas été hospitalisé, est frustré de ses honoraires; d'autre part, le chirurgien de l'hôpital qui a fait le travail ne touche pas davantage. Il en résulte pour la corporation médicale tout entière une perte annuelle qui se chiffre par plusieurs millions (15 millions pour le département de la Seine seulement).

Le Dr Bousquet demande à ses confrères de se réunir, de se grouper pour faire cesser semblable abus, si préjudiciable aux intérêts du corps médical. La question n'est pas simple, ajoute-t-il; cependant il y a déjà eu des tentatives louables, en ce sens. Plusieurs de nos confrères : 1° le Syndicat des médecins du Jura; 2° le Dr Panné, à Nevers, et d'autres confrères, ont obtenu des commissions administratives qu'elles inscrivent dans leurs statuts que les malades hospitalisés payant 2 fr., 2 fr. 50 ou 3 francs, suivant les régions, devaient en même temps acquitter les honoraires médicaux. Le Syndicat des médecins du Jura, qui, pour la circonstance, a accepté le tarif girondin pour les soins à donner aux blessés, a fait admettre que « les médecins des hôpitaux ont droit aux mêmes honoraires pour les soins qu'ils donnent aux blessés dans leur service d'hôpitaux ». Il y a là un exemple à suivre, et M. le Dr Bousquet engage ses collègues à agir en ce sens près des administrations hospitalières.

M. le Dr Lande, de Bordeaux, fait remarquer que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont le tort de ne pas connaître suffisamment le règlement type de l'administration hospitalière; il est dit dans ce règlement que l'hôpital doit être réservé aux indigents; quiconque n'est pas indigent doit payer non pas seulement les frais d'hospitalisation, mais les dépenses engagées par l'administration hospitalière, c'est-à-dire les frais médicaux et pharmaceutiques. Le Dr Lande démontre combien l'hospitalisation au prix des indigents, c'est-à-dire 2, 3 et 5 francs par jour, des malades qui peuvent payer, est préjudiciable aux intérêts de l'assistance. Ainsi un malade à qui on pratique une laparotomie coûte à l'hôpital, rien que pour frais d'opérations, de médicaments et de pansements, au moins 150 francs; s'il reste un mois à l'hôpital à 3 francs par jour, et verse 90 francs, et nous avons montré que son opération seule a occasionné 150 francs de dépense, qui paye le reste? L'assistance médicale gratuite ou, mieux, les indigents. Il y a donc là une situation contre laquelle tous doivent protester, et M. Lande est persuadé que l'on a aura gain de cause.

M. Jeanne (de Meulan) fait remarquer que cette question a déjà été étudiée par le Comité national permanent créé par le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle et prie l'Assemblée d'accepter ses conclusions.

Après quelques échanges de vue, auxquels prennent part MM. Pozzi (de Reims), Moulonguet (d'Amiens), Latouche (d'Autun), Prioleau (de Brives), Reynès (de Marseille), M. le Dr Bousquet, résumant la discussion, prie l'assistance de s'inspirer des principes de déontologie et de bonne confraternité, et de marcher réunis vers le but à atteindre : « La sauvegarde des intérêts de tous les membres du corps médical » et met aux voix les propositions suivantes :

1° Les chirurgiens des hôpitaux de France, venus à Paris à l'occasion du XIVe Congrès de chirurgie et réunis le 22 octobre 1901 à la Faculté de médecine, après avoir pris connaissance de l'ordre du jour voté à l'unanimité le 18 octobre par le Comité national permanent de médecine professionnelle, organe de toutes les sociétés de défense des intérêts du corps médical.

Déclarent approuver les termes de cet ordre du jour et confient à ce comité, dont les membres présents l'acceptent, le mandat de poursuivre avec la plus grande activité la réalisation des vœux énoncés dans la susdite formule.

Ces propositions sont votées à l'unanimité.

2° Les chirurgiens des hôpitaux s'engagent à agir auprès des sénateurs de leur région pour obtenir d'eux le vote d'une rédaction nouvelle de l'article IV de la loi de 1898, rédaction élaborée par le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France (Séance du 7 juin 1901).

Cette proposition est votée aussi à l'unanimité, et M. le Dr Noir, secrétaire de l'Union des Syndicats, enverra aux confrères qui en feront la demande un certain nombre d'exemplaires de ces modifications.

3° Sur la demande de plusieurs confrères, une Commission composée de MM. Bousquet, Latouche, Guinard Reynès, se rendra au ministère de l'Intérieur pour exposer à M. le Directeur de l'Assistance publique les doléances du corps médical et tâcher d'obtenir de lui qu'il fasse appliquer, par les Commissions administratives qu'il a sous sa dépendance, le règlement type de l'Assistance publique.

Sur la demande de la majorité des confrères, l'assemblée félicite le Dr Bousquet de son initiative, et fait des vœux pour que les pouvoirs publics s'occupent au plus vite de ces diverses questions.

« Vœu du comité permanent. — 1° *Que le Comité national permanent*, créé par le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle de 1900, porte et soutienne de toutes ses forces, devant le Sénat, les conclusions des études publiées par le *Concours médical*, l'*Union des Syndicats médicaux* et le *Syndicat des médecins de la Seine*, tendant à l'adoption intégrale du texte d'un nouvel article 4 de la loi sur les accidents, tel que ces Sociétés l'ont rédigé ; 2° que ce même Comité, organe autorisé de tous les médecins de France et de leurs diverses sociétés de défense professionnelle, s'assure, en vue de cette campagne, le concours de la Direction de l'Assistance au ministère de l'Intérieur, du Conseil supérieur de l'Assistance publique, du Congrès d'assistance familiale, du directeur de l'Assistance publique de la Seine, du groupe médical parlementaire ; 3° qu'il demande au gouvernement, en attendant le vote de l'article proposé, de rappeler, par circulaire, aux Commissions administratives d'hôpital, qu'elles ont le devoir de se protéger contre l'hospitalisation abusive des victimes du travail, en informant les responsables, lorsqu'ils amènent un blessé : 1° Que les frais de séjour sont fixés à..., prix supérieur à celui qui s'applique à l'indigent; que les honoraires des médecins et des pharmaciens, et autres frais du traitement, sont dus à part et pourront être versés à l'administration hospitalière qui en fera la répartition, si les responsables préfèrent ce mode de paiment à celui du versement direct aux ayants droit; 2° qu'à défaut d'application de ces diverses mesures, chaque chirurgien d'hôpital, avant d'entamer le traitement d'une victime du travail, informe le chef d'entreprise que ses honoraires ne sont pas compris dans les frais de séjour, et qu'il se réserve d'en poursuivre le recouvement au cas où il ne lui serait pas versé par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. »

N. B. — Le texte proposé pour le nouvel article 4 à présenter au Sénat est ainsi conçu :

« Le chef d'entreprise est toujours et directement responsable: 1° des frais médicaux pour constatations et pour soins donnés à domicile ou à l'hôpital; 2° des frais pharmaceutiques; 3° des frais de pension hospitalière et de traitements spéciaux fournis par l'hôpital ou autre établissement; 4° des frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

« La victime, au moment de l'accident ou en cours de traitement, est toujours libre de choisir par elle-même ou par ses représentants son médecin ou son pharmacien parmi ceux du voisinage. Mais, en cas de contestation, les frais médicaux et pharmaceutiques sont fixés par le juge de paix du canton, quel qu'en soit le montant, conformément au tarif ouvrier de la région.

« Le chef d'entreprise pourra proposer à l'agrément du juge de paix la désignation d'un médecin qui sera chargé de le renseigner périodiquement sur tout ce qui le touche dans l'état de la victime, par des visites faites dans des conditions qui ne nuisent pas au traitement. »

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séances des 11 et 18 Octobre 1901.

Calculs préputiaux.

M. Péraire présente des calculs préputiaux provenant d'un malade âgé de 60 ans qui avait un phimosis tellement prononcé que l'orifice préputial capillaire pouvait à peine laisser pénétrer une bougie filiforme. La circoncision faite, on vit qu'un des calculs s'était creusé une sorte de fossette à la face supérieure du gland.

Le malade ayant eu antérieurement des coliques néphrétiques, il se peut que les calculs aient été formés au niveau du rein et se soient arrêtés un jour en amont du rétrécissement du prépuce.

Luxation de la colonne cervicale.

M. Mauclaire apporte un cas de luxation en avant de la 5e vertèbre cervicale sur la 6e, avec compression violente de la moelle.

Les signes cliniques n'ayant pas permis de se prononcer entre la luxation et la fracture, on n'est pas intervenu chirurgicalement. La ponction lombaire elle-même n'avait pas fourni de renseignements décisifs, car elle avait donné issue à un peu de sang, et l'autopsie a en effet montré la présence de caillots sanguins le long du canal rachidien, en dedans de la dure-mère.

Atrophie congénitale de la main droite avec brachydactylie du pouce et du petit doigt.

M. A. Mouchet présente les épreuves radiographique et photographique d'une malformation congénitale de la main droite dont les détails cliniques et les détails anatomiques (révélés par les rayons X) sont très particuliers.

Hématologie d'une suppuration chaude.

MM. Tuffier et **Milian** ont étudié l'évolution hématologique d'un panaris profond de l'index. Ils font remarquer l'hyperglobulie en même temps que la leucocytose polynucléaire, la chute des leucocytes après l'incision, la mononucléose et l'éosinophilie marquées au moment de la terminaison de cette suppuration.

Deux cas de maladie de Recklinghausen.

M. Milian apporte les photographies, pièces et préparations histologiques de deux cas de maladie de Recklinghausen observés, l'un avec M. Desfosses, l'autre avec M. Lucien Levy, médecin aide-major.

Au point de vue clinique, il n'y a à retenir que l'aspect objectif des malades, taches pigmentaires et fibromes cutanés pédiculés ou non. Aucun symptôme fonctionnel particulier.

Au point de vue histologique, il s'agit de fibrome pur. Il s'agit donc des cas décrits par Chauffard sous le nom de dermo-fibromatose pigmentaire généralisée.

Il faut distraire de la maladie de Recklinghausen le sarcome cutané avec pigmentation (cas de Labbé) et la dermo-fibromatose calcaire généralisée que Rénon et Dufour rapportent à cette affection.

Calcul biliaire arrêté dans le duodénum.

M. Dufour montre les pièces de l'autopsie d'une femme d'une cinquantaine d'années, morte d'infection, et en particulier d'abcès multiples du poumon.

Un gros calcul biliaire est comme enclavé dans la première portion du duodénum, entre la valvule pylorique d'une part, et un décollement de la muqueuse duodénale au niveau de

l'union de la première et de la deuxième portion, d'autre part. La vésicule biliaire est adhérente et ouverte dans la cavité duodénale, au fond de la loge occupée par le calcul.

Or, la malade n'avait jamais présenté de phénomènes d'obstruction duodénale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 Octobre 1901.

57 cas de ponction sacro-lombaire à intention thérapeutique.

M. Chipault. — Dans 57 cas, j'ai employé la ponction sacro-lombaire avec une intention thérapeutique. 9 fois elle est restée blanche par ankylose des arcs chez un rhumatisant chronique, par œdème gélatineux sous-arachnoïdien chez des syphilitiques, par adhérences sous-arachnoïdiennes chez des rhumatisants. Sur les 48 cas restants, 25 ont donné un résultat nul (hydrocéphalie, tumeur intra-cranienne, méningite tuberculeuse, paralysie générale, épilepsie, etc.); 14, 1 résultat palliatif et seulement symptomatique, plus ou moins fugace dans des cas d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique, de tumeurs cérébelleuses, infantiles, de méningites tuberculeuses et pneumoniques, d'épilepsie durable dans un cas de rhumatisme; 9, 1 résultat curatif qui, dans 4 cas de méningite spécifique et dans 1 cas de méningite septique doit être attribué en grande partie au traitement médical concomitant; mais, dans 4 cas, ne peut être attribué qu'à la ponction : 1 cas de poussée d'hypersécrétion séreuse chez un hydrocéphale congénital, 1 cas de méningite grippale, 1 cas d'affection choréiforme avec liquide céphalo-rachidien hémorrhagique. En résumé, sauf dans quelques cas d'affections mal classées et rares, résultats précaires, sans utilité réelle, et qui incitent à n'employer qu'avec discrétion la ponction lombaire purement thérapeutique.

Recherche des acides biliaires dans les liquides organiques.

M. Meillère expose une nouvelle méthode de recherche des acides biliaires dans les liquides organiques. Il soumet à un examen critique les méthodes qui peuvent servir à mesurer la tension superficielle des urines et accorde la préférence à l'emploi du compte-gouttes normal de Duclaux. Cet instrument donne 108 gouttes avec 5 centimètres cubes d'urine normale mesurés à la température moyenne des laboratoires (17°,5). L'indice urinaire ainsi obtenu n'a de valeur clinique qu'autant qu'on le compare aux indices mesurant la concentration des principaux éléments urinaires (densité, extrait, point cryoscopique, indice hypobromique calculé en urée). Il convient de mettre en garde les cliniciens contre une interprétation trop exclusive de la réaction de Haycraft.

Les lécithines du foie à l'état normal et pathologique.

M. Balthazard. — Les lécithines du foie à l'état normal et pathologique.

Le foie du cobaye renferme à l'état normal, en moyenne 0,85 p. 100 de lécithine, celui du lapin 1,30 p. 100, celui d'un homme mort d'accident contenait 1,28 p. 100.

Les lécithines augmentent dans la foie, jusqu'à doubler ou tripler dans les infections (tuberculose, diphthérie), dans les intoxications par poisons minéraux (phosphore), par poisons microbiens (toxine typhique), et dans les auto-intoxications (inanition, urémie).

Une partie de ces lécithines provient des dédoublements de la nucléine des noyaux des cellules hépatiques, mais la majeure partie provient des leucocytes détruits par les poisons, englobés et plus ou moins digérés par les macrophages. Les leucocytes renferment de la lécithine en nature et sont susceptibles d'en produire encore aux dépens de la nucléine de leurs noyaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Octobre 1901.

Oblitération spontanée de l'artère fémorale.

M. H. Barth présente un malade atteint d'oblitération spontanée de l'artère fémorale, suivie d'atrophie musculaire et de claudication intermittente.

Il s'agit d'un homme âgé de 55 ans, exerçant la profession de maçon, entré à l'hôpital pour des douleurs dans le mollet et dans le pied gauche.

En examinant le membre inférieur gauche, il est facile de constater que l'artère crurale est complètement oblitérée, depuis son origine, et transformée, sur une longueur de trois travers de doigt, à partir de l'arcade de Fallope, en un gros cordon fusiforme, plein et dur, du volume de l'index.

En aucun point du membre on ne perçoit la moindre pulsation artérielle, et cependant lorsque le malade est étendu, il n'y a pas de cyanose, la coloration des téguments diffère peu de ce qu'elle est au membre opposé. Il existe une atrophie ou plutôt un amaigrissement extrême de toutes les masses musculaires, à la jambe, comme à la cuisse.

Lorsque le malade se met debout et essaye de marcher, les troubles circulatoires s'accusent aussitôt : le membre bleuit, des fourmillements se font sentir, les muscles atrophiés se raidissent, deviennent impotents; le malade boite.

Comme on le voit, les troubles circulatoires et fonctionnels offrent la plus grande analogie avec ceux dont Charcot a tracé le tableau dans son mémoire bien connu sur la claudication intermittente par insuffisance artérielle du membre inférieur.

L'origine de cette oblitération est due très probablement à l'artérite fémorale développée à la suite de la syphilis dont le malade a été atteint cinq ans auparavant.

Pseudo-rhumatisme tuberculeux.

M. L. Galliard. — Une jeune fille, âgée de 17 ans, admise à l'hôpital Tenon, dans mon service, le 15 février 1896, et atteinte de tuberculose du sommet gauche, fut soumise aux injections intra-musculaires d'huile gaïacolée et à la suralimentation. Les résultats de la cure paraissaient satisfaisants lorsque, le 22 mars, la malade eut un violent frisson suivi de l'ascension thermique à 39°,6.

Le lendemain, dyspnée, respiration accélérée, pouls petit et rapide, ballonnement du ventre, vomissements bilieux, facies abdominal, en un mot signes de péritonite aiguë; et en même temps symptômes de pleuro-pneumonie localisée à la région antéro-inférieure, à gauche.

Les jours suivants, vomissements, céphalalgie, hyperesthésie, raie méningitique; pas de contracture, pas de délire.

Le 30 mars, tandis que les accidents thoraciques, abdominaux et cérébraux s'atténuent, je note le rhumatisme des articulations des doigts. Le 4 avril, tuméfaction des deux genoux; hydarthrose aiguë à gauche. Le 5 avril, rhumatisme des articulations médio-tarsiennes. Sueurs profuses.

Les jours suivants, la fièvre cède. Le 12 avril, à la suite de l'incision d'un volumineux abcès de la cuisse, le rhumatisme disparaît complètement. Le cœur est indemne.

Jusqu'à la fin d'avril, la malade conserve des signes de pleurésie diaphragmatique à gauche. Depuis cette époque, je ne constate plus que la tuberculose des deux sommets. A partir du 20 juin, la malade échappe à mon observation.

Stomatite de Vincent.

MM. Siredey et Mantoux. — La maladie a débuté au mois d'août par une tuméfaction des gencives, avec ulcérations et fétidité considérable de l'haleine. L'affection a progressé d'avant en arrière, gagnant en septembre le fond de la gorge, les amygdales n'ont pas été touchées, le palais et le voile du palais ont été seuls atteints, en sorte que le qualificatif stomatite répond mieux à la localisation que celui d'angine. Mais, d'autre part, les caractères des ulcérations répondent tout à fait

à celles de l'angine de Vincent. Le terme de stomatite de Vincent nous semble donc justifié.

L'examen bactériologique est du reste concordant : l'examen direct des fausses membranes montre de nombreux bacilles fusiformes, de nombreux spirilles et quelques cocci. Au niveau des ulcérations, il n'y avait même absolument que des spirilles.

Les urines de la malade contenaient 25 centigrammes d'albumine par litre.

Le traitement a consisté en badigeonnages à la teinture d'iode.

Thorax en entonnoir.

MM. Gaucher et **Crouzon** présentent un malade dont le thorax porte une déformation bizarre sur sa face antérieure; c'est une excavation en forme d'entonnoir.

M. Comby relève, chez le malade, quelques stigmates de rachitisme, et il se demande si cette maladie n'est pas en cause.

M. P. Marie n'est pas d'avis qu'il s'agisse là d'une malformation rachitique. Elle n'en a pas la configuration ni la localisation. On est en présence d'une malformation congénitale.

Pathogénie de la gangrène des extrémités dans les infections (pneumonie).

M. Dufour. — Dans le cas observé, l'absence des signes primordiaux de la maladie de Raynaud, syncope passagère, asphyxie, ne permet pas d'incriminer les centres bulbaires vasomoteurs. D'autre part, les nerfs périphériques et les artérioles périphériques ne présentent pas de lésions capables d'expliquer ces gangrènes. Il faut donc faire appel à une prédisposition des extrémités par suite de leur éloignement du cœur, et à une cause efficiente qui relève des toxines en circulation et dont l'action est directe sur les éléments cellulaires.

Cytologie d'une arthropathie tabétique.

MM. Achard et **Lœper** donnent les résultats de la cytoscopie d'une arthropathie tabétique du genou, du type hypertrophique et voie de progression.

La formule cytologique était caractérisée par la présence de nombreux globules rouges et par la prédominance des lymphocytes sur les autres globules blancs.

M. Hirtz présente deux cas d'albuminurie intermittente, l'une post-scarlatineuse, l'autre vraisemblablement prétuberculeuse.

M. Variot relate un cas d'intoxication saturnine par l'usage d'un gobelet métallique contenant 25 grammes d'étain et 75 grammes de plomb.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 11 Octobre 1901.

Cancer du côlon transverse.

M. Drucbert présente un cancer du côlon transverse dont il a fait l'ablation chez un malade âgé de 47 ans qui présentait des phénomènes d'occlusion depuis 5 jours, avec vomissements fécaloïdes depuis 2 jours. Le côlon formait une tumeur perceptible à la palpation, au-dessus et à droite de l'ombilic. Grosse comme le poing, elle était implantée par un pédicule relativement étroit sur la paroi postérieure du côlon transverse, à proximité de l'anse hépatique. Aucune adhérence. Le côlon fut sectionné à 4 centimètres en amont et à 5 centimètres en aval de la tumeur. L'épiploon et le mésentère furent liés et sectionnés et les 2 lumières du côlon réunies par une suture circulaire. L'opération dura 1 h. 1/4. Immédiatement, des matières liquides s'écoulèrent par l'anus.

Le lendemain, le malade paraît en assez bon état, la respiration est calme, il n'existe aucune douleur abdominale, mais le pouls est faible et la vessie ne contient pas d'urine. Malgré les injections de sérum artificiel, aucune modification du pouls ni de la sécrétion urinaire. Mort dans la nuit du deuxième jour.

M. Le Fort dit que dans ces cas l'anus contre nature est préférable à tout, car l'intestin doit être vide pour qu'une opération de ce genre ait des chances de réussir.

Fistule vésico-vaginale.

M. Carlier présente une malade qu'il a opérée il y a 3 semaines d'une large fistule vésico-vaginale, par le procédé du dédoublement de la cloison vésico-vaginale. La fistule était ancienne, 18 mois environ. Elle était située derrière une bride transversale qui faisait saillie dans le vagin et qui rendait la fistule presque inaccessible à la vue; d'autres brides fibreuses situées latéralement circonscrivaient la fistule et en rendaient l'abord difficile. Malgré ces conditions fâcheuses, le procédé du dédoublement réussit admirablement. M. Carlier, suivant en cela le conseil donné par Ricard, ne fit aucun point de suture à la vessie; il ne fit que l'accolement en fil d'argent des deux lambeaux vaginaux.

Aujourd'hui, c'est-à-dire 3 semaines après l'opération, la vessie, qui était restée vide pendant 18 mois, a déjà à peu près récupéré sa capacité; c'est affaire de temps pour qu'elle la recouvre intégralement.

Tumeur du cæcum.

M. Le Fort présente une tumeur du cæcum enlevée à un malade qui avait dans le flanc droit une grosseur ressemblant à une pomme. Elle comprend le cæcum, le côlon ascendant, la moitié du côlon transverse et 12 centimètres d'iléon. Le malade est mort 4 jours après l'opération. Cette tumeur était végétante, comme c'est la règle du cæcum. La circulation des matières se faisait bien. Pas de ganglions. Mort par septicémie péritonéale.

Fracture du rachis.

M. Le Fort présente les pièces d'une fracture du rachis avec lésions médullaires, produite par une chute sur l'occiput. Il y a en même temps luxation au niveau des 5e et 6e cervicales. La mort est survenue en quelques heures, avec une température de 41°,6 malgré des tentatives de réduction.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION DES LARYNGOLOGISTES DE COLOGNE

Abcès rétro-pharyngien chez un adulte.

M. Hopmann. — Il s'agit d'un homme de 22 ans qui, ayant très chaud, avait avalé d'un trait un verre de bière glacée. Il éprouva aussitôt une douleur très vive dans l'arrière-gorge, laquelle douleur devint encore plus vive le lendemain. Un médecin, appelé à cette occasion, diagnostiqua une angine et institua un traitement en rapport avec ce diagnostic.

Le malade n'en éprouva aucun soulagement. Au bout de 8 jours, la situation s'aggrava même au point que le malade qui ne pouvait plus avaler des liquides, était gêné pour respirer et avait maigri de 20 livres, se rendit à l'hôpital.

L'examen de la gorge fit voir qu'il n'y avait pas d'angine proprement dite, mais que la paroi postérieure du pharynx était repoussée par une tumeur fluctuante qui remontait en haut, derrière le nasopharynx, et dont la limite inférieure ne pouvait être atteinte.

Il s'agissait d'un abcès rétropharyngien, dont l'ouverture donna issue à 750 grammes de pus. L'exploration de la plaie et celles des apophyses épineuses, montra qu'il n'y avait pas de

carie vertébrale. Mais lorsqu'on dit au malade de se pencher en avant, un nouveau flot de pus sortit par l'incision.

Cette seconde évacuation de pus fit penser que l'abcès descendait jusqu'au médiastin. Aussi, le lendemain, l'incision fut agrandie et la plaie tamponnée avec de la gaze iodoformée. Le tampon ne resta pas en place, si bien qu'on a dû abandonner la plaie à elle-même. Sa cicatrisation se fit lentement et le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LONDRES

Séance du 22 Octobre 1901.

Dilatation aiguë de l'estomac.

M. Campbell Thomson a communiqué 4 cas de dilatation aiguë de l'estomac, caractérisés par l'apparition brusque de vomissements incoercibles et d'un état général grave, aboutissant à la mort dans l'espace de quelques jours.

Les conditions dans lesquelles est survenue cette dilatation aiguë ont été très variables. Dans un cas il s'agissait d'un homme de 48 ans soigné pour un cancer du pylore; dans le second cas, les symptômes en question sont survenus quelques heures après une néphrotomie lombaire. La troisième malade avait un cancer du pancréas constaté au cours d'une laparotomie exploratrice. Enfin dans le quatrième cas la dilatation aiguë de l'estomac est venue compliquer une pleuro-pneumonie.

Dans tous ces cas on trouva à l'autopsie un estomac dilaté descendant jusqu'au pubis et rempli d'un liquide verdâtre.

Quant à la pathogénie de cette dilatation, M. Thomson estime qu'il faut tenir compte de deux éléments : la paralysie des parois de l'estomac et une sécrétion exagérée, celle-ci étant peut-être le phénomène primitif.

M. Bradshaw croit que, pour expliquer les symptômes de la dilatation aiguë de l'estomac, il faut admettre l'existence d'une imperméabilité du pylore.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 18 Octobre 1901.

Psorospermose de la peau.

M. Ehrmann a montré un malade atteint de psorospermose héréditaire de la peau; c'est la quatrième fois que cet homme présente des manifestations de cette affection; son père en a été également atteint et a succombé dans le marasme.

Il s'agit là d'une maladie constitutionnelle qui s'accompagne à la longue d'amaigrissement, de perte des forces et d'une cachexie généralisée; aussi y aurait-il peut-être lieu de la faire rentrer dans le groupe des tuberculoses cutanées, d'autant plus que M. Ehrmann a observé un patient qui était atteint à la fois de psorospermose et de lupus. La psorospermose peut débuter dans la première enfance; elle est alors constituée par de petits nodules de couleur terreuse et de consistance élastique. Peu à peu, ces nodosités se réunissent les unes aux autres et donnent lieu à des plaques cornées qui, lorsqu'elles se détachent, laissent à nu une surface suintante, sécrétant un liquide fétide. Cette dermatose a été souvent confondue avec le *lichen scrofulosorum*, qui s'en distingue par l'existence de véritables nodules tuberculeux contenant des éléments épithélioïdes, des cellules géantes et des leucocytes.

L'hérédité joue certainement un plus grand rôle que la contagion dans le développement de la psorospermose. Le médicament qui réussit le mieux contre cette affection est l'huile de foie de morue *intus* et *extra*.

Action de l'extrait surrénal sur la motricité de l'intestin.

M. Pal a communiqué le résultat de ses recherches relatives à l'action des capsules surrénales sur la motilité de l'intestin. Ces expériences ont consisté à injecter dans les veines d'animaux curarisés de l'extrait de capsules surrénales et à enregistrer les mouvements intestinaux. On constate, dans ces conditions, un relâchement des fibres musculaires longitudinales et transversales de l'intestin, et la cessation de leurs mouvements en pendule. Les mêmes effets furent observés sur des intestins dont les nerfs avaient été sectionnés.

M. Pal estime que le relâchement des fibres musculaires de l'intestin sous l'influence de l'extrait surrénal est dû à l'action de cette substance sur les vaisseaux intestinaux.

REVUE DES CONGRÈS

QUATORZIÈME CONGRÈS FRANCAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 21 au 26 Octobre 1901.

Epithélioma calcifié, opéré et récidivé.

M. J. Reverdin (de Genève) a eu l'occasion d'enlever une tumeur de la nuque, d'une dureté osseuse, qui fit penser à un épithélioma. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma calcifié.

Contrairement à l'opinion admise par M. Malherbe, cette tumeur ne tarda pas à récidiver; la bénignité de l'épithélioma calcifié n'est donc pas aussi absolue qu'on le croit généralement. Du reste, M. Malherbe lui-même a communiqué également un fait de récidive. Sur 53 observations que M. Reverdin a pu réunir, 2 fois seulement le néoplasme a récidivé.

Le malade a refusé la deuxième intervention; depuis lors, il a été revu et on a pu constater que la tumeur récidivée présentait un volume considérable.

Infection purulente atténuée ou staphylhémie subaiguë.

M. Moty. — D'après l'étude que j'ai pu faire des localisations musculaires du staphylocoque, les abcès musculaires profonds secondaires (furoncles des muscles ou du tissu cellulaire profond), témoignant d'une infection du sang par le staphylocoque, sont plus fréquents chez l'adulte que l'ostéomyélite; celle-ci se produit, d'ailleurs, dans les mêmes conditions que les abcès musculaires.

En dehors des anthrax immédiatement graves et compliqués de phlébites, le pronostic des phlegmons staphylococciques est beaucoup moins sévère que celui des phlegmons streptococciques.

Le diagnostic des localisations profondes de l'infection staphylococcique est le plus souvent très difficile, du moins au début. Dans un cas, notamment, le début des accidents a coïncidé avec l'apparition d'une roséole syphilitique accompagnée d'une éruption furonculeuse; je soignais le malade en question pour ses furoncles depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il se plaignit d'une douleur au coude; je remarquai alors l'existence d'un abcès à ce niveau; les jours suivants, je dus inciser successivement plusieurs autres abcès, siégeant au thorax, aux lombes, à la cuisse; l'examen bactériologique du pus démontra nettement l'origine staphylococcique de l'infection. Dans un autre fait, il s'agissait d'un soldat entré à l'hôpital avec le diagnostic d'arthrite du genou; je crus d'abord à une lésion tuberculeuse; mais ayant ouvert une collection qui s'était développée depuis l'entrée du malade à l'hôpital, je fus frappé de l'aspect du pus, et en interrogeant le patient avec plus d'insis-

tance, j'appris qu'il avait eu un furoncle 1 mois auparavant; là encore le staphylocoque a été retrouvé dans le pus.

L'hémodiagnostic et le cytodiagnostic en chirurgie.

M. Tuffier (de Paris). — Ainsi que je l'ai montré avec M. Milian, l'hémodiagnostic peut rendre de très grands services en chirurgie, dans les cas où, cliniquement, le diagnostic n'hésite qu'entre deux affections, l'une suppurée et l'autre non suppurée. C'est ainsi que, chez une femme que plusieurs chirurgiens, avaient cru atteinte d'ostéosarcome, l'examen du sang, à ma grande surprise, a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une suppuration, et l'opération a prouvé que ce dernier diagnostic était exact. De même, dans certains faits où l'on hésite entre une appendicite et une autre affection, une fièvre typhoïde, par exemple, l'hémodiagnostic peut trancher nettement la difficulté. Enfin, dans le diagnostic différentiel des tumeurs, l'examen du sang pourra se montrer fort utile.

Le cytodiagnostic, imaginé par M. Widal, est appelé également à nous faciliter certains diagnostics malaisés. Pour les traumatismes craniens, notamment, l'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire permet d'affirmer le diagnostic de fracture ou au moins de contusion cérébrale, si l'on trouve du sang dans ce liquide.

Rachicocaïnisation.

M. Villar a fait une première série de 36 rachicocaïnisations, pour diverses opérations portant soit sur les membres inférieurs, soit sur la portion sous-ombilicale du tronc. Sur ces 36 cas, 2 fois seulement l'anesthésie n'a pas été obtenue, et dans ces 2 cas il s'agissait de laparotomies. En dehors de ces 2 insuccès, on n'a jamais eu aucun ennui dans l'application de cette méthode. Seule, la céphalalgie est extrêmement fréquente et d'une intensité réelle, qui en fait l'unique inconvénient de la rachicocaïnisation. Trois de ces 36 malades sont morts le soir même de l'opération, mais il s'agissait, dans le premier cas, d'une occlusion intestinale, dans le deuxième d'une fracture du bassin compliquée de désordres très graves; enfin le troisième patient était un moribond.

Dans une deuxième série, M. Villar a pratiqué environ 40 rachicocaïnisations, sans aucun accident.

M. Guinard (de Paris) a apporté dans la technique de l'anesthésie cocaïnique par voie lombaire une petite modification qui semble avoir une assez grande importance au point de vue de la généralisation de la méthode.

Cette modification consiste à remplacer, dans l'injection lombaire de cocaïne, l'eau par le liquide céphalo-rachidien comme véhicule de la cocaïne, car M. Guinard a pu s'assurer que l'injection sous-arachnoïdienne d'eau stérilisée pure suffit à provoquer tous les accidents de la rachicocaïnisation.

Depuis qu'il emploi cette modification, il n'a plus jamais observé le moindre incident après l'anesthésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de chlorhydrate de cocaïne.

M. Tuffier a employé le procédé indiqué par M. Guinard, et croit qu'on peut le réaliser d'une façon extrêmement simple en mettant dans la seringue, avant la ponction, quelques gouttes d'une solution de cocaïne très concentrée.

Deux mille anesthésies générales par le chloroforme.

M. Péraire (de Paris). Sur 2 000 anesthésies générales par le chloroforme, administré toujours à doses faibles et continues, n'a eu qu'un seul cas de mort à déplorer; celle-ci, d'ailleurs, s'est produite lorsque l'opération était terminée et que la malade allait être reportée dans son lit. On peut demander si ce décès est bien imputable à la chloroformisation, puisque les accidents de ce genre ont toujours été signalés au début de la narcose.

M. Lucas-Championnière croit que la préparation morale du malade, avant l'anesthésie générale par le chloroforme, a une assez grande importance. Il a pour sa part essayé la méthode d'anesthésie en musique dont M. Laborde a parlé à l'Académie de médecine, et il a semblé que, chez les sujets qui sont très troublés et très inquiets avant l'opération, cette méthode a comme résultat de dissiper plus ou moins complètement leurs préoccupations.

Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

M. A. Malherbe (de Paris). — Nous obtenons l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle en versant de 2 à 4 grammes du liquide anesthésique sur une simple compresse qu'on applique hermétiquement sur le nez et la bouche du malade sans lui laisser respirer d'air. La narcose survient en 20 à 40 secondes, à peu près sans agitation, et persiste 3 ou 4 minutes. On peut la prolonger par de nouvelles doses de chlorure d'éthyle, ce qui permet de pratiquer des opérations de 15 à 20 minutes de durée. Pour les interventions plus longues, on endort d'abord les patients au chlorure d'éthyle et on continue l'anesthésie avec le chloroforme.

Injections de sérum antitétanique dans le cerveau.

M. Letoux (de Vannes) a obtenu 4 fois la guérison du tétanos au moyen d'injections de sérum antitétanique dans le cerveau. Dans les 4 cas, il s'agissait de plaies des extrémités, dont 3 siégeant au pied, chez des cultivateurs, et 1 à la main, chez une cuisinière; 2 de ces malades n'ont reçu ni chloral ni opium.

Chez tous les 4, l'accident était relativement récent : il datait de 7 à 10 jours. Le traitement a été institué dès l'apparition des premiers symptômes tétaniques.

Pour pratiquer ces injections, il n'est pas nécessaire de recourir à l'anesthésie, et la technique est des plus simples.

Il est permis de se demander si les 4 succès ne sont pas dus aux doses très fortes employées (10 centimètres cubes de sérum dans chaque hémisphère).

Inclusion de vaseline dans les tissus.

M. Delangre (de Tournai) a pratiqué sur lui-même son premier essai d'injection sous-cutanée de vaseline, pour remédier à une cicatrice déprimée consécutive à un furoncle. Le résultat fut si satisfaisant qu'il se crut autorisé à appliquer le même procédé à d'autres cas variés.

Une femme opérée pour un fibrome du sein, et chez laquelle il avait injecté de la vaseline afin de supprimer la déformation, a succombé 7 mois plus tard à une pneumonie, et, à l'autopsie, on a pu s'assurer des bonnes conditions dans lesquelles s'était maintenu le bloc de vaseline.

Le plus souvent, le résultat immédiat a été très satisfaisant; 4 fois seulement on a dû réitérer l'injection de vaseline afin de compléter les effets de la première injection. Dans 3 cas, on a observé des accidents de suppuration consécutive à l'injection vaselinée.

La piqûre de la vive au point de vue chirurgical.

M. Dewèvre (de Dunkerque) attire l'attention sur les lésions osseuses consécutives aux piqûres de la vive. Il avait été déjà frappé de la fréquence de la nécrose osseuse dans les panaris reconnaissant cette origine. Récemment, il a observé deux nouveaux exemples de cet accident. Dans l'un de ces cas, la lésion était localisée à la face palmaire du médius, et la guérison a pu être obtenue sans amputation. Dans l'autre, l'amputation de l'avant-bras a été jugée nécessaire; le malade avait été piqué au niveau du poignet, et par la radiographie on constata que le carpe était entièrement détruit et que les extrémités des deux os de l'avant-bras étaient très altérées.

Traumatismes craniens ayant nécessité une intervention chirurgicale.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) est intervenu avec succès dans 6 cas de traumatismes craniens datant de 20 jours après l'accident. Chez ces blessés, il s'agissait de plaies craniennes donnant lieu à des accidents de compression, et chaque fois

la craniectomie a permis de supprimer la cause des troubles. Il en a été autrement dans une deuxième série de faits où l'opération n'a pu être que tardive.

Il est évident que l'intervention dirigée contre les complications des traumatismes craniens doit être aussi précoce que possible, et que les accidents nerveux que déterminent ces traumatismes n'ont guère de chances d'être supprimés que si l'opération n'est pas faite à une date trop tardive.

Intervention chirugicale pour accidents épileptiformes.

M. Vidal (de Périgueux) est intervenu pour des accidents de compression cérébrale chez une jeune fille atteinte d'épilepsie généralisée dont il avait été impossible de déterminer la nature. Il pratiqua une hémicraniectomie; il put ainsi découvrir une petite tumeur fibreuse de la dure-mère, dont il fit l'ablation. La malade, opérée au mois de mai dernier, a parfaitement guéri, et depuis cette époque elle n'a pas présenté la moindre crise ni le moindre vertige.

M. Peugniez (d'Amiens) a opéré en novembre 1899 un individu atteint d'épilepsie traumatique avec un état mental des plus graves, consécutivement à une fracture ancienne du crâne. Au niveau d'une cicatrice siégeant dans la région pariétale du côté droit, M. Peugniez pratiqua une trépanation qui lui permit d'enlever une assez large plaque de méningite chronique. Dès les premiers jours après l'intervention, l'état mental s'est trouvé considérablement amélioré, et peu à peu les crises épileptiformes se sont espacées, puis ont fini par disparaître.

M. Lucas-Championnière (de Paris) estime qu'avant de juger le résultat d'une intervention dirigée contre l'épilepsie traumatique, il faut attendre, non pas quelques mois, mais plusieurs années. Chez un de ses opérés, il a vu des accidents épileptiformes se produire à nouveau après 10 ans, pendant lesquels la guérison avait paru complète.

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

5e session

Tenue à Paris du 24 au 26 Octobre.

Rein mobile. Pathogénie et indications opératoires.

M. Guillet, *rapporteur*. — En clinique on est convenu d'appeler rein mobile tout rein qui, bien que n'étant pas augmenté de volume, est susceptible d'être reconnu à la palpation.

La clinique a bien établi les points suivants : le rein mobile constitue une anomalie fréquente; chez les malades examinés à l'occasion de troubles digestifs, on le rencontre dans la proportion de 20 à 30 p. 100. C'est une affection de l'âge adulte (de 25 à 40 ans). Elle est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La mobilité du rein droit est beaucoup plus fréquente que celle du rein gauche et que celle des deux reins à la fois.

Quant à la pathogénie du rein mobile, on peut dire que les conditions générales de fixation des reins sont celles de l'équilibre des viscères intra-abdominaux : toute cause susceptible de rompre cet équilibre pourra avoir un retentissement sur les reins. Parmi ces causes, nous mentionnerons spécialement le relâchement de la sangle formée par les muscles de la paroi abdominale antérieure, l'entéroptose de Glénard, l'usage immodéré du corset, enfin les poussées congestives qui se font du côté des reins, au moment des époques, surtout chez les neuro-arthritiques, et qui, en augmentant leur poids, contribuent à les déplacer.

Pour ce qui est du déplacement du rein beaucoup plus fréquent à droite qu'à gauche, il est facile de l'expliquer. Les raisons de ce phénomène sont très nombreuses.

L'absence du feuillet de Toldt en est une. En outre, le rein droit est tiraillé par un certain nombre d'organes, souvent à son pôle inférieur est suspendu le sommet du côlon ascendant, et l'on ne trouve pas, de ce côté, pour contre-balancer cette traction, le ligament pleuro-colique de Cruveilhier, qui existe à gauche. D'autre part, Tuffier décrit un ligament qui unit le cæcum à l'extrémité inférieure du rein droit; lorsque le cæcum se déplace, il tire donc sur le rein.

Enfin, Landau énumère diverses causes secondaires :

Le mésocôlon est moins résistant et plus long à droite qu'à gauche. A droite, le côlon ascendant forme, avec le côlon transverse, un angle obtus, de sorte que de ce côté pèsera le poids de ces deux portions du gros intestin, tandis qu'à gauche les côlons transverse et descendant formant un angle droit, l'effet ne sera pas le même.

L'artère rénale gauche est plus courte, et unie à la queue du pancréas. Pour Œrum et Herr, la veine surrénale droite se rendant dans la veine cave inférieure, tandis que la gauche se termine dans la veine rénale, il en résulte que le rein gauche est fixé plus intimement à la capsule surrénale.

Le duodénum s'appuie également sur le hile du rein droit, ce qui ne contribue certes pas à fixer cette glande.

Le foie vient aussi peser sur son extrémité supérieure et lui transmet les pressions auxquelles il est lui-même soumis. Il le comprime et lui imprime sans cesse des oscillations répétées.

De ces notions acquises sur la pathogénie du rein mobile, il est difficile de tirer des conclusions précises pour la thérapeutique de cette affection. Force est donc au clinicien de demander à une autre source les renseignements qui devront le guider dans le traitement du rein mobile.

Nous pensons avec bien d'autres que c'est au cortège symptomatique que devra s'adresser le clinicien pour prendre une décision.

Et, tout d'abord, il est un certain nombre de reins mobiles qui ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel et qui sont découverts par hasard. L'abstention s'impose dans ces cas.

A l'opposé de ces cas, assez nombreux d'ailleurs, se présentent ceux dans lesquels le rein mobile est le siège d'une altération plus ou moins grave, néoplasmes, hydronéphroses, pyélonéphrite avec ou sans calculs. Ici, pas de doute, non plus; le devoir est d'intervenir, en appropriant l'intervention aux diverses circonstances, et l'on fera soit la néphrectomie, si le rein est atteint d'une tumeur ou s'il est le siège d'une lésion inflammatoire très prononcée, qui rend son fonctionnement illusoire (dans ce cas, il faudra s'assurer de l'état du rein opposé), soit la néphrorraphie simple ou avec transplantation de l'uretère (urétéro-pyélonéostomie), s'il s'agit d'hydronéphrose ou de pyélo-néphrite.

Mais les cas intermédiaires entre ces deux extrêmes, cas qui sont assurément de beaucoup les plus fréquents, sont bien plus embarrassants, et mettent à contribution la sagacité du clinicien. Il devra rechercher si les troubles présentés par les malades sont sous la dépendance du déplacement rénal, et uniquement dus à ce déplacement. Cette recherche est souvent malaisée, car il n'est pas toujours facile de déterminer si la douleur ressentie par la malade provient uniquement du déplacement du rein, ou si elle ne tient pas à une cause indépendante, telle que l'hystérie ou la neurasthénie. Cependant, quand les douleurs sont bien localisées au niveau du rein, quand elles surviennent par crises occasionnées par la fatigue, par certains mouvements, quand elles sont calmées par le repos dans le décubitus horizontal, il ne paraît pas douteux que la néphropexie ne soit indiquée. Si l'on constate les stigmates de la neurasthénie ou de l'hystérie, le problème est plus difficile à résoudre, car cet état nerveux lui-même peut être sous la dépendance du rein mobile et disparaître avec sa fixation. Il faudra donc rechercher quelles relations existent entre les deux affections; l'état nerveux a-t-il pris naissance avec la mobilité rénale, ou l'a-t-il précédée? Est-il exagéré par elle? Si cela est démontré, la néphropexie est indiquée, car on a vu, avec cette opération, disparaître ou s'améliorer les troubles nerveux. Mais c'est là une question délicate qui demande une observation minutieuse et prolongée du sujet.

Il en est de même des troubles digestifs qui accompagnent souvent le rein mobile. Le chirurgien devra rechercher s'ils sont réellement dus au déplacement rénal, ou si ce dernier n'est qu'un phénomène accessoire d'un ensemble symptomatique complexe, tel que celui qu'on observe dans l'entéroptose

ou dans ce type clinique décrit par Tuffier, dont nous avons parlé plus haut. Dans ces cas, la néphropexie, n'amenant en général aucun soulagement, doit être rejetée.

Nos conclusions seront donc celles-ci :

1° Ne pas opérer les reins mobiles qui ne donnent lieu à aucun trouble. Se contenter alors de l'usage d'une ceinture;

2° Opérer ceux qui sont le siège d'une dégénérescence néoplasique ou inflammatoire telle qu'hydronéphrose, pyélonéphrite, en appropriant l'opération aux diverses circonstances;

3° Recourir à la néphrorraphie pour les reins mobiles douloureux, et pour ceux qui donnent lieu à des troubles digestifs, quand il est bien démontré que les douleurs et les troubles digestifs sont dus au déplacement du rein. Dans ces derniers cas on pourra d'ailleurs, avant d'opérer, essayer l'usage d'une ceinture.

M. E. Chevalier, *co-rapporteur*. — Les relations de l'hydronéphrose intermittente avec le rein mobile. — I. — *Etranglement rénal.* — Après un effort, une marche, une fatigue, on voit survenir une violente douleur dans le flanc avec des irradiations simulant la colique néphrétique, des vomissements, des lipothymies, un facies grippé, qui indiquent un état grave : c'est l'étranglement rénal.

La pathogénie des accidents a été diversement interprétée. Il s'agit, comme dans l'hydronéphrose intermittente, d'une augmentation de tension brusque dans les reins. Sinitzine, étudiant un malade porteur d'une extrophie de la vessie, a pu, en pinçant l'orifice urétéral, provoquer sur le rein correspondant de grandes crises douloureuses. Albarran, au cours d'un cathétérisme urétéral permanent, a vu les mêmes accidents quand la sonde fonctionnait mal et provoquait de la rétention. Guyon et Albarran, dans leurs travaux sur les rétentions rénales, ont donné la même explication.

L'étranglement rénal est donc causé par une crise aiguë de rétention.

II. — *Hydronéphrose intermittente.* — Des crises de douleur localisée au rein et irradiée, avec augmentation du volume du rein, oligurie temporaire (anurie quelquefois), suivie d'une grande débâcle urinaire qui produit la disparition de la tuméfaction rénale et la cessation des douleurs, voilà l'hydronéphrose intermittente; cet accident n'est pas rare dans le rein mobile.

Au cours du rein mobile s'observent parfois de petits degrés de rétention rénale qui se révèlent par le cathétérisme urétéral : un degré de plus, et ce sera l'hydronéphrose intermittente. Il faut savoir pourtant, Albarran l'a montré, que la congestion seule du rein a pu provoquer de la douleur suivie d'une abondante débâcle de polyurie qui n'était pas causée par une vraie rétention aiguë d'urine dans le bassinet.

Tant qu'elle est intermittente, l'hydronéphrose du rein mobile est une hydronéphrose ouverte dont la pathogénie paraît s'expliquer de la manière suivante.

Le rein, quand il descend, cesse bientôt de rester vertical et transversal; il subit, autour de son axe vertical, un mouvement de torsion qui rend son bord externe convexe plus antérieur; il subit en outre, parfois, de petits déplacements : son pôle antérieur se place plus en avant, et se met en antéversion; l'antéversion se combine avec de l'antéflexion, il peut se produire de la rétroversion, avec encore compression de l'uretère par le bord inférieur du rein.

Ces petits déplacements sont beaucoup moins fréquents que les grands déplacements; dans ces derniers, le rein continue sa descente en masse, mais il est bientôt forcé, par la tension de son pédicule vasculaire, de se placer obliquement en bas et en dedans, puis transversalement; son extrémité supérieure se porte en dehors et en arrière, son extrémité inférieure va en dedans et en avant.

L'uretère subit, de ce fait, des modifications qui fournissent la clé des phénomènes observés.

Dans les cas relativement récents on constate que l'uretère, dans sa partie supérieure, présente des courbures en S, tantôt sur le même plan transversal, tantôt avec torsion, ou bien il présente une coudure plus ou moins nette, qui peut quelquefois être provoquée par la flexion de l'uretère sur une branche vasculaire.

Dans les hydronéphroses anciennes, les lésions sont plus avancées; sur la paroi externe du sac hydronéphrotique, on voit ou plutôt on sent un cordon mince, blanchâtre, qui se confond dans une certaine étendue avec les parois de la poche; c'est l'uretère. A l'ouverture du sac, on trouve difficilement l'orifice urétéral; la poche se termine brusquement sur l'orifice urétéral qui présente une valvule circulaire plus ou moins nette, paraissant secondaire à l'hydronéphrose. L'abouchement urétéral dans la cavité de la poche se fait bien plus haut que le point déclive du bassinet, et laisse au-dessous de l'orifice d'évacuation une poche en cul-de-sac mort où stagnent les liquides.

Le rein mobile est-il la cause de l'hydronéphrose?

La question n'est pas tranchée au point de vue expérimental : il semble qu'elle le soit mieux au point de vue clinique. Depuis que Guyon a publié le premier cas de guérison par la néphropexie, d'autres exemples s'y sont ajoutés; en outre, le cathétérisme urétéral a permis à Albarran, Michon et Pasteau, et d'autres, de vérifier l'existence de crises de rétention temporaire au cours du rein mobile.

L'hydronéphrose intermittente, au cours du rein mobile, est une des indications opératoires principales du traitement de cette affection.

Indications opératoires suivant les formes du rein mobile. — Le rein mobile est souvent silencieux et ne provoque aucun accident; par hasard, à l'occasion d'une exploration abdominale, on en fait la découverte : la malade n'en a jamais souffert. Il est inutile de traiter cet état qui ne donne aucune gêne.

Les reins mobiles qui forcent les malades à consulter le médecin se traduisant par divers symptômes qui les ont fait classer pour la commodité de la description, en trois catégories d'après la prédominance des symptômes : reins mobiles douloureux, les plus fréquents; reins mobiles névropatiques ou neurasthéniques; reins mobiles dyspeptiques.

a) *Forme dyspeptique du rein mobile.* — Les troubles digestifs du rein mobile peuvent être de trois variétés:

1° Des troubles purement mécaniques, rares comme l'obstruction intestinale par compression provoquée par le rein, l'ictère apparaissant avec la néphroptose et disparaissant avec elle, la lithiase biliaire par compression du cholédoque, enfin la compression ou le tiraillement du duodénum avec dilatation de l'estomac.

L'obstruction et l'ictère sont des indications opératoires précises ; si le diagnostic de la cause a été posé, on fera la néphropexie, sinon on fera d'abord la laparotomie pour lever l'obstacle, et ultérieurement la fixation du rein.

2° Des troubles nerveux de l'appareil digestif très fréquents : dyspepsie atonique, constipation, dilatation de l'estomac par atonie réflexe, gastralgie, hyperchlorhydrie, vomissements.

3° Des troubles dus à l'entéroptose concomitante. C'est ici l'un des types les plus nets du rein mobile compliqué dans lequel l'intervention chirurgicale sur le rein est généralement rejetée.

b) *Forme neurasthénique du rein mobile.* — C'est la plus mauvaise forme au point de vue des résultats opératoires. La néphropexie donne à peu près la moitié d'insuccès avec 50 p. 100 de guérisons, 36 p. 100 d'échecs complets, 14 p. 100 d'amélioration simple.

Les résultats opératoires sont incertains, comme dans l'hystéro-traumatisme sont variables les suites d'un accident; la névrose pouvant disparaître avec sa cause occasionnelle, comme elle peut persister après elle ; et à cet égard on est à peu près dans l'inconnu.

Il convient donc, dans les formes neurasthéniques du rein mobile, de chercher à traiter la malade par les moyens médicaux et orthopédiques, avec patience et persévérance, de n'opérer qu'en cas d'échec et de faire les réserves les plus expresses sur les résultats curatifs.

c) *Forme douloureuse du rein mobile.* — La forme douloureuse du rein mobile, quand elle s'accompagne de peu de troubles digestifs et nerveux est la plus satisfaisante au point de vue chirurgical.

La néphropexie dans ces formes douloureuses donne jusqu'à 88 p. 100 de guérisons : elle supprime nettement la mobilité du rein et la douleur qui en dépendait.

Ses résultats sont favorables; là-dessus tous les auteurs sont d'accord.

Mais le but qu'on cherche par la néphrorrhaphie, c'est-à-dire l'immobilisation du rein, ne peut-il pas être obtenu à moins de frais?

Les auteurs conseillent presque tous d'essayer le traitement orthopédique avant d'en arriver à l'opération et je me rangerai à leur avis.

Il faut encore tenir compte de l'état social des malades : s'il s'agit d'hommes ou de femmes exposés à des travaux pénibles, ayant de grandes manifestations douloureuses, l'opération sera préférable; s'il s'agit au contraire de personnes pouvant se ménager, le bandage sera le plus souvent suffisant.

En cas d'échec du bandage ou de la ceinture, la néphropexie reprend tous ses droits.

d) *Reins mobiles avec complications portant sur le rein lui-même.* — Lorsque le rein mobile s'accompagne de symptômes nouveaux, hématurie, pyurie, des indications plus précises se présentent.

L'hématurie, rare il est vrai, a été guérie par la néphropexie.

La pyélonéphrite et la pyonéphrose peuvent devenir une indication opératoire, mais leur traitement est le même que dans les cas où le rein n'est pas mobile. Les complications qui donnent les indications opératoires les plus nettes sont l'étranglement rénal et l'hydronéphrose intermittente.

Les dégénérescences du rein (tumeurs), la lithiase du rein, seront traitées comme elles le seraient si le rein n'était pas mobile.

Contre-indications. — Ce sont d'abord les mêmes contre-indications que pour toute intervention chirurgicale : l'âge avancé du sujet, son mauvais état général, l'existence d'une affection organique du cœur, du poumon ou d'un autre viscère, le diabète, l'albuminurie vraie.

L'état cachectique du malade est souvent une contre-indication, il faut pourtant examiner avec soin si la néphroptose n'y joue pas un rôle prépondérant.

L'état mental ou nerveux de la malade, qui est le plus souvent une contre-indication opératoire, ne l'est pas d'une façon absolue. La question des psychoses post-opératoires, discutée à la Société de chirurgie, d'après les travaux de Picqué, montre que les indications et contre-indications n'ont rien d'exclusif. Il faudra toujours essayer d'abord le traitement orthopédique, mais en cas d'échec de celui-ci, l'état mental ou nerveux du malade ne sera pas toujours une contre-indication opératoire, si l'on peut établir le rôle générateur de la néphroptose. Le pronostic sera pourtant réservé au point de vue des résultats définitifs.

DISCUSSION

M. Delagénière (de Tours) signale un point particulier de la pathogénie du rein mobile : la faiblesse des moyens de fixité du rein. Même chez des individus sains, on peut voir un rein se déplacer à la suite d'un effort considérable. M. Delagénière observe un cas de ce genre chez un homme qui voulut retenir une pierre dans un éboulement, et qui eut un déplacement rénal consécutif.

Chez deux femmes, soignées d'abord pour une affection légère, l'accouchement fut douloureux et, quelque temps après, on a constaté un déplacement du rein qui n'existait pas avant l'accouchement.

Partant de cette donnée de l'importance de l'effort, nous comprendrons que plus le corps sera affaibli, débilité, plus on pourra rencontrer aisément le déplacement rénal, à la suite d'efforts minimes.

M. Delagénière attribue à la grossesse une grande importance à ce sujet. D'après une statistique, les femmes, examinées pendant la période génitale, présentaient un rein en ectopie dans la proportion de 1 pour 8, tandis qu'avant la période génitale, 1 pour 40 seulement présentait un rein déplacé.

Sur 23 néphrorrhaphie, M. Delagénière a eu 2 insuccès, 20 succès opératoires, et 16 résultats très heureux.

M. Hamonic (de Paris) cite une observation de déplacement horizontal du rein, en arrière de l'estomac.

Il s'agit d'un malade de 38 ans, nerveux de longue date, atteint, il y avait plusieurs années, d'entéro-colite muco-membraneuse. Il présenta une ectopie rénale droite, qui alla s'accusant. En même temps, se développa une neurasthénie intense, avec troubles digestifs, sous forme de douleurs violentes paroxystiques, au niveau de l'appendice xiphoïde.

Le malade se rendit compte qu'en se couchant sur le côté droit, ses douleurs se calmaient, de même sur le dos; au contraire, le décubitus sur le côté gauche était des plus douloureux.

De là, un état hypochondriaque qui alla jusqu'aux idées de suicide.

Examiné pendant une crise, ce malade fut reconnu atteint d'ectopie rénale rétro-gastrique, les crises se calmaient quand on faisait rentrer le rein dans sa loge.

La néphropexie fut proposée et acceptée. Depuis un an que l'opération a eu lieu, le malade est complètement guéri.

M. Landau (de Berlin). — Le rein mobile ordinaire n'est pas d'origine congénitale. Dans ce dernier cas, à l'insuffisance du développement de la cage thoracique (thorax étroit), s'ajoute l'influence des mouvements respiratoires, qui poussent le rein par en bas. Généralement, alors, les deux reins sont descendus, mais ces reins ne sont pas douloureux.

La plupart des reins mobiles représentent un mal acquis : la principale cause est un amaigrissement rapide.

Le déplacement du rein une fois établi, les mouvements respiratoires contribuent à l'augmentation de l'ectopie. La constipation opiniâtre, l'habitude de soulever de lourds objets sont des causes qui augmentent la mobilité du rein.

Une autre cause réside dans les modifications fréquentes de tension de l'abdomen, comme cela se passe chez les multipares : les muscles abdominaux prennent ainsi l'habitude de se distendre et de se relâcher, ce qui laisse descendre les viscères abdominaux, et en particulier le rein.

Enfin, il faut signaler aussi les causes traumatiques, dont l'auteur n'accepte l'intervention qu'autant que le rein était préalablement déplacé ou prédisposé au déplacement.

Au point de vue thérapeutique, la néphropexie n'assure pas, d'une façon certaine, la fixité du rein, aussi doit-on recourir d'abord au traitement orthopédique. Il suffit, pour soulager le malade, de restreindre la mobilité du rein. Il est même essentiel de laisser au rein un certain degré de mobilité relative. Or, toutes les méthodes de néphropexie remplacent un rein déplacé et mobile, en un rein déplacé fixe. C'est pourquoi la ceinture hypogastrique est à préconiser dans les reins mobiles.

M. Pousson (de Bordeaux) n'a opéré que 16 reins mobiles. 8 de ces femmes présentaient la forme douloureuse, 4 la forme dyspeptique, 2 la forme neurasthénique, 1 enfin était atteinte d'hydronéphrose intermittente.

Aucune n'a succombé. Deux ont eu de l'infection qui a nécessité la néphrectomie. L'une avait eu une cystite puerpérale. L'autre fut infectée directement; elle avait des hématuries.

Les autres malades, au nombre de 14, se décomposent ainsi : 9 ont été suivies assez longtemps, 4 sont demeurées complètement guéries, 4 autres perdues de vue.

Trois atteintes de forme dyspeptique ont vu leurs troubles s'amender. Une seule présentant du syndrome neurasthénique a été guérie totalement. Enfin, cette atteinte d'hydronéphrose intermittente a été guérie également.

La fixation du rein n'enlève pas toujours les accidents douloureux du rein mobile. C'est que ce n'est pas toujours au déplacement du rein que sont dus ces phénomènes. Il n'y a plus à faire dans ces algies, analogues aux ovarialgies, qu'à se borner à la néphropexie.

M. Albarran (de Paris) appelle l'attention sur la complication des pyélonéprites dans les cas de rein mobile et les moyens destinés à y remédier. Plusieurs fois M. Albarran est intervenu dans des cas de ce genre. Tout dernièrement il a observé trois cas dans le service de M. Guyon. Dans un cas, qu'il avait vu précédemment avec M. Bouilly, on s'était borné au traitement médical et la malade avait guéri. Voici quelques détails sur les trois autres malades. Il s'agit de femmes jeunes n'ayant jamais souffert de rein mobile. Brusquement, elles ont été prises de douleurs rénales, de frissons, fièvre ; chez les trois, on constata l'existence de gros reins descendus au-dessous des côtes ; état général inquiétant, urines troubles.

M. Albarran considéra qu'il fallait se borner au traitement

médical (diurétiques, injections de sérum), et la fièvre tomba sous cette influence. A la suite on put voir qu'il s'agissait de gros reins mobiles qui finirent par ne plus être douloureux.

Au bout de 1 mois 1/2 après la disparition de la fièvre, M. Albarran crut, au contraire, devoir pratiquer la néphropexie. Chez ces trois malades, il trouva des altérations rénales (adhérences péritonéales, taches ecchymotiques de la capsule, etc...). Dans aucun des trois cas il n'a constaté de coudure de l'uretère. Il se borna donc à la néphrorrhaphie. Toutes trois guérirent sans aucune complication.

M. Tédenat (de Montpellier) vient insister sur la déchéance de la nutrition des neuro-arthritiques qui présentent un rein mobile. Mais, à côté de cette déchéance, il y a aussi à signaler l'influence des déviations de la colonne lombaire. Mais il est certain que le traumatisme paraît surtout être à la source du rein mobile.

Il faut savoir que le traitement général (massage, bonne alimentation) et le traitement orthopédique (sangle de Glénard) donnent de bons résultats. Il faut réserver la néphropexie aux reins très douloureux dus à une rétention dans l'uretère.

Sur douze opérations de ce genre, j'ai eu deux insuccès et dix succès. Chez deux, j'ai eu à observer des adhérences très nettes entre le côlon et le rein.

M. Duret (de Lille). — Les indications opératoires qui se dégagent de la discussion précédente me paraissent être les suivantes. Tout d'abord le rein douloureux, les phénomènes neurasthéniques et gastriques n'étant que surajoutés.

De même dans les chutes du rein avec hydronéphrose intermittente, la néphropexie doit être employée.

Mais il y a une troisième indication sur laquelle on n'a pas assez insisté; c'est la néphroptose traumatique. Je ne suis pas comme M. Landau, je ne doute pas de la réalité des ptoses traumatiques. Je possède par devers moi au moins trois observations de ce genre. Dans ces cas la néphropexie est indiquée.

Et, à ce propos, j'insisterai sur la nécessité d'une bonne néphropexie pour avoir de bons résultats.

J'ai eu occasion de faire une autopsie chez une femme, morte de phthisie, après avoir subi une néphropexie, plusieurs mois auparavant. Le rein présentait à sa partie convexe un ligament continu, rayonné, qui remontait jusqu'à la côte. Donc, en se servant de procédés précis, on peut arriver à fixer le rein très bien et très haut.

En somme, je crois que la néphropexie est une bonne opération, qui restera, une fois que ses indications seront nettement posées.

M. Galland-Gleize (de Vittel). — Il y a des rapports très nets, comme symptômes, entre certains cas de rein mobile et douloureux et la colique néphrétique; et cependant, il ne s'agit pas de colique néphrétique calculeuse.

Sans doute, il se peut qu'il y ait de la gravelle latente dans les voies urinaires, l'auteur en a observé plusieurs cas.

Il peut aussi y avoir des coliques néphrétiques sans lithiase. Mais, dans les cas observés par l'auteur, il existait un rein mobile douloureux, uniquement et seul responsable des crises de coliques pseudo-néphrétiques, car le port d'une ceinture de Glénard a fait disparaître ces crises.

M. Carlier (de Lille) a rencontré peu de reins mobiles justiciables d'une opération : 8 cas.

Chez deux sœurs, atteintes de rein mobile, il a trouvé, chez l'une, une anomalie de la main qui pouvait faire admettre que la mobilité du rein pouvait être d'origine congénitale.

Il signale un cas de rein mobile chez une femme de 65 ans, chez laquelle, d'ailleurs, le rein ne fut plus douloureux après le port de la ceinture.

M. Carlier n'a observé qu'une néphroptose traumatique, mais, pour lui, le rein n'est devenu douloureux qu'à cette occasion, et il était déplacé auparavant.

Chez les lithiasiques uriques présentant un rein mobile, il faut faire la néphropexie.

L'auteur se sert toujours du catgut, qu'il enroule autour de la dernière côte.

M. Heresco (de Bucarest) a opéré un rein gauche mobile très douloureux, avec un résultat parfait. La souffrance paraît avoir été due, dans ce cas, à l'étirement des nerfs du plexus rénal.

M. Legueu (de Paris) considère le rein mobile comme la manifestation locale d'une maladie générale portant sur l'ensemble des tissus fibreux musculaires et nerveux. La thérapeutique doit s'en déduire.

Cette maladie est caractérisée par un état de dénutrition.

M. Legueu ne croit pas aux lésions congénitales du rein. Il y a un fait qui l'a frappé, c'est qu'au delà de 25 ans, les femmes ont une chance sur deux d'avoir un rein mobile. Si cette maladie était héréditaire, pourquoi, à côté de cela, l'homme n'en serait-il presque pas atteint? Il y a donc un facteur qui, chez la femme, provoque la néphroptose, et ce facteur, c'est la grossesse.

Ce n'est pas le seul facteur, chez les femmes sans enfants, le rein mobile tient à l'appareil génital spécial et, ici, le facteur étiologique est la menstruation.

C'est à la lumière de ces idées que M. Legueu aborde la thérapeutique du rein mobile. Il opère très peu de reins mobiles. Il a fait dix à douze néphrorraphies dans huit à dix années. Il a recours généralement au bandage sans pelote; la sangle de Glénard donne un bénéfice thérapeutique réel.

Quant à la néphropexie pour rein mobile seul, sans complications, trois indications dirigent l'intervention dans ces cas : douleur, dyspepsie, neurasthénie. Pour moi, ces trois phénomènes sont concomitants.

Quand le rein n'est pas douloureux par lui-même, M. Legueu n'a jamais opéré pour remédier à la dyspepsie ou à la neurasthénie. Mais, au contraire, la néphrorrhaphie est tout indiquée lorsqu'il y a des phénomènes douloureux du côté du rein, ce rein mobile douloureux étant susceptible de modifier, pour les aggraver, des symptômes concomitants dont il n'est pas la cause (dyspepsie, neurasthénie).

M. Pasteau (de Paris) a trouvé, dans deux cas de néphrorraphies, des artères qui naissaient plus bas qu'à l'état normal. Ce peut être le tronc principal, au lieu des artères surnuméraires, qui naît plus bas.

Quant aux anomalies de longueur, elles existent; presque toujours il y a allongement du pédicule, et souvent aussi une torsion du pédicule peut être rencontrée.

Ces anomalies fréquentes me font dire qu'il existe certainement beaucoup de reins mobiles congénitaux.

M. Fr. Glénard. — Quels sont les caractères de l'entéroptose? En répondant à cette question en face du rein mobile, on pourra ainsi être renseigné sur l'origine de la néphroptose et la traiter par le traitement de l'entéroptose. Les caractères subjectifs de l'entéroptose sont les suivants : sensation de faiblesse, de lassitude, surtout vers 3 heures, intolérance de certains aliments, du lait, du vin; constipation, réveil à 2 heures du matin.

Les symptômes objectifs sont : la sensibilité et la délimitation palpable du cæcum et l'hypotention abdominale.

Si l'on ajoute à cela l'épreuve de la sangle, on a tous les symptômes du syndrome : entéroptose.

Nombreux sont les reins mobiles où le traitement de l'entéroptose donnera des guérisons. Le traitement orthopédique ne suffira donc pas, il faudra faire le traitement complet et rigoureux de l'entéroptose.

Cette thérapeutique comprend quatre points cardinaux : la sangle, les laxatifs quotidiens (7 grammes de sulfate de soude le matin, un peu d'aloès le soir), la diète carnée, le bicarbonate de soude.

M. Paul Delbet croit, comme M. Legueu, que le rein mobile est une affection d'origine utérine, mais, pour lui, cette ptose serait consécutive à une infection de la matrice.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Meunier (Louis). *Étude sur l'endocardite infectieuse d'origine annexielle chronique.* N° 627. (Boyer.)

M. Favre (Jean). *Quelques considérations sur la pathogénie des phlébites, en particulier de la phlegmatia alba dolens.* N° 626. (J. Rousset.)

M. Lefillatre (Gaston). *Étude sur l'allaitement artificiel dans la classe pauvre. La « Goutte de lait » du Havre.* N° 170. (L. Boyer.)

M. Markoff (Stoyan). *De l'hystéro-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail.* N° 617. (L. Boyer.)

M. Boucher (Jules). *De l'exercice de la médecine sur la frontière franco-belge.* N° 467. (Vigot.)

M. Dervieux (Firmin). *Les expertises médico-légales.* N° 468. (Baillière).

M. Ravary (Charles). *Les expertises médico-légales. Leur histoire, leur réforme.* N° 605. (J. Rousset.)

M. Louis Meunier rappelle que les affections chroniques des trompes peuvent donner lieu à une endocardite infectieuse.

Cette relation existe fréquemment, on le sait, dans le cas d'une affection aiguë des organes génitaux de la femme, que cette affection soit due à la puerpéralité ou à la blennorrhagie.

Dans ces cas aigus, l'infection est telle qu'on peut dire qu'elle est générale d'emblée, ou que la métrite, la salpingite n'ont été qu'une étape de l'infection.

La salpingite chronique, sans poussée aiguë, liée ou non à une métrite chronique, peut donner lieu à une endocardite infectieuse, surtout quand l'endocarde a déjà été atteint antérieurement par le rhumatisme.

La rareté de l'infection s'explique par le peu de virulence ordinaire du contenu de la poche salpingienne, qui souvent, d'ailleurs, reste stérile.

L'endocardite infectieuse d'origine annexielle n'a pas de marche spéciale; la forme qu'elle revêt est surtout celle de la fièvre typhoïde.

Les microorganismes rencontrés au niveau de l'endocarde sont indéterminés.

Le pronostic, le traitement, sont ceux de l'endocardite infectieuse en général.

A côté des phlébites infectieuses, il existe d'autres cas dans lesquels l'infection semble ne jouer qu'un rôle secondaire, peut-être même parfois nul.

Ces phlébites paraissent ressortir d'une intoxication, que cette intoxication soit endogène ou qu'elle soit exogène.

On peut admettre jusqu'à un certain point que différents facteurs puissent jouer un rôle dans la production de ces accidents phlébitiques. M. Jean Favre, élève de Charrin, admet notamment dans la grossesse :

La déminéralisation de l'organisme; un excès de matières minérales en circulation.

Un état particulier du sang, une acidité humorale qui semblent favoriser la coagulation.

Enfin, de nouvelles recherches diront peut-être si le mucus joue quelque rôle dans la genèse des thromboses de la puerpéralité.

M. Lefillatre étudie la « Goutte de lait » du Havre, œuvre établie à peu de frais, qui fonctionne depuis deux années seulement et dont les résultats sont déjà très satisfaisants. D'après les statistiques qu'il publie, cette œuvre a fait tomber la moyenne des cas de décès par entérite de 14,87 p. 100 à 5,21 p. 100 en 1899; en 1900, tandis qu'en ville la mortalité était de 14,25 p. 100, elle était à la « Goutte de lait » de 6,45 p. 100. Ces résultats satisfaisants montrent l'utilité de créations semblables, qui peuvent s'organiser à très peu de frais et rendre de grands services.

D'après M. Markoff l'hystéro-neurasthénie traumatique peut apparaître chez des individus indemnes de toute tare hystérique.

Les troubles nerveux sont alors beaucoup plus graves que dans l'hystérie simple ou même compliquée de neurasthénie et ils constituent une incapacité absolue de travail.

Le législateur n'a pas prévu ces affections souvent tardives lors de la promulgation de la loi du 9 avril 1898. Il serait à désirer que la loi fut complétée à ce point de vue.

Le médecin expert en présence d'un sinistré doit toujours, même si celui-ci ne présente aucune lésion appréciable dans les délais légaux, réserver son pronostic, puisque les troubles hystéro neurasthéniques peuvent apparaître très tardivement.

M. Jules Boucher attire l'attention sur les abus fréquents de certains médecins belges, ne respectant pas les conventions établies pour les attributions des médecins français et belges exerçant sur la frontière, et sur la nécessité de réprimer ces abus. Quelques moyens pratiques pourraient cependant diminuer ces abus sans que les malades résidant dans des communes non limitrophes aient à souffrir de l'application de ces moyens propres à satisfaire les médecins français, moyens conformes aux lois et conventions établies.

La vigilance et la hardiesse sont nécessaires de la part des médecins français, pour aider au résultat, ainsi que l'assistance d'un tribunal soucieux de faire respecter les lois.

La réforme des expertises médico-légales, et la nouvelle législation adoptée par la Chambre sont examinées par M. Dervieux; il se rallie à ce projet de loi mais avec les modifications suivantes :

Dans les expertises d'urgence, l'expert sera, autant que possible, choisi sur la liste annuelle; le délai donné à l'inculpé pour choisir son expert sera ramené au plus à 12 heures; les constatations immédiates seront dictées à un greffier au fur et à mesure que l'expertise avancera; les experts pourront être récusés; le tiers-expert ne pourra être choisi que parmi les membres de droit de la liste annuelle. Si les experts ne sont pas unanimement d'accord sur le choix du tiers-expert, la question sera portée devant la commission des superarbitres.

Il souhaite enfin : que les honoraires des experts soient plus rémunérateurs et que l'enseignement de la médecine légale soit réformé.

Après une étude très documentée sur les expertises médico-légales, M. Charles Ravary propose, en raison des nombreuses critiques faites à leur organisation actuelle les réformes suivantes :

Création à la Morgue de Paris d'un Institut où les docteurs en médecine recevront en médecine légale et en toxicologie un enseignement professionnel approprié.

Dans toutes les Facultés de province, un enseignement analogue sera organisé, chacune d'elles mettant à la disposition des futurs experts toutes les ressources dont peut disposer la ville où elle est installée.

Création d'un diplôme de médecin ou chimiste-expert qui sera délivré par le ministre de l'Instruction publique à la suite d'un examen subi devant les professeurs et agrégés des diverses Facultés. Ce diplôme fera la preuve de l'instruction spéciale des futurs experts.

Les listes de médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises devant les tribunaux, dressées chaque année par les Cours d'appel, ne comprendront que les noms de médecins ou chimistes diplômés.

Les médecins commis aux fins de pratiquer une autopsie médico-légale devront se conformer, dans la pratique de cette opération, à un règlement établi une fois pour toutes, sorte de questionnaire analogue au régulatif allemand. L'auteur préconise enfin l'établissement de l'expertise contradictoire et l'organisation à Paris d'une Commission supérieure des expertises, chargée de juger les questions d'ordre scientifique qui auraient donné lieu à des contestations entre les experts.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibromes.

Résumé du rapport lu au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie* de Nantes. — Septembre 1901.

Par M. le Dr André Boursier,

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Bordeaux.

Nous devons comprendre sous le nom de *dystocie par fibromes*, tous les cas de grossesses dans lesquels la présence des tumeurs fibreuses, occasionne soit directement soit indirectement, des difficultés ou des obstacles au travail de l'accouchement et à l'expulsion du fœtus.

Les fibromes utérins sont capables d'occasionner la dystocie par plusieurs mécanismes que nous devons successivement examiner.

1° Ils peuvent souvent produire des déformations très variables de la cavité utérine qui entraîneront des irrégularités de l'accommodation fœtale et par suite des positions vicieuses du fœtus; il existera alors une *dystocie d'origine fœtale*.

2° Les fibromes peuvent aussi gêner la contraction utérine et produire, par leur présence, des modifications dans le rhythme, la force, et l'intensité de ces contractions : c'est la *dystocie d'origine utérine*.

3° Dans un dernier groupe de cas, les fibromes, par leur siège, par leur situation, par leur nombre, causent un rétrécissement marqué de la filière génitale, un obstacle mécanique au passage du fœtus. C'est là la véritable *dystocie fibreuse*, celle sur laquelle nous devons particulièrement insister, car c'est surtout dans cette variété que seront indiquées les *interventions chirurgicales*, les formes précédentes étant moins graves et *ordinairement justiciables* des interventions obstétricales. On conçoit — et le fait avait été déjà mis en lumière par Tarnier à la *Société de Chirurgie* en 1869 — que pour qu'un fibrome puisse devenir un obstacle sérieux à l'accouchement, il faut qu'il soit *descendu dans l'excavation* ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Les fibromes dystociques seront donc surtout ceux qui siègent dans le bassin et en première ligne, ceux qui naissent soit *sur le col*, soit sur la *région inférieure de l'utérus*.

Les fibromes du col sont peut-être encore plus souvent dystociques que ceux du corps, qu'ils se développent dans sa portion vaginale ou dans sa partie sous-vaginale, en apportant un obstacle à la dilatation cervicale ou bien en créant une rigidité particulière.

Parmi les fibromes du corps, il faut faire une place à ceux qui naissent au niveau de l'isthme et sur le segment inférieur de l'utérus. Ces fibromes seront dystociques quel que soit leur siège et leur forme ainsi que l'a démontré Turner.

Les fibromes à siège postérieur seront plus facilement dystociques que ceux des régions antérieures et latérales, maintenus en effet contre la concavité du sacrum et la portion avoisinante des os iliaques ne pourront pas s'échapper de cette ceinture osseuse. Il suffira alors, dit Turner, de 2 centimètres d'épaisseur de tissu fibromateux à ce niveau pour que l'engagement ne puisse se faire.

Il faut mettre à côté de ces fibromes, ceux qui sont intra-ligamentaires ou inclus dans le ligament large, ou rétro-péritonéaux, qui, par suite de leur siège pelvien fixe, seront très souvent dystociques.

Si la plupart des fibromes interstitiels du fond de l'utérus et les sous-péritonéaux à siège franchement abdominal, n'occasionnent jamais de dystocie vraie, il peut arriver que certaines tumeurs pédiculées sous-séreuses retombent en arrière de l'utérus dans la cavité de Douglas, s'y fixent et forment un obstacle absolu à l'accouchement. Cette disposition a été observée dans quelques cas.

Il paraît donc, à première vue, facile de savoir à l'avance quels seront les fibromes dystociques, et par suite, aisé de prévoir cette dystocie et de la prévenir par un traitement approprié. Cela serait exact si au milieu des modifications apportées à l'appareil génital par l'évolution de la grossesse et le travail de l'accouchement, la tumeur fibreuse restait un obstacle inerte, immobile, invariable. Or, on sait que les corps fibreux participent aux modifications imprimées par la grossesse et l'accouchement au muscle utérin. Il subissent dans leur position, leur forme, leur volume, dans l'intimité même de leur structure, des troubles considérables, dont l'accouchement ne marque pas toujours le terme.

Cette évolution particulière peut alors modifier l'acte obstétrical de telle sorte que c'est de son action plus ou moins complète sur la tumeur que pourra dépendre l'indication opératoire.

C'est surtout dans les derniers mois de la grossesse que ces variations des fibromes prennent de l'importance et de l'intérêt; elles se présentent sous trois formes : l'*augmentation du volume*, le *ramollissement*, les *déplacements*. La première accompagne la gestation; les deux dernières peuvent quelquefois se manifester presque exclusivement au moment du travail.

L'augmentation du volume des fibromes gravidiques est presque constante. On peut la rapprocher avec Guyon de l'accroissement de ces mêmes tumeurs pendant la

période menstruelle. Elle a les mêmes causes, et aussi le même caractère transitoire. On a vu certains fibromes n'apparaître que pendant la grossesse et disparaître après chaque accouchement. Ils peuvent montrer des déformations et même se déplacer. D'habitude, ils accompagnent le corps utérin dans son développement. Ceux qui occupent le fond et la moitié supérieure de l'utérus remontent avec lui dans la cavité abdominale; ceux qui siègent sur le segment inférieur et sur le col ont au contraire tendance à s'abaisser. Quelques-unes subissent une poussée qui les fait apparaître au museau de tanche ou dans le vagin. Cela est vrai surtout pour les polypes fibreux dont le pédicule s'allonge. Enfin certaines tumeurs interstitielles, grâce à l'amincissement de la paroi utérine, peuvent subir une véritable énucléation, soit du côté de la muqueuse, soit du côté de la séreuse.

Mais, dans les derniers mois de la grossesse, parfois presqu'à son terme, parfois même pendant le travail, les fibromes peuvent subir deux modifications nouvelles, capables de transformer complètement leur caractère dystocique : ce sont le *ramollissement* et l'*ascension de la tumeur*.

Le *ramollissement*, que Depaul appelait assouplissement, peut se montrer à des degrés variables, parfois même faire défaut. Il est probable (Lefour) que l'assouplissement total est plutôt un phénomène rare, mais il est certain aussi que quand ce phénomène se montre pendant les derniers mois de la grossesse, il s'accentue encore au moment du travail. Il en résulte que le tissu ainsi ramolli, s'aplatit, se déforme, s'étale en plaque (Guéniot), se lamine (Pujol) au moment du travail obstétrical, et grâce à cette transformation, il arrive souvent que les fibromes *prævia*, ainsi que les ont appelé Auvard et Fieux, laissent passer un fœtus, auquel leur volume et leur consistance primitive semblaient devoir opposer un obstacle insurmontable. Ajoutons que dans certains cas rares, le ramollissement peut être dû à des phénomènes pathologiques (œdème aigu, sphacèle, suppuration, etc.).

L'*ascension de la tumeur* peut se produire soit pendant la grossesse, soit seulement pendant le travail.

Au moment du travail, la contraction des fibres longitudinales, peut attirer en haut un fibrome, à condition qu'il ne soit ni trop volumineux, ni adhérent.

Mais c'est peut-être pendant le travail que se fait le plus souvent l'ascension. Elle peut être due alors à quatre causes : la contracture des fibres longitudinales; la dilatation de l'orifice externe et la contraction utérine (Depaul); l'écoulement du liquide amniotique (Guéniot) et l'engagement de la présentation qui tend à se substituer à la tumeur.

De la conduite a tenir dans les cas de dystocie par fibromes. — On peut admettre en principe que *chez les fibromateuses en dehors des accidents graves survenant au cours de la gestation* (dont nous n'avons pas à nous occuper ici), *il est absolument indiqué de laisser la grossesse évoluer complètement jusqu'au terme*. Il est du reste important de noter l'extrême rareté des cas de dystocie par fibromes ou tout au moins de dystocie grave.

La conduite à tenir dans les cas de dystocie par fibromes varie non seulement suivant la nature exacte de cette dystocie, mais aussi suivant le degré de l'obstacle apporté par les fibromes au passage du fœtus.

Si les masses myomateuses, quels que soient leur siège, leur mobilité ou leur consistance, ne forment qu'un obstacle incomplet, suffisant pour gêner le travail de l'accouchement et l'empêcher parfois de se terminer d'une manière spontanée, mais ne constituent pas une impossibilité absolue de la délivrance par les voies naturelles (*rétrécissements légers et moyens*, de Turner), l'intervention chirurgicale sera rarement indiquée, les faits enseignent que dans le plus grand nombre des cas, l'accouchement peut être terminé à l'aide des opérations obstétricales dont nous n'avons pas à nous occuper et que nous nous bornerons à énumérer : le refoulement de la tumeur, la dilatation artificielle (manuelle ou par ballon), le forceps et la version, dont les accoucheurs ont si souvent discuté les indications réciproques et la valeur comparée, et enfin la basiotripsie et l'embryotomie qui, nous le répétons, ne doivent être employées que dans les cas de mort de l'enfant.

S'agit-il, au contraire, de ces cas rangés par Turner sous le nom de *rétrécissements accentués*, dans lesquels l'accouchement paraît impossible, même au prix d'une intervention obstétricale périlleuse, il est indiqué de s'adresser d'emblée aux opérations chirurgicales.

Mais avant d'entreprendre l'étude de ces diverses interventions, une question préliminaire doit être résolue. Quand faut-il intervenir? Quel est le moment le plus favorable pour l'intervention?

La dystocie fibreuse ne pouvant être sûrement diagnostiquée que tout à fait au terme de la grossesse, souvent même seulement pendant le travail, il est bien certain que l'intervention chirurgicale qui doit la combattre ne peut avoir lieu qu'à cette époque.

Mais, même à ce moment, les opinions peuvent différer. Les uns, parmi lesquels il faut compter Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu, Vautrin et Schull, Turner, etc., préfèrent opérer tout à fait au dernier moment de la grossesse, le plus près possible du terme (Lepage), mais avant le début du travail. Ils pensent que l'opération se fait ainsi dans de meilleures conditions, sans que le chirurgien soit gêné par les phénomènes du travail, sur une femme qui n'a pas de douleur, et n'est pas encore affaiblie, en présence d'un œuf intact, qui n'a aucune possibilité d'infection, et avec un fœtus bien vivant qui n'a pas encore souffert.

D'autres, au contraire, parmi lesquels le professeur Pinard, Seguineau dans sa thèse (Lyon, 1896), Drouart, dans la sienne (Nancy, mars 1900) et la plupart des accoucheurs préfèrent attendre pour intervenir, que le travail soit commencé et qu'il soit bien prouvé que l'accouchement reste impossible. Cela ne veut pas dire que les partisans de l'opération pendant le travail aient conservé la manière de voir de nos maîtres, Tarnier, Depaul, etc., qui n'admettaient l'intervention chirurgicale, qu'après une expectation poussée à ses extrêmes limites, parce qu'on pouvait toujours espérer des modifications favorables du néoplasme ou son ascension. Les dangers de cette conduite au point de vue de l'enfant et de la mère sont trop évidents pour n'être pas reconnus par tous les accoucheurs.

Aussi, c'est surtout au début du travail qu'il faut intervenir, et le professeur Pinard a justement insisté sur ce fait dans son rapport à l'Académie en 1897, en formulant le précepte d'« *opérer dès le début du travail ou aussitôt après la rupture de l'œuf.* »

A notre avis, les deux doctrines peuvent trouver l'une et l'autre leurs indications.

L'action chirurgicale avant le début du travail peut parfaitement être acceptée comme plus favorable dans les cas, très rares du reste, ou le diagnostic de la dystocie pourra être fait d'une manière sûre vers la fin de la grossesse.

Lorsque l'on s'aperçoit, dit Turner, que la dystocie est *irrémédiable*, il faut opérer sans attendre le début du travail, qui peut être signalé par la rupture prématurée des membranes et la procidence du cordon. Lepage soutient aussi que, dans les cas exceptionnels où l'on fera d'une manière à peu près certaine le diagnostic de la dystocie absolue, « il y a intérêt à intervenir le plus près possible du terme de la grossesse sans attendre que le travail soit déclaré ». La seule difficulté, et elle est souvent grande, c'est de faire d'une manière absolument certaine, le diagnostic de cette dystocie irrémédiable.

Mais, dans tous les autres cas, toutes les fois qu'il y a une chance quelconque de voir se modifier l'élément dystocique au cours du travail, et par suite, se transformer les indications de l'intervention, il y a lieu d'attendre pour opérer, que le travail soit commencé.

Il resterait encore à préciser d'une manière un peu plus nette, le moment exact de cette intervention, celui où la temporisation risque de devenir dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

Nous avons déjà insisté sur les dangers de la temporisation exagérée; nous avons vu que le professeur Pinard indique le *début du travail* ou la *rupture de l'œuf*. On peut peut-être avec Turner préciser davantage. Lorsque dès le début du travail on voit que la tumeur s'oppose à l'extraction de l'enfant dans de bonnes conditions, il faut recourir d'emblée à l'opération. Si, d'autre part, l'engagement ne peut arriver à se produire malgré la manœuvre de rétropulsion de la tumeur, le forceps et la version sont dangereux pour l'enfant : il vaut mieux se décider à opérer.

Dans les cas où la dystocie ne paraît pas absolue, ou la dilatation se fait bien, ou il paraît indiqué d'essayer des moyens obstétricaux, et en particulier du forceps ou de la version; les interventions obstétricales doivent se succéder dans un temps assez court, deux heures au plus (Turner); il faut éviter une fatigue trop grande à la parturiente, et se décider à opérer sans l'avoir au préalable épuisée par des tentatives trop réitérées ou trop longues.

Il est indiqué de se hâter encore plus dès que la poche des eaux est rompue.

Des opérations chirurgicales dans les dystocies fibreuses. — Les interventions chirurgicales dans les cas de dystocie fibreuse sont variables suivant la nature et surtout le siège des néoplasmes. Pour les étudier, il est commode de diviser à l'imitation de Pozzi les fibromyomes en deux grandes classes : A. *Tumeur à évolution vaginale;* B. *Tumeurs à évolution pelvi-abdominale.* Dans le premier cas, en effet, le siège même du fibrome dans le vagin commandera le plus souvent une intervention par la voie vaginale; dans le second, au contraire, il s'agira d'opérations par la voie abdominale.

A. *Fibromes à évolution vaginale.* — Les fibromes à évolution vaginale, sont tantôt des fibromes nés dans le col, tantôt au contraire des polypes fibreux ayant franchi l'orifice cervical et devenus vaginaux.

Le plus souvent, les tumeurs vaginales sont vues et enlevées au cours de la grossesse, à titre pour ainsi dire préventif, car on sait que pendant les derniers mois de la gestation elles prennent un très gros volume et peuvent facilement devenir une cause de dystocie.

Quand pour une raison ou pour une autre elles sont devenues dystociques, il sera indiqué d'en pratiquer l'ablation pour faciliter l'accouchement. Dans le plus grand nombre des cas, si ce fibrome vaginal, qu'il s'agisse d'un polype ou d'un néoplasme cervical, reste volumineux, consistant, sans tendance au ramollissement, on pourra l'enlever avant le début du travail, car son ablation constitue une opération ordinairement sans dangers et sans accidents.

La méthode opératoire sera légèrement différente s'il est pédiculé, sessile ou interstitiel. Dans le premier cas, il s'agira simplement de sectionner le pédicule avec des ciseaux ou un bistouri boutonné. On agira encore en coupant la base d'implantation au bistouri si la tumeur est sessile. Dans les cas de fibrome interstitiel du col, il sera nécessaire d'inciser la capsule au bistouri et de pratiquer une véritable énucléation qui d'ailleurs, d'après Chahhazian, est très simple et ne s'accompagne pas d'hémorrhagies.

B. — *Fibromes à évolution pelvi-abdominale.* — Lorsque le chirurgien ou l'accoucheur se trouvent en présence de tumeurs fibreuses dystociques, à siège pelvien ou abdominal, les opérations chirurgicales auxquelles ils peuvent être appelés à avoir recours, se pratiquent toutes par la voie abdominale et, par conséquent, sont plus sérieuses que les interventions précédentes.

Ces opérations sont multiples, et il paraît tout naturel de rechercher ici les indications de toutes celles qui ont été depuis ces dernières années employées si souvent avec succès dans le traitement chirurgical des accidents survenus au cours de la grossesse chez les femmes myomateuses.

Ces opérations sont : la myomectomie, l'opération césarienne conservatrice simple, ou suivie d'actes complémentaires; les césariennes avec amputation utéro-ovarique ou opération de Porro, et l'hystérectomie abdominale totale.

Il est nécessaire d'y ajouter la symphyséotomie qui a donné quelques cas de succès.

Myomectomie. — La myomectomie abdominale a été souvent employée avec profit au cours des accidents gravidiques. Turner a pu en réunir, dans sa thèse, 77 cas observés de 1874 à 1900. Il s'agit tantôt de l'extirpation de myomes pédiculés sous-séreux, tantôt de fibromes interstitiels dont on a pratiqué l'énucléation.

Symphyséotomie. — La symphyséotomie ne nous retiendra pas beaucoup plus longtemps. Cette opération a été rarement appliquée à la dystocie fibromateuse. Nous n'avons pu en retrouver que quatre cas, ceux de Novi, de Maygrier, de Rein et de Lepage. Il n'y a guère que dans cette dernière observation que la symphyséotomie a été appliquée d'une manière indiscutable pour un fibrome, et cela avec succès, puisque grâce à une application de forceps, le chirurgien obtint un enfant vivant, avec très heureuse guérison de la mère.

Malgré son succès, Lepage ne considère pas la symphyséotomie comme une opération de choix dans la dystocie fibreuse. « Elle pourrait être indiquée seulement, d'après lui, dans certain cas où une tumeur utérine ou para-utérine vient s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstrue en partie l'excavation, sans pouvoir être refoulée en haut. »

Varnier est plus sévère, et dans son rapport au Congrès de Moscou, en 1897, déclare qu'il est *irrationnel de recourir à la symphyséotomie dans la dystocie causée par une tumeur des parties molles.*

Cette opération de Varnier, corroborée par Puech, par Turner et par la plupart des accoucheurs, est complètement adoptée aujourd'hui.

Opération césarienne conservatrice. — On désigne sous le nom d'opération césarienne conservatrice, l'hystérotomie simple, dans laquelle on se borne à inciser la paroi

utérine pour en extraire le fœtus, tout en conservant cet utérus.

Cette opération qui a longtemps constitué la seule ressource chirurgicale en face de la dystocie fibreuse, et qui, au premier abord, paraît devoir être d'une exécution simple et rapide, a donné, pendant une très longue période, des résultats absolument déplorables. Ils étaient dus évidemment aux défauts de la technique opératoire encore très imparfaite. Mais, malgré l'amélioration de la technique contemporaine, malgré le principe de la réunion totale de l'incision utérine pour deux plans de suture adopté par tous les chirurgiens, l'opération césarienne conservatrice reste avec 21 p. 100 de mortalité maternelle, une opération grave. Il faut ajouter immédiatement que c'est surtout dans les cas de dystocie fibreuse, qu'elle a gardé cette gravité, beaucoup moindre quand l'opération est faite pour des rétrécissements pelviens.

Elle reste donc, ainsi que l'a dit très justement Pinard à l'Académie de médecine en 1897, une opération hasardeuse, quand on la pratique, dans les cas de dystocie fibreuse, chez une femme en travail avec un œuf ouvert. Elle expose la malade à des accidents hémorrhagiques primitifs ou secondaires, et aussi à des complications infectieuses, soit parce que le chirurgien, préoccupé de l'hémostase, néglige au cours de l'opération, les précautions antiseptiques soit parce que, à cause de la présence des fibromes, l'écoulement des lochies et des sécrétions utérines se fait mal (Seguineau).

D'ailleurs, à côté de ces inconvénients, l'opération césarienne conservatrice en présente un autre beaucoup plus grand, c'est de respecter et de conserver les fibromes qui ont été la source des accidents. Car il ne faut pas compter sur une régression marquée de la tumeur après l'accouchement. Il s'agit là de faits exceptionnels dont on ne peut faire état en clinique.

Aussi, toutes les fois que la chose est possible, il vaudra mieux ne pas se contenter de faire une césarienne conservatrice et ajouter à l'hystérotomie l'ablation de l'utérus, l'opération césarienne conservatrice, devant être réservée aux cas où il s'agit d'une femme déjà très affaiblie, soit par la longueur du travail, soit par une maladie antérieure (accident cardiaque, albuminurie, etc.).

Opération césarienne avec castration ovarienne. — Il y a longtemps que quelques opérateurs ont eu l'idée, après avoir pratiqué l'opération césarienne, d'enlever les annexes ou tout au moins les trompes pour amener une stérilité ultérieure.

Dans les cas de dystocie fibreuse, l'ablation des annexes a non seulement pour but de produire la stérilité, mais aussi l'atrophie des tumeurs fibreuses; c'est l'opération de Battey. Cette pratique n'a été suivie que dans un petit nombre de cas.

Malgré quelques bons résultats, nous savons trop quelle action infidèle exerce sur les fibromes l'opération de Battey et combien souvent elle est difficile à exécuter pour la conseiller ici.

Opération césarienne avec myomectomie. — L'ablation d'un fibrome comme complément d'une césarienne a été pratiquée par Monprofit dans un cas où la dystocie était produite par un fibrome arrondi, sous-séreux, du volume d'une tête de fœtus, implanté sur la face postérieure de l'utérus par un pédicule gros comme le pouce. Dans un fibrome pédiculé, cette méthode est absolument logique et mérite d'être recommandée, car c'est l'opération idéale, qui a le triple avantage d'obtenir un enfant vivant, de supprimer la tumeur fibreuse, c'est-à-dire la cause de dystocies futures, tout en conservant la fonction génitale. Malgré ces avantages, Pollosson dans deux faits de dystocie par fibromes sous-séreux, plus ou moins adhérents, rapportés dans la thèse de Seguineau, crut devoir rejeter cette pratique, et faire l'opération de Porro qui lui a paru plus rapide et plus sûre.

Opération de Porro. — C'est pour obvier aux nombreux dangers de l'opération césarienne et pour en améliorer les désastreux résultats, qu'Ed. Porro eut l'idée de compléter cette opération par l'amputation de l'utérus et des ovaires. Il se proposait, par ce moyen, d'éviter l'infection grâce à l'emploi de l'antisepsie, l'hémorrhagie et l'écoulement des liquides utérins dans le péritoine par l'ablation de l'utérus.

Cette opération hardie qui fut pratiquée, par lui, pour la première fois le 22 mai 1876, consistait dans l'amputation supra-vaginale de l'utérus avec fixation du pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Elle fut suivie d'un plein succès et réussit à sauver la mère et l'enfant.

L'opération de Porro, telle qu'elle avait été conçue et exécutée par son auteur, ne tarda pas à être adoptée à l'étranger et aussi en France, et les cas se multiplièrent si rapidement que déjà, en 1890, Haris pouvait en réunir 264.

Appliquée à la dystocie fibreuse, cette opération constitua un immense progrès, car elle ajoutait à l'incision césarienne qui permettait de sauver la vie de l'enfant, l'ablation de l'utérus fibromateux qui constituait une intervention radicale et curative pour la mère.

L'amputation utéro-ovarique, comme complément de la césarienne, présente sur les interventions que nous avons précédemment étudiées, des avantages certains. Au point de vue des accidents opératoires, elle est moins dangereuse que la césarienne conservatrice; elle élimine en grande partie les dangers des hémorrhagies primitives et secondaires, et prévient souvent les chances d'infection, en évitant la rétention et la décomposition des lochies. Mais son principal avantage, c'est qu'elle constitue ici une opération curative.

Le plus souvent, elle se recommande encore par sa simplicité, par sa rapidité d'exécution et, à ce point de vue, elle garde en partie ses droits lorsqu'il s'agit d'opérer d'urgence, en plein travail, des malades déjà affaiblies, pour lesquelles on doit redouter une perte de sang trop forte, ou le schok qui accompagne souvent, dans ces cas, les interventions longues et laborieuses.

D'autre part, à cause même de la simplicité de sa technique, elle doit encore, comme le font remarquer justement Vautrin et Schull, garder sa suprématie entre des mains inexpérimentées. « Le médecin, dépourvu d'une éducation chirurgicale spéciale, disent-ils, appelé d'urgence auprès d'une parturiente que l'hystérectomie seule peut sauver, devra recourir encore au *Classique Porro* ».

Mais, en face de ces avantages, on peut invoquer contre cette méthode un certain nombre d'inconvénients.

D'abord, sa mortalité est encore assez forte, et plus accusée certainement que celle que donne l'hystérectomie totale, bien que le nombre des cas de cette dernière soit encore trop peu nombreux pour permettre des statistiques absolument concluantes.

D'un autre côté, son exécution qui paraît si simple et si rapide est assez souvent difficile. Pinard, Delagenière et quelques autres chirurgiens ont insisté sur la difficulté et parfois l'impossibilité que l'on éprouve à former le pédicule utérin quand la section tombe juste sur la région myomateuse, ce qui arrivera malheureusement trop fré-

quemment dans les cas de dystocie fibreuse, le plus souvent occasionnée par des tumeurs du segment inférieur et du col. On a alors l'inconvénient soit de tailler le moignon utérin en plein tissu pathologique, soit de laisser au-dessous de la surface de section des fibromes du col, dont l'évolution ultérieure peut être la source de nouveaux accidents.

Mais c'est surtout le pédicule qui peut donner lieu à de nombreuses complications. Nous avons vu qu'il était parfois difficile à constituer ; d'autres fois il est si court qu'on ne peut l'amener à la paroi abdominale.

Le pédicule externe, auquel la plupart des accoucheurs sont restés fidèles, peut engendrer nombre d'accidents. Il peut être le siège d'hémorrhagies secondaires soit par glissement des ligatures, soit par chute de l'escharre. Il peut suppurer, s'infecter, donner lieu à des phlegmons, à des péritonites localisées ou généralisées, à des infections septicémiques graves. La malade guérie, conservera parfois des douleurs, des tiraillements, des troubles de compression vésicale ou intestinale.

Le pédicule intra-péritonéal présente aussi de nombreux inconvénients. Sa mortalité est plus grande que celle de l'externe. Ce mode de traitement s'accompagne souvent d'hémorrhagies primitives ou secondaires qui échappant à toute surveillance, deviennent par cela même plus facilement graves et occasionnent souvent aussi des accidents septicémiques qui peuvent devenir mortels.

On peut donc en conclure que le traitement externe du pédicule est certainement moins grave que l'autre, mais que la nécessité du sphacèle de la partie superficielle de ce moignon, aussi aseptique qu'on puisse le prévoir, peut-être aussi une occasion d'accidents tardifs.

Enfin, dans les cas les plus favorables, il faut compter le plus souvent sur une très grande lenteur de la cicatrisation qui a pu parfois durer des mois (Lepage 3 mois), pour aboutir d'habitude à une cicatrice profonde, large, ombiliquée, véritablement disgracieuse.

C'est pour éviter ces accidents que les chirurgiens s'efforcent aujourd'hui de substituer le plus souvent possible à l'opération de Porro, l'hystérectomie abdominale totale qu'il nous reste à étudier.

Hystérectomie abdominale totale. — L'idée de parer aux inconvénients inhérents au pédicule dans l'opération de Porro, en supprimant ce pédicule lui-même, c'est-à-dire en faisant l'ablation totale de l'utérus, devait forcément venir à l'esprit des chirurgiens à l'heure où, en dehors de la grossesse, l'hystérectomie abdominale totale devenait l'opération de choix dans le traitement chirurgical des fibromes et semblait avoir conquis tous les suffrages.

Il était tout naturel d'appliquer aux utérus fibromateux, gravides, soit pendant la grossesse, soit au moment du travail, l'opération qui venait de se révéler supérieure en dehors de la gestation. On pouvait peut-être théoriquement redouter une plus grande difficulté opératoire, surtout en opérant à terme, et dans des cas de dystocie, à cause du volume même de la tumeur et surtout du développement exagéré de l'appareil vasculaire utéro-ovarien dans la gravidité. Les faits sont venus répondre victorieusement à cette crainte théorique et depuis quelques années les hystérectomies totales pour dystocie fibreuse ont tendance à se multiplier rapidement.

C'est en 1897 que Varnier et Delbet, à propos d'une très intéressante observation, publient sur cette question une étude d'ensemble qui les amena, malgré le très petit nombre de faits connus, à la conclusion suivante : « L'hystérectomie abdominale totale nous paraît devoir donner dans le traitement des fibromes compliquant l'accouchement des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule. »

Quelques mois plus tard, le professeur Pinard faisait sienne cette conclusion, à propos du rapport qu'il présentait à l'Académie de médecine sur l'opération de Mouchet, de Sens.

Depuis, les travaux se sont multipliés sur la question et aujourd'hui nous possédons un total de 18 hystérectomies totales pour fibromes dystociques, à terme ou pendant le travail, qui ont donné comme résultats 15 guérisons maternelles et 3 morts. Celles-ci appartiennent à Fritsch, 1891, Macks, 1894 et Jewett, 1897; elles sont dues, dans le premier cas, au mal de Bright, la malade étant atteinte de néphrite grave au moment de l'intervention ; à l'infection septicémique pour la malade de Macks ; et à l'épuisement pour l'opérée de Jewett.

Il n'est pas permis, ni possible d'établir avec un aussi petit nombre de faits une statistique qui ait la moindre valeur. Le pourcentage de mortalité de 16 p. 100 que donnent nos observations, paraît bien au-dessus de la réalité, car deux des morts, celles de Fritsch et de Jewett, ne semblent nullement imputables à l'opération. Si l'on les défalque, on ne trouve plus qu'une proportion de 5 à 6 p. 100 de mortalité ; ce qui répond à peu près à la léthalite ordinaire de l'hystérectomie abdominale, qui, d'après la statistique de Ricard, serait de 9,65 p. 100 pour la totale, et de 4,50 pour la subtotale.

La mortalité fœtale est plus difficile à établir, car, si dans un grand nombre d'observations on a obtenu des enfants vivants, dans quelques autres cas, ceux de Riepi, de Varnier et Delbet, de Mouchet, de Wertheim, de Vautrin et Schull, d'Eustache, l'enfant était mort avant l'opération, et le plus souvent sa mort avait été reconnue. Nous aurons même à revenir sur la conduite à tenir dans ces circonstances.

Quels que soient, du reste, les résultats bruts que donnent ces opérations, la plupart des auteurs qui ont pratiqué l'hystérectomie abdominale par dystocie fibreuse, insistent sur les bienfaits de cette méthode, comparée aux autres. Comme l'opération de Porro, elle est radicale et curative, et à un titre supérieur, puisque l'on n'est pas exposé à laisser en place un col fibromateux, source possible d'accidents ultérieurs.

Elle a le grand avantage de supprimer d'un seul coup tous les dangers inhérents au pédicule, qui est ordinairement infecté, et qui devient à son tour un agent d'infection. On peut ajouter aussi qu'elle facilite le drainage vaginal, qu'elle permet d'assurer la fermeture exacte de la séreuse péritonéale.

Ces conditions meilleures, au point de vue opératoire, prémunissent davantage les malades contre les dangers de l'infection, qui constitue souvent le principal péril dans les hystérectomies abdominales totales, que l'on doit encore, malgré leur succès, considérer comme des opérations graves.

Et ces avantages ne sont pas compensés par une difficulté extrême et une longueur particulière des opérations. En effet, la vascularité énorme de l'appareil génital pendant la grossesse ne crée pas d'habitude l'obstacle considérable qu'on avait prévu.

L'élévation du col, à la fin de la grossesse, rend plus aisé aussi son accès et son énucléation. Il se passe là ce que tous les chirurgiens ont constaté dans les gros fibromes abdominaux : l'ascension de la tumeur vers l'abdomen produisait une montée du col et une élongation du vagin qui en rendent plus commodes la découverte et la désin-

sertion. Cette facilité de l'extirpation de l'utérus gravide ou à terme, avait déjà été signalée d'ailleurs par Varnier et Delbet dans leur mémoire 1897, et par le professeur Demons (Congrès de chirurgie, 1898).

Il ne faudrait pas cependant croire, d'après ces descriptions, que l'hystérectomie pour fibrome est toujours une opération très simple et sans aucune gravité. La disposition spéciale de certaines tumeurs fibreuses, l'énorme développement des vaisseaux dus à la grossesse, peuvent dans certains cas être une cause de sérieuse difficulté.

Quel que soit le procédé employé, il est un point sur lequel nous désirons insister, c'est la nécessité de faire, pas à pas et chemin faisant, une hémostase soignée et bien complète.

Une autre question doit encore être jugée. Faut-il inciser l'utérus pour extraire le fœtus avant de faire l'hystérectomie ou au contraire, comme cela a été fait avec succès par Delassus, enlever à la fois tumeur et utérus habité, en se réservant d'ouvrir secondairement la cavité utérine pour extraire l'enfant.

Cette dernière pratique nous paraît, comme à Lepage, devoir être absolument rejetée: on sait déjà que l'enfant retiré de l'utérus dans une césarienne simple, est dans un état de pâleur marquée et de demi-syncope. C'est vouloir exposer gratuitement sa vie que de l'enlever contenu dans l'utérus. D'ailleurs, dans le cas de Delassus, la grossesse avait été méconnue, et cette erreur de diagnostic explique le mode opératoire.

Conclusions. — La longue étude que nous venons de faire du mécanisme et des formes de la dystocie d'origine fibreuse, ainsi que des opérations qui sont destinées à en triompher, nous permet de vous proposer les conclusions suivantes :

Les fibromes peuvent creuser des phénomènes dystociques soit en produisant des positions vicieuses (dystocie d'origine fœtale); soit en troublant les contractions utérines (dystocie utérine); soit en formant par leur siège un obstacle mécanique au passage du fœtus (dystocie fibreuse proprement dite).

Cette dernière est le plus souvent causée par des fibromes de la partie inférieure de l'utérus et du col, et de préférence par des tumeurs à siège pelvien.

La grossesse modifie les fibromes dans leur structure et leur consistance (imbibition, ramollissement), dans leur situation (déplacement, ascension). Certaines de ces modifications, susceptibles de se produire au moment du travail, peuvent transformer les phénomènes dystociques.

Par suite, le diagnostic de cette dystocie ne peut se faire souvent qu'au terme ou même pendant le travail. Les interventions qu'elle nécessitera ne pourront avoir lieu qu'au même moment.

Les dystocies fœtales et utérines sont justiciables des interventions obstétricales.

Les dystocies fibreuses réclament les mêmes interventions quand elles sont légères et incomplètes. Dans le cas contraire elles doivent être traitées soit d'emblée, soit secondairement, par des opérations chirurgicales.

Les fibromes à évolution vaginale, doivent être enlevés par la voie vaginale.

Les fibromes à types pelvi-abdominal doivent être opérés par voie abdominale.

La symphyséotomie doit être absolument rejetée dans le traitement des dystocies fibreuses.

L'opération césarienne conservatrice, n'est justifiée que dans certains cas tout à fait exceptionnels. Elle constitue au contraire une bonne opération quand elle peut être efficacement complétée par la myomectomie.

L'opération de Porro, ne doit être réservée qu'à certains cas particuliers, bien délimités.

L'hystérectomie abdominale totale, opération radicale et véritablement curative constitue la méthode de choix et devra être employée toutes les fois que la chose sera possible, que l'enfant soit vivant ou mort.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Brunello (Gabriel). *Quelques documents sur diverses opinions touchant les études médicales.* N° 532. (J. Rousset.)

M. Bonamy (E.). *Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire.* N° 576. (Baillière.)

M. Troïtsky (Alexandre). *De la paralysie associée de la VI° et de la VII° paires.* N° 673. (Steinheil.)

M. Ducot (L.). *Etude sur les paralysies du muscle grand dentelé.* N° 340. (J. Rousset.)

M. Gébrak (Samuel). *Le pneumothorax dans la bronchectasie.* N° 569. (Vigot.)

M. Brissart (Henry). *Sur les opérations économiques du pied* N° 588. (G. Steinheil.)

M. Royer (Louis-Georges). *De l'ossification des moignons d'amputation.* (L. Boyer.)

M. Boulommier (Henri). *Contribution à l'étude des réunions nerveuses.* (L. Boyer.)

M. Dubois (Henry). *Contribution à l'étude des complications articulaires de l'érysipèle spécialement des arthrites suppurées.* (J.-B. Baillière.)

M. Boileau (Georges). *Traitement mécanique de la scoliose des adolescents.* N° 399. (Imp. de la Faculté de médecine.)

M. Guérin (Ernest-Jean-Joseph). *Traitement des fractures indirectes dorso-lombaires du rachis.* N° 658. (Imp. Morel, Lille.)

M. Appraillé (Gaëtan). *Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius.* N° 554. (Steinheil.)

M. Brunello étudie l'organisation actuelle des études médicales et ses défauts; pour lui le défaut d'enseignement médical en province, et particulièrement dans les Ecoles, les ressources et l'attraction qu'exerce Paris, enfin le prestige que donne au loin le titre de docteur en médecine de la Faculté de Paris sont les causes de l'encombrement dont tout le monde souffre et se plaint.

L'enseignement des éléments de la médecine pouvant être donnés en province d'une façon plus profitable pour l'étudiant, il y a lieu de conserver les Ecoles préparatoires.

Mais pour retenir l'étudiant en province il est nécessaire d'y organiser l'enseignement; et, pour cela, il faut recruter le corps enseignant parmi les agrégés et augmenter le nombre des Facultés, tout au moins d'une. Il lui paraît nécessaire, en effet, aux lieu et place de l'Ecole de plein exercice de Marseille, de créer une Faculté de médecine.

Il semblerait indiqué de placer à Marseille un « Institut de médecine coloniale ».

Selon l'auteur, la Faculté de médecine de Paris étant dans une situation spéciale, exceptionnelle, il y aurait lieu de la transformer en une Faculté de perfectionnement ou Ecole des hautes études médicales qui donnerait un enseignement supérieur ne s'adressant qu'à des docteurs français ou étrangers, ou à ceux se destinant à l'enseignement.

Il insiste aussi sur diverses réformes récemment préconisées dans divers articles. Il y avait lieu de rétablir la concordance des périodes d'études et d'examens en faisant cadrer les cours avec les semestres et les années scolaires et en établissant des examens probatoires sérieux. Au mode actuel des examens il serait préférable de substituer des « colles », des interrogations périodiques trimestrielles ou semestrielles qui seraient notées pour chaque candidat sur un livret universitaire individuel. Trois ou quatre examens généraux termineraient les différentes parties du programme médical. Le stage doit être aussi continu que possible et s'étendre sur la plus grande partie du temps que durent les études médicales.

Dans les Ecoles de province et même dans certaines Facultés le stage doit être organisé et il faut mettre à même les Ecoles de donner un enseignement clinique qui fait actuellement défaut.

M. BONAMY retrace les caractères des cancers de la vésicule biliaire. Toutes les variétés de cancers rencontrées au niveau de la vésicule biliaire sont des tumeurs d'origine épithéliale.

L'épithélioma se développe soit aux dépens de l'épithélium de revêtement, soit aux dépens de l'épithélium glandulaire de la vésicule.

A cette division anatomo-pathologique répond une symptomatologie très différente au point de vue clinique : l'épithélioma, développé aux dépens de l'épithélium de revêtement, se propage rapidement au foie et revêt très vite l'allure d'un cancer massif de cet organe. Dans l'épithélioma dû à la prolifération des éléments glandulaires, la lésion est profonde, se fait sur place; la compression des canaux biliaires détermine bientôt tous les signes d'un ictère par rétention.

Bien qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de cancer de la vésicule, il est des cas dans lesquels il est possible de faire le diagnostic, même quand il s'agit d'un cancer à forme hépatique.

M. Bonamy admet que la lithiase biliaire joue un rôle certain dans l'étiologie du cancer de la vésicule.

Le traitement médical s'adressant directement à la lésion n'existant pas, la cholécystectomie peut être pratiquée dans tous les cas où l'état général et l'extension aux organes voisins ne constitue pas une contre-indication formelle et lorsque le diagnostic du cancer de la vésicule est certain.

M. TROÏTSKY décrit la paralysie associée de la VIe et de la VIIe paires, moins rare qu'on ne l'admet généralement.

Il existe 2 variétés de cette paralysie : une nucléaire, l'autre infra-nucléaire.

Ces deux variétés se différencient par les phénomènes oculaires, par la paralysie des mouvements de latéralité avec conservation du mouvement de convergence dans la paralysie nucléaire et mieux encore par la déviation secondaire de l'œil sain dans le cas de paralysie infra-nucléaire.

Ces paralysies sont surtout importantes au point de vue du diagnostic de la localisation ou même, en l'absence de phénomènes du côté des membres, de l'existence d'une tumeur cérébrale.

Le pronostic et le traitement des paralysies associées de la VIe et de la VIIe paires dépendent de la cause. Le plus souvent le pronostic, dans les paralysies nucléaires, est sombre, car il s'agit d'une tumeur de la protubérance. Au contraire il est plus favorable que l'on ne l'admet généralement dans les paralysies infra-nucléaires.

Les paralysies du grand dentelé doivent être divisées en 2 groupes :

Le premier comprend la paralysie isolée, nettement séparée des autres par sa symptomatologie spéciale.

Le second, constitué par les paralysies associées, peut être divisé lui-même en 2 sections :

L'une où rentreront les associations dues à des lésions traumatiques ou inflammatoires des troncs nerveux, et indépendantes des actions musculaires.

La seconde constituée par des associations directement liées à la synergie des muscles, et indépendantes de la distribution des filets nerveux.

Déformation de la paroi thoracique, M. DUCOT en décrit les symptômes avec détail. Pour lui l'étiologie de l'association paralytique réside dans les faits suivants :

Indépendance anatomique, physiologique et, par conséquent, pathologique des 2 portions, scapulaire et claviculaire, du trapèze.

Richesse d'innervation de cette dernière, qui en fait l'*ultimum moriens* du muscle, et en explique en partie son intégrité.

Synergie fonctionnelle du grand dentelé et de la portion scapulaire, qui seule permet de comprendre leur solidarité pathologique.

La paralysie des muscles synergiques est due à leur contraction violente ou prolongée, qui détermine une lésion des filets nerveux soit dans leur trajet extra-musculaire, soit dans leur trajet intra-musculaire et appelle quelquefois la localisation infectieuse.

La littérature médicale ne compte que 10 observations de dilatation bronchique terminée par pneumothorax. M. GEBRAK les réunit à propos de l'observation récemment publiée par M. Letulle dont il rapporte l'analyse détaillée. Dans cette observation, on a pu étudier, d'une façon très nette, les lésions ayant amené la rupture d'un district pleuro-pulmonaire circonscrivant un anévrysme bronchique;

La rupture peut se produire en un seul ou bien en plusieurs points;

Les dimensions de l'orifice de la rupture peuvent varier de la grosseur d'une tête d'épingle à celle de l'extrémité du petit doigt;

Dans le cas de Letulle, la rupture de la plèvre a été occasionnée par la caséification du tissu pulmonaire et de la plèvre sous-jacente à l'anévrysme bronchique. Le processus tuberculeux a débuté par la muqueuse pour atteindre ensuite et successivement les autres couches de la bronche, le tissu souspleural et, enfin, la plèvre elle-même; enfin, le malade était diabétique et, si la tuberculose pulmonaire est une complication fréquente du diabète sucré, le pneumothorax tuberculeux est un accident exaeptionnel au cours de la phthisie chez le diabétique.

L'observation de l'auteur montre d'une façon précise, grâce à l'étude histologique et bactériologique qu'elle renferme, la nature tuberculeuse des lésions qui ont amené le pneumothorax.

Dans cette observation la lésion tuberculeuse a débuté par la muqueuse bronchique, a envahi ensuite toutes les couches de la bronche, le tissu pulmonaire sous-pleural et la plèvre.

En résumé, pour qu'une rupture de la plèvre se produise au niveau d'un anévrysme bronchique, il faut qu'un travail inflammatoire, suppuratif, gangreneux ou nécrosant, attaque la paroi bronchique et le tissu pleuro-pulmonaire sous-jacent.

Dans le cas de lésion soit traumatique, soit pathologique du pied, où l'insuffisance du lambeau plantaire rend impossible l'opération de Chopart, quels sont les procédés à employer sans recourir à la désarticulation tibio-tarsienne?

D'après M. BRISSART, la sous-astragalienne peut donner de très beaux résultats, grâce à son moignon mobile si l'on peut éviter le renversement de ce moignon.

L'amputation ostéoplastique tibio-calcanéenne, bonne dans le procédé de Pirogoff, meilleure dans le Pasquier-Le Fort modifié par Samfirescu, a l'inconvénient de donner un moignon rigide.

Le procédé de J.-L. Faure possède une grande supériorité sur ces interventions. Il donne un moignon magnifique, mobile, large et bien rembourré, mais il réclame un vaste lambeau, ce qui restreint son emploi.

Le procédé Ricard paraît être le procédé économique de choix. Le moignon est large, et le point d'appui du corps normal. La mobilité de ce moignon permet une marche très satisfaisante sans autre appareil de prothèse qu'un simple soulier de cordonnier. M. J.-L. Championnière a déclaré cette intervention parfaite.

L'auteur a pu constater les mauvais résultats de l'opération

de Chopart et il lui préfère l'opération de Ricard qui en possède tous les avantages sans en avoir les inconvénients, et qui, mieux connue, deviendra l'opération de choix pour tous les chirurgiens.

Les modifications éprouvées par les os des moignons sont très variables; le plus souvent l'extrémité de l'os est atrophiée, amincie; l'os devient fusiforme, de cylindrique qu'il était auparavant.

Mais souvent, pour M. Royer au lieu d'une diminution de volume, on constate une hypertrophie osseuse qui peut être très marquée; l'extrémité osseuse prend alors la forme d'une massue qui peut remplir presque tout le moignon; il y a une véritable ossification du moignon dans lequel on ne trouve alors qu'une masse osseuse recouverte par le tégument.

Quelquefois enfin on constate la présence dans le moignon de végétations osseuses.

Très variables comme forme et comme volume, ces végétations peuvent avoir avec le bout de l'os amputé deux variétés de rapports.

Dans une première variété les néoformations osseuses sont fixées à l'os; dans ce cas elles se développent de préférence vers la face postérieure du moignon.

Dans une seconde variété les productions osseuses siègent dans les parties molles du moignon et sont parfaitement séparées du squelette dont elles sont plus ou moins distantes.

Quels que soient les rapports qu'elles affectent avec le squelette, les néoformations osseuses peuvent dans certains cas acquérir un grand volume et aboutir aussi à une véritable ossification du moignon dont les parties molles sont refoulées par la néoformation osseuse envahissante.

Ces productions osseuses sont dues à la prolifération du périoste sain ou enflammé.

Lorsque les néoformations sont très développées, le moignon devient douloureux et impotent.

Pour parer à un accident si désagréable, il faut au cours d'une amputation ne conserver dans le moignon que juste la surface de périoste nécessaire pour couvrir la surface de la section osseuse : on évitera avec grand soin de laisser des fragments de périoste dans les parties molles du lambeau.

Quoique le retour des fonctions sensitives et motrices après la suture nerveuse, n'ait lieu en règle générale qu'après un temps assez long, qu'il faut évaluer en mois ou en années, il est des cas où ce retour a été beaucoup plus rapide et n'a demandé que des semaines et même que des jours.

On a pensé que dans ces cas exceptionnels, qualifiés de paradoxaux parce qu'ils sont en contradiction au moins apparente avec la physiologie, le mode de restauration était particulier : qu'il y avait réunion des segments nerveux par première intention.

M. Boulommier dit que dans les cas ordinaires, la physiologie enseigne que le bout périphérique du nerf dégénère fatalement et que le retour fonctionnel ne peut s'accomplir qu'au prix d'une régénération totale de ce segment.

Dans les cas paradoxaux, il faudrait admettre que la dégénérescence du bout périphérique ne se produirait pas; malheureusement, on n'a pas d'examen histologique pour le prouver.

La réunion nerveuse par première intention a soulevé bien des objections : dégénérescence fatale du segment périphérique (Waller, Ranvier, Vulpian, etc.); anastomoses (Callisen, Verneuil, Hartmann); disposition anatomique particulière (Quénu, Delbet); sensibilité récurrente (Arloing et Tripier); suppléance sensitivo-motrice (Létiévant) ; dynamogénie et inhibition (Brown-Séquard).

Cependant, quelques faits plaideraient en faveur de cette réunion :

Bakoviecki et Wolberg disent l'avoir constatée au microscope. Glück dit avoir retrouvé dans le segment périphérique d'un nerf suturé et examiné un mois après la suture, des faisceaux en parfait état à côté d'autres dégénérés. Arloing a montré qu'on ne pouvait pas assigner à la dégénérescence une échéance fixe comme l'a fait Van Lair.

Un certain nombre d'observations lui seraient aussi favorables. L'examen minutieux de ces observations montre qu'aucune ne peut échapper complètement à l'une ou l'autre des objections précédentes; mais, si ces critiques peuvent être faites, il n'est point démontré qu'elles soient méritées.

Par conséquent, si l'on ne peut affirmer la réunion immédiate des nerfs, on ne peut pas non plus, dans l'état actuel de la science, la nier d'une façon formelle.

Si les manifestations articulaires sont assez fréquentes dans les streptococcies, d'après M. Dubois elles sont rares à la suite de l'érysipèle.

Certaines arthrites rhumatoïdes post-érysipélateuses sont très nettement des accidents infectieux. Il est cependant des cas où peut-être s'agissait-il de véritable rhumatisme articulaire aigu. L'érysipèle a joué dans ces cas un rôle occasionnel banal.

La constitution des arthrites suppurées sous-jacentes à l'érysipèle s'établirait peut-être en deux temps successifs, l'épanchement se formant par trouble circulatoire, et devenant ultérieurement purulent par invasion microbienne?

Les arthrites suppurées à distance sont toujours de nature pyohémique. Le streptocoque paraît avoir eu dans ces faits une virulence spéciale. La question de terrain intervient sans doute aussi dans leur pathogénie. Le traumatisme antérieur ne paraît nullement nécessaire.

D'une façon générale, la ponction exploratrice, suivie d'examen bactériologique, sera toujours à faire dans les cas d'arthrites après l'érysipèle. Elle éclairera le pronostic et guidera le traitement.

Le traitement des arthrites suppurées et l'arthrotomie faite le plus tôt possible. Si l'on est appelé à intervenir à une période très avancée de la désorganisation de la jointure, une résection pourra même s'imposer.

D'après les tracés donnés par M. Boileau, dans sa thèse, on peut voir que le traitement mécanique, d'après la méthode du Dr Zander, donne des améliorations évidentes dans les cas de déformations scoliotiques qui sont encore curables.

Ce traitement présente nettement des avantages incontestables.

Malgré sa grande efficacité, il reste un traitement doux, n'exposant pas le malade à des exercices trop violents qui pourraient le fatiguer et, par conséquent, nuire à la correction de sa déformation, en mettant les muscles dans l'impossibilité de concourir au redressement.

L'emploi des machines graduées, non seulement dose l'exercice, mais encore le localise exactement aux muscles qu'il est nécessaire de fortifier.

Les appareils destinés au traitement par attitudes passives offrent les mêmes avantages de douceur et de précision que les machines de mobilisation et d'exercice actif.

Les appareils de massage n'ont certes pas la même délicatesse que le massage manuel, mais combien plus puissante est leur action que celle de la main, dans ces cas où le massage doit être vigoureux.

D'après M. Guérin, les fractures communes du rachis sont dorso-lombaires ou dorsales supérieures; elles ont pour causes ordinaires les chutes sur le siège, ou bien sur la nuque; elles peuvent aussi résulter d'une flexion forcée du tronc en avant par l'action d'une pression, ou d'un corps pesant, soit sur la nuque, soit sur le haut du dos.

Il est indiqué de réduire les fractures communes du rachis avec déplacement osseux notable. Les manœuvres d'extension et de contre-extension se font aisément pendant le décubitus ventral du blessé. Il vaut mieux se borner aux manœuvres temporaires, même renouvelées; et, par conséquent, éviter autant que possible l'extension continue. Les réductions secondaires peuvent encore être utiles.

Pour maintenir la réduction pendant un temps suffisant, il convient d'adopter, selon les indications de chaque cas particulier, soit le matelas à eau, soit la gouttière de Bonnet, soit la literie avec un dessous rigide, soit l'interposition d'un coussin rigide sous le foyer de fracture. L'attitude de choix est le décubitus dorsal.

Pendant la période de convalescence, il convient de combiner les séances de massage et celles de gymnastique de chambre,

ou de mécanothérapie. Le bandage de choix consiste en un bandage roulé de tout le tronc, avec interposition d'une attelle de bois sur toute la hauteur de la région dorso-lombaire. Plus tard, le blessé peut être débarrassé de tout bandage pendant la nuit, pourvu qu'il porte pendant toute la journée un corset de coutil très haut et muni d'une longue attelle dorsale en bois chantourné.

Les malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius sont des malformations extrêmement rares.

D'après M. Appraillé, au point de vue fonctionnel, elles sont caractérisées surtout par l'absence des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras.

Elles semblent être le résultat d'une compression amniotique assez étendue survenant avant la formation du squelette.

Ces malformations peuvent consister :

1° En l'absence de l'extrémité supérieure du radius, due à un arrêt de développement ;

2° A une simple déviation de cette extrémité avec ou sans soudure au cubitus.

Certaines de ces malformations sont susceptibles d'un traitement chirurgical ayant pour but de permettre à l'avant-bras les mouvements de pronation et de supination.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 22 et 29 Octobre 1901.

Sur un cas d'épilepsie jacksonienne due à une lésion de la région frontale.

M. Dieulafoy relate l'observation d'un homme de 40 ans, qui fut pris subitement au milieu de la nuit, sans phénomènes précurseurs, d'un accès d'épilepsie jacksonienne. Cet accès, qui débuta par le bras gauche, gagna le membre inférieur correspondant — et aussi, quoique à un moindre degré, le côté gauche de la face — et se renouvela les jours suivants un très grand nombre de fois. Le malade étant un ancien syphilitique, on crut à l'existence d'une gomme ou d'une scléro-gomme située dans la région rolandique de l'hémisphère droit et on institua le traitement spécifique par les injections mercurielles. Malgré cette médication, les accès, loin de diminuer de nombre devinrent subintrants et le patient succomba dans le coma cinq jours après le début des accidents.

L'autopsie démontra que ceux-ci étaient bien liés à la présence d'une gomme dans le cerveau, mais celle-ci, au lieu de siéger dans la région rolandique, comme autorisait à le croire la doctrine des localisations cérébrales, occupait la partie antérieure de la région frontale gauche.

En dehors de son siège insolite, cette gomme était encore intéressante par ce fait que, malgré son ancienneté évidente, puisqu'elle était complètement ramollie, elle n'avait donné lieu à aucun trouble des facultés intellectuelles. Le jour même qui précéda l'apparition des accès d'épilepsie, le malade s'était rendu à son travail comme d'habitude et ne s'était plaint d'aucun malaise.

L'orateur rapproche cette observation de cinq autres faits analogues qu'il a recueillis dans la littérature, et de leur examen comparatif il tire cette conclusion, qu'à côté de l'épilepsie jacksonienne due à une lésion de la région rolandique on doit admettre l'existence d'une seconde variété d'épilepsie jacksonienne, à la vérité beaucoup plus rare, qui reconnaît pour cause une lésion de la région frontale. Ces deux sortes d'épilepsie ont des symptômes identiques, et rien jusqu'à présent ne permet, au point de vue clinique, de les différencier.

M. Lancereaux rappelle qu'il a démontré autrefois que des convulsions épileptiformes pouvaient s'observer à la suite de toutes les tumeurs du cerveau, pourvu qu'elles fussent situées à la périphérie de cet organe.

Traitement du lupus tuberculeux par le permanganate de potasse.

M. Hallopeau lit, à l'occasion d'un travail de M. Butte, un rapport duquel il résulte que le lupus ulcéreux se cicatrise presque toujours à la suite de l'application, durant un quart d'heure, de compresses imprégnées d'une solution de permanganate de potasse à 2 p. 100, précédée d'un savonnage des parties malades.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de lupus non ulcérés, cette médication devient insuffisante ; il faut appliquer pendant un quart d'heure, suivant le procédé de Kaczanowsky, du permanganate de potasse pulvérisé sur les nodules lupiques ; il se forme alors un magma que l'on ne peut enlever complètement, mais qui se détache au bout de 3 ou 4 jours, laissant une perte de substance superficielle, laquelle ne tarde pas à se cicatriser.

Extirpation totale du larynx pour rétrécissement de cet organe.

M. Le Dentu présente, au nom de M. Jaboulay (de Lyon), un malade qui a subi au mois de mars 1900 l'extirpation complète du larynx, pour un rétrécissement syphilitique infecté de cet organe.

Actuellement, cet homme est porteur d'un larynx artificiel qui lui permet de parler, de boire, de manger et même de respirer ; toutefois, sa trachée est encore munie d'une canule qui a été appliquée à la suite d'une trachéotomie faite d'urgence pour des accidents asphyxiques survenus avant la laryngectomie.

Cinq cas de rupture de la rate chez des paludéens.

M. Boinet (de Marseille), relate 5 cas de rupture de la rate, survenue chez des paludéens à la suite de circonstances diverses (accès de fièvre intermittente, traumatisme, repas trop copieux, etc.).

Le mécanisme des ruptures dites spontanées de la rate qui s'observent au cours des accès de fièvre est variable : tantôt, cet accident est favorisé par le ramollissement, la diffluence et l'énorme tuméfaction de l'organe ; tantôt il est dû à l'éclatement de l'enveloppe splénique amincie et sclérosée.

Les adhérences si fréquentes de la rate paludéenne avec le diaphragme et l'estomac facilitent également la production des ruptures spléniques, soit par suite des tiraillements qu'elles exercent, soit par la perte de la mobilité de la rate qui n'échappe ainsi qu'avec difficulté aux traumatismes.

Dans les 5 cas communiqués par M. Boinet, la rupture de la rate a été suivie de mort immédiatement ou au bout de quelques jours.

M. Bucquoy lit sur la peste à bord du *Sénégal* un mémoire relatant les faits dont M. Ch. Leroux a donné connaissance la semaine dernière à nos lecteurs.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Recherches expérimentales sur la fatigue par les excitations de l'odorat, par Ch. Féré (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an 14, n° 4, p. 327-353, juillet-août 1901). — Tous les faits recueillis par l'auteur tendent à montrer que les odeurs qui ont une action excitante à doses faibles, ont une action déprimante lorsqu'on prolonge leur action. Quand on a vu les effets fatigants des parfums, on ne peut guère douter qu'ils soient capables de produire tous les accidents du surmenage et quelles concourent dans un certain nombre de cas à la génèse de la neurasthénie au même titre que l'abus des boissons alcooliques ou du tabac.

Macrodactylie et microdactylie, par P. Begonin et J. Sabrazès (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an 14, n° 4,

p. 305, juillet-août 1901). — Dans le premier cas des auteurs, la difformité de la main gauche est caractérisée par la soudure des parties molles de l'index et du médius et par le volume et la longueur démesurés de ces doigts qui ont conservé leur forme; cette difformité est congénitale, mais ni héréditaire ni familiale. C'est en somme une anomalie par excès. Les deux autres cas concernent des anomalies par défaut : brachydactylie par raccourcissement de quelques phalanges et l'absence d'autres; brachydactylie due à la petitesse de la phalangine et de la phalangette des doigts malformés.

CHIRURGIE

Cals vicieux. (Ueber deform Geheilte Frakturen und ihre Behandlung), par C. Beck (*Münch. med. Woch.*, 1901, n° 175. — Ces observations concernent des os variés : 1° Fracture du col chirurgical de l'humérus chez une fille de 5 ans consolidée avec saillie du fragment externe en dehors; ostéoclasie au bout de 5 semaines; bon résultat fonctionnel, mais les rayons X démontrent que la réduction n'est pas parfaite; 2° Fracture du fémur chez un enfant de 5 ans; suture osseuse au bout de 2 mois 1/2; 3° Fracture supra-condylienne de l'humérus chez un enfant de 10 ans, réduite avec succès au 19e jour; 4° Fracture supra-condylienne de l'humérus traitée au bout de 9 semaines par l'ostéotomie chez une fille de 15 ans. Les 3 derniers cas, relatifs à des adultes (col de l'humérus, calcanéum, extrémité inférieure de l'humérus), n'ont pas donné lieu à des interventions chirurgicales.

Kystes des os. (Osseous cysts of the tibia), par C. Beck (*Am. journ. of med. sc.*, juin 1901). — Deux observations concernant un garçon de 10 ans et une fille de 13. Le kyste occupait chez l'un l'extrémité supérieure, chez l'autre l'extrémité inférieure du tibia; il a été traité par l'incision avec réunion immédiate de la cavité, dont la paroi superficielle était assez amincie pour pouvoir être fracturée et accolée à la paroi profonde. L'auteur a établi le diagnostic avec l'ostéosarcome en se fondant sur la netteté des contours de l'espace clair montré par la radiographie. Quelles sont les connexions avec les néoplasmes de ces kystes à contenu noirâtre et visqueux? L'auteur ne tire aucune conclusion. Il cite l'opinion de Virchow, Schlange, F. König, Deetz sur leurs rapports avec des noyaux cartilagineux et constate que dans un de ses cas la paroi contenait des cellules cartilagineuses : en tout cas, état local excellent 2 ans après l'opération.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius. (Fracture of the lower end of the radius, etc.), par C. Beck (*Ann. of surg.*, août 1901). — Dans ce mémoire, l'auteur qui a observé 12 fractures de l'extrémité inférieure du radius, s'occupe surtout de montrer les notions acquises sur le siège du trait grâce aux rayons Röntgen. Il prouve, en particulier — et rappelle que Velpeau, Nelaton avaient cliniquement affirmé la chose — la fréquence d'une fracture concomitante de l'extrémité inférieure du cubitus. On trouvera en outre dans ce travail quelques renseignements radiographiques sur le décollement épiphysaire du radius et du cubitus et sur la fracture du scaphoïde.

Malformations du membre supérieur. (Congénital malformation of the upper extremity), par C. Beck (*New-York-med. journ.*, 29 juin 1901). — Plusieurs observations de polydactylie, syndactylie, avec radiographie. Un cliché intéressant de sillon congénital huméral avec fracture congénitale de l'avant-bras, traitée avec succès par la suture. Une observation de main bote, avec absence du radius et du cubitus. Au total, 8 malformations; l'auteur fait remarquer qu'aucun de ces enfants n'est issu de parents américains.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la sciatique par les agents physiques.

Par le Dr Félix Allard.
Licencié ès sciences physiques.

On englobe sous le nom de *sciatique* la névralgie et la névrite du nerf grand sciatique. Il faudra avant tout différencier les deux affections qui souvent se succèdent, la seconde devenant une complication de la première passée à l'état chronique. En présence de la névralgie simple, on doit immédiatement se demander si on a affaire à une sciatique de cause locale ou générale. La compression, les stases veineuses, le surmenage du nerf, le froid sont les causes locales les plus fréquentes. Parmi les causes générales celles auxquelles on doit songer immédiatement sont la syphilis, la blennorrhagie, la tuberculose, puis le rhumatisme, la goutte, le diabète, la chlorose, le paludisme et enfin les toxiques (alcool, plomb, etc.).

La névralgie sciatique aiguë ou chronique peut être totale ou partielle; simple ou compliquée; elle est compliquée soit de troubles trophiques de la peau ou des muscles, soit de troubles de la sensibilité objective (hypoesthésie, anesthésie).

Si nous avons rappelé ces distinctions c'est qu'il importe d'en tenir compte pour instituer un traitement rationnel.

Toutes les formes de *l'énergie* ont été utilisées pour le traitement de la sciatique; *le chaud, le froid, le mouvement actif et passif, l'électricité* dans toutes ses modalités, *la lumière* et même les *Rayons X*. Chacun de ces procédés, à part les rayons X, a pu donner dans quelques cas de bons résultats, mais il importe de rechercher auquel il faut donner la préférence dans un cas déterminé, de poser aussi nettement que possible les indications et contre-indications de chacun de ces traitements externes.

Nous prendrons, pour faciliter cette étude, 3 types cliniques différents.

1er Type. Supposons d'abord le cas le plus simple d'une névralgie franche aiguë survenue à la suite du froid humide chez un sujet jeune et vigoureux.

Dans ce cas la thérapeutique qui donne les résultats les meilleurs et les plus rapides consiste dans l'association du *massage* et de la *révulsion*.

Le *massage* doit être pratiqué d'une façon très méthodique, d'abord léger, puis progressivement plus intense; il comprend plusieurs manipulations : effleurage, friction, pétrissage et de préférence *vibration*. C'est surtout dans le massage du nerf que la vibration est utile et les moteurs vibratoires électriques rendent, dans un pareil cas, les plus grands services, car ils permettent de régler les périodes de vibration et d'en localiser l'action avec une grande précision. Les effets du massage sont complexes; il agit à la fois sur la peau, sur les muscles et les filets nerveux, sur la circulation et par suite sur la nutrition.

L'efficacité de la *révulsion* dans la sciatique aiguë est admise par la généralité des médecins; si une réaction s'est produite, c'est moins contre la révulsion que contre les moyens employés pour la produire. Le chlorure de méthyle n'est pas sans inconvénients, le vésicatoire n'est pas sans dangers. Or l'électricité nous offre le révulsif le plus parfait autant par son inocuité absolue que par la facilité avec laquelle on peut en graduer l'action.

Duchesne de Boulogne pratiquait l'excitation électrique de la peau avec le courant induit au moyen du pinceau faradique; c'est un procédé souvent employé encore et qui donne de bons effets si l'on sait s'en servir; voici la façon d'opérer : il faut avant tout que la peau soit bien sèche; sans cela le courant pénètre profondément, fait contracter les muscles et excite les troncs nerveux; il peut ainsi provoquer l'irritation d'un nerf voisin jusqu'alors resté calme. Pour dessécher la peau, on la frictionne avec une poudre absorbante (amidon ou lycopode). Cela fait, le pôle indifférent relié à une électrode humide est

appliqué sur la région lombaire, le pôle négatif, le plus excitant, est relié à un pinceau métallique que l'on promène sur tout le territoire innervé par le nerf malade en utilisant un courant progressivement augmenté jusqu'à la limite de la tolérance; l'opération ne peut être supportée au delà de quelques minutes, mais à ce moment le malade peut en général remuer la jambe sans provoquer la douleur qui le faisait crier quelques instants auparavant; la douleur reparaît après un intervalle de 8 à 12 heures, mais elle est modifiée, moins vive et souvent déplacée; l'opération est renouvelée le lendemain.

Mais il existe des modes de révulsion électrique plus modernes dont je veux dire un mot, les *étincelles frankliniennes*, les courants de décharge des bouteilles de Leyde ou *courants statiques induits* et les *courants de haute fréquence et de haute tension.*

Les étincelles frankliniennes sont tirées du malade placé sur un tabouret isolant mis en communication avec le pôle positif d'une puissante machine statique; la peau doit être à nu et bien desséchée par une poudre absorbante, mais on peut aussi pratiquer ce qu'on appelle la *friction électrique*, le malade étant placé dans les mêmes conditions, mais tout habillé, une boule métallique reliée au sol et munie d'un manche isolant est promenée sur le vêtement; une pluie de petites étincelles éclate alors entre le vêtement et la peau.

Le courant statique induit bien étudié par le Dr Morton (de New-York) est produit par la décharge oscillante de deux bouteilles de Leyde dont les armatures internes sont respectivement réunies aux deux pôles d'une machine statique, les armatures externes sont l'une au sol, l'autre en communication avec un excitateur. Le malade étant sur le sol on promène l'électrode métallique sur la surface de la peau bien sèche; ces courants, moins douloureux que l'étincelle simple, ont sur les courants faradiques l'avantage de moins diffuser leur action en profondeur; à excitations égales leur influence se limite plus superficiellement et nous avons vu combien il était important d'éviter l'excitation des nerfs voisins restés indemnes.

Le courant de haute fréquence et de haute tension est produit à l'aide du dispositif de d'Arsonval avec le résonnateur Oudin, il est appliqué avec un électrode condensateur ou un pinceau métallique suivant qu'on veut produire une pluie de petites étincelles violacées qui donne une sensation de léger picotement, ou cribler la peau d'étincelles plus puissantes pour avoir une action plns profonde et plus durable. L'application doit durer de 5 à 10 minutes; d'après M. Oudin, le symptôme douleur est beaucoup plus rapidement et complètement amendé par les courants de haute fréquence que par toute autre thérapeutique.

On a donc le choix entre plusieurs procédés de révulsion électrique; le premier (le pinceau faradique) donne des résultats moins rapides, mais il a pour lui la simplicité; il est à la portée de tous les médecins et peut être appliqué au lit du malade; les autres exigent une installation particulière et le transport du malade au cabinet du médecin électricien; ils sont d'une efficacité plus constante et plus rapide.

De toute façon on alternera dans le traitement de la sciatique aiguë que nous avons prise comme type le massage et la révulsion en faisant chaque jour : le matin, une séance de massage; le soir, l'électrisation; dans ces conditions, si la sciatique est traitée dès le début on aura une guérison complète en 4 ou 5 jours.

Traitement causal. — Mais à côté de la cause simple et fugace que nous avons envisagée, le froid, il y a des causes locales persistantes sur lesquelles nous n'avons que peu ou pas d'influence et tant que la cause persiste le traitement ne peut être que palliatif; c'est ainsi que les sciatiques produites par une stase veineuse, soit dans le système de la veine cave inférieure (varices du membre inférieur) soit dans le système porte, sont particulièrement rebelles, que les sciatiques déterminées par le mal de Pott, par la méningite spinale sont complètement incurables.

Par contre, parmi les causes générales qui peuvent provoquer une sciatique aiguë ou entretenir une sciatique chronique il en est plusieurs pour lesquelles un traitement général par les agents physiques doit être institué en même temps que l'action locale. C'est ainsi que les maladies par ralentissement de la nutrition : la goutte, le rhumatisme, le diabète, qui sont les facteurs les plus fréquents de la sciatique, devront être soignés soit par les courants de haute fréquence dans le grand solenoïde de d'Arsonval, soit par les bains hydro-électriques à courants sinusoïdaux, procédés qui accélèrent les échanges nutritifs et augmentent l'élimination des produits de déchets sans nécessiter l'exercice rendu impraticable par la douleur.

Les bains et les douches électrostatiques ou l'hydrothérapie froide donneront de bons résultats dans le traitement de la sciatique des neurasthéniques et des hystériques; le bain de lumière électrique, les inhalations d'ozone seront un précieux auxiliaire dans le traitement des sciatiques chez les chlorotiques.

2° *Type.* Prenons un deuxième exemple clinique; supposons-nous en présence d'une *sciatique chronique* dont nous avons pu déterminer la cause. Cette cause est susceptible d'un traitement général que nous instituons de suite en nous inspirant de ce que nous avons dit plus haut.

Mais localement quel sera le traitement de choix? La sciatique est ancienne; à des périodes d'accalmie ont succédé des périodes douloureuses, la marche est très pénible, le membre atrophié avec quelques troubles trophiques de la peau, sans modification de la sensibilité objective. C'est en somme un des nombreux cas dans lesquels la différenciation entre la *sciatique névralgie* et la *sciatique névrite* est difficile à établir.

Les troubles de la motilité sont-ils causés par la douleur ou y a-t-il paralysie ou parésie d'une partie des muscles?

Il est tout indiqué dans ce cas de recourir à l'électro-diagnostic, de rechercher les réactions électriques des nerfs et des muscles. Si la contractilité aux courants faradique et galvanique n'est pas ou n'est que peu modifiée, c'est qu'on se trouve en présence d'une névralgie simple, l'atrophie musculaire étant uniquement le fait de l'immobilisation prolongée; la névrite sera toujours accompagnée de modifications notables de l'excitabilité électrique ou diminution considérable ou abolition de l'excitabilité faradique du nerf et des muscles, conservation de l'excitabilité galvanique du tronc nerveux et, suivant l'ancienneté de la névrite, hyper- ou hypo-excitabilité galvanique; si la névrite est plus prononcée on note en plus l'inversion dans la formule normale des secousses, le pôle positif prenant une action prédominante sur le pôle négatif; enfin la contraction devient lente et vermiculaire.

Mais dans ces cas extrêmes de névrite avec réaction partielle ou totale de dégénérescence, le diagnostic entre la névralgie et la névrite n'est pas douteux, même sans l'examen électrique. Cependant le résultat de l'exploration électrique conserve son importance au point de vue pronostic, il fournit de plus, comme nous le verrons dans la suite, des indications utiles sur le mode de traitement à employer.

Le diagnostic de névralgie chronique simple étant bien établi, plusieurs médications externes peuvent être employées avec succès; on peut utiliser soit la combinaison *mouvement-chaleur* soit la combinaison *mouvement-électricité.* La thérapeutique par le *mouvement* doit comprendre : 1° *le massage;* 2° *les mouvements actifs et passifs.*

Le *massage* doit être appliqué comme nous l'avons indiqué à propos de la forme aiguë en insistant davantage sur le pétrissage des muscles.

Les *mouvements actifs* auront pour but de faire fonctionner les muscles atrophiés par l'immobilisation; ce seront surtout des mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse et de flexion du pied sur la jambe; ils seront faits soit avec la résistance de l'aide, soit avec des appareils spéciaux de mécanothérapie où la résistance, mesurée par des poids, peut-être progressivement augmentée à mesure que les muscles reprennent leur vigueur.

Les *mouvements passifs* ont pour but de faire subir au nerf sciatique une élongation qui donne des résultats plus durables que l'élongation chirurgicale sans exposer le malade aux mêmes dangers. L'élongation du sciatique s'obtient par la flexion forcée de la cuisse sur le bassin; ce mouvement est fait soit par le gymnaste, soit par un appareil spécial de mécanothérapie où la traction est réglée par des poids.

Chaleur. — Sous cette dénomination générale, il faut entendre le *froid* et le *chaud* séparément ou alternativement.

Les applications du *froid* se font sous forme de douche froide,

mais dans un grand nombre de cas ce moyen est impuissant, souvent même dangereux.

Les applications du *chaud* peuvent se faire soit par l'intermédiaire de l'eau (douche chaude), de l'air (étuve sèche), de la vapeur (bain ou douche de vapeur). Elles peuvent se faire par radiation directe de chaleur avec les appareils électriques Dowsing de *chaleur radiante lumineuse*.

L'eau chaude ou la vapeur suffisent lorsque les douleurs sont fugaces et légères, mais si elles sont invétérées ce sont des moyens insuffisants ; le véritable traitement analgésique repose sur l'association du chaud et du froid.

A cet effet on peut employer la douche écossaise, l'étuve sèche (avec vapeur ou mieux lumière électrique), le bain de vapeur simple ou médicamenteux et faire suivre ces applications d'une douche froide.

La douche écossaise est une douche mobile en pomme d'arrosoir, alimentée par un bon mélangeur ; on projette d'abord, sur la partie douloureuse, de l'eau chaude dont on augmente progressivement la température jusqu'à la limite de tolérance du malade, on maintient ainsi le membre échauffé pendant un temps variable de 5 à 10 minutes, puis on projette rapidement et légèrement sur la même partie de l'eau froide. On termine par une douche générale froide.

L'*étuve sèche* permet de déterminer sur la peau tous les degrés d'excitation depuis le simple réchauffement jusqu'à la révulsion la plus intense ; si les douleurs sont très vives la température de l'étuve ne doit pas dépasser 45° centigrades, mais l'application doit être supportée longtemps ; si les douleurs sont subaiguës la température doit être beaucoup plus élevée (60° à 70°), mais elle est alors supportée moins longtemps. L'étuve sèche est en général suivie d'une douche froide générale.

A côté de l'étuve sèche il faut placer les *bains de vapeur*, vapeur simple ou vapeur chargée de principes médicamenteux ; enfin les douches locales de vapeur le long du trajet nerveux. L'appareil de Berthe se prête merveilleusement à ces diverses applications locales ou générales.

La *chaleur radiante lumineuse* est produite à l'aide des appareils Dowsing. Le bain Dowsing est un bain de soleil artificiel dont on peut à volonté régler l'intensité des rayons soit calorifiques, soit lumineux. Ces appareils permettent par la disposition des réflecteurs les applications générales ou locales et la nature de la chaleur est telle que le corps humain peut supporter sans inconvénient des températures de 150 à 200 centigrades. L'action de ces hautes températures, jointe à celle des rayons lumineux et chimiques, fait de ce procédé un traitement de choix.

La combinaison *mouvement-chaleur* dont nous venons d'exposer la technique peut ne pas convenir à tous les tempéraments ; certains arthritiques ne supportent pas l'eau froide : certains asthmatiques ou cardiaques ne peuvent être soumis à l'étuve sèche ; il est vrai qu'ils supportent toujours bien les bains de lumière électrique.

La combinaison *mouvement-électricité*, applicable dans tous les cas rend des services au moins équivalents.

Le traitement par le *mouvement* se fait comme nous l'avons indiqué déjà.

Quant au *traitement électrique*, c'est au courant galvanique stable qu'il faut avoir recours.

L'emploi du courant galvanique dans la sciatique remonte à plus d'un siècle, successivement abandonnée et reprise, cette méthode est tout à fait admise aujourd'hui ; sans nous attarder à la description des divers modes d'application, nous donnerons la technique qui nous a fourni les meilleurs résultats. Une électrode souple de grande surface (400 à 500 c. q.) recouvre toute la région lombaire où elle est uniformément et solidement appliquée ; elle est reliée au pôle positif d'une batterie de piles ou d'accumulateurs ; le pôle négatif communique avec une électrode en charbon placée dans l'eau tiède d'un récipient en faïence où le malade plonge le pied jusqu'au-dessus de la cheville ; dans le circuit se trouvent un rhéostat ou réducteur de potentiel et un milliampèremètre. On commence toujours par une intensité faible, on augmente progressivement jusqu'à 10 ou 12 M. A. et on ne dépasse pas cette dose si les douleurs sont vives, mais on prolonge l'application pendant 30 ou 40 minutes ; si les douleurs sont subaiguës, on peut augmenter l'intensité et arriver à 20 ou 25 M. A. sans danger de brûlure grâce au dispositif que nous avons indiqué ; alors la séance dure moins longtemps (15 à 20 minutes).

Remarquons en passant que dans les applications de courant continu comme dans celles du calorique, les douleurs aiguës demandent de faibles intensités longtemps prolongées et les douleurs subaiguës des intensités plus élevées avec une durée plus courte d'application.

Que le traitement par le mouvement soit associé à la chaleur ou à l'électricité, il importe de faire une séance tous les jours en alternant les applications. Dans ces conditions l'amélioration est toujours rapide, dans la majorité des cas la guérison complète est obtenue en quelques semaines.

3° Type. Il n'en est malheureusement pas de même du dernier type clinique qui nous reste à étudier, de la sciatique névrite, surtout si le nerf est profondément atteint, si l'on a constaté par exemple à l'exploration électrique des anomalies qualitatives de l'excitabilité galvanique. Dans ce cas le mouvement et l'électricité associés sont les seules applications réellement efficaces,

Le *mouvement* sous forme de massage et de gymnastique active s'adresse aux troubles de la nutrition et de la circulation (atrophies musculaires, œdèmes, etc.).

L'électricité peut être appliquée sous forme de courant galvanique stable comme dans la névralgie ou mieux sous forme de courant alternatif sinusoïdal, ce courant ayant une action plus rapide sur la nutrition du muscle ; l'application peut se faire avec le pédiluve en suivant la technique indiquée pour le courant galvanique ou mieux dans un bain complet (bain hydro-électrique) où l'organisme entier bénéficie du traitement.

En plus de l'application stable de courant galvanique ou sinusoïdal qui s'adresse à la nutrition du tronc nerveux et des muscles, il faut provoquer la contraction de chaque muscle en particulier et pour cela se conformer au résultat de l'exploration électrique ; il est inutile, il est même dangereux d'appliquer un courant faradique sur un muscle qui ne répond plus à cet excitant; avec le courant galvanique il faut choisir le pôle qui provoque le plus facilement la contraction et produire avec le métronome interrupteur des interruptions d'un rhythme lent. Ces applications doivent être faites tous les deux jours, le massage le jour intercalaire.

Enfin pour agir contre certaines complications de la névrite, troubles trophiques de la peau, hyperesthésie cutanée ou plaques d'anesthésie, il faudra modifier légèrement le traitement indiqué plus haut.

Les troubles trophiques de la peau devront faire préférer le bain hydro-électrique complet à l'application dans le bain de pied galvanique. Les phénomènes d'hyperesthésie sont améliorés par le souffle statique, ceux d'anesthésie par l'emploi de la révulsion électrique.

L'amélioration et la guérison seront, plus que dans les autres cas, longues à se produire ; ce n'est plus par semaines qu'il faut compter ici, mais bien par mois ; le pronostic dépend d'ailleurs de l'état de la contractilité neuro-musculaire et du moment où la maladie a commencé à être traitée. Toutefois on sera toujours récompensé de sa patience et de sa persévérance.

Nous n'avons pas eu la prétention de passer en revue tous les traitements par les *agents physiques* des différentes formes de sciatiques. — Loin de là. — En prenant 3 types bien tranchés les plus fréquents, nous avons cherché à viser le plus grand nombre de cas possible ; il existe évidemment des formes intermédiaires, mais leur traitement ne demandera que quelques modifications de détails apportées au type clinique le plus voisin.

Nous croyons avoir montré dans cette étude que si tous les agents physiques peuvent en somme être appliqués avec succès, tous ne sont pas utiles dans tous les cas, que certains peuvent même être nuisibles, qu'il existe dans l'emploi isolé de chacun d'eux et dans leur association des indications et des contre-indications qu'il importe d'observer si l'on veut tirer tout le parti possible de la médication par les agents physiques.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Un cas de myome du pylore (note histologique et considérations).

D'après M. Rocco Caminiti (1).

La sténose du pylore due au développement des tumeurs non carcinomateuses est assez rare. En voici un cas, réduit à son anatomie pathologique.

Examen anatomo-pathologique. — L'estomac est celui d'un homme de 40 ans, mort de phthisie, et qui avait été admis à l'hôpital dans les derniers jours de sa vie, dans un état très grave, avec des lésions avancées de tuberculose pulmonaire.

Les altérations de l'estomac sont notables; il se présente, en effet, augmenté de volume, tandis que la consistance de ses parois est diminuée. A l'extérieur, rien de remarquable. La cavité gastrique une fois ouverte, la muqueuse apparaît pâle, mais sans épaississements ou autres altérations constatables à l'œil nu; elle peut glisser sur le plan des tissus sous-jacents en tous les points, et se laisse partout soulever en plis. La paroi stomacale est beaucoup diminuée d'épaisseur.

La lumière de l'orifice pylorique est rétrécie et admet à peine le tuyau d'une plume. A la place de l'anneau pylorique se voit une saillie qui comprend presque les trois quarts de la circonférence de l'orifice, la partie restée mince étant du quart supérieur. Cette éminence est arrondie sur son bord libre, et s'incline vers la cavité de l'estomac; elle fait corps avec le pylore; le volume est celui d'une noix; la muqueuse qui la recouvre est d'apparence normale.

La tumeur est uniformément résistante au couteau; la couleur en est grise; la surface de section se montre finement striée.

Diagnostic anatomique : myome du pylore et dilatation gastrique.

Examen histologique. — A un faible grossissement, tant dans les coupes faites dans les tissus congelés que dans les coupes de tissu fixé et durci, la tumeur présente partout la même constitution. L'examen d'une coupe transversale montre dans l'ensemble une forme arrondie placée sur une large base d'implantation.

La saillie se trouve constituée en allant de la face tournée du côté de la cavité gastrique vers le dehors, par plusieurs couches concentriques; la première, qui entoure les autres comme un ruban, est faite d'un tissu à cellules serrées. Au-dessous on observe un second anneau de tissu lâche, peu coloré, constitué de filaments fins enchevêtrés, dans lequel sont épars de rares éléments cellulaires. La troisième couche est beaucoup plus large que les deux autres réunies et plus dense; elle constitue la néoplasie, elle résulte des faisceaux groupés et laisse bien apercevoir deux zones : une périphérique et une centrale plus compacte et plus colorée.

Les deux zones qui forment cette portion se différencient dans la préparation même à l'œil nu, parce que l'externe, moins large, moins colorée que l'interne, est striée dans un sens perpendiculaire au grand axe de la néoproduction; elle entoure la couche interne plus compacte, striée dans diverses directions, mais dans l'ensemble, parallèlement au grand axe de la coupe, qui a la forme d'une poire à la queue tournée en dehors. La zone périphérique qui entoure cette forme de poire s'amincit en allant vers le sommet de la tumeur, où elle disparaît, et la zone interne se trouve ainsi au contact des autres deux couches. La tumeur ci-dessus décrite est, par sa base, implantée sur une couche de tissu musculaire à qui fait suite la séreuse du viscère.

A fort grossissement et en suivant le même ordre dans la description, on voit que la couche la plus externe, constituant la muqueuse, présente quelques notables altérations : les septa interglandulaires sont déformés et un peu épaissis; l'épithélium est disparu ou tombé en certains endroits ; ailleurs les cellules peu colorées et uniformément colorées ne laissent pas voir le noyau. Les glandes muqueuses montrent les mêmes altérations. La couche située au-dessous, *muscularis micosæ* et sous-muqueuse n'est pas altérée.

Ensuite, les deux couches suivantes sont constituées par des fibres musculaires lisses groupées en gros faisceaux. La couche externe représente le tissu sain de l'anneau pylorique et est formé de fibres musculaires longitudinales et circulaires de volume normal. La zone interne, pyriforme sur la coupe, représente la masse du tissu néoformé au milieu des fibres du pylore; cette masse, écartant les fibres normales, tend à se porter de plus en plus vers la surface intérieure de l'estomac. Les faisceaux de fibres qui la composent sont entourés et cimentés les uns aux autres par un peu de tissu connectif à disposition irrégulière. Les fibres-cellules en sont généralement petites et leurs noyaux se colorent vivement.

Les vaisseaux veineux et artériels qui courent périphériques, ainsi que les capillaires situés entre les faisceaux sont normaux.

La coupe de la paroi stomacale se montre diminuée d'épaisseur; cette diminution est faite aux dépens de la couche musculaire, surtout de son plan moyen. Les fibres-cellules sont, en effet, petites et quelques-unes très petites avec un protoplasma finement granuleux. La muqueuse présente les altérations de cellules de la région pylorique (desquamation de l'épithélium de la paroi et des glandes, épaississement des septa conjonctifs interglandulaires). Sous-muqueuse intacte.

Diagnostic histologique : myome du pylore; gastrite chronique, de forme hyperplastique (hyperplasie du connectif interglandulaire, atrophie des glandes); atrophie de la tunique musculaire.

D'après Steiner, il n'existe que 23 cas de myomes de l'estomac; mais on pourrait ajouter à cette statistique

1. *Il Policlinico*, 15 décembre 1900, p. 602.

es cas de Bernabe, Korinsky, Cornil et Ranvier, Billroth, de Cappello.

A s'en tenir à la statistique de Steiner et en défalquant deux cas de tumeurs mixtes, un myosarcome (Brodowski) et un adénomyome (Picenti), et une tumeur qui avait son siège dans l'intestin et ne faisait que bomber dans l'estomac (Wesener), il ne resterait que 20 cas connus.

Ensuite, si on veut, comme Virchow l'a fait d'abord et Steiner plus récemment, les diviser en internes et externes, il n'en reste que 14 qui ont fait saillie dans la cavité gastrique. Ceux-ci ont eu pour siège la grande ou la petite courbure, le cardia; un seulement (Pernice) était placé près du pylore.

Le cas précédent est l'exemple, probablement unique, de myome pur issant de l'anneau pylorique.

En outre de la nature de la lésion qui a produit la sténose pylorique, il y a lieu de remarquer l'énorme dilatation de l'estomac et l'atrophie de la paroi, pour les opposer à l'opinion d'Ewald qui pensait que dans la gastro-ectasie par sténose pylorique les fibres musculaires étaient surtout hypertrophiées.

C'est pourquoi, l'orsqu'on veut se rendre un compte exact des faits de cet ordre, il y a lieu de tenir compte, non seulement des causes habituelles de la sténose (obstacles mécaniques à ce que le viscère se vide régulièrement, maladies locales ou générales, causes physiques), mais encore de l'état organique tout entier. Ainsi, dans le cas ci-dessus relaté, il faut faire une part, en plus du haut degré de la sténose du pylore, du dépérissement général produit par la tuberculose pulmonaire dans les organes et les tissus.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les fractures du crâne.

Par M. René Tesson,
Interne des hôpitaux de Paris.

Tout récemment, dans diverses communications à la Société de biologie (Séance du 25 mai 1901), à la Société médicale des hôpitaux (Séance du 12 juillet 1901), à la Société de chirurgie (Séance du 17 juillet 1901), MM. Tuffier et Milian ont appelé l'attention sur un nouvel élément de diagnostic des fractures du crâne, la coloration rouge du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire. Ils ont rapporté plusieurs cas dans lesquels, les signes cliniques étant insuffisants, la ponction lombaire ramena un liquide franchement hémorrhagique, et l'autopsie montra une fracture du crâne. Inversement dans un autre cas, également douteux, le liquide était clair, et le malade guérit.

De ces faits, MM. Tuffier et Milian tirent les conclusions suivantes : 1° la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien « suffit pour faire admettre le diagnostic de fracture du crâne »; 2° « la clarté du liquide écarte de suite toute idée de fracture ».

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt pratique de premier ordre qui s'attache à ces recherches? Le chirurgien se trouverait ainsi en possession d'un signe, facilement constatable et d'interprétation immédiate, lui permettant de résoudre, aussi rapidement qu'élégamment, le problème clinique si délicat qu'est le diagnostic des fractures du crâne. C'est assurément là une des plus séduisantes applications de la ponction lombaire, qui compte déjà à son actif de si brillants états de service.

Cependant, il serait peut-être excessif de considérer ce nouveau signe comme absolument pathognomonique des fractures du crâne, et l'observation qui va suivre montre que les deux propositions de MM. Tuffier et Milian ne sauraient être acceptées telles qu'elles sont formulées ici.

Un homme de 37 ans, Auguste K..., est amené le 22 juillet à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ricard. Il est soutenu par deux brancardiers et marche en traînant péniblement les jambes; il a l'air profondément hébété, et ne répond aux questions qui lui sont adressées que par quelques mots dénués de sens. Le seul renseignement qu'on ait sur lui c'est qu'il est tombé d'une échelle, la veille au soir, d'une hauteur de 2 mètres environ. On constate une plaie contuse au niveau de la base pariétale gauche, une ecchymose palpébrale du même côté, une contusion du sommet de l'épaule. Dès le lendemain, le blessé devient demi-comateux et reste tel les jours suivants; parfois, cependant, sa torpeur est coupée de courtes périodes d'agitation : il se lève, marche dans la salle. Le 5e jour, son état paraît s'améliorer; mais le 6e, il retomba dans le coma : sa température, qui s'était maintenue au voisinage de 37 degrés, s'élève à 38°,4, 39°, 2. Il meurt au 9e jour.

A aucun moment, il ne présenta d'autres symptômes que ces phénomènes cérébraux : ni épistaxis, ni otorrhagie; l'ecchymose palpébrale, constatée dès son entrée, diminue et ne s'accompagna pas d'ecchymose conjonctivale, par instants, il eut des contractions spasmodiques des muscles de la face, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et on crut même un jour à une paralysie faciale inférieure du côté gauche, mais cette apparence ne dura pas. Le membre supérieur gauche était en état de demi-contracture douloureuse, mais on ne pouvait dire si ce symptôme ne relevait pas les lésions traumatiques que traduisait la forte ecchymose de l'épaule.

Bref, si la contusion cérébrale était manifeste, les éléments faisaient défaut pour affirmer ou nier d'une façon catégorique une fracture du crâne coexistante.

Une ponction lombaire fut pratiquée le 25, au 4e jour : le liquide céphalo-rachidien était franchement hémorrhagique; il s'écoula par gouttes pressées, on en recueillit quelques centimètres cubes uniformément teintés.

La ponction fut renouvelée le 29, au 8e jour : cette fois, le liquide se montra absolument clair.

Cette discordance entre les résultats fournis par la ponction lombaire à 4 jours d'intervalle, en rendait l'interprétation plutôt obscure : car, en s'en tenant aux termes mêmes de leurs communications, si MM. Tuffier et Milian admettent (est-ce *a priori* ou pour l'avoir constaté?) que le liquide céphalo-rachidien peut être teinté tardivement, et par conséquent qu'il ne faut pas se hâter, s'il est clair, de conclure à l'absence de fracture, ils ne disent nulle part ce qu'il faut penser d'un liquide qui redevient incolore après avoir été rouge.

L'autopsie fut pratiquée à la Morgue par M. le Dr Vibert, qui voulut bien nous permettre d'y assister. Sous la plaie du cuir chevelu existait une très étroite fissure, qui, descendant de la bosse pariétale, atteignait l'écaille temporale, suivait la suture temporo-pariétale, traversait la grande aile du sphénoïde pour finir à la fente sphénoïdale. Cette fissure était remarquable par son étroitesse, par l'absence de tout écartement entre ses lèvres. A son niveau, la dure-mère n'était ni décollée, ni déchirée; la surface cérébrale correspondante était absolument intacte. Il n'y avait, du côté de la fracture, aucune espèce d'hémorrhagie. Mais du côté opposé, la face externe du lobe sphénoïdal offrait des lésions de contusion destructive assez étendues et un épanchement sanguin en nappe recouvrait presque toute la face externe de de l'hémisphère cérébral.

Il ne paraît pas discutable que la coloration hémorrhagique du liquide céphalo-rachidien, constatée à la première ponction, doive être rapportée à cet épanchement, et par conséquent à la contusion cérébrale indirecte, déterminée par le traumatisme et contemporaine de la fracture; mais on ne peut dire qu'elle soit fonction de cette fracture elle-même. Or, il est des cas où la contusion cérébrale existe sans lésion cranienne; d'autre part, il est rationnel d'admettre que le liquide céphalo-rachidien puisse être coloré par le sang dans des conditions toutes différentes, en dehors de tout traumatisme, par exemple dans l'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire ou méningée. Il serait donc erroné de faire, de ce symptôme, la caractéristique des fractures du crâne.

Notre observation montre de plus, qu'après avoir été franchement hémorrhagique, le liquide peut redevenir clair. Sans doute, les globules rouges répandus dans les espaces sous-arachnoïdiens disparaissent rapidement par phagocytose, tandis que le caillot originel, subissant déjà des phénomènes d'enkystement, ne permet plus de nouvelles migrations. Quoi qu'il en soit, le fait existe, et il faut en conclure que, suivant le moment où elle est pratiquée, la ponction lombaire est capable de fournir des résultats absolument contradictoires.

En résumé, MM. Tuffier et Milian ont enrichi la sémeiologie du liquide céphalo-rachien d'une donnée nouvelle : c'est l'étude d'observations précises, impartialement relatées comme la nôtre, qui permettra d'en apprécier la valeur (1).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 Octobre 1901.

Sur la prostatectomie.

M. Albarran, revenant sur le rapport de M. Tuffier, se déclare partisan de la prostatectomie, au moins en ce qui concerne la prostatectomie dans l'hypertrophie prostatique.

La prostatectomie sus-pubienne est, d'après M. Albarran, une opération grave — sa mortalité opératoire étant en moyenne de 12 à 15 p. 100 — et insuffisante, dans la plupart des cas, si bien que M. Albarran y a définitivement renoncé. Mais en ce qui concerne la prostatectomie périnéale, il croit que ses indications sont fréquentes, si fréquentes même, que ce ne sont plus elles qu'il cherche, mais les contre-indications : grand âge du sujet, péricystite accentuée, lésions rénales doubles et graves, cachexie urinaire avancée. Dans tous les autres cas, M. Albarran est partisan convaincu d'une opération radicale.

La prostatectomie n'est d'ailleurs pas une opération grave, sa technique est bien réglée, et elle donne d'excellents résultats. Voici comment M. Albarran procède : incision bi-ischiatique, décollement de la face postérieure de la prostate et refoulement du rectum en arrière, incision médiane de la capsule prostatique et refoulement de cette capsule à droite et à gauche, incision médiane de la glande dont les lobes latéraux sont enlevés successivement par morcellement; le lobe médian est énucléé facilement, grâce au doigt introduit dans la vessie à travers l'incision urétrale; on termine par la suture de l'urèthre avec drainage cysto-périnéal.

Depuis avril dernier, M. Albarran a opéré par ce procédé 16 malades, qui tous ont guéri. Et cependant ils étaient tous infectés, et quelques-uns ont offert des difficultés opératoires considérables à cause du volume de la glande qui, dans un cas, atteignait celui des deux poings.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils sont les suivants : 1 des malades a été perdu de vue; 4 autres sont opérés depuis un temps trop récent pour les faire entrer en ligne de compte; 3 sont encore en traitement, mais leur plaie est fermée et ils vident bien leur vessie; 8 autres, opérés depuis 2 à 6 mois, peuvent être considérés comme guéris : ils vident spontanément et complètement leur vessie; les lésions rénales, qui existaient chez certains d'entre eux, ont rétrocédé; enfin l'état général est redevenu excellent.

M. Bazy ne partage pas l'enthousiasme de M. Albarran pour la prostatectomie. Les résultats qu'il vient d'énumérer sont beaux, sans doute, mais il convient d'attendre qu'ils soient confirmés par le temps. Le même enthousiasme s'est manifesté jadis pour la castration et pour la résection du canal déférent : on sait combien il a fallu en rabattre par la suite. Pour sa part, M. Bazy a fait une prostatectomie sus-pubienne pour hypertrophie prostatique il y 12 ans; or les accidents se sont reproduits dans ces dernières années, et le malade en est actuellement à peu près au même point qu'avant l'intervention.

M. Routier se range à l'opinion de M. Bazy sur la valeur thérapeutique de la prostatectomie, d'autant plus que l'hypertrophie prostatique n'est pas l'unique cause des troubles observés chez ces malades : il en est qui font de la rétentiou avec des prostates de volume absolument normal. Pour expliquer ces rétentions, il faut absolument faire entrer en ligne de compte la paralysie vésicale, et il est permis de douter que la prostatectomie puisse quelque chose contre elle.

Luxation traumatique de l'astragale.

M. Walther analyse une observation envoyée par M. Brossard (du Caire), et ayant trait à une femme de 41 ans qui avait fait une chute de voiture. Lorsque M. Brossard vit la blessée, 1 mois après l'accident, il existait un gonflement notable du pied et, sur le dos, une tumeur saillante légèrement ulcérée. M. Brossard diagnostiqua une luxation de l'astragale et on pratiqua l'exploration. Les suites opératoires furent des plus simples : au bout de 4 mois, la malade pouvait marcher en s'aidant d'une canne, et, quelques mois après, sans canne, à l'aide d'une chaussure orthopédique à tuteurs latéraux. Actuellement, les mouvements du pied sont complètement restitués; l'affaissement de la plante est à peine appréciable.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Lejars relate une observation de M. Sebileau, dans laquelle il s'agit d'une fillette qui avait avalé un sou. Lorsque M. Sebileau vit la petite malade, 24 jours après l'accident, la radiographie décela la présence du corps étranger à la hauteur de la 4e vertèbre cervicale. M. Sebileau se décida d'emblée à pratiquer l'œsophagotomie externe. Lorsqu'il eut découvert l'œsophage, ce conduit se montra tellement aminci au niveau de la saillie que faisait le corps étranger, qu'une tentative d'extraction par les voies naturelles eût certainement produit une déchirure. L'œsophage était à peine reconnaissable et fortement adhérent à la carotide primitive. Après l'extraction du corps étranger, la plaie œsophagienne ne fut suturée que partiellement, et une sonde à demeure fut placée dans le bout inférieur.

Adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

M. Mauclaire présente un malade opéré d'un volumineux lipome diffus de la région antéro-latérale du cou. L'opération était justifiée par la menace d'une compression trachéale et par le désir manifesté par cet homme d'être débarrassé d'une difformité aussi gênante. L'ablation de la masse fut assez délicate. Mais le résultat final a été aussi satisfaisant que possible. L'opération date actuellement d'un an.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 14 Octobre 1901.

Fibrome sénile sous-muqueux de la paroi postérieure de l'utérus.

M. Radaux. — Il s'agit d'une femme, envoyée à la Maternité de l'hôpital Beaujon, avec le diagnostic de fausse couche et de rétention placentaire avec infection.

A la suite d'un curettage, on constata qu'il s'agissait d'un fibrome sénile sous-muqueux de la paroi postérieure de l'utérus. Celui-ci, probablement sous l'influence des injections d'ergotine faites en ville, a présenté des phénomènes de sphacèle, qui ont été la cause de l'infection.

L'hystérectomie abdominale totale a été faite par M. Tuffier. En pratiquant la coupe de l'utérus ainsi enlevé, on vit que la tumeur fibreuse avait le volume d'une grosse orange et qu'elle était bien insérée sur la paroi postérieure de l'utérus. Sa sur-

1. *Gazette des hôpitaux*, 1901, p. 921.

sace était sphacélée, et son extrémité inférieure tendait à faire faillie dans l'orifice du col. La femme mourut le huitième jour après l'opération. L'examen du sang, qui avait été pratiqué deux fois par M. Milian n'avait donné aucun résultat. A l'autopsie, on ne trouva pas trace de péritonite. Les poumons étaient œdématiés et congestionnés. Dans le poumon droit, il existait, de plus, quelques noyaux de splénisation. Les reins étaient graisseux, et le bassinet et l'uretère droits contenaient du pus.

Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec une grossesse de quatre mois.

M. Paquy. — Il s'agit d'une femme secondipare de 26 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents. Premier accouchement le 26 mai 1900. Accouchement spontané d'un enfant se présentant par le sommet.

Aux environs du 15 juillet, la malade ressentit, pendant toute une journée, une douleur extrêmement vive dans le côté droit, et resta couchée pendant trois jours.

Le 25 août, seconde crise douloureuse qui dure 4 jours et pendant laquelle la malade s'aperçoit que son ventre augmente de volume du côté droit. Le 3 octobre, troisième crise moins douloureuse que les précédentes. Enfin, le 9 octobre, elle est de nouveau reprise d'une vive douleur dans le ventre, accompagnée cette fois de vomissements et de frissons; elle se couche, prend des potions calmantes, mais comme la douleur persiste elle entre à la clinique Baudelocque. Elle est alors examinée par la sage-femme en chef qui porte le diagnostic suivant : tumeur kystique, probablement de l'ovaire droit, à pédicule tordu, chez une femme enceinte de 4 mois environ.

En présence de la gravité des accidents présentés par la malade, M. Pinard pense qu'une intervention s'impose, intervention qu'il confie à M. Paquy.

L'opération est pratiquée le 13 octobre. Après ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule une certaine quantité de liquide péritonéal louche. A droite de l'utérus gravide on découvre la tumeur kystique de couleur brun verdâtre dont on retire par ponction 900 centimètres cubes de liquide citrin. La tumeur était formée par la trompe distendue; son pédicule était tordu deux fois sur lui-même en sens inverse des aiguilles d'une montre. Au niveau de ce pédicule se trouvait l'ovaire qui avait le volume d'une mandarine. Les annexes droites sont excisées. La durée totale de l'opération a été de 30 minutes.

M. Pinard. — Cet hydrosalpinx existait bien probablement déjà lors du premier accouchement. Or, malgré l'oblitération de la trompe droite, les règles ont été absolument normales après cet accouchement.

Ce fait vient s'ajouter aux autres documents intéressant l'histoire des trompes tordues. M. Pinard fait remarquer la tendance à se tordre qu'ont, au cours de la grossesse, toutes les tumeurs à pédicule. Enfin, M. Pinard attire l'attention sur l'hypertrophie de l'ovaire qui, en pareil cas, n'avait jamais encore été notée.

M. Routier dit qu'il a vu souvent des cas où, malgré l'oblitération d'une trompe, les règles étaient absolument normales. Il en a vu d'autres où les règles étaient normales, malgré l'existence d'un double pyosalpinx et, enfin, il a vu survenir les règles chez des femmes auxquelles il avait enlevé les deux trompes, mais auxquelles il avait dû laisser un petit reste d'ovaire.

De la conduite à tenir en cas de grossesse compliquée de fibromes utérins.

M. Schwartz croit que, sur ce point, l'accord est bien près de se faire entre chirurgiens et accoucheurs. Tous sont maintenant d'avis que l'intervention pour fibromes, dans le cours de la grossesse, doit être exceptionnelle et motivée seulement par des accidents graves, déterminés par la présence du ou des fibromes. A cette formule, M. Schwartz est tenté d'ajouter, en guise de corollaire comme le fait M. Richelot, qu'il faut intervenir non seulement dans le cas d'accidents menaçant gravement la vie de la mère, mais encore lorsque ces accidents, n'existant pas encore, leur apparition semble inévitable. C'est au médecin de juger en conscience et de choisir le moment opportun.

M. Varnier constate aussi que les chirurgiens et accoucheurs sont, après discussion, tout près de s'entendre. Reste à savoir quelle est la valeur des termes « accidents graves ». C'est une question d'appréciation que chacun tranchera suivant son tempérament conservateur ou radial. M. Varnier n'a jamais songé à dénier au chirurgien le droit de prendre une décision préventive, « avant que la femme ne soit en état de déchéance »; lorsque, comme le dit M. Richelot, « les choses marchent de telle façon que les accidents graves nous paraissent inévitables ». M. Varnier veut seulement qu'il soit bien entendu que ce sera là la grande exception, et non pas la règle, et que l'on se gardera de donner au mot préventif un sens trop large.

Opération de Porro et hystérectomie abdominale subtotale.

MM. Lepage et **Gross**, pour contribuer à l'étude qui est en train de se faire du meilleur procédé opératoire à employer lorsque l'accoucheur est obligé d'extraire le fœtus par la voie abdominale ou de parer aux dangers si considérables que crée la rupture utérine, communiquent les observations de trois femmes opérées cette année à la maternité de la Pitié.

Chez la première femme, l'hystérectomie subtotale a été faite d'urgence pour une rupture utérine grave. Cette dernière intéressait la partie latérale gauche du segment inférieur, il existait, de plus, une déchirure de la partie postérieure du vagin. M. Lepage opéra cette femme avec l'aide de MM. Mouchotte et Gross. Section au-dessus du col dont on ne laissa que la partie la plus inférieure. Cautérisation au thermo-cautère de la cavité utérine. Suture du cul-de-sac vaginal, suture des deux lèvres, des moignons, et enfin, par-dessus, suture du péritoine. Drain dans le cul-de sac recto-vaginal. Fermeture de la paroi abdominale par deux plans de suture.

Chez cette femme, on ne pouvait songer à pratiquer l'opération de Porro, à cause du siège de la rupture. Elle mourut, au bout de quelques jours, de septicémie péritonéale. Septicémie dont il faut, sans doute, chercher la cause dans le liquide d'un œuf ouvert depuis 5 jours. On fit, quelques heures après, à une autre femme, une opération de Porro pour un rétrécissement du bassin d'origine rachitique, et chez cette seconde femme les suites opératoires furent absolument apyrétiques. La cicatrisation au niveau du pédicule ne fut, malgré cela, complète que 2 mois après. C'est la raison qui a fait que M. Lepage a, pour sa troisième opérée, préféré au Porro l'hystérectomie abdominale subtotale.

Cette dernière fut pratiquée pour une viciation pelvienne très accusée due à une coxalgie. Après incision de l'utérus et extraction de l'enfant, des clamps furent placés à droite et à gauche sur les ligaments larges. Incision circulaire à 1 centimètre du cul-de-sac antérieur. Le péritoine est décollé. Ablation de l'utérus. On place des ligatures à la soie sur ce qui saigne. Un surjet au catgut adosse les surfaces cruentées. Un autre grand surjet au catgut mené de gauche à droite ferme le péritoine. On suture la paroi abdominale après avoir placé dans le petit bassin un drain entouré de gaze. Cette femme, opérée le 26 mars, quitte le service le 15 mai.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 Octobre 1901.

La bronchiolite fibreuse oblitérante.

M. A. Fränkel a observé un cas de bronchiolite fibreuse oblitérante caractérisée par une prolifération aiguë ou subaiguë

du tissu conjonctif dans les bronchioles, entraînant la mort d'une façon assez rapide. Ce processus avait été considéré jusqu'ici comme secondaire à diverses maladies du poumon; récemment, M. Lange a fait connaître les deux premiers cas où il fut primitif. Toutefois l'étiologie demeurait obscure.

Dans le cas observé par M. Fränkel, il s'agit d'un homme de 25 ans, fondeur en cuivre, qui entra à l'hôpital avec de la dyspnée, de la cyanose et une augmentation de volume des poumons, il n'existait aucune zone de matité thoracique, mais on percevait partout des râles à fines bules et, en arrière, de la crépitation; pas de fièvre. Le malade racontait que la veille il avait, en traitant du laiton par un mélange d'acides sulfurique et azotique, respiré en abondance les vapeurs qui s'échappaient de ce bain; il avait éprouvé aussitôt un sentiment d'angoisse avec besoin d'air; la dyspnée n'avait fait que s'accentuer depuis lors. Au bout de peu de temps, cet homme, malgré divers incidents (état de faiblesse du cœur qui céda à la digitale, légère expectoration pneumonique, emphysème cutané de la moitié droite du thorax), paraissait tout à fait rétabli quant au 14e jour, les symptômes reparurent avec une grande intensité; la mort survint une semaine plus tard.

A l'autopsie, les poumons renfermaient de nombreux petits nodules rappelant l'aspect de la tuberculose miliaire; mais le microscope montra qu'il s'agissait de bronchiolite oblitérante : les fines bronches présentaient seulement de la desquamation épithéliale; puis, à mesure qu'on examinait des ramifications plus profondes de l'arbre respiratoire, on rencontrait d'abord des masses albumineuses avec chute de l'épithélium, enfin du tissu conjonctif jeune oblitérant les bronchioles et ayant même envahi les alvéoles.

Déviation de l'omoplate, d'origine musculaire.

M. Eulenburg présente une jeune fille de 17 ans, dont l'omoplate droite a subi un mouvement de bascule tel que son bord externe regarde en bas et que son bord interne est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Cette déformation, qui date de 1 an environ, peut tenir soit à une contracture de l'angulaire de l'omoplate et des rhomboïdes, soit à une paralysie du grand dentelé. La première hypothèse paraît la plus vraisemblable; aussi peut-on espérer que la myotomie donnera de bons résultats.

Physiologie de la respiration.

M. de la Camp communique les résultats de recherches radiographiques démontrant qu'il existe trois types respiratoires. Dans le premier, l'inspiration correspond à un abaissement du diaphragme, l'expiration à une élévation de ce muscle; dans le second, l'inspiration normale coïncide encore avec l'abaissement du diaphragme, mais l'inspiration forcée s'accompagne d'abord d'une élévation, bientôt suivie d'un abaissement plus considérable que d'ordinaire de ce muscle; dans le troisième, enfin, le diaphragme effectue ses mouvements normaux tant que la respiration est calme, tandis qu'une respiration plus profonde a pour effet d'invertir ces mouvements (élévation pendant l'inspiration, abaissement pendant l'expiration).

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 11 Octobre 1901.

Traitement chirurgical de l'ascite.

M. Mansell Moullin a communiqué sa statistique personnelle portant sur 5 cas. Dans tous ces 5 cas de cirrhose avec ascite, M. Mansell Moullin a fait la suture du grand épiploon à la paroi abdominale. Sur ces 5 opérés, deux ont succombé : un, 4 semaines après l'opération, de pleurésie; l'autre d'épuisement, 8 jours après l'intervention. Dans ces 2 cas, l'opération a été faite trop tard.

Sur les trois autres opérés, qui ont quitté l'hôpital au bout de quelque temps, un a été perdu de vue. Les deux autres sont encore en vie et ont repris leurs occupations, cela 2 ans après l'opération.

Quant aux résultats de cette opération, M. Mansell Moullin estime que l'ascite étant d'origine mécanique, l'intervention en question ne peut pas amener la guérison complète. Jusqu'à présent, à en juger par les cas qui ont été publiés, la mortalité opératoire est assez élevée. Mais tout porte à croire que lorsque les cas seront mieux choisis et que l'on interviendra de meilleure heure, la mortalité ne sera pas plus élevée que dans les laparotomies exploratrices.

Pour ce qui est de la technique opératoire, M. Mansell Moullin recommande l'incision médiane qui permet d'atteindre toute la face supérieure du foie et de fixer le grand épiploon au moyen de suture passant par la paroi abdominale et le péritoine pariétal. Le drainage est inutile, voire même dangereux, car il prédispose à l'infection. Comme le liquide s'accumule dans la partie inférieure de la cavité abdominale, il ne gêne pas la formation des adhérences. S'il se reproduisait en grande quantité, comme cela a eu lieu chez les opérés qui ont guéri, on peut le retirer par une ponction.

M. Campbell Thomson estime qu'il faudrait établir une distinction entre les cas dans lesquels l'ascite est due directement à la cirrhose du foie, et les cas dans lesquels elle relève d'une péritonite provoquée par la cirrhose. C'est dans les cas du second groupe que l'opération donne de bons résultats, en amenant l'oblitération de la cavité péritonéale par des adhérences, mécanisme qu'on retrouve dans la guérison de certaines pleurésies.

M. Sansom pense que la distinction entre les cas de cirrhose pure et les cas accompagnés de péritonite, bien difficile à établir au point de vue clinique. La cirrhose est un état morbide complexe, et M. Sansom ne croit pas que l'opération réussisse toujours dans un certain nombre de cas et échoue dans d'autres.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 25 Octobre 1901.

Effets expérimentaux de la méthode de Bier sur le développement du cal osseux.

M. A. Bum a relaté les résultats des expériences qu'il a faites avec M. Biedl pour étudier les effets de la méthode de Bier sur le développement du cal. Ces recherches ont porté sur des lapins et de jeunes chiens auxquels on fracturait les deux tibias au niveau de la diaphyse. Un appareil plâtré était ensuite placé sur chaque membre fracturé, puis on pratiquait la méthode de Bier pendant deux heures, chaque jour, au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale droite. Quand les animaux furent sacrifiés, on constata que les parties périphériques du côté traité par la méthode de Bier étaient le siège d'une imbibition séreuse du tissu conjonctif sous-cutané et intermusculaire, et que, dans presque tous les cas, le cal correspondant était plus résistant et plus solide que celui du côté opposé; l'examen histologique montra, en outre, que le processus d'ossification était plus prononcé du côté soumis au traitement de Bier.

De la théorie des anticorps.

M. Max Gruber a fait un exposé critique sur la théorie des anticorps émise par Ehrlich pour expliquer l'action antitoxique de certains sérums.

D'après Ehrlich, l'organisme normal renfermerait des substances chimiques ou anticorps, qui seraient unies en majeure partie au protoplasma des cellules sous forme de « chaînes latérales » et dont une très petite portion seulement resterait libre dans le sang. Lorsqu'un poison pénètre dans l'organisme, les anticorps entreraient en activité, se déverseraient en grande

quantité dans le sang et se combineraient aux substances toxiques pour les neutraliser.

Ehrlich admet, en outre, que la toxine est formée de deux parties : l'une toxique ou *toxophore* et l'autre, *haptophore*, qui se combinerait avec les anticorps. Au fur et à mesure que la toxine vieillit, le groupement moléculaire toxophore diminuerait et finirait par disparaître (*toxoïde*), tandis que le groupement haptophore ne subirait aucune modification.

Il est possible que le groupe toxophore et le groupe haptophore soient isolés l'un de l'autre dans la toxine, mais rien ne le prouve. Erhlich admet cependant que ces deux groupements moléculaires peuvent agir indépendamment l'un de l'autre, de façon à se neutraliser; l'action isolée du groupe haptophore expliquerait ainsi, d'après cet auteur, la période de latence ou d'incubation qui précède presque toutes les intoxications.

Le fait que le mélange de toxine tétanique avec de la substance cérébrale fraîche n'est pas toxique paraît plaider en faveur de l'hypothèse d'Ehrlich. Cependant, si l'action de la substance cérébrale était identique à celle de l'antitoxine, la quantité de cette dernière substance nécessaire pour neutraliser un mélange de toxine et de substance cérébrale devrait être moins considérable; or, on n'observe rien de pareil. Il n'est donc nullement prouvé que le poison soit fixé par le groupe haptophore avant d'exercer ses effets. Ce qui infirme encore cette hypothèse, c'est la différence d'action des toxines suivant qu'elles sont introduites dans l'organisme par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse, ou injectées directement dans le cerveau. Du reste, les poisons non microbiens, tels que la saponine, la colchicine, le plomb, etc., c'est-à-dire des toxiques dans la constitution desquels le groupement haptophore n'existe pas, ne manifestent leurs effets qu'après une période d'incubation, tout comme les poisons microbiens. La période d'incubation des infections n'est donc pas expliquée par la théorie d'Ehrlich.

Enfin, que des animaux réfractaires à l'action des toxines diphtérique et tétanique produisent les antitoxines correspondantes, c'est encore là une nouvelle preuve du peu de fondement de la théorie des chaînes latérales. D'après l'orateur, la formation dans l'organisme de substances antitoxiques s'expliquerait mieux par un processus de sécrétion, car ces substances peuvent continuer à augmenter même après qu'on a cessé les injections de toxines. D'autre part, lorsque, à la suite d'une injection de toxine, on soustrait à un animal la plus grande partie de son sang, la production d'antitoxine devient énorme, même en l'absence de toute nouvelle injection de toxine. Il est enfin absolument certain que l'antitoxine ne prend pas naissance aux points sur lesquels la toxine porte son action.

REVUE DES CONGRÈS

QUATORZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 21 au 26 Octobre 1901.

De la résection du trépied orbitaire externe dans la chirurgie de l'orbite et de la face.

M. Gangolphe (de Lyon) communique deux faits de résection du trépied orbitaire externe, opération permettant d'enlever complètement les tumeurs avec conservation du globe oculaire.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un sarcome de l'orbite; après avoir dénudé entièrement les trois points d'appui de l'os malaire, formant ce qu'on peut appeler le trépied orbitaire, M. Gangolphe sectionne ces trois points osseux, et put alors pratiquer facilement l'ablation du néoplasme. Le résultat fut excellent au point de vue esthétique.

La seconde observation se rapporte à un épithélioma de la face et de l'orbite. Ici encore on a réséqué le trépied orbitaire, pour être certain de bien nettoyer la cavité de l'orbite, sans avoir à recourir à l'énucléation du globe de l'œil. Le résultat a été très satisfaisant, malgré une perte de substance assez considérable que l'ablation de la tumeur avait déterminée sur la face. M. Gangolphe a pu, au moyen d'une suture forcée, combler cette perte de substance sans autoplastie, grâce à l'affaissement résultant de la suppression du trépied orbitaire.

M. Morestin (de Paris) a pu dans deux cas d'épithélioma étendu de la face et de l'orbite, se rendre compte de la façon dont la résection du trépied orbitaire externe facilite la réparation des pertes de substance de la face à l'aide d'une autoplastie. Sans cette résection, on n'aurait certainement pas pu parvenir à recouvrir la plaie opératoire.

Traitement opératoire du lupus.

M. Morestin croit que l'extirpation constitue la meilleure méthode de traitement du lupus. Au cou, la réparation des plaies produite par l'ablation est très facile, sans autoplastie, en pratiquant des décollements suffisants avec un drainage au point le plus déclive.

Pour les lupus de la joue, on peut toujours emprunter un lambeau au cou, même quand il s'agit de recouvrir toute l'étendue de la joue; on crée ainsi une plaie très vaste de la région cervicale, mais on arrive à la combler à l'aide d'un décollement étendu, lequel ne présente aucun inconvénient si l'on a soin de drainer la partie déclive.

Il faut avant tout éviter le moindre tiraillement sur les lambeaux; pour cela, il suffit de maintenir la tête dans une inclinaison convenable pendant toute la durée de la cicatrisation.

M. Maurice Jourdan (de Marseille) estime que chaque fois qu'une lésion tuberculeuse de la peau est susceptible d'être enlevée en totalité, il ne faut pas hésiter à en pratiquer l'ablation. Quel que soit le mode de réparation que l'on emploie, par simple rapprochement des lèvres de la plaie, par autoplastie ou par les greffes de Thiersch, il est préférable de substituer à la peau altérée une peau saine, si peu parfaite qu'elle soit au point de vue esthétique.

Ce qui constitue la supériorité du traitement chirurgical sur toutes les autres méthodes, c'est la rareté des récidives après l'ablation. Pour sa part, M. Jourdan a 8 observations personnelles, dont la plus ancienne date de 1897 et dans lesquelles, jusqu'à présent, la guérison s'est parfaitement maintenue.

De l'uranostaphylorrhaphie.

M. Girard (de Berne) a eu l'occasion de pratiquer, dans ces 15 dernières années, 69 uranostaphylorraphies, avec une seule mort, chez une petite fille de 6 ans qui a succombé, le troisième jour, à des accidents attribuables à une intoxication iodoformée.

La crainte que l'on a souvent manifestée à l'égard de l'opération précoce ne paraît pas justifiée. Dans 15 de ces observations, il s'agit d'enfants âgés de moins de 2 ans, et aucun d'eux n'a éprouvé le moindre inconvénient de l'intervention; le plus jeune n'avait cependant que 7 mois. Une des principales objections faites à l'opération précoce concerne l'atrophie du maxillaire supérieur qui aurait été observée dans certains cas, par M. Erhmann notamment. M. Girard ne l'a jamais vu se produire, pour sa part, et croit que cette atrophie ne doit pas résulter de l'âge. En revanche, au point de vue du fonctionnement des muscles du voile du palais, il est certain qu'il y a un grand avantage à opérer de bonne heure les fissures palatines.

En ce qui concerne la suture, M. Girard emploie maintenant le plus souvent un simple surjet à la soie, qui lui paraît être parfaitement suffisant dans la plupart des cas.

Sur quelques cas de chirurgie trachéo-laryngée.

M. Moure (de Bordeaux) communique 2 cas de corps étrangers des voies aériennes dont l'ablation a nécessité la trachéotomie. Dans ces cas, il n'a pas mis de canule trachéale, et suturé complètement la trachée au catgut. Il s'agissait de 2 enfants, l'un de 3 ans 1/2, l'autre de 7 ans; ils ont tous les deux parfaitement guéri. Dans les faits de ce genre, la réunion immédiate est absolument indiquée.

M. Moure a appliqué également cette manière de faire après

une trachéo-thyrotomie pour épithélioma d'une corde vocale, et au lieu de placer dans la trachée une canule à demeure, il a suturé la plaie trachéale dans toute son étendue, de façon à éviter les complications broncho-pulmonaires qu'on observe si fréquemment à la suite de la trachéotomie. Après la suture de la trachée, il faut évidemment surveiller de près le malade pendant 48 heures.

Indications de la décortication du poumon.

M. Delorme (médecin militaire). — Grâce à la radiographie, il est maintenant facile de déterminer les cas où la décortication du poumon est applicable. La radiographie, en effet, montre si le poumon est dilatable ou ne l'est pas. C'est dans la première éventualité seulement que la méthode qu'il préconise trouve son indication et donne tous les effets qu'on peut en attendre.

Opération de Schede dans les empyèmes chroniques.

M. Bouglé (de Paris) a pratiqué l'opération de Schede chez deux malades atteints d'empyème chronique.

Dans le premier cas, il a fait l'opération en deux temps; le malade présentait, en effet, deux trajets fistuleux; au cours d'une première intervention, il a réséqué la partie inférieure du thorax, supprimant ainsi le cul-de-sac costo-diaphragmatique; dans la deuxième opération, il a étendu la résection à la partie supérieure du thorax, complétant de la sorte le résultat déjà acquis. Chez le deuxième sujet, on a pu se contenter d'une résection moins étendue. Le résultat a été très satisfaisant dans les deux cas.

M. Delorme croit que la décortication du poumon, moins mutilante que l'opération de Schede, aurait dû être tentée chez les malades de M. Bouglé.

Résection du ganglion supérieur du sympathique cervical pour glaucome hémorrhagique.

M. Peugniez a eu l'occasion de pratiquer une résection du ganglion supérieur du sympathique cervical, dans un cas de glaucome hémorrhagique rebelle à toutes les méthodes de traitement appliquées antérieurement.

Dans les jours qui suivirent l'iutervention, on n'observa aucune modification, mais, au bout d'un mois environ, on put constater une diminution notable de la tension oculaire; je me demande même si cette diminution, qui continue à s'accentuer progressivement, n'aboutira pas à une atrophie complète du globe de l'œil.

Statistique d'amputations du sein pour cancer.

M. Le Dentu (de Paris) a opéré en ville, dans une période de 25 ans, 57 femmes atteintes de cancer du sein. De ces 57 cas, il en élimine deux pour lesquels il n'a pu avoir de renseignements définitifs, ainsi que deux autres où la nature épithéliomateuse de la lésion n'a pas paru suffisamment démontrée.

Des 53 malades qui restent, 20 sont encore vivantes; parmi les 33 ayant succombé, 2 sont mortes, sans récidive, de maladies intercurrentes. En ce qui concerne les 20 survivantes, 7 sont opérées depuis moins de 3 ans; pour 3, l'intervention est récente; quant aux 10 opérations pratiquées il y a plus de 3 ans, 3 datent de 13 à 14 ans, 2 de 12 à 13, 1 de 10 à 11 ans, 2 de 5 à 6, 1 de 4 à 5, 1 de 3 à 4. Des 33 malades qui sont mortes, 16 ont survécu plus de 3 ans, dont 4 de 3 à 4 ans, 6 de 4 à 5, 1 de 6 à 7, 1 de 7 à 8, 1 de 8 à 9, 1 9 ans, 1 10 ans, 1 13 ans.

Chirurgie stomacale.

M. Terrier (de Paris) préfère, comme procédé de gastro-entérostomie, celui de von Hacker. Le seul inconvénient qu'il présente résulte l'acte opératoire de la durée qui est souvent un peu longue. M. Terrier a pratiqué 15 fois cette opération, avec 14 succès immédiats.

Lorsque, consécutivement à l'intervention, il se produit des accidents de *circulus viciosus*, cela tient presque toujours à ce que l'opération a été mal faite ou à ce que le traitement post-opératoire a été défectueux.

Les résultats ultérieurs, chez tous les opérés de M. Terrier, ont été excellents. Tous ceux qui avaient une dilatation de l'estomac ont guéri et plusieurs ont bientôt augmenté notablement de poids; cette augmentation a été plus marquée encore dans les cas d'ulcère gastrique. Pour les cancéreux, la survie a varié de 4 mois à 11 mois 1/2.

M. Monprofit (d'Angers) a eu recours au procédé de von Hacker chez un homme qui présentait des symptômes alarmants de sténose pylorique, mais chez lequel on ne trouva pas de tumeur. Quelque temps après, les accidents se reproduisirent, sous forme de crises de vomissements et de constipation, et M. Monprofit finit par décider son opéré à une deuxième intervention, pensant qu'il était victime de phénomènes de *circulus viciosus* tenant au mauvais fonctionnement de sa bouche gastro-intestinale. Il put alors constater qu'il existait, entre le jéjunum et la paroi abdominale, des adhérences donnant lieu à des accidents de semi-occlusion intestinale, lesquels ont disparu complètement après la libération des adhérences.

M. Vautrin (de Nancy). — La dislocation verticale essentielle de l'estomac exige parfois un traitement chirurgical; c'est à la gastrorrhaphie, combinée à la gastropexie, qu'il faut recourir.

Quand la dislocation complique la sténose cicatricielle, elle nécessite la gastro-entérostomie, de préférence par le procédé de Roux, avec ou sans gastropexie.

Enfin, la dislocation avec sténose néoplasique doit être traitée soit par la pylorectomie suivie de l'abouchement duodénal à l'estomac avec gastropexie, soit par la pylorectomie avec suture des plaies gastrique et duodénale et gastro-entérostomie. Lorsque la résection est impossible par suite de l'extension du néoplasme, il faut recourir à la gastro-entérostomie complétée par la gastropexie.

M. Pantaloni (de Marseille) a pratiqué dans une période de deux ans, 25 gastro-entérostomies par le procédé de Roux, pour des affections non cancéreuses de l'estomac. Cette nouvelle série a donné 24 guérisons et 1 mort seulement, dans un cas de gastrite alcoolique. Ces résultats confirment l'opinion relativement à la supériorité de ce procédé sur les autres méthodes de gastro-entérostomie.

M. Guinard ne partage pas l'opinion de M. Pantaloni sur la supériorité du procédé de Roux. L'opération de von Hacker, en effet, ne donne ni une mortalité supérieure ni des résultats fonctionnels moins bons; dans ces conditions, on ne voit pas quelles raisons il y a de préférer l'intervention la plus compliquée.

M. Monprofit emploie comme M. Guinard, le procédé de von Hacker, qui, tout aussi sûr que celui de Roux, est plus rapide.

M. Pantaloni persiste à penser que, entre des mains peu expérimentées, l'opération de Roux offrira toujours plus de sécurité que celle de von Hacker.

M. Mauclaire (de Paris) communique l'observation d'une femme à laquelle il a fait, il y a trois ans, une gastro-entérostomie pour des accidents de sténose du pylore coïncidant avec une tumeur qu'il avait considérée comme ne devant pas être enlevée. Au bout de deux ans, il a dû intervenir à nouveau pour pratiquer une pylorectomie, la tumeur pylorique, après une régression apparente, ayant reparu. L'examen histologique de la pièce a pu alors être fait et les préparations ont été présentées à la Société anatomique; or, les avis ont été partagés, les uns considérant le néoplasme comme bénin, les autres affirmant qu'il s'agissait d'un cancer. Ce fait montre bien la difficulté du diagnostic anatomo-pathologique de certaines tumeurs du pylore.

Du pneumothorax chirurgical.

M. Delagénière. — On a beaucoup exagéré la gravité

du pneumothorax survenant au cours d'une opération sur le poumon, lorsque la plèvre est saine ou dépourvue d'adhérences. Cet accident ne peut être sérieux que s'il se produit brusquement. Quand le pneumothorax se forme lentement, il perd sa gravité, d'autant plus que, en attirant le poumon dans l'ouverture pleurale et en l'y suturant, on arrive infailliblement et très simplement à en limiter la production.

D'autre part, le pneumothorax provoqué lentement constitue à lui seul un moyen de combattre efficacement certaines hémorrhagies pulmonaires. Il nous a pleinement réussi dans un cas de blessure du poumon par arme à feu, le poumon, en s'affaissant, ayant sans doute obturé le vaisseau lésé.

Chirurgie de l'intestin.

M. Le Dentu a pu obtenir la guérison immédiate d'un anus contre nature vaginal, par une application d'entérotome. Dans un cas d'anus contre nature ombilical, pourvu d'un éperon assez développé, la même méthode a également très bien réussi.

En revanche, chez un sujet porteur d'un anus contre nature inguinal, l'application de l'entérotome n'étant pas indiquée, M. Le Dentu a pratiqué l'entérectomie. Il pense, en effet, qu'il n'y a pas de méthode exclusive de traitement des anus contre nature, et qu'il faut, suivant les cas, choisir entre l'opération la plus simple, c'est-à-dire l'entérotomie, et les autres interventions plus compliquées.

M. Peyrot (de Paris) a eu l'occasion de pratiquer deux fois l'exclusion de l'intestin. Dans le premier cas, il s'agissait d'une fistule stercorale consécutive à une tuberculose cæcale; l'opération a été suivie de mort. La deuxième observation a trait à une fistule intestinale après hystérectomie vaginale; cette fois, le résultat a été excellent: la malade a conservé sa fistule, mais celle-ci a cessé de donner issue aux matières.

M. Goullioud (de Lyon) a fait, pour cancer du gros intestin, 5 entérectomies à froid, qui ont été suivies de guérison. Dans trois cas, la tumeur occupait le cæcum, et on a dû enlever de 30 à 40 centimètres d'intestin, ce qui a permis l'ablation d'un grand lambeau de mésentère chargé de ganglions lymphatiques. Dans les deux faits où le cancer siégeait sur l'S iliaque, l'opération a été différente; chez la première de ces malades, l'entérostomie avait été pratiquée antérieurement pour des accidents d'obstruction aiguë; on enleva à froid 12 centimètres d'intestin. Dans la deuxième observation, il existait une tumeur volumineuse de l'S iliaque, invaginée dans le rectum, et M. Goullioud a fait d'abord une entérectomie par voie vagino-rectale, puis, 5 mois plus tard, à cause d'une récidive, une amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale. Il a obtenu une guérison durable.

Pour ses cinq opérés, l'absence de récidive a été constatée de 3 mois à 3 ans après l'opération.

M. Phocas (de Lille) a pratiqué une entéro-anastomose entre la dernière anse de l'iléon et le côlon transverse. Chez un enfant de 5 ans 1/2, atteint de colite muco-membraneuse compliquée d'accidents d'obstruction intestinale incomplète. Les suites opératoires ont été excellentes et le petit patient, revu au bout de 4 mois, avait des digestions normales.

M. Reynès communique un cas où au cours d'une laparotomie pratiquée, pour plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, 7 heures après le traumatisme, il a trouvé une hémorrhagie considérable due à la blessure d'arcades artérielles mésentériques, ainsi que 11 perforations de l'intestin avec filtration stercorale. Il a assuré l'hémostase et suturé les perforations. Le malade a parfaitement supporté l'opération, bien que celle-ci ait duré près de 3 heures.

Chirurgie herniaire.

M. Lucas-Championnière possède actuellement une statistique de 1 000 cures radicales de hernies sans étranglement, comprenant 838 hernies inguinales, 82 crurales, 38 ombilicales, 15 épigastriques, et 27 éventrations.

Pour toutes ces interventions, il n'a eu que 7 décès; 1 concernait une hernie épigastrique, 1 une éventration et les 5 autres des hernies inguinales. En dehors d'un cas de tétanos, la mort a toujours coïncidé avec l'existence d'une tare antérieure.

Il n'a pu retrouver, en les cherchant bien, que 32 opérés atteints de récidive; chez la plupart d'entre eux, la récidive était facile à prévoir, car il existait des conditions spéciales favorisant tout particulièrement la reproduction de la hernie.

La cure radicale de la hernie donne des résultats excellents chez la femme: 96 opérations sur des sujets du sexe féminin n'ont donné qu'une récidive.

M. Berger (de Paris) a imaginé un procédé opératoire pour la hernie inguino-interstitielle avec ectopie testiculaire, ainsi que pour certaines hernies inguinales se présentant dans des conditions particulièrement mauvaises au point de vue de la faiblesse de la paroi.

Voici en quoi consiste ce procédé: après avoir incisé l'aponévrose du grand oblique jusqu'à l'orifice inguinal externe, enlevé le testicule, réséqué le sac et suturé le tendon conjoin à l'arcade crurale, on ouvre la gaine du muscle grand droit, et on suture la lèvre externe de cette gaine à l'arcade du grand oblique; puis on fixe le bord externe du muscle droit à sa gaine, comme dans le procédé de Jalaguier pour la résection de l'appendice, et on répare avec l'aponévrose du grand oblique la perte de substance de la paroi antérieure de la gaine du muscle droit.

M. Tailhefer (de Béziers) rapporte un cas de cystocèle crurale étranglée où il existait tous les signes d'une entérocèle étranglée, sans que l'opération ait pu faire découvrir la moindre trace d'un sac herniaire.

Traitement de l'appendicite.

M. Thiéry (de Paris) a rencontré au cours d'une appendicectomie à froid, un appendice long de 15 à 16 centimètres, remontant vers le haut dans la direction du foie. N'osant pas le poursuivre jusqu'à son extrémité libre, il s'est borné à réséquer, à partir de son extrémité cæcale, la portion de l'anse appendiculaire qu'il avait pu attirer hors de l'abdomen; par suite, il pratiqua l'exclusion de l'extrémité distale de l'appendice, qui avait 7 centimètres de longueur environ. Il avait ainsi réalisé un vase clos appendiculaire, ce qui n'était pas sans donner quelques inquiétudes, en raison de la théorie pathogénique assez généralement admise. L'intervention date actuellement de 2 ans, et il ne s'est encore produit aucun trouble.

M. Paul Delbet (de Paris) a opéré 39 cas d'appendicite, avec une mort seulement. D'une façon générale, il a eu recours au traitement chirurgical précoce. D'ailleurs, l'opération à chaud ne lui a donné que des succès.

Il emploie l'incision de Jalaguier pour les opérations à froid; dans ses interventions à chaud, il préfère l'incision de Schüller pour les cas récents, et celle de Roux pour les appendicites suppurées. Il a toujours pu réséquer l'appendice, ce qui a l'avantage d'assurer une guérison radicale.

M. Tailhefer a eu l'occasion d'observer un cas d'étranglement de l'appendice dans l'anneau crural, chez une femme de 39 ans offrant les signes habituels d'une hernie crurale. Il n'y avait pas cependant d'interruption de la circulation des gaz. L'opération a été faite au 6e jour; le sac contenait un appendice recouvert, dans sa moitié inférieure, de néomembranes inflammatoires. On en pratiqua la résection, suivie de péritonisation du moignon, et on fit ensuite la cure radicale suivant le procédé de Delagénière. La guérison a été parfaite.

De l'hystérectomie abdominale dans certains cas de gros polypes fibreux de l'utérus.

M. Demons (de Bordeaux). — Lorsqu'on est en présence d'un gros polype fibreux de l'utérus, pendant dans le vagin, il ne faut pas songer seulement à enlever le néoplasme par le procédé courant; on doit, en effet, apprécier soigneusement le volume de l'utérus, qui renferme parfois d'autres fibromes s'opposant à la guérison définitive; si l'utérus est volumineux, l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix.

On peut en dire autant pour certains polypes non pédiculés, remplissant la cavité vaginale; l'absence de pédicule, qui coïncide avec une implantation du néoplasme sur le fond de l'utérus rend l'ablation du pylore incomplète et dangereuse au point de

vue de l'hémorrhagie. Là encore, l'hystérectomie abdominale me paraît indiquée.

Résection du foie pour syphilome.

M. Legueu (de Paris) a été consulté il y a quelques mois, par une femme qui présentait tous les symptômes d'un néoplasme abdominal. Il trouva dans la région du foie une tumeur dont le point de départ était difficile à préciser, mais pour laquelle il crut cependant devoir intervenir. Il s'agissait d'une tumeur hépatique dont il fit l'ablation, en enlevant également la vésicule biliaire adhérente au néoplasme; la malade supporta très bien l'opération. L'examen histologique, au lieu de démontrer la nature cancéreuse de la lésion, prouva qu'on avait affaire à une lésion syphilitique ou tuberculeuse. En insistant ultérieurement sur le passé de cette femme, M. Legueu a pu s'assurer que la première de ces hypothèses était la plus vraisemblable.

Tout récemment, il a opéré une autre malade dans des conditions identiques; encouragé par le cas précédent, il s'est comporté de la même façon, avec un plein succès.

M. Frœlich (de Nancy) a observé, il y a deux ou trois ans, un fait tout à fait analogue à ceux que M. Legueu vient de relater. La nature syphilitique de la tumeur fut démontrée par l'examen histologique.

Blessure de la vessie et de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale.

M. Delaunay (de Paris) communique une observation au cours d'une hystérectomie abdominale pour un volumineux fibrome utérin extrêmement adhérent, il a ouvert la vessie, qu'il a suturée immédiatement, et sectionné l'uretère sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Le fibrome enlevé, il restait à réparer la blessure de l'uretère. Au lieu de le suturer, il a préféré l'implanter directement dans la vessie; la lésion urétérale était située assez bas pour que l'abouchement fût réalisable. Il a fait l'implantation à la partie supérieure de la vessie, après avoir réséqué 7 centimètres d'uretère, et laissé une sonde à demeure. La malade a parfaitement guéri.

Traitement chirurgical des fibromes de l'utérus.

M. Peyrot, après avoir pratiqué pendant plusieurs années l'hystérectomie abdominale totale, a adopté l'hystérectomie abdominale subtotale, avec fixation du pédicule à la paroi, par le procédé de von Hacker et de Fritsch. L'utérus fibromateux une fois enlevé, le moignon est suturé au moyen de catgut à la partie inférieure de la plaie abdominale, de façon à isoler complètement de la cavité péritonéale la surface de section du col utérin. Dans un sixième des cas environ, il y a eu infection légère de la paroi, consécutive à un suintement provenant du moignon; mais jamais, sur 30 opérations, il ne s'est produit la moindre propagation au péritoine, et on a obtenu 30 guérisons.

M. Bouilly (de Paris) a traité 116 fibromes utérins par l'hystérectomie; d'après ce qu'il a vu dans cette série d'interventions, les opérations conservatrices qu'on préconise actuellement auraient été insuffisantes. Sur ces 116 interventions, il a suivi 94 fois la voie abdominale, et 22 fois la voie vaginale. Il a dû faire 4 fois seulement l'hystérectomie abdominale totale; pour les 90 autres opérations par l'abdomen, il a pratiqué l'hystérectomie subtotale; ces 94 hystérectomies abdominales ont donné 89 guérisons et 5 morts, dont 3 doivent être attribuées à la gravité des lésions plutôt qu'à l'acte opératoire. Quant à l'hystérectomie vaginale, elle n'a eu qu'une fois sur 22 une issue fatale, par urémie, chez une femme qui était déjà urémique au moment de l'opération.

M. Roussel (de Reims) a fait pour sa part 39 hystérectomies abdominales totales, pour fibromes utérins par le procédé de Doyen, avec 39 guérisons.

M. Monprofit estime qu'on doit préférer la myomectomie abdominale chaque fois qu'elle est suffisante. Sur 17 cas où il a pratiqué depuis 2 ans, il a eu 17 guérisons. Il n'a encore observé qu'une grossesse, qui, malheureusement, a été interrompue au cinquième mois.

M. Chénieux (de Limoges) attire l'attention sur les difficultés du diagnostic de certaines grossesses compliquées de tumeur; c'est ainsi que des fibromes atteignant l'ombilic peuvent passer inaperçus, et ne révéler leur existence qu'à l'occasion d'une grossesse; de même, un kyste sommeillant dans le petit bassin peut être repoussé par le développement de l'utérus gravide jusque dans le ventre, où le tiraillement d'adhérences ou la torsion du pédicule sont susceptibles de provoquer des accidents péritonitiques simulant la rupture d'une grossesse extra-utérine.

M. Berthomier (de Moulins) insiste sur la nécessité d'opérer les gros fibromes au début de la grossesse.

Traitement chirurgical de l'inversion utérine.

M. Gross (de Nancy) a fait la laparotomie dans un cas où il a été impossible, malgré toutes les tentatives de taxis, de réduire une inversion utérine datant de 6 semaines; l'anneau cervical qui résistait ayant été dilaté à l'aide de deux écarteurs de Farabeuf introduits dans l'infundibulum, les pressions exercées par le vagin suffirent à réduire l'inversion.

Dans deux autres cas, M. Gross a eu à intervenir pour des inversions polypeuses. Chez une de ces malades, il dut morceler le polype pour pouvoir l'enlever, et s'aperçut qu'il avait incisé la paroi de l'utérus inversé. Il pratiqua alors l'hystérectomie. Dans l'autre observation, après quelques tentatives de résection absolument infructueuses, il a fait une hystérectomie abdominale totale. Ces deux femmes ont guéri.

Traitement des adénopathies tuberculeuses.

M. A. Broca (de Paris), *rapporteur*. — Voir page 1003.

M. Demons croit qu'il faut distinguer, au point de vue du traitement des adénites tuberculeuses, les cas qui concernent les enfants et ceux qu'on observe chez les adultes. Chez les premiers, on est d'accord pour se passer de l'intervention chirurgicale; celle-ci, au contraire, est indiquée chez les adultes qui demandent à être débarrassés de leur difformité, d'autant plus qu'ils ont déjà essayé des traitements multiples.

M. Berger a recours contre les adénites suppurées, à la ponction suivie de l'injection de naphtol camphré. Il a observé, en effet, des accidents sérieux avec l'éther iodoformé.

En ce qui concerne l'extirpation des tumeurs ganglionnaires, il estime qu'il ne faut intervenir que dans les cas où tous les moyens de thérapeutique médicale et thermale ont échoué. L'extirpation peut être dangereuse, et d'autre part, la récidive survient dans une proportion de 30 p. 100 en moyenne; enfin, la question des cicatrices inévitables, quelquefois chéloïdiennes justifie également les réserves qu'on doit faire au sujet de l'extirpation.

M. Duret (de Lille) est très partisan de l'intervention chirurgicale chez les adultes. Il a pratiqué 76 extirpations ganglionnaires, depuis 12 ans, sans le moindre accident. Pour ne pas avoir de récidive, il faut opérer très largement, de façon à enlever non seulement les ganglions, mais la coque périganglionnaire et les tissus voisins envahis.

M. Chénieux estime qu'on doit extirper toutes les tuberculoses locales, exception faite pour celles qui coexistent avec des lésions viscérales tuberculeuses graves. C'est dire qu'il préconise l'extirpation des adénites non suppurées; quant aux adénites ramollies ou suppurées, l'ablation est encore l'intervention de choix toutes les fois qu'elle peut être complète; dans le cas contraire, il faut se contenter de l'incision ou des injections modificatrices. Le traitement médical, la cure marine, sont toujours indiqués, mais ils sont insuffisants.

Enfin, il faut s'abstenir absolument du grattage, funeste et dangereux pour les adénites profondes; il n'est applicable qu'aux adénites superficielles, qui rentrent dans la catégorie des tuberculoses cutanées.

M. Mauclaire est partisan de l'ablation des paquets ganglionnaires limités. Au cours de l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou, il peut arriver qu'on blesse la veine jugulaire interne; c'est pour cela que, dans certains cas d'adé-

nites tuberculeuses cervicales profondes et adhérentes, il est peut-être avantageux de pratiquer la ligature préliminaire de ce vaisseau.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer), sur plus de 250 opérations, n'a blessé que 3 fois la jugulaire interne; il s'est contenté de mettre une pince à demeure pendant 48 heures, et l'incident n'a pas eu la moindre conséquence.

M. Calot (de Berck-sur-Mer), estime que l'extirpation doit être réservée aux cas où tous les moyens conservateurs ont échoué. Tout d'abord, il est certain que les adénites suppurées échappent à l'extirpation et sont guéries par les injections modificatrices; or, ces adénites sont les plus nombreuses, car la suppuration est la terminaison fatale de la plupart des adénites tuberculeuses. Lorsque celles-ci ne se ramollissent pas, la résorption spontanée se fait sous l'influence du traitement général.

M. Péraire a observé depuis 1891, 376 cas d'adénites cervicales, à la consultation de l'hôpital Bichat, il a toujours recherché la porte d'entrée de l'infection bacillaire. Il l'a trouvée souvent dans des lésions des fosses nasales, du rhinopharynx, de la région amygdalienne, de la bouche, des dents, de l'oreille, de l'œil, ou enfin dans les affections prurigineuses de la face et du cuir chevelu.

Lorsqu'un traitement médical approprié n'a produit aucun résultat, le traitement chirurgical s'impose. Pour les adénites suppurées, on incise, on curette et on excise les fistules; on laisse largement ouverte la plaie qui se cicatrisera par bourgeonnement. Si l'adénopathie est dure, non ramollie, l'énucléation des ganglions doit être pratiquée.

M. Delorme a été frappé de la fréquence de la tuberculose ganglionnaire chez des soldats provenant de pays maritimes.

Au point de vue du traitement de ces adénites, il fait l'extirpation, pour la région cervicale, dans presque tous les cas où la lésion siège au niveau des ganglions sous-maxillaires, tout spécialement du ganglion angulaire; pour l'aisselle, il n'intervient que si la lésion est bien limitée; pour l'aine, il se laisse plus fréquemment entraîner à pratiquer l'ablation.

Ablation de l'utérus et des annexes dans les cas de tumeur maligne de l'ovaire.

M. Delaunay. — Une femme de 40 ans, opérée d'un kyste colloïde de l'ovaire, revint à l'hôpital au bout d'un an, pour des troubles utérins coïncidant avec une augmentation de volume de l'utérus. On pratiqua l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes, et l'examen histologique a montré que les tissus utérins étaient le siège d'une dégénérescence épithéliomateuse.

Instruit par l'observation précédente, M. Delaunay a enlevé, chez une autre malade atteinte d'une tumeur maligne de l'ovaire, l'utérus qui paraissait sain. Or, on a pu constater au microscope qu'il présentait déjà des lésions épithéliomateuses.

Abouchement anormal du rectum à la vulve.

M. Paul Delbet a opéré une femme de 30 ans, chez laquelle existait un abouchement anormal du rectum au niveau de la commissure vulvaire postérieure. La malade avait subi, à l'âge de 6 mois, pour des accidents d'obstruction chronique, une intervention dans laquelle on avait établi un anus périnéal. Vers sa 25° année, cette femme commença à ressentir de graves inconvénients résultant du mauvais fonctionnement de son anus périnéal; elle présentait de l'incontinence des matières fécales et un prolapsus rectal qui alla en s'accentuant.

Après avoir fermé l'anus périnéal, M. Delbet a pratiqué une transplantation de l'orifice anal, lequel fonctionne bien et est en grande partie continent, grâce à la contraction et à la tonicité du releveur dont les fibres périrectales sont conservées.

Plaies et contusions de l'abdomen.

M. Souligoux (de Paris) a pratiqué 11 laparotomies pour plaies ou contusions de l'abdomen. Dans 4 cas de plaies abdominales sans lésions viscérales, la guérison s'est faite sans incident. Chez 3 autres malades, les plaies de l'abdomen étaient compliquées de plaies viscérales qu'il a suturées; il a obtenu 2 guérisons seulement, son troisième blessé, opéré au bout de 16 heures, ayant succombé.

Ses 4 autres interventions concernent des contusions de l'abdomen; 2 individus, atteints l'un d'une rupture du rein, l'autre d'une rupture de la vessie, ont parfaitement guéri; les 2 autres opérations n'ont pu empêcher la mort, mais, pour l'une d'elles, le résultat aurait été certainement bien différent si on avait pratiqué une laparotomie immédiatement après l'accident, l'opération n'a été pratiquée que 5 mois plus tard, pour une perforation intestinale secondaire.

Éviscération post-opératoire spontanée.

M. Chavannaz (de Bordeaux) a réuni 65 observations d'éviscération post-opératoire spontanée, dont 2 personnelles. Cet accident peut être précoce ou tardif, la dernière variété étant moins importante que la première. C'est toujours un effort (vomissement, défécation) qui est la cause de cette rupture de la cicatrice. Le pronostic est assez sérieux, car ces 65 cas ont donné une mortalité de 14 p. 100. En présence d'un pareil accident, il croit qu'il faut se contenter d'une désinfection très sobre; quand il y a une masse épiploïque herniée, il est souvent indiqué d'en pratiquer la résection, comme il l'a fait dans les 2 cas qu'il a observés.

Cure radicale des rétrécissements graves de l'urèthre par autoplastie cutanée.

M. Rochet (de Lyon) a traité certains cas de rétrécissement grave de l'urèthre par l'autoplastie cutanée, d'après le procédé suivant : on fait d'abord une uréthrotomie externe; ultérieurement, on interpose entre les deux lèvres de l'incision uréthrale un lambeau cutané pris sur le périnée, et on en suture les bords aux lèvres de la section de l'urèthre, l'extrémité du lambeau étant fixée dans l'angle antérieur de la plaie.

On draine la vessie par le périnée au moyen d'une sonde à demeure, supprimant ainsi le passage de l'urine dans l'urèthre antérieur pendant les 8 à 10 jours nécessaires à la réunion du lambeau.

M. Rochet a pratiqué 12 fois cette intervention; 4 fois seulement elle a été suivie d'insuccès; or, 3 de ces cas étaient particulièrement défavorables et dans le 4° le lambeau trop étroit à sa base, s'est sphacélé. Les 8 autres malades ont parfaitement et définitivement guéri, la plupart d'entre eux avaient subi tous les autres traitements sans résultats durables.

M. Delorme a pratiqué, en 1889, pour un rétrécissement rebelle à tous les traitements, une opération autoplastique analogue à celle que M. Rochet vient de décrire.

Il y aurait mieux à faire que d'employer un lambeau cutané; ce serait d'emprunter un lambeau muqueux, soit à la muqueuse rectale, soit à la muqueuse vésicale.

Névrite des moignons d'amputation.

M. Cazin (de Paris). — La gravité de la névrite des moignons d'amputation est encore augmentée par les difficultés du traitement. C'est ainsi que, chez une femme que M. Cazin a eu à traiter, tous les procédés préconisés contre la névrite du moignon, sauf peut-être l'élongation des nerfs, ont été appliqués sans résultat durable. Lorsqu'il a vu cette malade pour la première fois, au mois de janvier dernier, elle n'avait pas été endormie moins de 12 fois en 4 ans, pour différentes interventions dont 9 avaient été dirigées contre la névrite.

A la suite d'une amputation de l'avant-bras droit, nécessitée par un phlegmon, en septembre 1896, le moignon suppura pendant près de 4 mois, et quand, la cicatrisation terminée, la malade quitta la Pitié, elle éprouvait déjà des douleurs au niveau de son moignon. En avril 1897, elle rentra à l'hôpital, et on lui fit sans succès plusieurs séances de compression sous le chloroforme. M. Berger pratiqua ensuite, en octobre 1897, une désarticulation du coude. La guérison ne dura pas un an, et au commencement de l'année 1899, le même chirurgien fit des résections nerveuses multiples. Cette fois, l'accalmie dura 14 ou 15 mois, puis les troubles névritiques reparurent. M. Cazin a pratiqué, en février dernier, une réamputation, à la partie

supérieure du bras, en réséquant les nerfs aussi haut que possible; depuis lors, cette femme n'a pas souffert un seul instant et se considère comme guérie.

Ligature préalable de l'iliaque primitive dans la désarticulation de la cuisse.

M. Berthomier croit utile de procéder, avant la désarticulation de la cuisse, à la ligature de l'iliaque primitive. Dans ce but, on commence par faire l'incision de Roux pour l'appendicectomie, puis on décolle avec le doigt le péritoine jusqu'à ce qu'on sente le bord externe du psoas; par cette manœuvre, on a mis à nu l'artère, qu'il ne reste plus qu'à charger.

M. Berthomier a appliqué ce procédé chez un malade atteint d'un ostéosarcome de l'ischion, avec envahissement de l'articulation coxo-fémorale. Après la ligature de l'iliaque primitive, la désarticulation se fit très simplement; elle fut suivie de la résection d'une partie de l'ischion et du pubis.

M. Delorme a fait 3 fois la désarticulation de la hanche, et dès la première fois, il a constaté qu'il était facile d'obtenir l'hémostase. Il ne voit donc pas la nécessité de faire une opération préliminaire pour empêcher l'hémorrhagie.

Coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral.

M. Guermonprez (de Lille) donne à la coxa vara essentielle de croissance le nom de « coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral des jeunes campagnards ». La maladie débute par une phase douloureuse, à laquelle fait suite une période d'attitudes vicieuses constituant une infirmité déplorable; à ce moment, les douleurs n'existent plus.

Il croit qu'on peut combattre cette affection par un traitement non sanglant lorsqu'on agit en temps propice; si l'on met le malade dans le relâchement en décubitus dorsal, il est facile d'obtenir la réduction, après une forte extension avec contre-extension, en plaçant le membre dans une assez forte abduction, combinée à un certain degré de circumduction.

Traitement des gangrènes diabétiques.

M. Cazin. — Contrairement à l'ancien principe de l'abstention chirurgicale chez les diabétiques, on s'accorde actuellement à ne plus refuser les bénéfices de l'amputation aux malades atteints de gangrène diabétique. En ce qui concerne le niveau où l'on doit amputer, dans le cas de gangrène diabétique avec athérome, on admet comme règle de ne jamais amputer au-dessous du point où les battements artériels cessent d'être perceptibles. Or, il semble que ce critérium ne soit pas absolu, vu les excellents résultats fournis par des amputations où les lambeaux n'ont pas donné une goutte de sang. M. Cazin en a observé pour sa part plusieurs exemples, notamment chez un homme de 63 ans, athéromateux et diabétique, auquel il a fait avec succès une désarticulation de Lisfranc pour une gangrène des orteils, et non pas l'amputation de jambe au lieu d'élection, comme le prescrivait le principe de l'amputation haute généralement admis. Ce malade, opéré depuis 7 mois, marche très bien sur son demi-pied et ne présente aucune trace de récidive.

Malgré l'athérome, on est donc quelquefois en droit, dans des cas de gangrène limitée du membre inférieur, de donner au patient la chance de continuer à marcher sur son pied, plutôt que de le condamner d'emblée à marcher sur un pilon.

M. Tédenat a fait l'opération de Syme dans un cas de gangrène sénile où une amputation haute n'était pas acceptée. Il a pratiqué également plusieurs amputations de jambe au lieu d'élection pour des gangrènes du pied, avec ou sans diabète, sans que le lambeau externe ait donné la moindre goutte de sang; la réunion par première intention n'en a pas moins été obtenue.

M. Guinard n'a pas une très grande confiance dans la vitalité d'un lambeau d'amputation qui ne saigne pas, et, en pareil cas, il use volontiers du cathétérisme des artères, proposé par Montaz. C'est à cet artifice qu'il a eu recours notamment dans une amputation de cuisse où la fémorale ne saignait pas. Avec une pince longuette, il a pu retirer de l'artère de longs caillots fibrineux et le cours du sang s'est trouvé rétabli. M. Rochard a fait aussi ce cathétérisme des artères, et que le résultat a été excellent.

Sur un cas de doigt à ressort lié à une tropho-névrose.

M. Larger (de Maisons-Laffitte). — Chez un homme qui a fait une chute de bicyclette sur le coude gauche, la seule lésion constatée était une petite érosion cutanée au niveau de l'articulation phalango-phalangienne du petit doigt du même côté, sur le trajet du nerf collatéral dorsal externe; il existait, en outre, une violente douleur le long des branches terminales du nerf cubital à l'avant-bras et à la main.

L'érosion ne tarda pas à se creuser et à prendre l'aspect — caractéristique d'une tropho-névrose — d'un petit trou à l'emporte-pièce, d'un mal perforant en un mot. En même temps apparaissait le phénomène classique du « doigt à ressort ». Au bout de 6 mois, le mal perforant se cicatrisa et le phénomène du doigt à ressort disparut. Le parallélisme entre l'évolution de ce dernier et celle de la trophonévrose a donc été parfait.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Redard (de Paris) a traité par la méthode non sanglante 50 cas de luxation congénitale de la hanche, bilatérale dans 7 cas et unilatérale dans 43 cas.

Pour ces derniers, il a obtenu 14 fois une réduction véritable, confirmée par la radioscopie; le résultat est d'autant meilleur que les sujets sont plus jeunes; en effet, il s'agissait 10 fois d'enfants âgés de moins de 7 ans. Un certain nombre de ces interventions datent actuellement de plus de 3 ans, et la guérison s'est maintenue parfaite. Le nombre des transpositions, dans les 43 observations de luxation unilatérale, est de 26; dans 3 cas, la luxation s'est reproduite.

Quant aux 7 cas de luxation bilatérale, deux fois seulement on a obtenu une réduction véritable. Au point de vue fonctionnel, la transposition de la tête fémorale a souvent donné des résultats presque aussi satisfaisants que la réduction vraie.

Traitement chirurgical de la paralysie infantile.

M. Calot. — La paralysie infantile frappe les os, d'où raccourcissement des membres; les articulations, en produisant des articulations ballantes; les muscles, qu'elle atrophie plus ou moins complètement. Le chirurgien corrige les raccourcissements du membre inférieur, fixe par l'arthrodèse les articulations ballantes, combat l'atrophie musculaire avec les anastomoses tendineuses; mais l'orthopédie, pour perfectionner les résultats obtenus, conserve tous ses droits. Il convient de reconnaître que l'arthrodèse, en particulier, a donné beaucoup de mécomptes; à mon avis, elle ne doit plus guère être faite qu'au genou, et dans quelques cas au cou-de-pied. Quant aux anastomoses musculaires, il faut être très réservé sur leur avenir. Enfin, pour ce qui concerne la correction des déviations consécutives à la paralysie infantile, on peut les corriger radicalement par des procédés d'une bénignité absolue, mais le redressement ne peut être maintenu que par un appareil approprié.

Traitement de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale.

M. J.-L. Faure (de Paris). — Depuis la communication que j'ai faite, il y a 3 ans, sur le même sujet, des travaux très importants, inspirés par elle, ont été faits à l'étranger qui sont venus démontrer la justesse de l'idée que j'ai émise avec mon ami le Dr F. Furet, et la légitimité de l'opération que j'avais faite.

Tous ces travaux sont analysés dans la thèse de Bréavoine (1901) qui constitue, sur ce sujet, un travail actuellement complet.

Et d'abord, sur mon malade, j'ai obtenu un demi-succès, qui, lors de ma première communication n'était pas encore appré-

ciable. L'ectropion paralytique qu'il présentait a disparu, et si la motilité volontaire des muscles innervés par le facial est toujours abolie, un examen électrique très complet a démontré que le facial et les muscles qu'il anime ont recouvré leur excitabilité électrique.

En Italie, le Dr Barrago-Ciarella, expérimentant sur des chiens, a vu dans tous les cas la paralysie disparaître lorsque le facial sectionné était anastomosé au spinal ou au pneumogastrique, et ses expériences lui ont paru assez probantes pour qu'il ait cru devoir poser les conclusions suivantes : « Chez les chiens, la suture du bout central du spinal ou du pneumogastrique préalablement réséqués avec le bout périphérique du facial réséqué est susceptible, si elle est pratiquée immédiatement, de rétablir les fonctions dans les muscles innervés par ce même facial. »

En Allemagne, le Dr P. Manasse a fait mieux, et il nous a donné des coupes histologiques montrant, au niveau de l'anastomose, les cylindraxes du facial réséqué se continuant avec ceux du spinal. C'est une démonstration absolue de la réalité anatomique de l'anastomose.

Il y a mieux encore, et le Dr R. Kennedy, de Glasgow, a publié, avec photographies à l'appui, la très belle observation suivante : Sur une femme atteinte de spasme du nerf facial, avec contracture, secousses et tiraillements, il a sectionné le facial et l'a immédiatement anastomosé avec le spinal avivé latéralement. Au bout de 15 mois la guérison était complète, le spasme avait disparu, le facial paralysé avait recouvré ses fonctions. L'élévation brusque du bras produisait une contraction de la face, ce qui montre que les muscles trapèze et faciaux obéissaient à la même impulsion partie du centre cortical du spinal.

Je n'ai rien à changer au manuel opératoire que j'ai établi il y a 3 ans. Je conseillais alors d'anastomoser la branche trapézienne, sectionnée, au tronc du facial également sectionné. Si celui-ci est assez long, peut-être vaut-il mieux l'amener au contact du spinal avivé latéralement. Ce procédé, que j'avais prévu, sans le conseiller, est recommandé par Manasse. Mais il faut qu'il n'y ait, au niveau de la suture, aucune espèce de traction.

En résumé, tous les animaux chez lesquels l'anastomose spino-faciale a été faite ont été complètement guéris de leur paralysie faciale, et la réalité anatomique de l'anastomose a pu être démontrée histologiquement. D'autre part, sur les deux cas où cette anastomose a été pratiquée sur l'homme, l'un a été suivi d'un éclatant succès, et dans l'autre la preuve de la régénération nerveuse a été établie par le retour de l'excitabilité électrique.

La proportion des succès dans cette opération est donc très considérable. Les malades qui en sont justiciables sont nombreux — et le moment me paraît venu de tenter plus souvent une opération qui ne risque pas de leur faire grand mal et qui peut les guérir.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. PETIT (Maurice). *Contribution à l'étude des kystes thyro-hyoïdiens médians.* N° 191.

Mme GÉBRAK. *La pyélonéphrite chez les femmes enceintes.* N° 585.

M. ALLARD. *Contribution à l'étude des adénopathies thoraciques dans la tuberculose pulmonaire chronique.* N° 641.

M. HUSNI-CHAKIR. *De l'hypospadias balanique et de son traitement chirurgical (procédé de von Hacker).* N° 220.

M. LECLERC (Charles). *Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales.* N° 203.

M. LECLERC (Albert). *Contribution à l'étude des adénopathies tuberculeuses du cou.* N° 527.

M. RICOULLEAU (A.). *Luxations congénitales de la rotule.*

A propos de quelques observations personnelles, M. PETIT passe en revue l'histoire de ces kystes; il étudie leur pathogénie, et s'efforce de montrer qu'il est possible de réserver la théorie de l'enclavement aux kystes dermoïdes, tandis que la persistance du canal de Bochdalek permet d'expliquer les kystes mucoïdes. Il insiste enfin sur la nécessité absolue d'extirper la totalité de la poche, extirpation souvent très difficile.

Pour Mme GÉBRAK, plus difficile à diagnostiquer que dans les conditions ordinaires, la pyélo-néphrite des femmes enceintes réclame un examen approfondi et l'emploi rapide d'un traitement approprié. Ce traitement consistera en une néphrotomie ou néphrostomie qui n'auront de contre-indication (et encore ne sera ce qu'une contre-indication immédiate) que dans l'approche du terme de la grossesse. En tous cas, on fera toujours précéder cette intervention, à moins d'accidents aigus qui forcent la main, de la recherche de la perméabilité des deux reins par les procédés aujourd'hui usités.

M. ALLARD conclut après un grand nombre d'observations personnelles que l'adénite axillaire du côté correspondant au poumon malade acquiert une importance capitale pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire (signé de *Fernet*).

La congestion pulmonaire passive observée par Fernet à la base du poumon du même côté que l'adénite, serait pour Allard le résultat d'une paralysie des vaso-moteurs pulmonaires sous l'action de la toxine tuberculeuse.

M. HUSNI-CHAKIR expose avec figures et observations à l'appui la technique de von Hacker pour la restauration de l'urèthre balanique. Les résultats exposés sont satisfaisants.

M. Charles LECLERC résume l'histoire clinique des hernies diaphragmatiques congénitales à propos d'un cas personnel où une fillette bien constituée a succombé quelques minutes après la naissance; elle avait dans le thorax, l'estomac, presque tout l'intestin grêle, le pancréas et la rate.

Tous ces organes avaient passé par une large ouverture qui existait dans le côté gauche du diaphragme.

Un plaidoyer en faveur du traitement médical. Après avoir cité un certain nombre d'observations qu'on eût aimé lire un peu plus détaillées, M. Albert LECLERC conclut que le traitement général est la base de la thérapeutique en fait de tuberculose ganglionnaire. Le cacodylate de soude expérimenté par Leclerc en injections hypodermiques, remonte l'état général et modifie avantageusement l'état local. Les ganglions diminuent de volume, deviennent plus durs et plus mobiles sur les tissus. En cas de suppuration ganglionnaire — et la médication cacodylique la fait cesser rapidement — Leclerc recommande le drainage par capillarité au moyen d'un petit faisceau de crins de Florence.

Sous le nom de luxations congénitales de la rotule, M. RICOULLEAU entend non seulement celles qui sont constatées à la naissance, mais encore toutes celles qui se produisent ultérieurement à la faveur d'une malformation congénitale.

La malformation, liée souvent chez le même sujet à d'autres difformités, semble tenir à un arrêt de développement, qu'il s'agisse d'oligamnios ou de position vicieuse intra-utérine. Ces luxations sont presque toujours externes : on peut les diviser en récidivantes permanentes, habituelles. Les lésions les plus fréquemment observées sont : l'atrophie générale de la jointure et de la rotule en particulier : l'aplatissement du condyle externe, l'allongement et l'hypertrophie du condyle interne. Le pronostic doit être réservé au point de vue fonctionnel; il est plus grave dans les luxations permanentes. Le traitement, en dehors des cas simples qui n'entraînent qu'une faible gêne fonctionnelle comprend deux ordres de procédés : les procédés capsulaires et les procédés osseux; les indications des uns et des autres résultent de l'état des parties osseuses.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les lazarets et les quarantaines d'observation.

Le 24 novembre 1874 un médecin des hôpitaux de Paris, déjà célèbre, lisait devant l'Académie de médecine un important travail d'épidémiologie destiné à mettre en relief l'insuffisance du lazaret de Pauillac et l'imperfection des services sanitaires. Les *exigences de l'ordre du jour* firent rejeter à la séance du 22 décembre suivant la fin de cette communication et, lorsqu'elle fut terminée, le Président saisit le manuscrit de l'orateur et fit défense aux représentants de la presse d'en prendre connaissance. Le bureau de l'Académie qui décidait *ab irato* cette mesure exceptionnelle avait compté sans l'étonnante mémoire de celui qui venait, en termes assez vifs, de faire ressortir les multiples inconvénients et l'inutilité vexatoire de la quarantaine qu'il avait subie en revenant du Brésil.

M. le Dr Jaccoud écrivit séance tenante une deuxième édition de la note qu'il avait cru devoir communiquer à l'Académie et permit ainsi à la *Gazette hebdomadaire* de la reproduire *in extenso*. Mais, en même temps, M. l'Inspecteur général Fauvel dictait à son confrère Le Roy de Méricourt un rapport déclarant que toutes les accusations de M. Jaccoud « portaient à faux et reposaient sur une connaissance imparfaite de la législation quarantenaire; qu'il avait agi avec une légèreté regrettable, etc., etc. » Il fallut l'intervention de M. Chauffard, non pour faire taire les récriminations véhémentes de M. Fauvel, mais pour faire voter par l'Académie le renvoi au ministre du mémoire de M. Jaccoud.

Que les temps sont changés! En 1901, le navire le *Sénégal*, arrivé dans un état sanitaire infiniment meilleur que la *Gironde*, est cependant astreint, dans des conditions presque identiques, à une quarantaine au *Frioul*. M. Bucquoy fait entendre, au sujet des dispositions prises par l'administration et des imperfections que présente le lazaret, des plaintes qui diffèrent peu de celles qui avaient tant irrité M. Fauvel, et cependant pleine liberté lui est accordée pour lire son réquisitoire et, après la courtoise réponse de M. Proust, il semble que l'accord le plus parfait se soit établi entre l'interpellateur et ceux à qui s'adressaient ses justes doléances.

C'est que M. l'Inspecteur général Proust a été aussi maître de sa parole comme orateur qu'autorisé comme hygiéniste; c'est qu'il s'est cantonné sur un terrain inattaquable : celui des instructions qu'il avait données à ses subordonnés; c'est qu'il a terminé par des paroles qu'on ne pouvait manquer d'applaudir; l'hommage ému qu'il venait de rendre aux médecins du lazaret pour leur dévouement et leur courage était, en effet, aussi éloquent que justifié.

Le début et la fin du discours de M. Proust échappent donc à toute critique.

Et pourtant, bien qu'en termes courtois ces choses-là soient dites, il est permis de se demander si toute la réponse de M. Proust est aussi inattaquable et si les passagers du *Sénégal* n'ont pas eu quelques raisons de se plaindre.

Certes les instructions dont M. Proust a donné lecture à l'Académie sont excellentes. Elles imposent, avec une grande précision la recherche et la destruction immédiate des rats pesteux. Elles sont, bien qu'on en ait dit(1), d'une année au moins antérieures à l'incident dont a parlé M. Bucquoy. Mais est-il possible d'admettre que ces instructions aient été bien appliquées au paquebot le *Sénégal*? N'est-il pas établi que ce navire a séjourné 17 jours à Marseille et qu'il en est parti contaminé? N'est-il pas évident qu'il a été arraisonné à son retour d'Alexandrie sans déchargement sanitaire? S'il avait été visité rigoureusement on y aurait trouvé les rats atteints de peste. Et l'on a laissé le *Sénégal* repartir infecté!

Le lazaret, dit ensuite M. Proust, — à défaut du bâtiment qui n'est pas forcé d'exécuter les ordres de l'administration sanitaire (!!) — possédait, bien qu'on en ait dit, une assez grande quantité de sérum antipesteux. Pourquoi donc a-t-il fallu la demande plusieurs fois réitérée des médecins passagers pour obtenir la vaccination préventive? Pourquoi celle-ci n'a-t-elle pas été imposée ou du moins offerte dès le début? Pourquoi a-t-on dû télégraphier à l'Institut Pasteur pour obtenir une nouvelle provision de sérum?

Je passe sur le retard apporté au débarquement des voyageurs et surtout de l'équipage. Malgré le danger d'infection on était mieux à bord qu'au lazaret.

Que dire, en effet, de l'installation du lazaret; ou encore de la désinfection des vêtements et des bagages?

Au sujet de l'installation du lazaret, la réponse est toujours la même. Il est impossible de loger un grand nombre de passagers. La moyenne en 10 années ayant été très faible, on ne prévoyait pas (même après l'incident du *Laos* (??) qu'on pourrait avoir à héberger 174 passagers de marque.

Mais alors à quoi bon les lazarets? Et si une épidémie sérieuse exigeait, au moment de l'arrivée de plusieurs navires, l'isolement d'un plus grand nombre de suspects, que ferait-on au Frioul? Il semble, comme l'a dit M. Bucquoy, qu'à quelques brasses de Marseille, il serait possible de faire installer un hôtel suffisant s'il existait *un plan de mobilisation* permettant de pourvoir, dans un bref délai, aux nécessités matérielles des passagers à qui l'on impose une quarantaine. Il est vrai qu'il faudrait pour ce faire des instructions précises et un budget suffisant. Ne serait-il pas mieux encore de rendre effective et non pas illusoire la délivrance et la vérification du *passeport sanitaire* et de se débarrasser des passagers en

1. Nous reconnaissons que M. le Dr Leroux a commis à cet égard une erreur involontaire dans un travail qui, signé de lui, n'engageait que sa responsabilité personnelle.

les débarrassant de formalités vexatoires? N'est-ce pas ainsi que les choses se passent à l'étranger?

En ce qui concerne la désinfection, il est parfaitement vrai, comme l'a dit M. Proust, que ce service a été organisé et préparé au Frioul dans les meilleures conditions possibles. Dans ce cas encore, les instructions et les mesures préparatoires ont été dignes d'éloges. Mais, dans l'application, tout a été manqué. La désinfection a été illusoire faite à l'aide de pulvérisations notoirement insuffisantes et pratiquée *à l'extérieur* des malles et des valises!!

Je crois inutile d'insister davantage. La discussion n'est pas close à l'Académie, et peut-être de ce débat sortira-t-il mieux qu'une escarmouche des plus courtoises entre deux académiciens, dont chacun se plaît à louer la sincérité aussi bien que la modération. Comme conclusion, il faudrait autre chose que la nomination d'une commission qui, comme l'a très finement fait observer M. Brouardel, pourra apprendre ainsi tout ce que la santé publique doit à ses représentants officiels.

Déjà M. Debove, dans une communication des plus concises mais des plus topiques, a demandé où va l'argent versé au Trésor par suite des taxes sanitaires. S'il est vrai, comme il l'a dit, que l'Etat ait réalisé un bénéfice de plus de 8 millions en 10 années sur les taxes sanitaires, il ne sera point malaisé à l'une des victimes du *Sénégal* de réclamer au Parlement, dont il est l'un des membres les plus éminents, des subsides plus considérables pour parer aux besoins de la défense sanitaire.

Alors nous verrons sans doute, de temps à autre, des expériences de mobilisation, analogues à celles que l'on impose à l'armée et à la flotte, servir à vérifier si les services des lazarets sont en état de fonctionner utilement. Ce ne sera point la quarantaine obligatoire, comme on l'a cruellement demandé, pour les hauts fonctionnaires préposés à la santé publique. Ce sera la vérification obligatoire de la manière dont fonctionnent les agents subalternes. Et il paraît bien démontré que ceux-ci ont beaucoup à apprendre, que si les instructions officielles sont inattaquables, la manière dont elles sont appliquées prête toujours à la critique. L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

La défense de l'enfant.

Résumé du rapport lu au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie* de Nantes. — Septembre 1901.

PAR LES DOCTEURS

G. OLLIVE, et C. SCHMITT,

Professeur à l'École de médecine de Nantes. — Ancien interne de la Maternité de Nantes.

S'il est une question qui intéresse à la fois, et la Médecine et la Société, dont toute nation doit avoir à cœur de se préoccuper, c'est celle de la défense de l'enfant. Elle se rattache au grand problème de la dépopulation.

Pour lutter contre le faible excédent des naissances sur les décès, il ne suffit pas de majorer les premières, il faut restreindre les seconds à tous les âges et surtout pendant l'enfance. La mortalité infantile est effrayante avant et après la naissance : dans une ville industrielle de 150 000 habitants, le quinzième des enfants meurt avant la naissance, et, parmi les survivants, 10 p. 100 sont des débiles! Après la naissance, la mortalité ne fait qu'accroître et atteint le sixième de la mortalité générale.

L'assistance de l'enfant ne commence pas seulement au moment de la naissance, elle ne commence même pas au moment précis de la réunion des deux germes paternel et maternel, elle doit se manifester avant la conception.

Elle comprend trois étapes que M. le professeur Pinard a nettement déterminées :

1° La défense de l'enfant avant la procréation;

2° La défense de l'enfant depuis la procréation, jusqu'à la naissance inclusivement;

3° La défense de l'enfant après la naissance.

I. — Le Dr Comby a magistralement étudié les conditions exigibles des procréateurs pour que le produit de conception présente toutes les aptitudes à un développement normal.

Il est important d'étudier la prophylaxie des tares héréditaires ou acquises. Elle consiste non seulement à mettre en œuvre la sélection des générateurs, mais à s'opposer autant que possible au développement de ces tares héréditaires; et, dans cette lutte, il faut l'union intime, absolue, des pouvoirs publics, des hygiénistes, des chefs d'industrie, de tous les philanthropes, de la société entière.

La charge de l'Etat est lourde. Contre le péril vénérien, à lui d'édicter une réglementation sévère de la prostitution.

Les pouvoirs publics ont commencé la lutte contre l'alcoolisme. Mais ce n'est pas assez : la consommation de l'alcool ne diminue guère malgré l'augmentation de tarif. Il est urgent de supprimer le privilège des bouilleurs de cru, de réglementer le nombre et la police des cafés; et, si ces mesures sont insuffisantes, d'interdire complètement la vente des boissons alcooliques.

A eux encore, incombe le devoir de surveiller l'hygiène dans les industries où s'observe l'intoxication par le plomb, le mercure, le sulfure de carbone. Les lois protectrices du travailleur existent nombreuses et excellentes, il faut surtout exiger leur complète observation : que des peines sévères frappent le patron, le chef d'atelier qui enfreignent les règlements, sans crainte de nuire à l'ouvrier, à sa famille, à sa race.

Par cette même inspection du travail, par une sage réglementation évitant tout surmenage, tout encombrement, veillant à l'observation des règles de l'hygiène, l'Etat luttera autant que possible, contre les progrès incessants de la tuberculose, et par la création de sanatoria, de dispensaires, il isolera les malades, en leur procurant les meilleurs moyens de guérison.

Enfin, il préviendra la société des dangers auxquels l'exposent l'abus de l'alcool, la syphilis, le défaut d'hygiène. Dès l'école, l'enfant sera mis en garde contre les ennemis de sa santé; mais, c'est surtout dans les cours d'adultes qu'une large part sera réservée à la prophylaxie de toutes les maladies évitables. A l'instituteur d'y dénoncer le péril alcoolique, le péril vénérien, le péril tuberculeux; à lui de prémunir les individus contre toutes les tares qui peuvent les frapper, eux et leurs descendants.

L'hygiéniste, le médecin ont un rôle délicat, malheureusement trop restreint avant la procréation. Ils devraient être consultés plus souvent et leurs conseils plus écoutés. Nous ne pouvons que souscrire aux paroles du Dr Comby : « Dans la question du mariage, dit-il, on devrait s'occuper plus qu'on ne le fait de la santé des futurs conjoints. Le médecin pourrait être consulté avec profit pour la société et l'avenir de la race. Il empêcherait l'union des tares qui fatalement doivent s'exalter dans les produits, il préconiserait les croisements judicieux qui auraient pour résultats l'atténuation de ces mêmes tares.

« S'il n'a pu empêcher les unions hygiéniquement mal assorties, il pourra néanmoins donner ses conseils utiles, en recommandant à ses clients de se mettre dans de bonnes conditions physiques, au moment de la conception, de ne pas se livrer à cet acte quand ils sont malades, fébricitants, surmenés, épuisés, en état d'ivresse ».

Contre l'alcoolisme, chacun doit y apporter du sien, et il appartient aux classes aisées de donner l'exemple.

Tous ces moyens assureront la défense du germe avant la procréation et le protégeront contre les tares ancestrales; par les mêmes moyens, on les lui évitera pendant la grossesse, car, à côté de l'hérédité de conception, il ne faut pas oublier l'hérédité utérine.

Toute maternelle celle-là, le père ne pouvant agir qu'indi-

rectement par contamination de la mère, elle n'en est pas moins fréquente et moins terrible : aussi les mêmes mesures prophylactiques sont-elles applicables pendant la grossesse, pour éviter au fœtus toute intoxication capable de le frapper dans sa vitalité, soit avant, soit après sa naissance.

II. — Les tares héréditaires ne sont pas les seules causes d'infériorité de certains enfants pendant la gestation, bien d'autres sont plus communes.

La plus banale, c'est le surmenage. Le professeur Pinard a signalé le fait, en a prouvé la véracité. Depuis plus de 6 ans, il s'efforce de démontrer l'influence du repos, chez la femme enceinte, sur le développement de l'enfant. Ses travaux ont abouti aux trois conclusions suivantes :

1° Chez les femmes qui se reposent pendant les trois derniers mois de leur grossesse, le poids de l'enfant est supérieur d'au moins 300 grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement;

2° Dans le cas de grossesse gémellaire, le poids de l'enfant, avec le même temps de repos, est de 500 à 600 grammes supérieur à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé jusqu'à terme;

3° La gestation a une durée plus longue, 20 jours et plus, chez les femmes qui se reposent; les autres accouchent prématurément.

A côté du surmenage, la misère est une cause notoire d'infériorité de l'enfant. Il est des malheureuses qui peuvent à peine se nourrir. Pendant leur grossesse, elles manquent de tout et rendent, malgré elles, leur enfant victime de leur lamentable situation. C'est en vain qu'il cherche les principes nécessaires à sa nutrition : le sang maternel ne les lui apporte plus.

Chez d'autres, la misère n'est point physiologique, c'est la misère morale qui conduit au crime. « Les conseils funestes, a écrit M. Strauss, ont le champ libre dans cette période d'attente anxieuse. Ils ne tardent pas à être suivis dans l'ombre des officines louches, dans l'intérieur des ateliers d'avortement. » Et si l'avortement ne vient pas, la fille-mère végète : bannie de sa famille, repoussée par ses amies, elle tombe dans les bas-fonds de la Société.

La maladie est un autre facteur fœticide pendant la gestation : l'organisme maternel alors est moins résistant.

La grossesse est un état spécial dans lequel les différents appareils ont subi de profondes modifications.

Les germes s'y développent plus aisément, les toxines y abondent; et, si la mère résiste, le fœtus souvent succombe. Parmi les accidents évitables, il en est deux surtout, l'albuminurie et l'éclampsie, qui sont essentiellement nuisibles au produit de conception.

Que faire contre tous ces ennemis de l'enfant avant même qu'il ne soit né : surmenage, misère physiologique, misère morale, maladies?

Créer la défense légale de la femme enceinte.

Contre le surmenage, il est du devoir de l'Etat de proclamer le droit au repos pendant les derniers mois de la gestation.

La nécessité de ce repos est absolue; elle doit être possible pour tous. Elle doit se prolonger dans le *post-partum*, tout le temps que dure l'involution utérine, au moins 6 semaines.

Chez la femme aisée, c'est possible; et c'est un devoir pour l'accoucheur de l'exiger. Mais pour la femme de l'ouvrier, pour celle qui gagne péniblement au jour le jour le pain de la famille, quels moyen employer?

La femme du peuple, l'ouvrière se fait conduire dans nos maternités à la dernière minute, alors que le travail de l'accouchement est depuis longtemps commencé.

Si les suites de couches, malgré tout, sont normales, elle aspire bientôt au départ. Dès le 7° ou 8° jour, rien ne peut la retenir. Ce qui la préoccupe, c'est le souci du lendemain.

Aussi, une condition nous semble absolument nécessaire pour permettre le repos à la femme enceinte : lui assurer pendant les derniers mois un salaire rémunérateur, la mettant à l'abri de la misère.

C'est à l'Etat qu'appartient ce devoir, l'assistance privée est insuffisante : elle est obligée de faire des sélections et quelquefois en dehors de tout esprit de justice. Ici ce sera affaire confessionnelle, là affaire politique. Le repos et l'indemnité ne doivent pas être une aumône pour la femme enceinte : ce doit être un droit.

Les bureaux de bienfaisance, eux aussi, sont insuffisants.

L'intervention de l'Etat est donc nécessaire. A la conférence de Berlin, la troisième commission, présidée par M. Jules Simon, fit adopter la proposition suivante : Il serait désirable que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines après l'accouchement.

La Hollande, la Belgique, le Portugal, la Hongrie, l'Autriche, l'Angleterre se sont déjà conformés à la décision de l'Assemblée et ont interdit le travail pendant 4 semaines après les couches. L'Allemagne et la Norvège ont exigé 6 semaines à moins qu'un certificat médical n'autorise formellement le travail auparavant. Le Danemark prescrit le repos une semaine avant la parturition et une semaine après.

Mais la plupart des législations sont muettes sur la question d'indemnité, aussi les lois d'assistance pour la femme enceinte n'y sont pas exécutées. L'Allemagne, l'Autriche-Hongrie seules font exception. Mais là, il y a indemnité.

La législation allemande a institué, par la loi du 28 mai 1885, l'assurance obligatoire contre la maladie. Les femmes enceintes y sont considérées comme des malades.

Actuellement, avec les modifications apportées à la loi en 1892 « toutes les femmes accouchées, mariées ou non, reçoivent une indemnité de secours dans les 6 semaines qui suivent les couches. »

Si le Référendum en Suisse ratifie la loi de 1899 sur l'assistance médicale, toutes les femmes salariées auront droit pendant 6 semaines à une indemnité égale à 60 p. 100 du salaire journalier et au traitement gratuit.

De toutes les grandes nations ayant pris part à la conférence de Berlin, la France est la seule qui ne se soit pas conformée à ses décisions.

Actuellement deux projets ont été déposés à la Chambre, l'un de M. Dulau, projet d'assistance maternelle pour les indigentes; l'autre de M. Strauss, réclamant pour les femmes travaillant dans les usines, manufactures, chantiers et ateliers un repos de 6 semaines, 2 avant l'accouchement et 4 après. Pendant cette période les femmes nécessiteuses recevront des soins donnés par des bureaux d'assistance médicale et qui comprendront les secours de grossesse, les frais de séjour dans les refuges, dans les maternités ou les asiles de convalescence.

Ces deux propositions ne nous paraissent pas parfaites. La proposition Dulau ne s'adresse qu'aux indigentes dont elle améliore nettement la situation. La proposition Strauss, plus libérale, est insuffisante encore. Elle ne donne pas assez de repos surtout pendant la grossesse et ne tranche pas la question de l'indemnité.

A notre avis, une loi sur l'assistance de la femme enceinte comprend deux questions distinctes :

1° La question du repos obligatoire à la fin de la grossesse pour toute femme salariée;

2° La question de secours pour les femmes nécessiteuses, indigentes, les filles-mères.

Le repos obligatoire doit être d'au moins 6 semaines avant et 6 semaines après l'accouchement. Une loi parfaite exigerait 3 mois après l'accouchement.

L'indemnité quotidienne allouée par l'assurance et au moins égale aux deux tiers du salaire sera accordée à toute femme salariée à quelque titre que ce soit.

Les secours de grossesse, bien différents de l'indemnité, s'adresseraient aux indigentes, aux filles-mères. Leur forme la plus simple serait les secours à domicile, qui existent déjà et qui sont encore les meilleurs.

Le secours à domicile permet à la femme de conserver la surveillance de sa maison, en même temps qu'il lui assure avec le repos la possibilité de se soutenir par une alimentation suffisante, demeurant ainsi exempte de privations et de soucis.

Il existe des circonstances où le secours à domicile ne peut être institué. Les femmes enceintes, dénuées de ressources, privées de domicile, se trouvant dans certaines conditions d'insalubrité ne peuvent passer sans secours hospitalier le temps de leur grossesse.

L'hospitalisation est encore l'absolue nécessité pour protéger la fille-mère. Actuellement, dans presque tous les départements,

on ne peut rien faire pour elle. Et pourtant la fille-mère devrait avoir la même assistance que la femme mariée.

A la femme indigente, à la fille mère, il faut des asiles spéciaux. « Une hospitalité ordinaire, dans des refuges de nuit, dans des abris de passage, écrit Strauss, ne convient pas à une situation aussi délicate. Les hôpitaux eux-mêmes, avec leurs dortoirs de femmes enceintes, sont le plus généralement destinés aux cas pathologiques. C'est un asile spécial, tout à fait distinct, qui s'impose pour recueillir les femmes enceintes dénuées de ressources et dépourvues de domicile, et les filles séduites qui veulent échapper à tout regard indiscret. »

Tout en France est à créer dans ce but. Paris seul possède des asiles qui peuvent servir de modèles dont, au premier rang, l'asile Michelet établi sur les conseils du professeur Budin.

Il en faudrait un semblable dans chaque département ou au moins dans chaque région. L'inquisition, tel est le grand défaut des asiles privés, ou des maternités hospitalières. Le secret n'y est point assuré, aussi leur but n'est point atteint. La malheureuse qui a une faute à cacher préfère souvent le crime à l'hospitalisation ainsi pratiquée.

Il est curieux de signaler la façon dont est gardé dans nos hôpitaux le secret de la gestation. D'abord la fille mère n'est reçue qu'au neuvième mois de sa grossesse sur billet de la sage-femme mentionnant le nom de la postulante. Ce nom est ensuite inscrit sur le registre des entrées avec renseignements sur l'âge, la profession, le domicile, le lieu de naissance, les antécédents, renseignements que l'on retrouve sur la fiche placée au lit de la malade, exposée aux regards indiscrets de tout le personnel hospitalier, sur l'observation clinique, et, après la naissance, sur les registres de l'état civil et des différents cultes. Si l'enfant, plus tard, est abandonné à l'assistance publique, les mêmes renseignements circulent de bureau en bureau, se transcrivant de registre en registre.

Est-ce l'idéal comme se le demande M. Strauss, un siècle après le vote à la convention nationale de la généreuse proposition de Maigret créant dans chaque district un asile où la fille mère pourrait entrer à telle époque de la grossesse qu'elle voudra?

Non, aussi la création d'ouvroirs où le secret de la grossesse sera absolument gardé s'impose.

Et pour que ce secret puisse être observé, il faut supprimer toute ingérence administrative d'ordre municipal ou départemental. C'est possible à condition que l'Etat accepte de se charger complètement de l'assistance de la femme enceinte.

Comme conséquence de l'ouvroir secret, la maternité secrète est nécessaire :

Avec l'ouvroir secret, la maternité secrète, un grand pas sera fait pour la défense de l'enfant.

Les idées de crime, d'infanticide diminueront et peut-être même disparaîtront complètement.

A l'assistance matérielle de la femme enceinte, il faut ajouter l'assistance médicale. Elle ne peut faire défaut aux femmes hospitalisées, mais elle manque pour les autres.

La femme enceinte ne se doute pas des soins particuliers auxquels elle doit s'astreindre, elle ignore l'importance des examens obstétricaux avant l'accouchement, ou si elle les connaît, elle ne sait où les trouver gratuitement.

Pendant le travail de l'accouchement, l'assistance médicale n'est pas parfaite. Beaucoup de femmes ne peuvent avoir recours aux soins d'un médecin, et, se refusant à quitter leur domicile, se contentent d'une sage-femme.

Quelques-unes ont la chance de tomber sur une accoucheuse instruite, dévouée et consciencieuse observatrice de l'asepsie et de l'antisepsie ; mais beaucoup ne trouvent près d'elles que des gardes ignorantes, sans dévouement, et criminelles par l'oubli des règles de la plus élémentaire propreté.

L'instruction des sages-femmes est incomplète ; elle manque par la base. Avant l'admission dans les maternités, il faut exiger des futures élèves sages-femmes des connaissances supérieures à celles qu'elles possèdent habituellement.

De même, après leur admission à l'exercice, il serait rationnel de rendre obligatoire à époque fixe (tous les 5 ans par exemple) un nouvel examen, sur les principales questions d'obstétrique journalière.

Enfin, que les tribunaux soient impitoyables lorsque quelqu'une occasionne de ces effroyables épidémies de fièvre puerpérale comme on en voit encore trop souvent.

Malgré tout, quels que soient le dévouement et la science du médecin et de la sage-femme, il sera impossible d'éviter tous les accidents de l'accouchement. Quelques femmes se refusent à tout examen pendant la grossesse et ne préviennent qu'au dernier instant. Il faut alors intervenir d'urgence. Il n'existe pas dans la plupart des villes de France, d'organisation spéciale permettant de porter un rapide secours dans ces circonstances.

A l'étranger, à Milan par exemple, il y a des services installés dans ce but. Un assistant pratique à domicile les opérations d'urgence.

Le professeur Budin préconisait récemment un service semblable à Paris ; et, il serait heureux que le même système soit créé en province, surtout dans les grands centres. Chaque jour, il y aurait un ou deux accoucheurs de garde choisis à tour de rôle parmi les médecins désignés et qui se rendraient chez les parturientes pauvres pour les opérer dans les cas difficiles.

C'est ainsi que par des lois nouvelles et par une union intime de tous les membres de la Société, union fondée sur de généreux sentiments de solidarité et de fraternité que l'enfant sera protégé pendant la grossesse et l'accouchement. A ce prix seulement, la puériculture intra-utérine sera complète et féconde en résultats.

III.— L'enfant est né. L'œuvre de défense n'est point achevée : elle commence à peine. Le philanthrope est douloureusement surpris à la lecture des statistiques de la mortalité infantile. Dès 1878, le Dr Bergeron déclarait que le nouveau-né a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de 90 ans, moins de chances de vivre une année qu'un octogénaire.

Plus récemment, dans leur remarquable rapport à l'Académie de Médecine, MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph indiquent les décès d'enfants de moins d'un an dans la population urbaine de France de 1892 à 1897. Pendant cette période, près de 300 000 enfants sont morts ! Cette mortalité est égale au 50e de la population et au 6e des décès de toutes natures !

Sommes-nous réduits à l'impuissance contre ce fléau? non heureusement et d'après MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, plus d'un tiers des décès d'enfants est évitable. Chaque année, 20 000 enfants sont sacrifiés, qui devraient être sauvés, et par quels moyens? Deux les résument tous : l'assistance médicale du nourrisson, l'assistance financière de la mère indigente.

Avec les lois actuelles, les nourrissons peuvent se diviser en deux grandes classes : les nourrissons dont la surveillance est uniquement confiée à leur famille et les nourrissons, qui, placés en nourrice ou abandonnés à l'assistance publique, sont sous la surveillance de l'Etat.

Les premiers sont les plus nombreux : la Société ne s'en occupe pas. L'affection et le dévouement d'une mère veillent sur eux. Rien assurément ne saurait les égaler et les remplacer. Malheureusement, l'amour maternel est souvent aveugle. Inconsciemment, il commet des fautes ; et combien de mères, voulant sauver leur enfant, le tuent par ignorance.

La création de consultations de nourrissons est un premier moyen de la pratiquer. Une direction médicale s'impose pour sauver la mère de l'ignorance, des préjugés, des mauvais conseils. Sans doute, une mère sait que l'allaitement au sein est préférable aux autres méthodes, mais c'est insuffisant. Les gastro-entérites existent même avec l'allaitement maternel. Il faut instruire la femme sur le nombre et les intervalles des repas, sur la quantité de lait que doit prendre l'enfant. Il faut lui faire connaître les caractères de la bonne santé du nourrisson et lui montrer que les pesées seules donnent des renseignements précis. Il faut lui apprendre l'hygiène de la femme qui allaite, en particulier l'hygiène de la région mammaire. Enfin, quand le nourrisson aura grandi, c'est à la consultation qu'il faudra diriger le sevrage, ce moment critique où prennent naissance tant d'affections digestives.

C'est là encore que seront enseignés les moyens nécessaires pour prévenir le développement des maladies contagieuses, des fièvres éruptives ; c'est là, en un mot, que se fera l'éducation de la mère en même temps que la surveillance du nourrisson.

Les bienfaits des consultations de nourrissons sont trop con-

nus pour y insister et que de petits Français ont été sauvés depuis le jour où le professeur Budin eut, dans une généreuse pensée, le mérite de créer la première « Ecole des Mères » à l'hôpital de la Charité.

En province, l'élan est aussi donné, mais il faudrait partout le même entraînement! C'est si facile de créer une consultation de nourrissons : trois choses suffisent, a écrit M. Jonnart, dans la préface d'un remarquable ouvrage sur le nourrisson « une balance, un appareil à stériliser le lait, ou du lait stérilisé du commerce, et le dévouement d'un médecin. » Est-ce bien tout : il est un élément que nous semble avoir oublié l'éminent député du Pas-de-Calais, et contre lequel il faut lutter. C'est l'indifférence des mères. Cette indifférence est vraiment navrante. A la consultation de l'Hôtel-Dieu de Nantes, l'un de nous a essayé de créer une consultation infantile. Bien peu de mères ont répondu à son appel et sont venues régulièrement. Celles à qui l'ont donnait du lait stérilisé étaient là; les autres venaient deux ou trois fois et c'était tout. De son côté, le Dr Crimail, chirurgien de la Maternité, invite au moment de leur sortie, toutes les femmes accouchées dans son service, à se présenter à sa consultation, le mercredi, avec leur nourrisson : c'est à peine si 4 ou 5 la suivent régulièrement.

Dans un travail récent sur la consultation infantile de la Charité, M. Maygrier, expose que sur 2 080 enfants sortis de son service, 321, un peu moins du 1/6, ont été ramenés à la consultation, et que le laps de temps pendant lequel les mères viennent régulièrement, est très variable.

Les 321 femmes peuvent, à cet égard, être rangées en trois classes : 221 sont venues pendant une période de 1 à 3 mois; 80, de 3 mois à 1 an; 20, de 1 an à 2 ans. Celles qui se présentent le moins longtemps sont, pour la plupart, des femmes qui donnent le sein exclusivement. Les autres ramènent leurs nourrissons plus longtemps, étant dans l'obligation de revenir ou d'envoyer chaque jour chercher la quantité de lait stérilisé qui leur est nécessaire.

A l'indifférence, s'ajoute pour beaucoup de femmes, la difficulté de se rendre aux consultations. La plupart sont obligées de travailler pour gagner leur vie et celle de leurs enfants, et depuis longtemps déjà les mères sont à l'atelier, hors de leur maison, aux heures des consultations. Celles-ci sont donc insuffisantes, et pour protéger le nourrisson, il faut une surveillance plus active. Pourquoi les pouvoirs publics n'exigeraient-ils pas de toute mère ou nourrice, ayant un enfant de moins d'un an, un certificat médical obligatoire exigible, tous les mois en hiver, tous les quinze jours en été? Riches et pauvres, ouvriers, bourgeois et nobles y seraient soumis. Le certificat serait délivré gratuitement pour les indigents. Les parents qui ne se soumettraient pas aux exigences de la loi en encoureraient les rigueurs; et un médecin, désigné par la Municipalité, irait constater l'état du nourrisson.

Cette proposition peut paraître vexatoire; mais la liberté du meurtre n'existe pas, et la Société a le devoir de protéger tous les enfants en bas âge. « L'enfant, dit Strauss, a le droit de vivre, et les parents eux-mêmes, malgré leur autorité familiale, ne peuvent mettre obstacle à ce droit de leur enfant. »

Le principe de ce même vœu se retrouve dans le projet de revision de la loi Roussel, préparé par le concours médical, sur le rapport du Dr Gassot. Dans ce projet, la surveillance des enfsants nourris et élevés par leurs parents est prescrite après enquête par le juge de paix. Ce projet est moins égalitaire, il ne s'étend pas à tous les enfants et, par là même, est insuffisant. Beaucoup de nourrissons échapperaient à la surveillance de l'autorité et mourraient ainsi sans en avoir éprouvé les bienfaits.

Un des meilleurs résultats de la visite médicale obligatoire serait de démontrer aux mères la nécessité de l'allaitement maternel. Le médecin, avec son influence, arriverait rapidement à détruire des préjugés, des erreurs : l'allaitement maternel reprendrait sa place d'honneur et les autres méthodes d'alimentation du nourrisson disparaîtraient peu à peu. Depuis longtemps les puériculteurs démontrent le droit de l'enfant au sein de sa mère, et il est exceptionnel qu'une femme chez laquelle l'allaitement est bien dirigé, ne soit pas une nourrice suffisante au moins dans les premiers mois.

Les femmes qui ne nourrissent pas se divisent en deux grandes classes : celles qui ne le veulent pas, celles qui ne le peuvent pas. Les premières existent surtout dans les classes aisées. Pour elles, aucune excuse, aucune pitié. Leur nombre diminuera forcément le jour où la loi Roussel sera appliquée dans toute sa sévérité et avec quelques modifications nécessaires.

Les secondes sont plus intéressantes. Elles voudraient allaiter. Leur état de santé, leurs occupations les en empêchent. Il est rare que la maladie s'oppose à l'allaitement : ces cas existent cependant, et la mère tuberculeuse, par exemple, ne peut nourrir elle-même. D'autres fois, ce sont des maladies infectieuses, des vices de conformation du mamelon qui rendent l'allaitement maternel impossible. Plus fréquemment la femme ne peut nourrir parce que les exigences de la vie ne lui permettent pas. La femme du peuple, l'ouvrière, l'employée de bureau ne peuvent élever leurs enfants à leur volonté. Le travail nécessaire à l'entretien de la famille les retient loin de la maison ou encore la misère altère la sécrétion lactée et ne permet de donner au nourrisson qu'un aliment insuffisamment nutritif.

M. Charles Mercier préconise le seul système qui trancherait pratiquement la difficulté : l'indemnité de grossesse et des gratifications se poursuivraient chez toute femme salariée pendant toute la durée de l'allaitement jusqu'au sevrage. Malheureusement, suivant la juste remarque de M. Strauss, ce moyen est impossible à réaliser actuellement. Il est trop onéreux.

L'assistance pendant la grossesse et les suites de couches, telle que nous l'avons réclamée, aura déjà une heureuse influence. La femme, préparée chez elle ou à l'hôpital, au devoir de la maternité, aura compris non seulement la nécessité de l'allaitement maternel, mais l'utilité d'un allaitement bien dirigé.

L'enfant né, la femme nourrira et l'indemnité ne lui sera continuée qu'à ce prix, à moins que des raisons de santé, certifiées par un médecin, n'y mettent opposition formelle. Pendant un mois et demi, l'enfant aura ainsi la nourriture qui lui convient. Et après? Tous les efforts de la Société doivent tendre à permettre la continuation de ce mode d'allaitement. Le professeur Pinard, en 1897, exprimait nettement cette opinion : « Une seule solution est normale et humaine, disait-il à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et c'est la seule qui soit efficace : faire en sorte que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère. »

C'est possible, mais les moyens à employer nous semblent différents pour la femme indigente et pour celle qui gagne sa vie hors du logis familial. Si la mère est indigente, des secours doivent lui être accordés.

Eux seuls peuvent assurer la vie à l'enfant.

Les secours d'allaitement doivent s'étendre jusqu'à la fin du sevrage; ils doivent être suffisants pour assurer l'entretien du nourrisson. Ils doivent être distribués par l'assistance publique qui exercera une surveillance attentive sur l'emploi des subsides accordées. Quelques puériculteurs reprochent aux secours à domicile de ne pas répondre à leur but, d'être souvent gaspillés. Ils rejettent ce moyen et préfèrent l'assistance complète de l'enfant en dehors de la famille. Leur avis ne saurait prévaloir. En s'emparant de l'enfant, l'Etat détruit le lien de la famille; et suivant la parole du professeur Pinard « le sein et le cœur d'une mère ne se remplacent pas. » La séparation ne devient recommandable qu'aux seuls cas où la mère est dans l'impossibilité absolue de le garder par immoralité, perversion, ou pour cacher une faute qui doit rester secrète.

D'ailleurs avec la surveillance, les abus seront moins nombreux et dans certains cas, il sera possible de distribuer au lieu de secours en argent, des secours en nature et de donner des bons de pain, de viande, de vêtements.

Les secours à domicile non seulement viennent en aide au nourrisson, mais entretiennent le bon état de santé de la mère. Aussi sont-ils supérieurs à tous les autres moyens d'assistance. Les statistiques le prouvent. Pour le département de la Seine, la mortalité des enfants placés en nourrice à la campagne dépasse de plus de 11 p. 100 celle des enfants secourus à domicile.

Les dépenses sont peu élevées, et à Paris, d'après M. Strauss, tandis que les frais d'entretien d'un enfant assisté s'élèvent à la somme de 3500 francs, ceux d'un enfant secouru à domicile atteignent à peine 1 400 francs.

Le nombre de ces enfants indigents n'est pas très considérable, il augmentera peut-être; mais l'Etat pourra toujours couvrir les dépenses nécessitées par cette assistance.

Pour la femme qui travaille, les secours à domicile n'ont pas la même importance. Leur utilité serait encore grande, ils apporteraient l'aisance au logis familial, mais ne répondraient pas au but visé par le puériculteur : l'allaitement maternel.

Plus de 600 000 femmes, en France, travaillent dans l'industrie et leur nombre augmente tous les jours. Parmi elles, beaucoup sont mères, et ne peuvent remplir leurs devoirs maternels. Pour le leur permettre, il faut limiter autant que possible, la durée du travail à l'atelier et permettre l'allaitement au sein pendant les heures de travail. Pour cela, la création de crèches s'impose, où les mères auront droit, sans augmentation de la durée du travail et sans diminution de salaire, de venir, à heures fixes, donner le sein aux petits êtres qui y seront placés sous la surveillance de gardes intelligentes, instruites et dévouées.

Les crèches existent déjà; la plupart ne répondent pas à leur but. Elles deviennent ainsi des asiles inutiles et même dangereux. Beaucoup sont, suivant une juste remarque, de véritables tombeaux d'enfants. Là, aucune surveillance et toujours le biberon à long tube. Par leur titre mensonger, elles induisent les mères en erreur et sous prétexte de sauver les nourrissons, les conduisent directement au trépas.

La crèche idéale, ouverte de bonne heure, fermée tard, doit répondre à toutes les règles de l'hygiène et observer tous les préceptes de l'alimentation des nouveau-nés.

Pour chacune d'elle, le Dr Gauchas réclame un petit nombre de lits; la séparation des enfants par groupe, l'examen à l'entrée, le changement complet des vêtements et leur désinfection, l'éloignement de la crèche de tout contagieux et de ses frères et sœurs. Ces mesures sont excellentes. Elles nécessitent la présence d'un médecin. Celle-ci est en effet indispensable. Une crèche n'est pas une garderie. A la crèche, le nourrisson doit être pesé et examiné tous les jours et les mères doivent y recevoir toutes les recommandations nécessaires au développement, au bon entretien de leur enfant. Les crèches, ainsi placées sous la surveillance médicale, soumises aux règles de l'hygiène, permettant aux mères de venir y nourrir et réservant le lait stérilisé pour les rares enfants qui ne peuvent être allaités au sein, rendront de grands services et seront des établissements d'utilité publique dont on ne saurait trop favoriser le développement. D'ici longtemps, il n'en sera pas ainsi; et, la mère laborieuse, comme la mère qui ne doit pas nourrir, sera obligée d'avoir recours, soit à l'allaitement par une nourrice mercenaire, soit à l'allaitement mixte ou artificiel.

L'allaitement par des « remplaçantes » se fait sur place ou à distance. La mère qui se trouve dans l'aisance, donnera de préférence à son enfant une nourrice sur place.

Pour lui certainement, c'est ce qu'il y a de mieux; mais on oublie trop ainsi l'enfant de la nourrice : la condition absolue doit être que la nourrice emmène avec elle son enfant et l'allaite en même temps que le petit étranger. Sa présence d'ailleurs est très utile, il entretient dans le sein le lait que ce dernier serait incapable de faire monter. Ce moyen nous semble bien plus recommandable que celui préconisé par la loi Roussel, en vertu duquel il est interdit dans tous les cas, aux femmes d'accepter un nourrisson pour l'allaiter si leur propre enfant n'a pas 7 mois révolus.

L'allaitement par une nourrice sur place a été vivement attaqué parce qu'il détruit les liens de la famille et sépare la femme de son mari.

Suivant la juste remarque du professeur Budin, qu'est-ce qui empêche de choisir comme nourrices des filles-mères?

L'allaitement par une nourrice sur place est impossible pour l'ouvrière. Il coûte trop cher; aussi beaucoup de mères envoient leur enfant en nourrice loin d'elles et de la famille. Ce procédé d'élevage doit absolument être réprouvé. Quelques œuvres de date récente, ont tenté de le faire renaître, sous une forme plus philanthropique, plus humanitaire et vraiment recommandable, les Pouponnières.

Malheureusement dans les Pouponnières, un des enfants est séparé de sa mère, et, de ce fait l'œuvre est condamnée par quelques puériculteurs. D'autre part, les enfants élevés ainsi le sont à grands frais, et de telles œuvres ne peuvent être dues qu'à la charité privée.

L'allaitement mixte ou artificiel, voilà en définitive, l'unique moyen, pour la femme nécessiteuse et qui ne peut allaiter, d'élever son nourrisson.

Le premier est bien supérieur au second et le médecin ne saurait trop favoriser l'allaitement maternel quelque minime qu'il puisse être.

Les dangers de l'allaitement artificiel suffisent pour appeler l'attention des Pouvoirs publics sur la surveillance des enfants qui y sont soumis. C'est à ces enfants surtout que les consultations seront utiles, même nécessaires. C'est souvent après bien des efforts, après de nombreux examens, que le médecin arrive à connaître la quantité de lait nécessaire à chaque nourrisson.

Mais l'Etat doit faire plus, il lui appartient de veiller à la qualité du lait et d'en permettre l'usage, par son prix modéré, ou même en le distribuant gratuitement, à tous ceux qui en ont besoin.

De tous les laits employés à l'alimentation du nourrisson, le lait de vache est le plus répandu. Il est souvent frelaté, à la ville comme à la campagne. Tout liquide qui contient moins de 30 grammes de beurre par litre n'est pas du lait et ne doit pas être vendu comme tel. Une analyse faite le même jour, à la même heure, dans les vingt arrondissements de Paris, sur des laits pris au hasard, a prouvé que tous avaient été écrémés : 6 seulement contenaient 30 grammes de beurre, et 14 en avaient moins. De même, des expériences pratiquées dans le département du Nord, ont démontré que les meilleurs laits n'avaient pas 15 grammes de beurre : certains ne contenaient que 1 gr. 50 de matières grasses par litre de lait. Il est temps que ces abus cessent, que la surveillance redouble, que les examens analytiques se multiplient et que des peines sévères frappent les falsificateurs.

Avec de bon lait, il faut du lait bon marché. Le lait, degrevé de tout impôt et exempt de droits d'octroi, doit être à la portée de toutes les fortunes, sans nuire à l'industrie laitière. Ainsi, il pourra être distribué gratuitement aux mères nécessiteuses, sans trop augmenter les budgets des communes ou des œuvres de charité.

Une œuvre merveilleuse s'est créée dans ce but, sous la généreuse inspiration du Dr Dufour de Fécamp : la Goutte de Lait. Les brillants résultats qu'il en a obtenus sont dans toutes les mémoires; et c'est avec légitime satisfaction que le Dr Dufour a pu les faire connaître. Tandis qu'en 1894, la gastro-entérite tuait 14,87 p. 100 des enfants de Fécamp, en 1899-1900, sur 180 visités par l'Œuvre, la mortalité est tombée à 1,11 p. 100.

La Goutte de Lait de Fécamp est une œuvre parfaite, ce n'est pas une simple distribution de lait stérilisé, c'est une vraie consultation infantile. Les enfants sont divisés en trois groupes : ceux qui sont exclusivement nourris au sein; ceux qui, nourris en partie au sein, reçoivent une certaine quantité de lait; ceux qui sont exclusivement nourris au lait stérilisé.

A Nantes également, existe l'Œuvre municipale de la Goutte de Lait, et il est à souhaiter que semblables œuvres se développent dans toutes les villes de France. Elles rendent de réels services; mais, il est un écueil à éviter dans les Gouttes de Lait et toutes les œuvres philanthropiques semblables : la trop grande distribution de lait stérilisé au détriment de l'allaitement maternel que l'élevage artificiel ne saurait remplacer : le lait de femme est et sera toujours supérieur au lait de vache, stérilisé, maternisé ou peptonisé. C'est l'avis de tous les puériculteurs, et tous les médecins d'enfants se sont nettement exprimés à ce sujet. Les Gouttes de Lait, en tendant à remplacer le lait de femme par du lait de vache iraient à l'encontre du but proposé.

Cet inconvénient des Gouttes de Lait vient d'être également signalé par le professeur Budin, qui propose, sur les conseils du Dr Panel, de Rouen, de donner aux mères, pour favoriser l'allaitement, des bons de viande remplaçant les bons de lait stérilisé. Quelque moyen qu'elles emploient, les Gouttes de Lait doivent avant tout être des consultations infantiles où seules les mères incapables d'allaiter reçoivent gratuitement l'alimentation nécessaire à leur nourrisson.

Avec l'assistance médicale obligatoire, avec la création de consultations de nourrissons, de crèches, avec les secours d'al-

laitement et les œuvres philanthropiques du lait, l'enfant élevé dans sa famille, sera suffisamment protégé. Sa surveillance ne sera en rien inférieure à celle de l'enfant assisté.

Les enfants dont l'Etat s'occupe actuellement comprennent les nourrissons élevés en dehors de leur famille et ceux qui sont abandonnés à l'assistance publique.

L'élevage mercenaire à distance doit être interdit en dehors des enfants abandonnés, nous l'avons déjà dit, La mère qui n'a pas une faute à cacher n'a pas le droit de priver son enfant de ses soins et de son affection. Pour les petits êtres sans famille, l'allaitement mercenaire n'est qu'un pis aller qu'il faut réduire au minimum.

Tant qu'une loi protectrice de l'enfance ne viendra pas supprimer l'élevage à distance, il faudra se contenter de sa réglementation. La loi Roussel a été un premier pas dans cette voie; et, quelque divergentes que soient les statistiques, toutes constatent une amélioration depuis sa promulgation. Malheureusement, la loi Roussel est impunément violée : l'article 8 principalement. Médecins, sages-femmes, officiers municipaux n'exigent pas que l'enfant de la nourrice ait au moins 7 mois. Le professeur Budin s'est demandé si la loi Roussel « ne va pas un peu loin quand elle interdit aux femmes d'accepter des nourrissons pour les allaiter, si leur propre enfant n'a pas sept mois révolus ».

Nous croyons en effet que cette époque pourrait être abaissée quand il s'agit de remplaçantes sur place, emmenant avec elles leur propre nourrisson. Mais, pour l'élevage à distance, les législateurs nous semblent avoir agi avec prudence et sagesse, dans l'intérêt des deux enfants. Autrement, l'un d'eux est toujours sacrifié et c'est le petit inconnu.

La surveillance exigée par la loi est plus théorique que pratique : chacun sait comment elle est appliquée; et même faite avec soins, elle est insuffisante. Si en hiver, la visite mensuelle peut suffire, il faudrait qu'elle soit multipliée en été.

En ce moment, la loi Roussel subit d'importantes modifications. Adoptées par les chambres et sévèrement exécutées, elles constitueront une notable amélioration.

Quelques défenseurs du nourrisson ont protesté contre le nombre élevé des pupilles de l'Etat, qui, l'année dernière, dépassait onze mille. Evidemment la rupture des liens de la famille est un vrai désastre, mais ce désastre est préférable à la mort de l'enfant ou à sa direction par des parents indignes. Avec la puériculture intra-utérine, telle que nous l'avons demandée, les enfants abandonnés diminueront; elle s'impose dans tous les départements sur le modèle et avec les mêmes règlements qu'à Paris l'hospice de la rue Denfert-Rochereau.

Ainsi, après la naissance comme pendant la grossesse, chacun contribuera à la défense de l'enfant : l'Etat se fera un devoir d'augmenter les subventions pour l'assistance du nourrisson, d'en modifier la surveillance, d'exiger des départements et des communes la création de consultations infantiles, de crèches, d'asiles secrets, et de veiller à l'application intégrale des lois. La charité privée l'aidera par la multiplication des œuvres de bienfaisance : secours d'allaitement, consultations privées, œuvres philanthropiques du lait, gouttes de lait, crèches, pouponnats, associations de secours aux mères qui allaitent; et nous le répétons, qu'il serait beau voir réaliser le souhait de M. Strauss, la création d'une association nationale de Femmes de France, de secours à la femme enceinte et au nourrisson.

Le médecin a le plus beau rôle dans la puériculture après la naissance. Au savant d'approfondir les questions obscures de l'allaitement. Bien des points sans doute ont reçu une solution dans les dernières années, mais combien sont encore peu connus, surtout en ce qui concerne l'allaitement artificiel. L'étude des différents laits commence à peine et ainsi s'expliquent les divergences d'opinion. Si la chimie nous a permis de déterminer d'une façon précise les différences d'opinion. Si la chimie nous a permis de déterminer d'une façon précise les différences de composition de chacun d'eux, elle s'est montrée insuffisante pour nous en faire connaître certaines propriétés. C'est ainsi qu'elle ne nous a point décelé la présence de ferments solubles, des zymases. Cette étude des propriétés biologiques du lait éclairera d'un jour nouveau la question de l'allaitement et permettra peut-être de le diriger d'une façon plus scientifique.

En attendant, et pendant que biologistes et expérimentateurs approfondissent ces questions, le clinicien doit s'attacher au côté pratique et surveiller l'enfant. De tout son pouvoir, il lui faut favoriser l'allaitement maternel, en fixer les règles et en exiger l'exécution.

Dans les rares cas où l'allaitement artificiel s'imposera, il surveillera encore avec plus de soins ce petit être, à qui, dès le début de la vie, sont refusés les aliments destinés à sa nutrition.

Il est une classe de nourrissons qui également mérite toute sa sollicitude : les débiles. Le Dr Budin a fait justice de certaines assertions représentant les débiles comme incapables de se développer, au point de vue intellectuel; et, à la dernière réunion de la Société obstétricale de France, le professeur Herrgott admettait en ces termes, la légitimité de l'intervention prématurée : « L'intervention, forceps ou version, quand elle devient nécessaire, ne fait-elle pas courir à l'enfant plus de risques qu'un accouchement provoqué un peu plus tôt et qui donnnerait un enfant plus petit, il est vrai, mais un enfant qui serait expulsé simplement par la contraction utérine? » D'ailleurs, les statistiques montrent les bons résultats qu'on peut obtenir chez les débiles par une surveillance de tous les instants. Sur 435 débiles, nés en 3 ans à la clinique Tarnier, 383 sont sortis vivants du Service, et 52 seulement, c'est-à-dire 12 p. 100 sont morts. Et que deviennent ensuite les autres?

M. Budin a pu obtenir des renseignements précis sur 189 d'entre eux, 145 vivaient encore le 8 avril 1901, et 45, soit un peu moins du quart étaient morts. Si l'on ne considère que ceux qui suivaient la consultation de la clinique, on constate que 57 nourrissons sur 61 étaient bien portants. La mortalité se trouve ainsi réduite à 6,6 p. 100. Ces chiffres sont vraiment surprenants et dignes de ranimer tous les courages.

Mais pour arriver à ce résultat, le médecin ne doit ménager ni son temps ni sa peine. Il lui faut multiplier les sages conseils pour éviter avec soin tout refroidissement à ces petits êtres, surveiller les courbes de leur poids et diriger leur alimentation, toute naturelle, d'une manière vraiment scientifique.

Ainsi protégé par les lois, secouru par la charité et surveillé par le médecin, le nourrisson, né à terme ou prématurément, fort ou faible, traversera victorieusement les terribles épreuves de l'allaitement et se trouvera dans les meilleures conditions de santé, le jour où, compltèement sevré, il entrera dans la seconde enfance.

DISCUSSION

M. Queirel a fait tous ses efforts pour obtenir de la commission des hospices de Marseille l'autorisation, pour les femmes qui doivent accoucher à la Maternité, d'être hospitalisées de 1 à 2 mois avant l'événement. Le bien-fondé de cette mesure est mis en évidence par la petite statistique que voici. Dans 800 et quelques accouchements observés chez des femmes ayant pu se reposer pendant les derniers mois de la grossesse, les nouveau-nés pesaient en moyenne 3215 grammes, tandis que ce chiffre est tombé à 2800 grammes pour les enfants dont les mères sont entrées dans le service au moment ou à peu près du travail.

M. Pinard. — Le vieux puériculteur que je suis est profondément reconnaissant à ses confrères du concours qu'ils sont venus lui apporter, et heureux de l'ampleur qu'a prise la question.

Dans la puériculture trois points sont à envisager : avant la procréation, pendant la gestation, après la naissance.

1° Avant la procréation. — Celle-ci, pour être suivie d'un bon résultat, exige — vous le savez — des conditions physiques et morales. Il faut que les parents soient sains de corps et d'esprit, suivant l'expression courante. Nous irons plus loin et dirons que la procréation devrait être précédée d'une sorte de retraite, tellement est élevée la portée sociale de cet acte.

L'avenir de notre race est fonction de la qualité de la graine, et il faut faire la guerre sans merci à la syphilis, à l'alcoolisme, à la tuberculose, ces facteurs de dégénérescence.

Par suite, il faut donner dans toutes les écoles de France, à l'hygiène, la place primordiale qu'elle mérite dans l'enseignement, il faut dire à l'enfant d'où il vient, lui faire comprendre

que c'est pour lui un devoir inéluctable que de transmettre à son tour cette graine intacte sinon améliorée.

Ces idées, je les ai développées à la Sorbonne devant les plus hautes sommités de la pédagogie, et elles ont été bien accueillies.

Le médecin a un rôle efficace et impérieux à remplir : dans sa clientèle, il doit faire comprendre que dans la convalescence des malades on ne doit pas se laisser aller à la procréation; celle-ci exige le retour *ad integrum*. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit. Dans beaucoup de familles — et la constatation est aisée à faire — des séries d'enfants vigoureux sont coupées par la venue d'êtres débiles sans qu'on puisse trouver d'autre application que l'état de santé momentanément précaire de l'un des conjoints.

2° *Pendant la gestation*. — Tout en étant d'accord sur tous les points principaux avec mon ami Ollive, je lui reprocherai cependant d'avoir visé la défense non pas de l'enfant qui va naître, mais de la femme enceinte. Cette façon d'envisager la question n'est pas la bonne et conduit à des mesures regrettables. C'est ainsi qu'à Nantes vous avez bien un asile pour abriter dans les derniers moments de leur grossesse les femmes privées de ressources, mais on ne reçoit pas les récidivistes! Pour moraliser la fille-mère vous abandonnez l'enfant!

Je sais que le législateur est saisi d'un projet accordant à la femme enceinte 15 jours de repos avant l'accouchement et 6 semaines après. Mais j'ignore comment dans la pratique le législateur reconnaîtra que la grossesse est arrivée à 8 mois 1/2.

La distinguée sage-femme en chef de la Maternité de Marseille a démontré, chiffres en mains, que c'est à 7 mois, 7 mois 1/2 que se font la plupart des accouchements prématurés. C'est exact. Aussi, pour remédier à ces accidents, il faut — et je le demande — le repos obligatoire pendant les trois derniers mois de la grossesse.

La dépense qui résulterait de l'adoption de cette mesure ne serait qu'apparente; en réalité, elle constituera une économie.

Calculez, en effet, ce que coûtent toutes les femmes qui accouchent à blanc, c'est-à-dire en pure perte pour la nation; calculez ce que coûtent de soins incessants les débiles qui, malgré cela, demeurent des non-valeurs pour le pays. Calculez ce que coûtent tous ces déchets sociaux, que supprimerait la réalisation de la mesure que je réclame.

On aurait ainsi économie d'argent et augmentation des naissances, question capitale pour la France si gravement menacée par la diminution de la natalité.

3° *Après la naissance*. — Je suis l'ennemi des crèches, parce que — tous les médecins d'enfants vous le diront — toute agglomération de ces petits êtres est un danger pour eux.

Je suis l'ennemi des gouttes de lait parce que ces œuvres sont un encouragement à la mère pour ne pas nourrir elle-même, et je suis avec mon ami Brieux dans sa croisade contre ces femmes dont tout le monde voit les seins excepté leurs enfants. Il faut, au contraire, et le plus tôt possible, inculquer dans l'esprit de la petite fille que le sein est donné à la femme pour l'allaitement.

La défense du nouveau-né est tout entière dans ce principe : ne pas séparer l'enfant de la mère. Aucune mercenaire ne peut remplacer la mère, la famille. La statistique a démontré que la Creuse était le pays où l'on perdait le moins d'enfants. Ce n'est pas que tous soient élevés au sein, car nombre de femmes viennent à Paris comme « remplaçantes »; mais elles confient leurs enfants aux grand'mères et dans ce milieu familial l'enfant est bien défendu.

Je le répète, la défense de l'enfant est tout entière dans ce principe : ne pas séparer l'enfant de la mère.

En résumé, je propose au Congrès de vouloir bien adopter le vœu suivant :

« Le Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, réuni à Nantes, émet le vœu que toute femme enceinte de 6 mois soit mise au repos obligatoire pendant les 3 derniers mois de sa grossesse. »

M. Pozzi. — La question qui nous occupe peut être envisagée théoriquement et pratiquement. En théorie, elle est évidemment résolue et nous sommes, je crois, tous d'accord.

En pratique, la chose est discutable. L'Etat a-t-il le droit, en se plaçant au point de vue social, d'obliger une femme enceinte à quitter son travail? Personnellement je crois que la Société a le droit d'imposer pour sa défense des mesures semblables à celle qui vous est proposée. Mais il y a des défenseurs à outrance du respect de la liberté individuelle qui combattent la proposition de M. Pinard. On ne peut donc prévoir le sort qui lui serait réservé dans nos assemblées parlementaires.

Et puis il y aurait des dépenses immédiates considérables. Notre budget annuel est si chargé qu'il paraît, de prime abord, difficile de trouver les sommes nécessaires. Cependant il y a un exemple encourageant : je veux parler de l'adoption d'une loi ayant réalisé un grand progrès et que je suis fier d'avoir votée : la loi d'assistance médicale gratuite. Sa réalisation semblait se heurter à un obstacle financier insurmontable. Il a cependant été écarté par l'Union de l'Etat et des départements. Aussi je crois que dans la rédaction du vœu, il serait bon d'indiquer qu'il s'agit, là encore, d'une œuvre commune.

En terminant, je tiens à déclarer que je partage absolument les idées de MM. Le Gendre et Pinard en manière d'instruction. Le surmenage actuel des enfants est trop réel; nombre d'entre eux sont fourbus dès le début et traversent des classes sans profit. L'examen final des études, en exigeant trop de la mémoire des enfants, les écrase; il serait remplacé avec succès par des examens de fin d'année.

M. Treille. — Il est certain que le Parlement est animé des meilleures intentions en ce qui concerne les améliorations sociales comme celle qui nous est proposée; mais quand il faut passer au vote des dépenses consécutives, les choses se gâtent. C'est qu'en effet nous traînons après nous un boulet qu'on oublie un peu trop, la rançon de 1870, et cette année le budget semble présenter un déficit considérable. C'est donc une raison pour serrer de près le texte proposé et le rendre plus facilement acceptable.

Je pense que dans l'idée de M. Pinard il ne s'agit que des femmes salariées par l'industrie, et que, notamment, il n'a pas eu en vue les femmes de la campagne qui, placées en général, dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, voient leur grossesse et leur accouchement évoluer normalement. Je crois donc qu'il y aurait intérêt à préciser ce point.

Autre question : qui supportera pécuniairement les conséquences du repos obligatoire? Avec le texte qui nous est proposé, c'est l'ouvrière, car on la met purement et simplement à la porte de son atelier 3 mois avant son accouchement. Ce dommage serait évité, si aux mots « repos obligatoire », on ajoutait « et rémunéré ». Resterait encore à savoir qui supporterait cette rémunération?

Il serait aussi indispensable qu'on nous fît connaître les chiffres exacts sur lesquels est basée la dépense prévue pour l'application de la mesure proposée, au lieu de donner des évaluations approximatives conçues d'après des vues que nous ignorons.

Quant à la loi sur l'assistance médicale gratuite, je ne vous la donnerai jamais comme un exemple, car je l'ai combattue et la combattrai toujours, parce qu'elle est pleine d'imperfections et d'inconvénients de toute sorte.

En résumé, je crois qu'au Parlement il y aurait impossibilité absolue à adopter la proposition de M. Pinard dans les termes où elle est formulée. Il me semble qu'il y aurait avantage à présenter une rédaction se rapprochant de celle-ci :

« Le Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, réuni à Nantes, affirmant à nouveau l'intérêt majeur qu'il y a pour les femmes employées dans l'industrie à pouvoir se reposer pendant les derniers temps de leur grossesse et le mois qui suit l'accouchement, recommande au gouvernement, au législateur, aux départements et aux communes, de faciliter la tâche des œuvres qui se proposeraient de réaliser ce but. »

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Wacogne (Louis-Alexandre-Ludovic). *De l'amputation du médius et de l'annulaire dans le métacarpien*. N° 525. (Imp. Morel, Lille.)

M. Brulé (J.-B.). *Contribution à l'étude des appareils ambulatoires dans les fractures du membre inférieur*. (L. Boyer.)

M. Joubaire (Pierre). *Contribution à l'étude des fractures de l'astragale*. (J.-B. Baillière et fils.)

M. Laffitte (Pierre). *Sur un temps spécial de la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini*. N° 652.

M. Delassasseigne. *Contribution à l'étude des paralysies faciales opératoires*. N° 597.

M. Blomme. *Considérations sur la polydactylie*. N° 205.

M. Leprince (Henri). *Contribution à l'étude de la main bote congénitale*. N° 141.

M. Grimaud (Léon). *Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nævus*. N° 625.

M. Pernot (Émile). *Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse chronique; laparotomies itératives*. N° 659.

M. Paulouch. *L'érythème noueux chez les enfants*. N° 476.

M. Raoux. *Du sacrum dans les bassins asymétriques*. N° 636.

M. Mathieu. *Étude sur les infections générales aiguës par le staphylocoque pyogène*. N° 632.

M. Barlerin. *Soins donnés aux nourrissons syphilitiques à la consultation de la clinique Tarnier*. N° 487.

M. Cotar (Ch). *Des appendicites larvées*. N° 591.

Pour la main, dit M. Wacogne, la valeur fonctionnelle prime toujours la valeur esthétique. L'amputation dans le métacarpien d'un médius ou d'un annulaire sauvegarde le fonctionnement des autres doigts, avec plus de sûreté que ne le font les opérations comparables. L'écartement des doigts présente tout autant d'amplitude qu'on l'observe dans les faits d'ectrodactylie congénitale. L'extension est complète et souple, puisque rien ne l'entrave; la flexion est à la fois vigoureuse et délicate.

Il est indiqué de pratiquer l'amputation dans le métacarpien, lorsqu'un traumatisme ou un processus morbide aigu doivent déterminer une ankylose, soit en extension, soit en flexion. C'est, en effet, supprimer un doigt sans valeur utilitaire; c'est en même temps sauvegarder le bon fonctionnement du reste de la main.

L'indication est la même, si l'importance de la perte des parties molles a eu pour conséquence un moignon douloureux; — ou bien quand l'élimination des tendons palmaires a déterminé la transformation tardive en crochet; — ou bien encore quand une ostéo-arthrite progressive s'est terminée par une ankylose, soit en extension, soit en demi-flexion; — ou bien enfin quand une tumeur maligne a envahi tout ou partie de la phalange métacarpienne.

Quand on peut employer un procédé de choix, il convient de faire l'incision dorsale en raquette, de dénuder l'os à la rugine et de sectionner le métacarpien avec la scie à chaîne introduite sous l'os à l'aide de la sonde d'Ollier, ou bien avec la scie de Kusy-Gigli, en protégeant les parties molles avec une lame de zinc ou un écarteur à trachéotomie.

Le traitement des fractures de jambe par les appareils de marche présente d'incontestables avantages à tous les points de vue, à la condition toutefois qu'il n'y ait pas de contre-indications formelles à leur emploi.

Pour M. Brulé, l'appareil doit être appliqué le plus tôt possible; le gonflement peut obliger à attendre. De même, dans les fractures compliquées, il faut en retarder l'application.

Un bon appareil de marche doit réunir les conditions suivantes : rigidité, légèreté, simplicité. Les deux appareils qui semblent le mieux répondre à ces desiderata sont celui de Reclus, et celui de Dollinger.

L'appareil de Reclus est plus léger, plus rigide que celui de Dollinger et les malades paraissent, grâce à lui, pouvoir marcher plus vite et plus facilement.

La radiographie peut être d'un grand secours pour s'assurer de la réduction et de la bonne position pendant le traitement.

Les résultats éloignés obtenus avec l'appareil de Reclus sont excellents.

Les contre-indications seront surtout tirées du siège élevé de la fracture, de la difficulté ou de l'impossibilité de maintenir les fragments (fractures très obliques).

Pour M. Joubaire, les fractures fermées sans déplacement de l'astragale sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent.

Ces fractures, de cause directe ou indirecte, se produisent surtout à la suite d'un mouvement de torsion du pied.

Cliniquement, elles se présentent avec l'aspect des entorses graves, mais cependant on doit noter un œdème rapide et considérable du membre.

Le diagnostic de ces fractures est absolument impossible sans le secours de la radiographie.

M. Laffitte rappelle l'attention sur un temps du procédé de Bassini que l'on néglige généralement en France; il s'agit d'une incision horizontale, parallèle à l'arcade crurale préalablement repérée, que Bassini pratique sur le fascia transversalis, avant de restaurer la paroi postérieure. Cette incision permet un rapprochement beaucoup plus aisé du bord externe du muscle grand droit et de l'arcade de Fallope que l'on doit suturer l'un à l'autre pour refaire la paroi postérieure du trajet inguinal.

Après une courte revue anatomique, M. Delassasseigne insiste sur les paralysies faciales causées par la blessure du nerf au cours de la trépanation mastoïdienne, de l'évidement pétro-mastoïdien, du curettage de la caisse et de l'antre soit que le chirurgien ait curetté brutalement l'attique, soit qu'il ait fait sauter trop rapidement la paroi externe de l'aditus, soit qu'il ait mal régularisé l'éperon du facial. Dans beaucoup de cas de carie avancée du rocher, la blessure du facial est difficile à éviter. Le pronostic de ces paralysies faciales est variable suivant que le nerf a été simplement touché, irrité ou suivant qu'il a été sectionné complètement; ce pronostic est indiqué par l'état de la réaction électrique. Si la section du facial est complète, on peut tenter l'opération de J.-L. Faure et de Furet : l'anastomose du tronc du facial en dehors du rocher avec la branche trapézienne du spinal préalablement sectionnée avant son entrée dans le sterno-mastoïdien. Suivent plusieurs observations de paralysies faciales opératoires fournies par Castex, Gellé et Lermoyez.

M. Blomme fait une courte revue sur les doigts supplémentaires, en particulier sur le pouce bifide, à propos d'un cas opéré par Routier. Il s'agissait de deux phalangettes supportées par une phalange unique; le chirurgien réunit les deux branches du pouce par avivement et taille de lambeaux appropriés.

M. Leprince résume l'histoire de la main bote congénitale avec une observation inédite intéressante qui est accompagnée de radiographie. Il s'agit d'une main bote avec absence de radius et de pouce.

M. Grimaud décrit longuement une observation personnelle intéressante caractérisée par l'hypertrophie des deux doigts (4e et 5e) de la main droite, et des deux orteils (2e et 3e) du pied droit avec hypertrophie de tout le membre inférieur gauche, nævus et varices. Il n'y a pas parallélisme absolu entre le nævus et l'ostéo-hypertrophie.

L'auteur admet que ce syndrome est produit par des troubles nerveux trophiques.

L'hypertrophie est l'élément fondamental, aussi est-il préférable de dire avec Trélat et Monod, hypertrophie partielle du

corps avec ou sans nævus que nævus variqueux ostéo-hypertrophique (Klippel et Trénaunay).

M. Pernot, tout en faisant la part trop belle à la ponction, insiste sur les bienfaits de la laparotomie qui, très efficace dans les formes ascitiques, donne de bons résultats dans toutes les autres formes.

On ne doit pas hésiter à répéter la laparotomie toutes les fois qu'il y a aggravation de l'état général, apparition de vomissements, de douleurs abdominales accompagnées d'un léger mouvement fébrile, reproduction du liquide ascitique, complications du côté de la plèvre ou des organes génitaux. Il est évident que les phénomènes d'occlusion créent une indication d'urgence.

M. Paulouch fait de cette affection une maladie infectieuse ayant une place à part dans le cadre nosologique des maladies éruptives de l'enfance; l'agent pathogène encore inconnu, est généralement peu virulent et peu contagieux.

M. Raoux fait un consciencieux travail, très documenté et illustré de belles figures, que l'on consultera toujours avec profit.

M. Mathieu rapporte une belle observation de septicopyohémie à staphylocoques, avec métrite, bronchopneumonie double, endocardite, abcès multiples des seins. Il résume à ce propos l'histoire de ces infections générales et insiste dans leur traitement sur les injections de sérum artificiel et la balnéation froide.

M. Barlerin montre comment, grâce à une surveillance journalière, à une réglementation sévère de l'alimentation, à une thérapeutique bien dirigée, il a été possible, dans un assez grand nombre de cas, de conserver à la vie les nourrissons hérédo-syphilitiques, au moment même où leur existence, si précaire, paraît le plus dangereusement menacée.

D'après M. Cotar, l'appendicite, qui dans la majorité des cas, se présente avec des signes caractéristiques peut, parfois, être masquée par les symptômes d'une autre maladie.

Ce sont des appendicites larvées.

Cette symptomatologie peut être celle d'une gastrite, gastro-entérite ou colite, d'un néoplasme intestinal, d'une occlusion intestinale, d'une hernie simple ou étranglée, d'un abcès herniaire, d'une colique hépatique ou néphrétique, d'un abcès du foie, d'un ictère infectieux, d'une cystite, d'un néoplasme vésical, d'une annexite, d'une rétro-déviation utérine, d'une colique de plomb, d'une orchite d'un testicule ectopié, d'une tuberculose ou phlegmon des organes génitaux, d'une péritonite tuberculeuse, d'une tuberculose des séreuses, d'une contusion abdominale, d'une coxalgie.

La pathogénie de ces appendicites larvées est très variable.

Les vices de position, la longueur anormale de l'appendice, l'épiploïte et les adhérences épiploïques, la péritonite localisée, la péri-appendicite, les adhérences péritonéales, et, surtout, les irradiations des douleurs expliquent la plupart de ces anomalies.

Le diagnostic des appendicites larvées, peut être établi, dans la majorité des cas, par l'étude attentive des antécédents, des crises antérieures, quand elles existent, et des troubles digestifs persistants, qu'on trouve dans la majorité des cas.

Ce diagnostic peut être quelquefois extrêmement difficile et même impossible à établir cliniquement.

Ces appendicites sont des surprises opératoires ou d'autopsies.

Thèses de la Faculté de Lyon

Année 1900-1901.

M. Martin (Francisque). *Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses.*

Travail très considérable, très intéressant, illustré de nombreuses figures, que tout chirurgien doit lire.

Après un exposé anatomique et physiologique de la cicatrice, M. Martin montre que le tissu cicatriciel est un tissu vivant, susceptible par conséquent de modifications d'ordre vital et nutritif qui le rendent relativement malléable et modelable dans de certaines conditions. Le tissu cicatriciel n'est pas indéfiniment rétracté et inextensible, comme on l'a trop répété jusqu'ici, il peut être modifié par des pressions et tractions lentes et continues qui l'assouplissent et l'allongent.

La méthode de Claude Martin (de Lyon) repose sur ce principe. Elle consiste à obtenir l'assouplissement et l'allongement des cicatrices en les soumettant par des appareils appropriés, à des pressions et à des tractions lentes et continues.

Son fils, l'auteur de cette thèse, montre les résultats que peut donner cette méthode non seulement dans les atrésies cicatricielles de la bouche et du nez, mais encore dans les rétrécissements du rectum, de l'uretère et dans des brides cutanées.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Fractures des métatarsiens. (Métatarsal fracture), par C. Beck (*America medicin*, avril 1901). — Après quelques considérations sur le lien, aujourd'hui connu grâce à la radiographie, entre le pied forcé, la métatarsalgie et les fractures de métatarsies, l'auteur conseille, quand il y a déplacements, de comprimer la face dorsale avec un tube à drainage mis dans le creux de l'espace interosseux et d'appliquer pour une dizaine de jours un appareil plâtré.

A propos d'un cas d'achondroplasie, par R. Cestan (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 4, p. 277-289, juillet-août 1901). — L'auteur donne la description détaillée d'une fillette achondroplasique, et à propos de cette observation rassemble un grand nombre de documents figurés concernant l'achondroplasie (6 pl.) Il fait l'examen critique des diverses explications qu'on a données de l'affection et fait observer qu'à côté des théories dystrophiques se place une hypothèse qui établit des liens de parenté étroits entre le rachitisme et l'achondroplasie. Cliniquement les deux affections sont distinctes : le rachitisme évolue après la naissance et pendant une durée assez longue, il est très irrégulier et très variable comme siège, intensité et durée des lésions. L'achondroplasie, au contraire, est une lésion éteinte à la naissance, symétrique, atteignant surtout les épiphyses. Kassowitz fait justement remarquer que si on assimile ces deux maladies, il faut admettre que dans le rachitisme micromelica (achondroplasie), la lésion est arrivée à un état très avancé en quelques semaines chez le fœtus, alors qu'il lui faut des mois et des années pour y parvenir après la naissance. Cette objection de durée et de symétrie des lésions ne paraît pas à C., avoir une valeur absolue ; on ignore encore la date exacte de l'apparition des noyaux d'ossification chez le fœtus.

On peut donc supposer qu'une intoxication du fœtus d'une durée et d'une intensité déterminée, se produisant à un certain moment de son existence, puisse créer des lésions rachitiques localisées aux noyaux cartilagineux, symétriques, et évoluant très rapidement : il en était probablement ainsi chez les deux fœtus achondroplasiques de Porak et Durante qui étaient issus, l'un d'une mère syphilitique, l'autre d'une mère ayant présenté à l'autopsie une dégénérescence aiguë du foie et des lésions rénales de nature toxique. En somme, on peut appuyer sur de bonnes raisons la parenté du rachitisme et de l'achondroplasie.

Remarques sur l'achondrophasie; deux observations nouvelles d'achondrophasiques adultes, par E. Apert (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 14e année, n° 4, p. 289-298, juillet-août 1901). — L'achondrophasie est une affection congénitale caractérisée par une diminution considérable de la longueur des os longs des membres, les proportions de la tête et du tronc constitués par des os plats ou courts restant à peu près normales. L'affection est congénitale ; à la naissance, les sujets sont déjà tels qu'ils seront plus tard.

Tout distingue l'achondrophasie du rachitisme. Dans le rachitisme, les membres sont diminués de longueur, mais c'est parce que les os s'incurvent, se ramollissent, se nouent; chez le rachitique, l'affection n'est pas limitée aux membres, etc.

L'achondrophasie n'est pas non plus le fait d'un accident utérin, ni le résultat d'une maladie fœtale. Le fait que l'achondroplasie est héréditaire et se présente comme une affection toujours semblable à elle-même engage à la considérer comme une variation bien caractérisée du type humain. On peut la comparer à la dysostose cléido-cranienne héréditaire qui la complète, frappant les os membraneux que respecte l'achondroplasie, n'atteignant pas les os à cartilage épiphysaire.

La conclusion de A., c'est que: achondroplasie et dysostose cléido-cranienne sont des processus de même ordre; mais l'un frappe l'ossification d'origine membraneuse, l'autre l'ossification d'origine cartilagineuse. L'achondroplasie et la dysostose cléido-cranienne sont deux types opposés d'un même groupe morbide: les dysostoses congénitales héréditaires.

Sur un cas de rachitisme familial, par A. Zimmern (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, an XIV, n° 4, p. 299, juillet-août 1901). — Observation d'une famille où 5 enfants sur 8, sont atteints de déformations osseuses considérables; la mère n'est d'ailleurs pas indemne et plusieurs de ses collatéraux sont également rachitiques. Les faits de ce genre ont pu faire croire à un rachitisme familial et héréditaire; mais la production des accidents au sein d'une même famille n'est liée à l'hérédité qu'en apparence, et en réalité elle n'est que purement accidentelle.

La similitude de l'alimentation, du terrain, des mauvaises conditions hygiéniques, etc., suffisent à expliquer la maladie commune à tous les enfants: c'est le rachitisme ici, ce pourrait être l'athrepsie dans des conditions presque identiques.

Quant au rachitisme intra-utérin, il paraît n'avoir rien à faire avec la théorie alimentaire du rachitisme. Mais la contradiction n'est qu'une apparence; un grand nombre de faits à tort décrits sous ce nom appartiennent à l'achondroplasie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 Novembre 1901.

Valeur séméiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales.

M. Pitres. — Dans une communication récente, M. Dieulafoy a réuni un certain nombre d'observations qui semblent en désaccord avec la doctrine des localisations cérébrales.

Mais la lecture de l'observation de M. Dieulafoy, dans tous ses détails, montre que l'erreur de diagnostic faite chez son malade, résulte d'une interprétation erronée de la doctrine des localisations cérébrales; en effet, les lois de la localisation cérébrale ne s'appliquent pas aussi exactement aux crises d'épilepsie jacksonienne qu'aux paralysies flasques d'origine cérébrale.

Déjà de nombreuses restrictions ont été faite à cette doctrine au sujet des accès d'épilepsie. Les expérimentateurs ont montré qu'on pouvait provoquer des crises d'épilepsie partielle en excitant par l'électricté un point quelconque de l'écorce cérébrale; les médecins montrèrent aussi que l'épilepsie partielle pouvait se produire en dehors de toute lésion localisée du cerveau, qu'elle pouvait être le résultat d'une intoxication, ou d'un phénomène réflexe.

Wernicke, Nothnagel ont soutenu que l'épilepsie partielle indiquait un processus morbide dans le cerveau, mais ne permettait pas de diagnostiquer la nature, ni le siège de ce processus. C'était déjà l'opinion de Charcot qui avait cité un grand nombre d'exemples ou l'épilepsie jacksonienne ne correspondait pas à une lésion cérébrale localisée dans la zone motrice.

Les chirurgiens ont cru pendant plus longtemps que les médecins, à l'absolu de la doctrine des localisations cérébrales appliquée à l'épilepsie partielle.

Cependant de nombreuses opérations leur ont montré que l'épilepsie partielle, ne présentait pas la même valeur au sujet de la localisation cérébrale que la paralysie.

A la suite de nombreuses opérations faites pour remédier à l'épilepsie partielle et n'ayant montré aucune lésion cérébrale, on a pensé que l'épilepsie pouvait tenir non à une véritable lésion, mais à une cause irritative locale, ou à un accès de pression intra-cérébrale, ce qui expliquerait que nombre d'opérations au cours desquelles on n'avait rien trouvé au niveau de la zone motrice, ont donné cependant un résultat thérapeutique appréciable.

Ainsi les faits négatifs, tels que celui qui a rapporté par M. Dieulafoy, ne portent pas atteinte à la doctrine des localisations cérébrales, qui repose sur des observations nombreuses et bien établies.

M. Lucas-Championnière. — D'une observation publiée à l'Académie, M. Dieulafoy à conclu à la faillite de localisations cérébrales. C'est là une exagération; il ne faut point demander à l'épilepsie partielle plus qu'elle ne peut nous apprendre au sujet des localisations.

Il y a quelques années, on pensa que la doctrine des localisations était assez bien établie par les physiologistes et les cliniciens pour que l'observation d'une épilepsie localisée indiquât immédiatement une lésion du centre moteur correspondant. De nombreuses opérations pratiquées chez des épileptiques ont prouvé qu'il n'en était pas toujours ainsi. Dans un certain nombre de cas, on a trouvé des lésions voisines ou même distantes des zones motrices.

D'autre part, une lésion limitée de la zone motrice peut donner des phénomènes d'épilepsie étendue ou même généralisée. Une irritation dont le point de départ même n'est pas dans le cerveau, mais siège dans la dure-mère, par exemple, peut encore entraîner des accès épileptiques.

C'est pourquoi la trépanation peut avoir un résultat favorable, alors même qu'il n'existe pas de tumeur opérable au niveau de la région motrice; mais il faut pour cela que l'opération soit précoce et la trépanation largement faite. Un certain nombre d'opérations pratiquées dans ces conditions ont amené, d'une façon passagère ou définitive, la cessation de l'épilepsie partielle.

Dans l'observation de M. Dieulafoy, la tumeur n'existait pas au niveau de la zone motrice, mais elle en était voisine; en outre, la région motrice a paru saine à l'autopsie; mais si l'on était intervenu chirurgicalement, on eût probablement trouvé cette région hyperémiée ou enflammée, ce qui est suffisant pour provoquer l'épilepsie. L'opération eût pu être utile en diminuant la compression cérébrale, en faisant cesser l'épilepsie et en laissant au traitement spécifique le temps d'agir.

Aussi, je ne puis accepter les conclusions de M. Dieulafoy, et je pense que la trépanation ne doit point seulement s'appliquer aux cas où le diagnostic de localisation est certain, mais aussi à ceux dans lesquels il existe des signes diffus de compression cérébrale.

La peste à bord du « Sénégal. »

M. Proust. — Voir page 1069.

Traitement de la tuberculose par le sulfure de carbone térébenthiné.

M. Delorme lit un rapport sur un travail de M. Coromilas, relatif à l'emploi du sulfure de carbone térébenthiné dans le traitement des diverses formes de tuberculose.

Dans la tuberculose pulmonaire le médicament est administré en inhalations, en instillations intra-trachéales ou en injection intra-caverneuse; dans les tuberculoses articulaires il est employé en injections dans le foyer tuberculeux.

Il résulterait des observations de M. Coromilas que le traitement est souvent inefficace et quelquefois dangereux par les phénomènes d'intoxication qu'il provoque.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la colique hépatique.

Le praticien appelé auprès d'un malade en proie à un accès de colique hépatique, nettement caractérisé, doit avoir pour objectif :

1° De soulager la douleur ;

2° De provoquer l'issue favorable de la crise en facilitant la progression du calcul hors des voies biliaires ;

3° De prévenir les complications.

I

La douleur est apaisée au plus haut degré par l'*injection sous-cutanée de morphine*. On a coutume d'y associer l'*atropine* qui augmente d'une façon non douteuse les propriétés sédatives de la morphine et dont on escompte l'action favorable sur la contraction des fibres lisses du cholédoque. Un autre avantage de cette association serait de prévenir les vomissements occasionnés chez certains sujets par la morphine.

En pratique, l'atropine ne sera employée qu'avec prudence et à de très faibles doses chez des malades que leur accès expose au collapsus cardiaque et dont les sécrétions doivent être respectées.

La formule suivante répond très suffisamment aux indications :

Sulfate neutre d'atropine.	0 gr. 001
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10
Eau stérilisée. . . . . . . Q. s. p.	10 cent. cubes.

Il peut être injecté d'emblée de cette solution 1 cent. cube et demi et même deux si les douleurs sont très vives. Si malgré cette dose, elles persistent ou réapparaissent, il sera prudent d'attendre environ 6 heures pour donner une nouvelle piqûre d'un centigramme.

Chez les sujets qui ne supportent pas la morphine ou chez lesquels elle est contre-indiquée, le *chloroforme* et le *chloral* seront souvent d'une efficacité parfaite.

Le chloroforme est donné par gouttes, sur un mouchoir, en inhalations convenablement espacées, à la manière des accoucheurs et son administration ne doit dans aucun cas être poussée jusqu'à l'anesthésie.

S'il n'y a pas de vomissements, le chloral peut être prescrit, par exemple sous la forme de la potion suivante, prise par cuillerées à soupe de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à soulagement :

Hydrate de chloral.	2 gr.
Sirop de menthe.	30 gr.
Eau chloroformée.	100 gr.

Lorsqu'il y a intolérance de l'estomac, on donne le chloral en un lavement porté aussi loin que possible au moyen d'une longue canule rectale en caoutchouc rouge souple (35 centimètres). Voici une formule recommandable :

Hydrate de chloral.	2 à 3 gr.
à dissoudre dans	
Eau bouillie.	10 gr.
mêlez intimement avec	
Jaune d'œuf.	N° 1
Laudanum de Sydenham.	X gouttes.
ajoutez peu à peu en agitant pour obtenir un liquide homogène :	
Lait tiède	200 gr.

L'*antipyrine* administrée par la voie rectale ne donne que des résultats incertains et le plus souvent nuls. Quant aux *bains tièdes* prolongées, ils ne trouvent leur indication que dans les coliques de faible intensité.

II

L'*éther* et la *térébenthine* d'une part, l'*huile d'olive* et la *glycérine* d'autre part, sont les remèdes les plus habituellement employés pour faciliter l'issue du calcul biliaire hors du cholédoque.

La térébenthine agirait comme l'éther en faisant sécréter une bile plus fluide et l'association de ces deux médicaments aurait en outre pour résultat de combattre victorieusement le spasme du cholédoque. En pratique, la térébenthine est mal acceptée dans l'accès franc, aigu, que nous avons seul en vue ici, et, lorsqu'elle est tolérée, elle ne paraît pas influencer la marche de la colique hépatique. Quant à l'éther, pris en potion, il est inférieur comme antispasmodique au chloroforme, au chloral et à la morphine. La thérébenthine et l'éther ne sont par conséquent pas à employer, malgré leur antique réputation.

Toute autre est l'action de l'huile d'olive, ingérée *per os* à la dose de 50 à 200 grammes. Opère-t-elle comme cholagogue ou comme lubrifiant des voies biliaires? Il ne nous appartient pas de le décider. Mais, dans la grande majorité des cas, ses effets sont, pour ainsi dire, instantanés, et le soulagement précède fréquemment même, le moment où le pouvoir cholagogue de l'huile commence à s'exercer. C'est le médicament vraiment héroïque de la crise hépatique qu'il dénoue le plus souvent avec rapidité.

La grosse difficulté est de vaincre la répugnance qu'inspire ce moyen thérapeutique à des malades ayant déjà ce malaise gastrique qui précède la nausée. Un bon moyen consiste à verser l'huile sans l'agiter, dans un grand verre contenant un peu de bière très mousseuse. On peut encore ajouter 0 gr. 10 p. 100 de menthol, une ou deux gouttes d'essence d'amandes amères ou d'anis et faire rincer la bouche, avant et après avec un peu de cognac ou de kirsch.

La glycérine, plus aisément acceptée, n'a pas une efficacité aussi certaine : néanmoins elle se montre dans quelques cas d'une activité très grande et contribue à déterminer la fin de la crise. On l'administre à la dose de 30 grammes en une fois.

Enfin, le spasme peut encore être heureusement combattu, lorsqu'il n'y a pas une trop grande hyperesthésie cutanée, par l'application, en avant et en arrière de la région du foie, de sacs de caoutchouc très souple à moitié remplis d'eau très chaude.

III

De toutes les complications de l'accès de colique hépatique, la plus redoutable est le collapsus cardiaque. C'est pour le prévenir que nous avons depuis longtemps abandonné l'association classique de la morphine avec l'atropine, pour substituer à l'alcaloïde de la belladone, un médicament toni-cardiaque, la spartéine, que nous formulons ainsi :

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10
Sulfate de spartéine.	0 gr. 25
Eau stérilisée. . . . . . . Q. s. p.	10 cent. cubes.

Même mode d'emploi que la formule classique.

Avec cette précaution, on évite la plupart des inconvénients de la morphine, y compris les vomissements, et on prévient des accidents cardiaques.

Le chloral est absolument contre-indiqué lorsqu'il y a tendance au collapsus. On emploiera utilement dans ce cas les injections sous-cutanées d'éther, et surtout d'huile camphrée.

Camphre	1 gr.
Huile d'olives stérilisée.	10 gr.

1 à 5 grammes en injection.

Contre les vomissements, on aura recours à la potion de Rivière, à l'ingestion de petites gorgées d'un mélange d'eau de Vichy, de glace pilée et de kirsch.

Pour prévenir tout accident grave du côté des voies biliaires (rupture ou enclavement du calcul), il faut éviter avec soin d'employer pendant toute la durée de la crise, les purgatifs ou les lavements froids. Pour les mêmes raisons, le malade doit suspendre toute alimentation jusqu'à ce que les douleurs aient complètement disparu depuis plusieurs heures. Tout au plus l'autorisera-t-on à calmer sa soif, par quelques cuillerées d'eau de Vichy glacée. Le lendemain de la crise, au contraire, un purgatif sera utilement prescrit.

En cas de rupture des voies biliaires, il faut appeler d'urgence un chirurgien. La question de l'intervention devra être également posée si l'accès s'accompagne de frisson et d'une température élevée.

G. Maurange.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Sialorrhée hystérique monosymptomatique.

PAR

E. Brissaud, Médecin de l'Hôtel-Dieu, et Maurice Brécy, Interne des hôpitaux.

Les cas de vraie hystérie monosymptomatique sont rares. Peut-être le seraient-ils moins si l'on osait toujours qualifier comme elles le méritent certaines affections dont la cause immédiate nous échappe, étranges le plus souvent, rebelles à tous les traitements mais spontanément curables, et dont l'allure, l'évolution, enfin tous les caractères cliniques dénoncent un trouble purement fonctionnel. Ces affections, personne n'hésiterait à les rapporter à l'hystérie si tel ou tel symptôme accessoire — car il suffirait d'un seul — venait stigmatiser la névrose.

Quelque prudence qu'on doive observer en pareille circonstance, il ne faut pas se montrer trop timide lorsque l'histoire du malade est simple, lorsque l'analyse du fait morbide est complète, et puis surtout lorsque l'hypothèse de l'hystérie aplanit toutes les difficultés du problème. Une hypothèse qui explique tout, c'est, en mathématiques, la *supposition préalable du problème résolu*. C'est un procédé de démonstration, rien de plus.

En médecine, le diagnostic *par élimination* s'inspire du même procédé : le tâtonnement. Peu importe que le tâtonnement soit dépourvu d'élégance s'il nous procure la certitude. Ainsi nous supposons résolu le problème diagnostique, lorsque, en présence de résultats multiples, une solution s'accorde avec toutes les données cliniques du cas proposé et ne se trouve en contradiction avec aucune d'elles.

L'observation qu'on va lire n'est certainement pas ordinaire; mais, à la considérer de près, elle ne diffère d'un très grand nombre d'autres que par des particularités de second ordre. Elle rentre même très naturellement dans un cadre défini de phénomènes névropathiques; elle y a sa place marquée d'avance à côté de toutes les hypercrinies hystériques, groupe homogène, qui n'a rien d'artificiel.

Le 4 mai dernier entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, un homme de 32 ans, maçon, atteint d'un *hoquet persistant* accompagné d'une *salivation abondante*. Il paraissait inquiet de son état, bien qu'il avouât avoir eu déjà, il y a 6 ans, pendant 3 jours un hoquet semblable avec éructations sonores, mais sans vomissements et sans sialorrhée. Il avait dû à ce moment interrompre son travail. Il n'était pas « malade de cœur », l'appétit était simplement diminué.

Le 1er mai 1901, en se rendant le matin à un chantier, il fut pris brusquement de *hoquet*. Sa bouche était pleine de salive et il était obligé de *cracher* sans cesse, quoi qu'il n'eût fait « aucun excès les jours précédents ».

Dès lors l'affection est constituée, et voici en quoi elle consiste :

Des secousses de hoquet avec ou sans renvois gazeux reviennent toutes les 5 ou 6 minutes. Ce sont de véritables crises d'une durée de 5 ou 6 heures avec une accalmie d'une heure ou deux. Elles se produisent aussi pendant la nuit et *réveillent le malade*. Mais celles-ci sont moins longues que les crises diurnes et, en réalité, le sommeil reste généralement bon.

C'est surtout à partir du second jour, 2 mai, que la sialorrhée devient abondante et désormais elle ne variera plus. Elle n'existe guère qu'à l'état de veille; il n'y a pas d'écoulement de salive le long des commissures. La sécrétion est continue, mais elle augmente au moment des *crises de hoquet :* après chaque hoquet, le malade crache une assez grande quantité de salive; il remplit une cuvette ordinaire en 3 ou 4 heures. Il prétend que sa salive a un goût salé.

Entre les crises, la sécrétion diminue, mais elle est encore très supérieure en quantité à la sécrétion normale qui n'impose pas le besoin de cracher sans cesse.

Quand le malade avale sa salive, il ne tarde pas à vomir. Et comme il l'avale souvent malgré lui, il vomit souvent.

Les vomissements ont lieu, surtout le soir; naturellement ils sont composés de salive presque pure. Parfois aussi ils contiennent des aliments mélangés à un peu de bile qui leur donne une coloration verdâtre.

Désormais la situation reste stationnaire jusqu'au 6 mai. L'anorexie est presque absolue. La langue est saburrale, jaunâtre, l'haleine horriblement fétide. Le malade ne peut tolérer qu'un peu de bouillon. Toute autre alimentation le ferait vomir. La muqueuse buccale est saine, les dents et les gencives sont intactes.

L'estomac n'est pas dilaté; la région épigastrique n'est pas douloureuse à la pression; il n'y a ni diarrhée, ni constipation. L'examen des urines est négatif au point de vue du sucre et de l'albumine; l'apyrexie est absolue. Rien, absolument rien ne fait supposer une lésion organique.

Nous avons affaire à un homme de petite taille ($1^m,57$), mais de constitution robuste. Il n'a pas d'antécédents névropathiques (ni héréditaires, ni personnels). Il a

toujours été bien portant; il a fait 3 ans de service militaire. Il n'a eu qu'une rougeole dans son enfance. Il nie tout excès de boisson; on ne découvre aucun indice d'alcoolisme confirmé. Son appétit est toujours ouvert, ses digestions sont bonnes; il n'a pas de pituites matinales et il ne vomit jamais. Jamais non plus il n'a eu de crises de nerfs. La vue est bonne, le champ visuel n'est pas rétréci; il n'a pas de dyschromatopsie. Il présente seulement un léger strabisme de l'œil gauche qu'il rapporte à un coup reçu sur l'arcade sourcilière gauche à l'âge de 7 ans.

Les réflexes sont normaux; on ne constate aucune altération de la sensibilité en dehors d'une anesthésie pharyngée absolue. La parole est lente et hésitante; le malade remarque qu'à certains moments, il parle moins bien que d'habitude. Il suit, tantôt avec une sorte de méfiance, tantôt avec une véritable anxiété, l'examen dont il est l'objet.

Au cours de l'examen, on découvre sur le dos une éruption de macules arrondies de coloration cuivrée. Sur la partie latérale droite du thorax et l'épaule droite, on voit aussi des cicatrices circinées de mêmes dimensions. Cette éruption aurait débuté il y a 2 ans. Le malade ne se rappelle pas avoir eu de chancre et l'on n'en voit aucune trace, mais il existe encore des plaques muqueuses à l'anus. Rien de semblable à la bouche, ni à la gorge. Aucun traitement antisyphilitique n'a été suivi.

6 mai. — La sialorrhée est toujours abondante, mais il n'y a eu qu'un seul vomissement. *Le malade paraît se rassurer.*

Le 8 mai, il n'a plus ni hoquet, ni salivation et il s'alimente normalement.

En réalité il est à cette date complètement guéri. On le garde encore pendant 3 semaines à l'hôpital pour qu'il s'y réconforte par le repos, la nourriture et quelques médicaments réputés « toniques et reconstituants ». Enfin il quitte l'Hôtel-Dieu le 24 mai en parfaite santé et en parfaite sécurité.

Voilà toute l'histoire.

En présence d'un symptôme si simple qu'aucun incident pathologique ne semblait avoir pu provoquer, la supposition d'un simple trouble fonctionnel de la sécrétion salivaire s'imposait. Aussi, le jour même où le malade entrait à l'hôpital, inscrivait-on sur la pancarte le diagnostic de *sialorrhée hystérique*. Mais pourquoi *hystérique* et non pas névropathique? Il n'y a pas là seulement une question de mots.

On pourrait supposer que le diagnostic d'hystérie trouvait sa raison d'être dans la coexistence de quelque autre symptôme actuel, dans quelque antécédent bien caractérisé. Il n'en était rien. Le malade n'avait jamais eu de crises de nerfs; sa vision était normale; il n'avait pas de dyschromatopsie; son champ visuel n'était pas rétréci (un très léger strabisme de l'œil gauche, datant de longues années, pouvait être attribué simplement à un coup violent dont l'arcade sourcilière gauche portait encore des traces). Les réflexes cutanés et tendineux ne présentaient aucune modification par excès ou par défaut; bref l'examen le plus minutieux du sujet ne permettait de distinguer aucun des stigmates classiques par lesquels la névrose se caractérise. Nous ne signalons que pour mémoire l'anesthésie pharyngée; elle était *absolue*, c'est-à-dire que le *reflexe* faisait défaut. Sans doute on a coutume de faire figurer l'anesthésie réflexe du pharynx dans l'énumération des stigmates de l'hystérie. Mais depuis qu'on recherche avec soin ce prétendu stigmate, on s'aperçoit qu'il n'a rien de pathognomonique et qu'il appartient à des états morbides très différents de l'hystérie, sans compter l'état normal.

La sensibilité réflexe du pharynx varie, selon les individus, tout comme la sensibilité de la surface plantaire. On est chatouilleux ou on ne l'est pas. Si l'anesthésie pharyngée devait être un *criterium* d'hystérie, beaucoup de sujets hystériques seraient déclarés non hystériques, et beaucoup de sujets non hystériques seraient déclarés hystériques.

Ce qui était, dans le cas particulier, bien plus significatif que le « stigmate » pharyngé, c'était, nous l'avons déjà dit, l'inquiétude vraiment excessive que le malade manifestait au sujet d'un état maladif d'une bénignité évidente.

Nous lui avions fait immédiatement remarquer qu'il n'avait pas de fièvre, qu'il dormait relativement bien, que sa santé générale était parfaite et nous étions ainsi parvenus à lui rendre confiance. Mieux que cela encore: lorsque nous l'interrogions sur son passé, en particulier sur la crise de hoquet dont il avait été atteint quelques années auparavant et dont il avait spontanément guéri, les secousses convulsives devenaient plus rares et la crise s'apaisait. Nous l'encouragions de bonne foi, lorsque nous lui prédisions que très peu de jours suffiraient pour qu'il fût complètement guéri.

De fait, notre pronostic se réalisa. Progressivement, du 2 au 6 mai, la salivation devint moins abondante, les hoquets se calmèrent, les vomissements disparurent. Le 9 mai, ce singulier état de crises avait complètement cessé. Nous n'attribuons aucune influence au traitement médicamenteux qui fut prescrit et auquel nous ne crûmes devoir recourir que pour ne pas paraître nous désintéresser d'une situation que le malade jugeait alarmante.

L'observation serait complète si nous avions pris le soin de faire faire l'analyse de la salive. C'est une lacune que nous regrettons.

La nature *névropathique* de cette *sialorrhée* accompagnée ou, pour mieux dire, précédée de *hoquet*, n'est pas douteuse. Localement, rien ne l'explique. Il est bien probable que toutes les glandes salivaires participaient à la sécrétion, mais aucune d'elles en particulier ne pouvait être supposée malade. L'absence de fièvre, l'intégrité parfaite des viscères excluaient la supposition d'une infection générale, pyrexie ou phlegmasie. Ni l'hydrargyrisme, ni le saturnisme, accidentels ou professionnels ne pouvaient être mis en cause. Et quel rôle pathogénique aurait pu jouer la syphilis? Des plaques muqueuses existaient au pourtour de l'anus, mais il n'y en avait pas dans la cavité buccale. Il fallait bien, en dernière analyse, songer à la possibilité d'un trouble neuro-sécrétoire. D'ailleurs les hypercrinies névropathiques sont presque toujours associées à un phénomène spasmodique. Tel est le cas de la gastroxynsis de Rossbach, de l'asthme essentiel avec catarrhe, etc.

Tanquerel des Planches qui, dans le *Journal de médecine* de 1844, rédigea le premier travail d'ensemble sur la sialorrhée ou *ptyalisme n'ayant pas pour origine une altération matérielle des glandes salivaires*, déclarait ceci : « Quelquefois un flux salivaire s'est développé chez des individus éminemment nerveux, à la suite de quelques surexcitations brusques de l'innervation. Une frayeur vive, une violente contrariété, des chagrins cuisants, une grande colère ont amené ce résultat. » Ce n'est pas de sujets *hystériques* que parle Tanquerel des Planches dans

ce passage, mais « d'individus éminemment nerveux ». Or, notre malade n'était pas éminemment nerveux.

Sydenham est bien plus précis : « Il est assez ordinaire aux femmes *hystériques* de cracher durant plusieurs semaines une matière séreuse, ni plus ni moins que si elles avaient été frottées d'onguent mercuriel. La *sérosité du sang* coule par les conduits salivaires, sous forme de salive. »

Sydenham ne concevait certainement pas l'hystérie comme nous la concevons aujourd'hui depuis l'enseignement de Charcot. Mais les femmes auxquelles fait allusion ce passage étaient-elles réellement hystériques? On peut s'en rapporter à Sydenham. De là cependant il ne découle pas que l'hystérie authentique, celle qui s'affirme par des *stigmates permanents*, soit nécessaire pour produire la sialorrhée.

D'autre part, voici qui donne à réfléchir : MM. Klippel et Lefas, dans une très intéressante revue générale (1) disent avoir observé une femme de 25 ans atteinte depuis cinq mois d'une sialorrhée consécutive à l'avulsion d'une dent; l'opération avait eu pour consequence un engorgement léger et passager du cou. *Sans antécédent nerveux, sans stigmates hystériques*, elle ne présentait qu'une hyperesthésie limitée à certains points du corps, notamment une hémicranie gauche et des douleurs à la partie supérieure du thorax. MM. Klippel et Lefas concluent à une *névrose salivaire* survenue à la suite *d'un traumatisme et d'une infection*, par opposition avec la *sialorrhée hystérique*, où la salivation n'occupe qu'une place minime au milieu des autres symptômes.

Peut-être la distinction établie par MM. Klippel et Lefas, bien que fondée sur des faits, est-elle un peu spécieuse.

En dehors de la sialorrhée, la malade en question ne présentait pas *d'autres symptômes* de névrose. Mais, nous le demandons, combien « d'autres symptômes » sont nécessaires pour que la névrose, soit l'hystérie? n'est-il pas acquis désormais qu'il suffit d'une disposition *mentale* particulière pour nous engager et même nous obliger à la proclamer officiellement? Et ne savons-nous pas que cette *mentalité hystérique* peut se manifester accidentellement? S'il en était autrement, l'hystérie traumatique ne serait pas de l'hystérie vraie. On ne saurait trop le dire, ce qui fait que l'hystérie est une et indivisible, c'est la mentalité si spéciale qui domine tous les cas, qui en fait l'homogénéité et permet de les réunir — tous sans exception, — dans un groupe nosologique naturel.

Ainsi, c'est une variété de mentalité morbide définie qui caractérise l'hystérie. Sur ce point, les conclusions fermes de Sollier nous paraissent irréfutables. Sans doute, l'idée fixe qui réalise le fait pathologique, cette idée qui se matérialise en quelque sorte, est quelquefois difficile à reconnaître et à dégager. Nous la retrouvons cependant chez un autre malade de Tanquerel des Planches, comme chez notre propre malade : il s'agissait d'un homme de 35 ans, interprète, d'une bonne constitution, mais très impressionnable (l'impressionnabilité n'a pas de rapports nécessaires avec l'hystérie). Cet homme avait été soigné, seize ans auparavant, pour une maladie vénérienne par un traitement mercuriel. Depuis lors il salivait jour et nuit. Il ne rendait pas moins d'un litre et demi par vingt-quatre heures. Son amaigrissement était considérable et il était sans forces. On ne trouva comme cause, que des chagrins habituels qui l'avaient rendu tout à fait « mélancolique ».

Evidemment, *mélancolique* est pris ici dans le sens usuel. Si le malade de Tanquerel des Planches avait des *chagrins habituels*, c'était son droit, presque son devoir d'être mélancolique. Il y a là un pléonasme; car la mélancolie vraie ne produit pas la sialorrhée, et ce n'était point la sialorrhée qui avait chez cet homme, été la cause de la mélancolie. Le traitement mercuriel avait eu pour conséquences une salivation d'origine *toxique*. Après la suppression du traitement, c'est-à-dire toute cause cessante, la salivation ne pouvait plus subsister qu'à l'instigation d'une cause permanente d'ordre mentale.

C'est ce qui s'est également produit chez notre malade. Un hoquet, purement accidentel ayant déterminé une sorte de haut-le-cœur, la salivation nauséeuse s'en est suivie. L'évocation inconsciente ou plutôt subconsciente de l'épisode survenu six ans auparavant a fait le reste.

Comme chez le malade de Tanquerel des Planches, les troubles salivaires ont été, à leur tour, le point de départ de symptômes gastriques divers, d'anorexie, de dépression physique et morale, etc.

S'il nous est souvent difficile de découvrir le *primum movens* de l'hystérie prétendue spontanée, certains faits nous permettent d'assister à la mise en train du syndrome — ou même du symptôme lorsque l'hystérie est monosymptomatique. La sialorrhée des femmes enceintes nous en est un exemple. On prétend que la sialorrhée gravidique est un trouble réflexe dont l'utérus est le point de départ. Cela est bien possible. La vérité est que le redressement de l'utérus a eu quelquefois pour effet de supprimer la sécrétion. Toujours est-il que la grossesse n'est qu'une provocation, au même titre que le traumatisme ou qu'une intoxication. La véritable cause, l'hystérie, domine de très haut l'incident organique; et Tarnier nous en a fourni la preuve : chez une primipare la sialorrhée gravidique persista plus d'un an après l'accouchement, et chez une multipare plus de 2 ans.

Enfin il existe toute une série de faits intermédiaires entre la sialorrhée hystérique monosymptomatique et la sialorrhée épisodique de l'hystérie la plus complète.

S'il est des aliénés — nous ne disons pas spécialement des mélancoliques — qui sont sujets à la sialorrhée chronique, ce n'est pas au trouble mental envisagé cliniquement que cette sialorrhée est imputable. Elle résulte d'un trouble profond des fonctions cérébrales que l'analyse ne nous a pas encore permis de pénétrer. Les observations d'Andrea Cristiani d'une part, celles de Tamburini d'autre part, toutes relatives à des cas de sialorrhée observées chez des fous, ne reconnaissent d'autre trait commun que l'hyperexcitabilité corticale.

Chez un malade tel que le nôtre, où la folie n'est pas en cause, la sialorrhée est un simple épisode morbide, de tous points comparable à tant d'autres manifestations passagères de l'hystérie somatique, élaborées de toutes pièces par le subconscient.

Pourquoi donc alors hésiter devant le diagnostic de sialorrhée hystérique ?

1. *Gazette des hôpitaux*, mai 1897.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 Novembre 1901.

De la pepsine dans le suc gastrique.

M. Léon Meunier expose un procédé de recherche quantitative de pepsine dans le suc gastrique. Cette méthode exprime la pepsine en valeur chlorhydrique.

En se servant ainsi de l'unité chlorhydrique, acceptée pour le dosage des différents éléments chlorés du suc gastrique, ce procédé permet l'étude des rapports des éléments chlorés et pepsine du suc gastrique, dans les divers cas de pathologie stomacale. Ce dosage montre également, après le repas d'Ewald, que le lab-ferment et la pepsine suivent une courbe parallèle.

Les troubles des réactions électriques dans la paralysie périodique familiale.

MM. Oddo et Darcourt (de Marseille). — La paralysie périodique familiale est une affection caractérisée par des crises d'impuissance musculaire complète et plus ou moins généralisée respectant toujours les muscles de la face, et accompagnée de suppression des réflexes tendineux et de troubles profonds des réactions électriques avec intégrité de la sensibilité des sphincters et de l'intelligence.

Les troubles des réactions électriques sont très remarquables. La diminution et même la suppression complète de l'excitabilité galvanique et faradique du muscle et du nerf apparaissent et disparaissent avec les troubles moteurs. Jamais on n'observe d'altérations quantitatives.

La répartition de ces troubles et l'ordre de leur disparition ne répondent à aucune topographie nerveuse radiculaire, métamérique ou autre, mais les muscles sont pris individuellement.

Nous avons en outre constaté dans nos recherches personnelles que lorsqu'on réussit à provoquer des contractions musculaires, on les obtient plus facilement par l'excitation indirecte que par l'excitation directe du muscle, que l'excitabilité faradique est parfois un peu moins atteinte que la galvanique, et enfin que la faradisation hâte le retour de la mobilité et de l'excitabilité électrique.

Toutes ces constatations et d'autres signes cliniques nombreux nous conduisent à admettre que dans la paralysie familiale périodique, le muscle est en cause. Il y a lieu de rapprocher cette affection des myotonies familiales avant tout fonctionnelles et à manifestations intermittentes. Il y aurait lieu d'admettre des myoplégies familiales à rapprocher des myotonies familiales.

En ce qui concerne les troubles électriques, il ressort de l'étude de cette affection un point très important au point de vue de la physiologie et de l'électro-diagnostic. La perte totale de l'excitabilité électrique de la fibre musculaire n'est pas forcément liée à des altérations profondes et plus ou moins durables, mais elle peut être réalisée par des états transitoires compatibles avec une récupération rapide et totale de la motricité et des réactions électriques.

Action favorisante du sérum antituberculineux sur l'infection par le bacille de Koch en cultures atténuées.

M. Fernand Arloing (de Lyon). — Ayant observé déjà le rôle favorisant du sérum antituberculineux sur l'infection par le bacille de Koch très virulent, inoculé sous la peau, je me suis adressé à des cultures liquides homogène de ce microbe et les ai introduites, additionnées de doses variables de sérum, dans les cavités séreuses du lapin (péritoine et plèvre).

J'ai constaté ainsi que les animaux inoculés avec un mélange de culture et de sérum ont succombé plus rapidement, tantôt à une tuberculose septicémique, tantôt à des lésions organiques beaucoup plus graves et étendues que chez les témoins.

Je conclus qu'introduit dans l'organisme par la voie séreuse, en même temps que l'agent microbien, le sérum antituberculineux exerce une action favorisante certaine sur l'infection par le bacille de Koch en cultures liquides homogènes.

Sur la dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée mise au contact d'un milieu vivant.

M. Nicloux. — Le passage de l'oxyde de carbone de la mère au fœtus que j'ai démontré dans un travail précédent, ne peut s'expliquer que par la dissociation au niveau du placenta de l'hémoglobine oxycarbonée maternelle.

On peut montrer par une expérience simple l'existence de cette dissociation par un organe respiratoire analogue au placenta chez le fœtus : les branches chez les poissons si on place une carpe dans un mélange d'eau (3 litres) et de sang oxycarboné (120 μ), on voit le sang du poisson s'enrichir en oxyde de carbone et la proportion d'oxyde de carbone devenir 5, 6 et même 7 fois ce qu'elle est dans le milieu où l'animal est immergé.

Sur l'oxyde de carbone du sang.

M. Nicloux. — J'ai montré antérieurement avec d'autres expérimentateurs la présence constante de l'oxyde de carbone dans le sang des animaux venant à Paris.

J'apporte aujourd'hui les résultats de l'analyse des gaz du sang chez des chiens avec plaies en plein champ à 24 kilomètres de Paris. L'oxyde de carbone a été trouvé en proportion moindre que dans le sang des animaux des villes. D'autre part, pour les animaux soumis à l'expérience ramenés à Paris laissés de nouveau 12 à 13 jours dans l'atmosphère de la capitale, on a vu la proportion d'oxyde de carbone passer du simple au double, une fois au triple.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Novembre 1901.

A propos de la prostatectomie.

M. Tuffier revenant sur la communication de M. Albarran, estime qu'on peut intervenir par la prostatectomie : *a*) dans les néoplasmes de la prostate; mais le diagnostic est difficile au moment où l'opération serait rationnelle; *b*) dans l'hypertrophie de la prostate, il y a déjà un certain nombre d'interventions. M. Tuffier n'est pas partisan du morcellement, sauf dans les cas rares de fibromes de la prostate; l'énucléation de ces fibromes permet de se donner du jour. Quant à l'ouverture de l'urèthre M. Tuffier pense qu'il sera possible, dans un certain nombre de cas, de disséquer la prostate autour de l'urèthre. Pour ce qui est des indications, opérera-t-on dès qu'il y aura un signe de prostatisme? Tous les vieillards seraient alors justiciables de la prostatectomie. Il faudra donc et de beaucoup, restreindre les indications.

La voie sus-pubienne sera employée dans quelques cas ; dans l'hypertrophie du lobe médian, par exemple, et chez les gens dont on veut respecter les canaux déférents. On ne sait encore rien des résultats thérapeutiques éloignés. L'opération est rationnelle, car, dans bien des cas, c'est l'obstacle prostatique qui joue le principal rôle.

Complications de l'otite moyenne aiguë.

M. Broca. — M. le Dr **Imbert** (de Montpellier) nous envoie deux observations concernant les complications de l'otite moyenne : un soldat est pris, le 22 mars, d'une otite moyenne; le 27 mars, il est envoyé à l'hôpital; le lendemain, otorrhée; au bout de quelques jours, fièvre, mauvais état général. Le 18 avril, M. Imbert trépane la mastoïde et trouve du pus dans l'antre. Au bout de deux jours, troubles visuels bilatéraux, céphalalgie, température. Redoutant des complications craniennes, on fait une trépanation au niveau

de la fosse temporale : rien sous les méninges; le lendemain, d'ailleurs, tout était rentré dans l'ordre.

Dans la deuxième observation, il s'agit encore d'un soldat pris, le 8 mai, d'une mastoïdite. Trépanation qui montre du pus dans l'antre. Le 26 mai, apparition d'accidents pyohémiques sans réaction du côté de l'encéphale. Nouvelle opération le 23 mai : mise à nu du sinus latéral dans lequel on trouve un caillot purulent qui est curetté. Résultat thérapeutique nul. Le 28, apparaît un peu de douleur à la pression au niveau de la région carotidienne : on ouvre le cou. Un caillot de la jugulaire interne est enlevé après ligature au-dessous de lui. Guérison.

Dans la première observation, je ferai à M. Imbert le léger reproche d'avoir trépané à la partie moyenne de la fosse temporale. Pour moi, il vaut mieux ouvrir la paroi cranienne à la partie inférieure du lobe temporal. Je ferai remarquer, en outre, qu'il y eut, dans cette première observation, une complication cranienne d'apparence grave, ce qui est rare dans l'otite moyenne aiguë, ces accidents étant plutôt le fait de l'otite chronique.

La deuxième observation de M. Imbert n'est pas pour me déplaire puisque j'ai toujours soutenu qu'il ne faut pas seulement ouvrir le sinus, mais aller aussi à la jugulaire dès qu'il se montre quelque phénomène local du côté du cou.

On pourrait peut-être reprocher à M. Imbert, dans le premier cas, de n'avoir pas ponctionné le cerveau dans la profondeur.

Quoi qu'il en soit, il y a là deux beaux succès opératoires et je vous prie de voter des remerciements à l'auteur pour ces deux intéressantes observations.

M. Poirier préfère, pour arriver sur le lobe temporal, la voie latérale qui permet de voir plus loin. Dans deux cas, M. Poirier a pu trouver ces abcès du lobe temporal par cette voie latérale.

M. Kirmisson, en s'appuyant sur des faits de chirurgie infantile, ne partage pas l'opinion de Poirier. Quant à ce que disait M. Broca, qu'il ne suffit pas d'inciser la dure-mère quand on cherche ces abcès du cerveau, M. Kirmisson est de cet avis, Il faut faire une ou des ponctions dans la profondeur de la substance cérébrale.

M. Ricard a fait chez un malade que M. Marie, avait envoyé avec le diagnostic d'abcès cérébral, plusieurs ponctions au bistouri dans la profondeur de la substance cérébrale, il ne trouva rien. L'autopsie montra cependant un énorme accès à côté duquel on avait passé.

M. Tuffier cite à propos du diagnostic difficile des abcès du cerveau, le cas d'une jeune fille de 18 ans chez laquelle il pratiqua une trépanation de la mastoïde pour abcès. Au bout de quelques jours, la malade présente des signes d'abcès du cerveau. Les symptômes étant aussi nets que possible, on trépane largement, on fend la dure-mère, on ponctione et on ne trouve rien.

Cependant, la malade guérit. Elle n'avait donc pas d'accès cérébral malgré qu'elle en eût tous les signes.

M. Broca. — Il est probable qu'il s'agit, dans ce cas, d'une de ces méningites localisées et curables que nous ne connaissons pas bien encore et qui simulent un abcès.

Sur la rachi-cocaïnisation.

M. Legueu communique deux cas de mort subite de la rachi-cocaïnisation : dans le premier cas, il s'agit d'un malade entré dans le service pour une rupture du tendon du triceps du côté gauche survenue à la suite d'attaques répétées d'apoplexie. C'était un homme déjà âgé, gras, au facies vultueux, cardiaque avec bruit de galop, aux artères dures. L'anesthésie par le chloroforme semblait redoutable dans ce cas. M. Legueu fit une injection de cocaïne de moins de 2 centigrammes la solution étant celle employée habituellement dans le service et ayant déjà fait ses preuves. L'anesthésie fut obtenue dans les délais normaux. On ouvre l'articulation; à ce moment, le malade a quelques mouvements convulsifs des yeux et de la tête. Il tombe mort sur la table d'opération, 15 minutes après l'injection.

La seconde observation a trait à un malade amené dans le service pour une hernie étranglée. Son état général était alarmant : température 36°,5 ; pouls à 116 ; extrémités froides. En pareil cas M. Legueu emploie la rachi-cocaïnisation plutôt que l'anasthésie chloroformique, suivant une des conclusions d'ailleurs formulées ici. Injection de moins de 2 centigrammes d'une solution de cocaïne à 1/100. L'injection était faite depuis six minutes quand la face devint pâle; les pupilles se dilatent; la respiration se ralentit et le malade meurt douze minutes après l'injection.

A l'autopsie la hernie ne présentait rien de particulier. Pas d'altération de l'intestin ni de l'épiploon. Le cœur s'était arrêté en systole; quelques infarctus pulmonaires récents; les deux reins présentaient quelques gros kystes; mais les lésions histologiques étaient minimes.

Dans ces deux cas il n'a donc pu s'agir que d'une syncope bulbaire produite par le contact de la cocaïne avec les éléments nerveux. M, Legueu a fait environ 200 rachi-cocaïnisation, ce qui donne une mortalité de 1 p. 100. Aussi M. Legueu n'emploiera plus désormais ce mode d'anesthésie, auquel cependant il reconnaît des avantages sur le chloroforme dans bien des cas.

Epithélioma tubaire.

M. Quénu présente une pièce rare, dont il n'a rencontré que trois exemples jusqu'ici. Il s'agit d'un épithélioma double des trompes. Dans ce cas, il avait diagnostiqué la lésion avant l'intervention, en s'appuyant sur deux signes qui acquièrent nne importance capitale lorsqu'ils se présentent ensemble chez une femme au voisinage de la ménopause, savoir une tumeur salpingienne bilatérale s'accompagnant d'un écoulement séreux caractéristique, continu ou intermittent. Toutes les fois que ces deux symptômes se rencontrent à cet âge, on doit songer à un cancer des trompes.

Grossesse extra-utérine sous-peritonéo-pelvienne.

M. Picqué présente les pièces d'une grossesse extra-utérine du type sous-péritonéo-pelvien ayant pris fort probablement son point de départ dans le ligament large. La tumeur occupait le cul-de-sac vésico-utérin qu'elle avait peu à peu refoulé devant elle.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu.

M. Tuffier présente un jeune homme qu'il a opéré récemment pour une plaie pénétrante du crâne par coup de feu. Il avait porté le diagnostic exact en s'appuyant sur les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien qui contenait manifestement du sang. Or la radiographie signalait la présence du projectile en dehors de la boîte cranienne. Cette discordance entre les résultats des deux examens s'expliqua au cours de l'intervention; celle-ci démontra en effet, qu'il existait à la fois un projectile extra-cranien et une plaie pénétrante du crâne produite par des esquilles détachées sous l'effet du traumatisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Novembre 1901.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse. — La fièvre typhoïde est une des maladies qui pèsent encore le plus lourdement sur la population française. En 1892, avec M. Vidal, nous avons expérimenté contre elle un sérum préparé avec les corps mêmes des bacilles, mais il s'est révélé seulement préventif et nullement curatif. Depuis lors, la toxine typhique est beaucoup mieux connue, et il nous a été possible de préparer, en partant de la toxine et non plus du bacille, un sérum antityphique. Ce sont les résultats de son emploi dans 100 cas que je veux vous communiquer.

Avant de juger la valeur de cette médication d'après les faits, il est nécessaire de rappeler que la mortalité de la fièvre typhoïde varie beaucoup selon les épidémies et les localités. On n'obtiendra une démonstration de l'efficacité de la médication que

par des comparaisons entre malades traités de cette façon et malades traités par la médication ordinaire dans les mêmes locaux et à la même époque. Dans mon service du bastion, cette comparaison n'a pu être faite, car mes 34 malades ont été traités par le sérum et tous ont guéri. Or, dans les autres hôpitaux, à la même époque, la mortalité de la fièvre typhoïde a dépassé 25 p. 100, d'après les statistiques officielles.

A l'hôpital Tenon j'ai traité 30 malades atteints de fièvre typhoïde grave, 4 seulement sont morts; dans le même hôpital, pendant la même période, la mortalité des autres fièvres typhoïdes a été de 31,8 p. 100.

J'ai traité en tout, dans les divers hôpitaux parisiens, 100 malades atteints de fièvre typhoïde; tous ceux qui ont été injectés avant le 8e jour ont guéri; parmi les autres, 6 seulement sont morts; un certain nombre de traités présentaient cependant des complications graves de diverse nature.

Je vous présente les courbes de température d'un certain nombre de malades. Sur la très grande majorité de ces courbes, l'injection est suivie, à bref délai, d'une chute de la température; cette chute est ordinairement suivie de guérison quand la maladie a été prise avant le 8e jour. Quand l'injection n'a été faite qu'après le 8e jour, on obtient également une descente, mais plus lente et, en général, la température remonte au bout de quelques jours, il faut une nouvelle injection pour obtenir une chute définitive; ces faits sont, du reste, soumis à des variations individuelles, selon la plus ou moins grande virulence des germes, et la plus ou moins grande force de résistance du malade.

L'injection n'empêche pas la possibilité de rechutes; il est nécessaire de surveiller, à ce point de vue, les températures des malades, de façon à faire une nouvelle injection dès qu'une rechute se prépare.

Les effets de l'injection sur les symptômes de la maladie sont très marqués; le pouls se ralentit en quelques heures, la diarrhée disparaît au bout de 1, 2, 3 jours, la pression sanguine remonte à son taux normal et la polyurie apparaît. Elle peut apparaître même avant la défervescence complète, mais ce n'est qu'après la défervescence que se fait la décharge urinaire de principes fixes. L'albuminurie typhique a souvent disparu peu après l'injection.

Vingt-quatre heures environ après l'injection, on constate une hyperleucocytose, et la réapparition des éosinophiles, tandis que les myélocytes neutrophiles disparaissent et sont remplacés par des formes de transition entre les mononucléaires et les polynucléaires. La formule sanguine varie en somme de la même façon que dans la convalescence spontanée.

Le sérum n'est pas exclusif de la médication par les bains froids et les boissons abondantes, mais il doit remplacer toutes les autres médications, quinine et surtout caféine et injections d'eau salée.

J'injecte le sérum sous la peau du bras, à la dose de 15 centimètres cubes; la cause primordiale du succès est la précocité de l'injection de sérum; au premier soupçon de fièvre typhoïde, il faut faire l'injection, sans attendre même le séro-diagnostic. Dans les cas traités précocement, la guérison doit être sûrement obtenue.

M. Le Gendre relate un cas de fièvre typhoïde chez un tuberculeux qui a formellement refusé les bains froids. L'injection, faite au 7e jour par M. Chantemesse, a amené rapidement la guérison. Dans les autres cas traités, le sérum a paru efficace et n'avoir aucun inconvénient.

M. Duflocq, chez ses malades traités par M. Chantemesse, juge que l'influence du sérum a été évidente.

M. Glénard s'étonne de la haute mortalité relevée par M. Chantemesse pour la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris.

M. Galliard ne s'en étonne pas; la fièvre typhoïde est particulièrement grave à Paris cette année.

M. Sevestre considère les statistiques de M. Chantemesse comme démonstratives; mais point n'est besoin de statistiques pour juger de l'efficacité d'un sérum spécifique. Lorsqu'on voit un diphthérique avant l'injection du sérum, profondément intoxiqué, violacé, la gorge envahie par les fausses membranes, quand on le voit 24 ou 48 heures après rose et gai, et les fausses membranes se détacher flétries, on est convaincu de l'efficacité du sérum dans la diphthérie. Il en sera de même avec le sérum antityphique s'il jouit de propriétés analogues.

Anévrysme de l'aorte et inégalité pupillaire.

M. Babinski. — Lorsque l'on constate de l'inégalité pupillaire chez des malades atteints d'anévrysme de l'aorte, il est classique de considérer ce symptôme comme dû à une compression du grand sympathique. Or, il n'en est pas toujours ainsi; je vous présente une malade atteinte d'anévrysme de l'aorte et d'inégalité pupillaire; si on étudie bien ses réactions pupillaires on voit qu'elle présente le signe d'Argyll-Robertson; en outre, son réflexe achilléen est aboli; elle est atteinte de tabes fruste d'origine syphilitique comme son anévrysme.

Voici une seconde malade, atteinte de même d'anévrysme de l'aorte, d'inégalité pupillaire, de signe d'Argyll-Robertson et d'abolition du réflexe achilléen. Je puis répéter pour elle ce que je viens de dire pour la première. La compression du sympathique est peut-être bien plus exceptionnelle qu'il n'est classique de le dire.

Cysticercose et diabète.

MM. Marie et **Guillain** présentent une malade diabétique atteinte de petites tumeurs sous-cutanées multiples; la formule leucocytaire est normale. Une biopsie a montré que ces kystes étaient des cysticerques de *tænia solium*. On a déjà signalé la glycosurie coïncidant avec la cysticercose. Le mari de cette femme est atteint de tænia.

Fausse phthisie de nature hystérique.

MM. Rénon et **Sollier** communiquent une observation de fausse phthisie de nature hystérique, avec signes sthétoscopiques et radioscopiques guérie par la suggestion.

M. Marie présente un malade qui à la suite d'applications répétées de rayons Röntgen sur le cuir chevelu, offre des lésions trophiques cutanées avec chute complète des cheveux sur la partie atteinte.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 29 Octobre 1901.

Douzième grossesse d'une cardiaque.

M. Fieux. — Il s'agit d'une femme entrée à la Clinique obstétricale le 9 septembre dernier. Cette malade est âgée de 38 ans : dans ses antécédents héréditaires rien à signaler. Réglée à 14 ans, elle présente à cette époque de la dyspnée et des palpitations de cœur qui nécessitent un séjour de 3 mois à l'hôpital Saint-André. Elle sort guérie, mais ses règles sont très irrégulières et manquent parfois 2 et 3 mois de suite. Mariée à 19 ans, la première grossesse normale a lieu un an plus tard. A 22 ans, deuxième accouchement à terme; la troisième et la quatrième grossesse se terminent par des avortements à 3 mois; la cinquième est normale; les sixième, septième et huitième grossesses se terminent à 3 mois 1/2; les neuvième, dixième, onzième survenues il y a 7, 5 et 2 ans, arrivent à terme, l'enfant vivant.

Quatre mois avant son entrée dans le service, elle avait commencé à ressentir les mouvements de son douzième enfant. A partir de ce moment elle présente un peu d'essoufflement et de dyspnée comme lors de l'établissement de ses règles. Elle est vue par une sage-femme, puis par son médecin qui lui ordonne le régime lacté; mais comme les symptômes dyspnéiques augmentent très rapidement elle se décide à entrer à l'hôpital. Son état est des plus alarmants, la dyspnée est extrême, le visage angoissé et cyanosé, couvert de sueur; le cœur bat d'une façon désordonnée, le pouls est incomptable. Etant donné l'œdème, il est impossible de palper l'utérus et le fœtus; à peine peut-on percevoir les bruits du cœur fœtal qui bat 90 à la minute. L'urine est excessivement chargée en albumine.

Le col est entier, déhiscent; à travers on perçoit les membranes intactes tendues et au-dessus de la tête fœtale.

Pendant que M. Andérodias se préparait à pratiquer la saignée qui s'annonçait difficile, l'état général s'aggrava à tel point qu'il fallait intervenir tout de suite. Que faire? L'opération césarienne était trop longue à exécuter; il fut nécessaire de recourir aux opérations par les voies basses. Mais le col n'était pas complètement dilaté. Je fis alors la dilatation manuelle, puis j'introduisis le forceps et je fis une prise correcte de la tête au-dessus du détroit supérieur, non point pour extraire immédiatement le fœtus, mais pour abaisser la tête et le col; je pratiquai alors deux grandes incisions de 4 centimètres de chaque côté du col et l'enfant put être extrait. Il pesait 1 670 grammes et était en état d'asphyxie blanche.

La délivrance artificielle pratiquée fut suivie d'un tamponnement lâche de la cavité vaginale. Aussitôt après, la femme éprouva un soulagement considérable; à peine au bout de 48 heures eut-elle une légère reprise de son asystolie mais qui cessa aussitôt.

Je rapporte cette observation parce que :

1° Cette femme, depuis l'âge de 14 ans, avait une maladie de cœur avérée; elle fait 11 grossesses dont 6 à terme et sa maladie ne s'aggrave pas, elle nourrit ses enfants au sein de 12 à 14 mois et ce n'est qu'à la douzième grossesse qu'elle présente les accidents que je viens de signaler; elle contredit donc Peter : Femmes cardiaques, pas de grossesse; mères, pas d'allaitement;

2° A cause du procédé employé et de la technique suivie dans l'accouchement.

M. Chaleix rapporte à ce sujet deux observations : dans l'une il ne fit pas de suture et la malade eut des phénomènes de métrite, dans l'autre il pratiqua la suture immédiate et la malade guérit parfaitement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 18 Octobre 1901.

Paralysie saturnine des droits externes.

M. Lagrange présente un malade manifestement saturnin ainsi qu'en témoignent un liséré gingival, des plaques anesthésiques à la face interne des joues, une anesthésie complète de toute la région externe des deux jambes, une parésie assez accentuée des extenseurs de la main et des péroniers latéraux. Ce malade, ouvrier peintre, a vu survenir, il y a 2 mois, une diplopie très grande due à l'existence d'une paralysie double et complète des droits externes. Tous les autres muscles de l'œil sains, l'accommodation et l'acuité sont normales. Il ne peut y avoir le moindre doute sur l'origine saturnine de cette paralysie; le malade n'est ni syphilitique, ni diabétique, ni arthritique. C'est un cas digne d'être recueilli, car les paralysies doubles des droits externes sont rares et les paralysies des muscles oculaires imputables au saturnisme sont plus rares encore.

Pied bot congénital.

M. Courtin présente une enfant de 12 ans atteinte de pied bot congénital. Au moment de son entrée à l'hôpital des Enfants, le pied droit de cette malade était dans l'adduction forcée sur la jambe, l'avant-pied formait avec la jambe un angle aigu d'environ 80 à 85°. La face supérieure du pied regardait en avant, la face inférieure en arrière, le bord interne était fortement plicaturé à son tiers interne par suite de la flexion du pied. Le tendon d'Achille, fortement rétracté, attirait le calcanéum en haut et en dedans. La malade marchait sur la face latérale externe du pied, et une vaste bourse séreuse s'était formée à ce niveau. Cette bourse séreuse était douloureuse à la palpation, douloureuse aussi lorsque l'enfant appuyait son pied ainsi déjeté sur le sol. La marche était donc devenue très difficile; les muscles de la jambe étaient dégénérés; seul le jambier antérieur et le court fléchisseur plantaire répondaient à l'excitation électrique.

La radiographie montrait l'astragale déjeté en dehors; sa surface articulaire, subluxée, constituait le plan osseux de la partie latérale externe du pied.

Les différentes interventions chirurgicales pratiquées sur cette enfant furent les suivantes : d'abord la dissection de la bourse séreuse. Pour cela M. Courtin fit, d'après une méthode préconisée il y a 25 ans environ par Pozzi, une injection de blanc de baleine dans l'intérieur de la poche. Ce blanc de baleine fut refroidi par des applications de compresses glacées, et une fois solidifiée la poche fut facilement séparée des parties voisines.

Puis on pratiqua la section du tendon d'Achille, l'ablation totale de l'astragale et d'une partie du cuboïde et, comme la région plantaire ne se déroulait pas suffisamment, la section de l'aponévrose plantaire. Le pied fut placé dans un appareil plâtré et la malade put se lever et marcher 2 mois après l'opération. Aujourd'hui, il existe des mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe; l'enfant marche sans canne; elle a une voûte plantaire apparente, pas d'œdème et se tient debout sans appui et sans fatigue.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEL

Séance du 5 Juillet 1901.

Greffe tendineuse dans la paralysie infantile.

M. Gerulanos a constaté que, dans les cas compliqués, la simple fixation du tendon du muscle paralysé au corps d'un muscle normal ayant la même fonction, ne donne ordinairement pas de résultats satisfaisants. L'échec tient à des causes multiples. Ordinairement, dans ces cas, à côté d'une paralysie portant sur plusieurs muscles ou groupes musculaires, il existe encore une parésie plus ou moins accentuée d'autres muscles épargnés par la paralysie, si bien qu'il est très difficile de trouver un muscle pouvant se substituer, après la greffe tendineuse, au muscle paralysé ou pouvant être sacrifié. Ce qu'on peut faire, en pareil cas, quand on trouve un muscle approprié, c'est de fendre longitudinalement son tendon et d'utiliser pour la greffe seulement une des moitiés.

Pour les greffes de ce genre, on peut même, d'après M. Gerulanos, choisir un mal antagoniste du muscle paralysé. En utilisant la moitié de son tendon (qu'on peut aussi fixer aux attaches osseuses du tendon du muscle paralysé), on atteint un double but, car, en même temps, par ce procédé, on affaiblit la puissance du muscle antagoniste et on corrige en partie la déformation (pied varus, etc.) qu'il avait produite.

Cette correction de la difformité semble à M. Gerulanos plus importante en l'espèce que le rétablissement, par la greffe, de la fonction du muscle paralysé. M. Gerulanos fait notamment observer que lorsque la déformation est corrigée, un grand nombre de muscles, simplement distendus par la position anormale du segment de membre, et ayant subi l'atrophie par défaut de fonction, reprennent leur toxicité et arrivent à contre-balancer l'action des antagonistes. C'est pour cela que la simple ténotomie des antagonistes puissants donne parfois des résultats satisfaisants.

Un fait sur lequel M. Gerulanos a attiré l'attention, c'est la facilité avec laquelle les muscles dont les tendons ont été transplantés, se chargent d'une fonction antagoniste. Il s'agit là d'un phénomène d'éducation musculaire, analogue à celui qu'on observe chez les enfants quand ils apprennent à se servir de leur membres.

ANGLETERRE

MIDLAND MEDICAL SOCIETY

Séance du 16 Octobre 1901.

Gastrostomie.

M. Barling a montré un homme de 48 ans, auquel il a pratiqué, il y a 5 ans 1/2, la gastrostomie après avoir diagnostiqué un rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

L'obstacle siégeait à 14 pouces 1/2 des arcades dentaires et comme dans l'histoire du malade on ne trouvait pas de traumatisme ni de tuberculose ni de syphilis, on s'arrête à l'idée d'une lésion cancéreuse. Au moment où l'opération a été faite, le malade avait perdu 32 livres. Il ne pouvait avaler qu'un peu de lait et rien ne passait plus à travers le rétrécissement.

Après l'opération, le malade se rétablit rapidement et put reprendre son métier de taillandier. Aujourd'hui, il est fort et vigoureux. Il se nourrit à travers une sonde qu'il porte dans sa fistule.

Comme les suites de l'intervention ont montré qu'il ne s'agissait pas de lésion cancéreuse, M. Barling se propose de procéder à la dilatation rétrograde de la fistule.

Castration pour cancer inopérable du sein.

M. Edge a montré une femme à laquelle il a fait, en avril 1900, l'amputation du sein pour cancer. Comme la tumeur était petite et très limitée, il n'a pas enlevé les ganglions de l'aisselle qui n'étaient pas augmentés de volume. Du reste, la nature exacte de la tumeur n'a été établie qu'après l'examen histologique de la pièce.

Six mois plus tard, en octobre, M. Edge a été amené à pendre les pectoraux et à enlever les ganglions qui se trouvaient sous la clavicule. En février 1901, on constata une tuméfaction des ganglions axillaires du côté droit ainsi que l'apparition de quelques nodules dans le sein droit. C'est à l'occasion de cette récidive que M. Edge pratiqua la castration par la voie vaginale, en mars 1901.

Aujourd'hui la malade a gagné 2 livres. Les masses cancéreuses du sein et de l'aisselle semblent en train de se ramollir et en voie de diminution.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

5e SESSION

Tenue à Paris du 24 au 26 Octobre.

Extirpation du canal déférent et des vésicules séminales.

M. Le Dentu a pratiqué quatre fois cette extirpation. Une première observation a été résumée par M. Paul Delbet, dans les *Annales génito-urinaires*. Chez le deuxième malade, il fit une ablation du canal déférent droit, dans un cas de tuberculose typique de l'épididyme avec abcès et fistules de cet organe. L'opération s'est terminée par la castration. Chez un troisième malade, il y eut association de l'extirpation du canal déférent avec celle de l'épididyme seul, — l'ablation de la vésicule séminale droite fut difficile.

M. Le Dentu insiste sur les précautions à prendre, en particulier dans le cas d'ablation concomitante de la vésicule séminale, plus délicate. Les points les plus importants sont la section large des parois antérieures et postérieures du canal inguinal, l'isolement du canal déférent sans le rompre, sans blesser les autres éléments du cordon et surtout sans déchirure du péritoine; la poursuite du déférent jusqu'au canal éjaculateur, le dégagement de la vésicule sans hémorrhagie grave et sans perforation du péritoine ou de la vessie. M. Le Dentu ne croit pas qu'il faille, de parti pris, respecter l'artère épigastrique; on peut la couper avec ses veines entre deux ligatures. L'isolement du canal est rendu plus facile en laissant en avant tout le tissu cellulaire graisseux et en se rapprochant du péritoine. On évite ainsi le hile vasculaire de la vésicule en avant et en dehors d'elle. Ce hile est indiqué par une bride aponévrotique tendue verticalement : on fait l'hémostase en pinçant le pédicule, puis on place une ligature sur le canal éjaculateur.

Dans le cas d'inflammation chronique avec adhérences et suppuration, il faudrait renoncer à l'extirpation inguino-abdominale, qui ne répond qu'à certains cas simples; pour les autres, M. Le Dentu donnerait la préférence à la voie périnéale qui présente de grands avantages.

Dans les cas de lésions vésiculaires, avec lésion du testicule et de l'épididyme, il faut enlever tout, même dans le cas de lésions moyennes. Un mauvais état général serait une contre-indication.

Sur le diagnostic et le traitement des abcès prostatiques au cours de l'hypertrophie de la prostate.

M. Minet (de Paris). — Le diagnostic de ces abcès peut être très difficile : 1° Dans la forme latente, où n'existent pas de signes fonctionnels, et qui exposent cependant le malade aux phlegmons périprostatiques les plus graves; 2° dans les formes où les troubles sont les mêmes qui s'observent chez des prostatiques sans abcès; ces troubles sont la rétention complète aiguë, ou l'incontinence par regorgement; la coexistence d'un rétrécissement de l'urèthre complique encore l'examen; 3° quand il existe une maladie intercurrente d'autres organes.

Ces difficultés exigent que le toucher rectal soit pratiqué chez tout prostatique. L'attention sera attirée en particulier s'il y a de la fièvre, s'il existe une épidydimite suppurée ou non, ou s'il existe de la blennorrhée intermittente ou de la pyurie.

Mais le toucher rectal peut quelquefois donner des résultats insuffisants; il a pu faire croire à des abcès qui n'existaient pas, ou au contraire laisser méconnaître des abcès centraux. — S'il y a des distensions du bas-fond vésical, il peut n'être probant qu'après l'évacuation, si celle-ci est possible.

Les lésions périprostatiques peuvent masquer des collections intra- et même périprostatiques.

Souvent on n'aura pu diagnostiquer sûrement l'abcès avant son ouverture spontanée, suivie elle-même de l'apparition de la dépressibilité d'un point au toucher rectal.

Il est très important de remarquer que le toucher rectal, dans les cas de périprostatites, ne permet pas toujours de connaître exactement l'étendue des lésions, souvent beaucoup plus vaste qu'on ne l'a cru. L'incision par la voie rectale doit être rejetée absolument pour cette raison.

Origines de certaines tumeurs vésicales.

M. Motz (de Paris). — En faisant l'examen histologique de 38 cas de tumeurs vésicales d'homme, a constaté que dans 28 cas la tumeur était prostato-vésicale. Ces résultats nous expliquent les récidives qu'on observe si souvent dans les tumeurs vésicales, et ils indiquent la nécessité de faire un bon examen de la prostate avant l'intervention chirurgicale. Ils nous apprennent aussi la nécessité de faire une extirpation de la prostate dans les cas où les chirurgiens se proposent de faire l'extirpation totale de la vessie.

Guérison radicale de l'hypertrophie de la prostate.

M. Albarran. — Je suis convaincu de ce que dans l'hypertrophie de la prostate la perte de la contractilité vésicale est secondaire aux lésions glandulaires. Je crois encore que, même dans les cas invétérés, la sclérose vésicale secondaire ne joue que peu de rôle dans l'impuissance de la miction; si les malades éprouvent les difficultés à uriner, c'est parce que l'obstacle

mécanique constitué par la prostate s'y oppose et en partie aussi parce que la contractilité vésicale est inhibée. Guidé par ces idées, j'ai enlevé la prostate aussi complètement que possible, sans léser le sphincter. Il y a 1 an 1/2, j'ai opéré deux malades par des procédés imparfaits : l'un conservant une fistule 4 mois; l'autre guérit et reste guéri.

Depuis 6 mois, j'ai opéré 14 malades dont les observations seront rapportées dans la thèse de mon interne, M. Petit; je n'ai eu aucune mort; tous les malades dont le traitement est fini sont guéris; ceux qui sont encore en traitement vident spontanément leur vessie.

Gravité opératoire. — Tous mes opérés étaient infectés; leur âge moyen est de 63 ans (57 le plus jeune, 73 le plus âgé), trois avaient de la pyélonéphrite, plusieurs étaient dans un mauvais état général, beaucoup ont présenté des difficultés opératoires sérieuses. Dans ces conditions, je n'ai eu aucune mort et les suites opératoires ont toujours été simples, sauf chez un malade, dont la plaie périnéale avait été trop fermée, qui présente des phénomènes d'infection.

Résultats thérapeutiques. — Pour ces 14 malades, il en est, un parti de l'hôpital avant la fermeture de la plaie, dont je n'ai pu avoir des nouvelles.

Deux récemment opérés ont encore une sonde : tous deux vont bien.

Trois encore en traitement à l'hôpital, vident complètement leur vessie, mais perdent encore un peu d'urine par le périnée : ce sont des opérés récents.

Huit sont guéris : j'entends qu'ils vident complètement et spontanément leur vessie; les urines sont devenues claires, leur état général bon, et depuis l'opération, ils n'ont plus eu besoin de se sonder. Le plus ancien opéré date du mois d'avril : il était en rétention complète depuis 8 mois : il reste guéri.

Sur mes 11 opérés, dont le traitement est fini ou près de l'être, 4 étaient en rétention chronique complète, datant de 8 mois à 5 ans; 2 avaient une rétention complète récidivante depuis 15 et 17 jours; 5 avaient de la rétention chronique incomplète de 150 à 500 grammes, les obligeant à se sonder plusieurs fois par jour.

L'absence de mortalité, la simplicité des suites opératoires, les résultats thérapeutiques constamment bons, ont dépassé mes espérances. Je crois la prostatectomie périnéale subtotale indiquée chez tous les prostatiques, sauf contre-indications tenant à des suppurations locales diffuses, à de graves lésions vénales, au trop mauvais état général, à l'âge trop avancé, lorsque le cathétérisme est bien toléré.

M. Proust (de Paris) précise la technique de la prostatectomie. Pour abaisser convenablement la prostate, on a recours à la manœuvre suivante : on introduit, par une brèche faite à l'urèthre membraneux, une sonde coudée à angle droit. On fait faire un tour de 180° à l'instrument, on amène ainsi le bec de l'instrument au bas-fond de la vessie : il suffit alors de ramener l'instrument à soi, il se coiffe de la prostate, et l'abaisse dans des conditions extraordinaires. C'est le désenclaveur prostatique. C'est alors qu'on pratique l'hémisection prostatique si importante pour la suite de l'opération; puis l'on procède à la dissection de chacun des cols; leur pédiculisation et la section reste à suturer la plaie uréthrale.

Mais s'il y a là les conditions bien réglées d'une opération, celle-ci se pratique encore dans un véritable puits assez profond. Les nouvelles recherches de M. Proust l'ont amené à prendre une position spéciale : la position périnéale inversée ou sacro-verticale, qui permet la rétropulsion du bord postérieur de l'incision, jusqu'au coccyx même.

M. Le Fur communique un cas de prostatectomie totale par la voie périnéale chez un malade de 68 ans, atteint depuis longtemps de phénomènes de prostatisme avec rétention incomplète, puis depuis un mois de rétention complète, que la sonde à demeure employée d'une façon permanente n'avait en rien modifiée.

Le drain, après l'opération, fut laissé 5 jours, puis remplacé par une sonde à demeure très bien supportée; la plaie périnéale au bout de 8 jours s'est comblée des deux tiers : à un seul moment, le pansement prend une mauvaise odeur due sans doute au sphacèle de petits lambeaux de la plaie périnéale, et qui cède très rapidement à un lavage de nitrate d'argent à 1/500.

Au 8e jour, le malade qui n'a pas eu le moindre choc opératoire, a engraissé, les urines sont claires, et l'état général s'est déjà beaucoup remonté. Fait très intéressant, le malade qui, après ablation du drain périnéal est resté quelque temps sans sonde à demeure, a uriné moitié par la verge, moitié par la plaie périnéale; il a retrouvé la contractilité de sa vessie, car il chasse nettement les dernières portions de l'urine.

M. Tédenat (de Montpellier) a opéré 4 cas d'hypertrophie de la prostate en 1898 et publié ses résultats en 1899. Sa technique opératoire a toujours été hésitante. Une fois il a essayé de refouler la prostate du côté du périnée en pratiquant la taille sus-pubienne. Une autre fois il a eu recours à un grand lithotriteur introduit par l'urèthre dans la vessie, et, comme M. Proust, il s'est bien trouvé du refoulement que le bec de cet instrument pouvait exercer sur la prostate.

Un des opérés est mort au bout d'un mois. Les 3 autres sont restés guéris en ne conservant qu'un résidu urinaire pour ainsi dire insignifiant.

M. Pousson (de Bordeaux) ne croit pas que l'opération que M. Albarran vient de décrire s'applique à tous les cas d'hypertrophie prostatique. Etant données les multiples variétés d'hypertrophie auxquelles nous avons affaire, on doit admettre que, en dehors des opérations sur l'appareil génital externe qui sont aujourd'hui jugées, il faut conserver toutes les autres méthodes opératoires. L'opération de Bottini, la prostatectomie sus-pubienne, sont très en faveur chez nos confrères étrangers.

L'opération de Bottini chez les prostatiques.

M. Carlier (de Lille) confiant dans les résultats obtenus par quelques chirurgiens au moyen de l'incision galvano-caustique de la prostate, a traité 8 prostatiques par le procédé de Bottini. Suivant la conformation de la prostate hypertrophiée, il a fait 1, 2 ou 3 sections, en portant la lame de l'instrument au rouge blanc. Presque toujours la section fut faite en arrière sur la ligne médiane, 3 fois la section fut médiane et en même temps bilatérale, mais dans aucun cas, et M. Carlier insiste sur ce point, on ne fit de section sur la paroi antérieure du col vésical. La durée moyenne de l'acte opératoire proprement dit a été de 25 secondes. L'urèthre postérieur a toujours été soigneusement désinfecté, ainsi que la vessie, cet organe fut ensuite dilaté par introduction d'air.

Un seul malade a été anesthésié au chloroforme, cinq malades ont été anesthésiés au bromure d'éthyle, les deux derniers ont été insensibilisés localement avec une solution de cocaïne. Ce dernier mode d'anesthésie est d'ailleurs bien suffisant.

Sur ces huit malades, deux étaient très infectés avec altérations rénales, quatre l'étaient légèrement, deux malades seulement étaient aseptiques. L'un de ces derniers a subi l'opération deux fois, à un mois d'intervalle. L'âge a varié de 57 à 68 ans; à l'encontre du conseil donné par Bottini, M. Carlier a toujours laissé à ses opérés une sonde à demeure pendant les 4 ou 5 jours qui suivirent l'opération. Ces neuf opérations se sont passées sans incident, et sans réaction fébrile consécutive. Chez trois malades il est survenu une hémorrhagie, d'ailleurs sans gravité.

Considérés dans leur ensemble, les résultats obtenus sont plutôt médiocres. Deux malades ont été opérés trop récemment pour entrer en ligne de compte. Des six autres, un seul à vraiment bien bénéficié de la méthode. C'était un homme de 57 ans qui, depuis 2 ans, était rétentionniste absolu. Une première section médiane ne donna rien chez ce malade, une seconde section faite 1 mois après la première, et comprenant trois incisions, l'améliora au point que 2 mois après l'opération, ce malade ne se sondait plus du tout, mais sa vessie contenait encore un résidu de 100 grammes.

Quatre autres malades urinent plus facilement qu'avant l'opération, mais leur urine résiduale, tout en étant moindre qu'auparavant, est encore assez importante. Un malade fut pendant plusieurs semaines incontinent nocturne, cette incontinence a actuellement pris fin.

Bien qu'il n'ait eu aucun accident à déplorer et que l'opération soit facile à exécuter, M. Carlier ne croit pas à l'avenir de l'opération de Bottini qu'il considère comme une opération peu chirurgicale. Dans les cas heureux, elle ne lève que momentané-

ment l'obstacle à l'émission des urines, elle n'empêche pas le développement ultérieur de la prostate.

M. Desnos (de Paris) tient à préciser les indications qui relèvent de la section galvano-caustique. Les deux conditions primordiales de la prostatectomie partielle se retrouvent ici, c'est-à-dire des obstacles prostatiques faisant saillie au niveau du col, quel que soit le volume total de la prostate d'une part et, d'autre part, la conservation plus ou moins totale de la contractilité vésicale. Chez les 12 opérés de M. Desnos, les résultats furent excellents dans 6 cas, incomplets dans d'autres. Les difficultés du cathétérisme constituent une indication de premier ordre et chez tous le passage de la sonde a été rendu des plus faciles. La rétention a été toujours améliorée et 6 malades sur 12 ont vidé complètement leur vessie après un temps variable. Chez les autres, la quantité retenue a toujours baissé.

Parmi les contre-indications, la première est l'infection.

Cystite pseudo-membraneuse.

M. Escat (de Marseille). — Un homme de 39 ans m'est adressé pour des troubles vésicaux datant de 15 mois et survenus, au dire du malade, après 8 jours de constipation absolue. Il n'y a pas d'antécédents génito-urinaires; l'appareil génito-urinaire ne présente aucune lésion connue. La miction n'est pas fréquente, la vessie s'est toujours bien vidée, la capacité est normale. L'urine est trouble, d'une fétidité repoussante cadavérique, elle est ammoniacale et laisse déposer, à l'émission, une multitude de débris blanchâtres, les plus gros de 4 à 5 millimètres. Ces débris sont incrustés de matières calcaires, certains débris non incrustés surnagent comme des pellicules de cire. Je pensai à des débris de papillomes putréfiés, l'examen microscopique ne décèle que des strates très denses de cellules pavimenteuses. Il n'y a pas de traces de villosités. L'urine n'est pas purulente, le trouble est dû à l'épithéliorrhée et à une flore microbienne variée. L'examen cystoscopique montre une vessie tapissée de corps blanchâtres flottants peu élevés. Je porte le diagnostic de papillomasie ténuiforme compliquée de bactériurie.

L'urotropine et les lavages boriqués sans sonde améliorent considérablement le malade, la putréfaction et les précipités phosphatiques ammoniacaux cessèrent, mais reparurent dès qu'on cessa le traitement. Après un an de traitement palliatif, je pratiquai la taille hypogastrique. La vessie est très grande, à type infantile remontant très haut au-dessus du pubis. La vessie incisée, une membrane blanche fait hernie sur la face interne de chaque lèvre vésicale, véritable doublure d'un blanc d'argent, qui tapisse uniformément toute la vessie, épaisse environ de 3 millimètres, elle rappelle un smegma préputialis épais, un frottis énergique l'enlève et découvre une muqueuse violacée à gros plexus veineux, à plaques ecchymotiques.

L'épithélium est friable, la paroi vésicale est épaissie, la sous-muqueuse est très souple; ni ulcération, ni induration. Cette couenne épithéliale est enlevée par frottis énergiques, la muqueuse est cruentée à la curette et totalement escharifiée au thermo-cautère. Drainage prolongé. Suites régulières, mais fistulisation rebelle pendant 4 mois. La fermeture paraît solide depuis 1 mois, la sonde a été enlevée il y a 10 jours. Les urines, limpides avec la sonde à demeure, sont légèrement louches et odorantes, elles charrient de fins débris. En somme, résultat encore douteux.

Infection vésicale blennorrhagique précoce.

M. Guillon (de Paris) apporte une observation dans laquelle les symptômes atypiques auraient pu facilement égarer le diagnostic. C'est un malade qui avait depuis 3 jours des hématuries terminales abondantes (40 grammes) à la fin de chaque miction; et cela, toujours absolument sans douleur ni fréquence. En même temps que l'hématurie avait apparu un très léger suintement; mais le malade ne se préoccupait que très peu de son état, car il ne souffrait pas. M. Guillon ne partageait pas cette confiance; cette forme atypique d'hématurie lui faisait redouter un néoplasme ou plutôt de la tuberculose vésicale. L'examen microscopique systématiquement pratiqué lui réservait une surprise : le pus contenait, sans autre microorganisme, d'innombrables colonies de gonocoques intra- et extracellulaires.

L'hématurie céda rapidement après quelques instillations intra-vésicales de protargol; et l'uréthrite disparut après un traitement exclusif du canal antérieur.

M. Le Fur répond à M. Guillon que le cas qu'il rapporte semble plutôt être un cas d'ulcération simple de la vessie, due à une infection gonococcique; l'absence de fréquence, de douleurs, l'existence d'hématuries abondantes semblent bien confirmer ce diagnostic.

La présence du gonocoque dans les urines ne vient nullement contredire ce diagnostic.

Leucoplasie vésicale totale.

M. Ravasini (Trieste). — Un homme de 50 ans souffrait depuis longtemps du côté de la vessie. Le diagnostic cystoscopique fut : tumeur infiltrante de la vessie. Cystotomie suspubienne comme traitement palliatif. A l'ouverture de la vessie on se trouvait en présence d'une très belle leucoplasie totale de la vessie. Mort après 20 jours. Au microscope, on voit transformation de l'épithélium urinaire en épithélium épidermique. Derme papillaire, sous-muqueuse dense, compacte. Musculaire hypertrophiée, partiellement sclérosée avec foyers d'infiltration embryonnaire et dilatation considérable des vaisseaux.

Les fistules vésico-rectales d'origine calculeuse chez l'homme.

M. Carlier a eu l'occasion d'opérer d'un gros calcul vésical un malade de 34 ans qui portait depuis l'âge de 7 ans une fistule vésico-rectale. Cette fistule avait été provoquée par l'élimination par le rectum d'un calcul vésical de la grosseur d'une noix. Cette fistule ne s'est jamais fermée, et le malade perdait les trois quarts de ses urines par le rectum.

Ce qui fait l'intérêt de ce malade, c'est que la vessie et les reins ont parfaitement supporté cette communication anormale de la vessie avec le rectum. Et cette communication est large puisqu'on peut y introduire le bout de l'index, et que le malade élimine fréquemment par l'urèthre des matières fécales de la grosseur d'une lentille. Les urines sont troubles et contiennent du coli-bacille, mais en quantité modérée. Cela fait contraste avec ce qui se produit si souvent et si rapidement chez les malades auxquels on fait une anastomose uretéro-intestinale. Ces derniers malades s'infectent avec la plus grande facilité. Si le malade qui fait l'objet de cette communication n'est pas plus infecté, cela tient uniquement à ce qu'il est encore pourvu de ses sphincters urétéraux, sphincters qu'on ne peut ordinairement pas conserver lorsqu'on abouche les uretères dans l'intestin.

Contribution à la physiologie pathologique de l'incision et de l'extirpation du rein.

M. Pousson (de Bordeaux) pensant qu'en raison des altérations vasculaires prédominantes dans les néphrites chroniques, le régime circulatoire y est profondément modifié et expose le parenchyme à des variations incessantes de tension, a été conduit à attribuer les troubles de la sécrétion urinaire chez les brightiques à un excès de tension et à les combattre par la néphrostomie.

Il a pratiqué cette opération dans 5 cas de néphrites parenchymateuses, interstitielles ou mixtes. Au cours de l'intervention, il a pu vérifier la réalité de l'hypertension intrarénale, car le rein lui est apparu constamment tendu, tuméfié, de coloration brun rougeâtre. Aussitôt après la section de la capsule, le parenchyme faisait hernie et sa section saignait très abondamment.

Chez tous ses malades, M. Pousson n'est intervenu que sur un seul rein, guidant son choix sur quelques vagues indices pouvant lui faire soupçonner que la néphrite était unilatérale ou qu'elle était prédominante d'un côté : tels que douleurs spontanées ou provoquant dans l'une des régions lombaires, œdème franchement unilatéral ou plus marqué d'un côté. Chez 2 de ces opérés, il y avait présomption de néphrite localisée à

un seul rein; chez les 3 autres, l'inflammation frappait les deux reins. Un de ces derniers malades succombait dans les 48 heures, mais les deux autres survécurent, et malgré la bilatéralité des lésions, la quantité et la qualité de leurs urines fort troublées avant l'intervention revinrent à la normale. Ce résultat, tout d'abord surprenant, s'explique par ce que nous savons aujourd'hui du retentissement réflexe d'un rein sur son congénère.

M. J. Escat (de Marseille) désire ajouter un mot sur la valeur du réflexe réno-rénal comme indication chirurgicale. Il a le souvenir de 2 cas de pyonéphrose unilatérale consécutifs à des fistules urétérales d'origine chirurgicale qui se sont présentés, il y a 3 ans, à son observation avec des symptômes prédominants d'urémie.

Dans un cas, l'ablation du rein malade, conseillée, fut faite par le chirurgien de la malade et amena la cessation de l'urémie. Dans l'autre cas, absolument semblable, la malade refusa l'intervention; elle succomba avec des signes typiques d'urémie.

M. Escat est convaincu que, dans les pyélonéphrites unilatérales les malades succombent plutôt par suite des phénomènes urémiques que par suite de l'infection. Cette urémie, liée entièrement au réflexe réno-rénal, loin d'être une contre-indication opératoire, doit commander l'intervention précoce.

M. Loumeau (de Bordeaux) cite le cas d'une malade atteinte de néphrite interstitielle avancée et qui s'anémiait progressivement depuis plusieurs semaines du fait d'une hématurie rénale unilatérale profuse réfractaire à tous les traitements médicaux. Cette femme en était arrivée à un tel degré d'épuisement et de faiblesse, que c'est presque *in extremis* et exsangue que M. Loumeau l'opéra de la néphrectomie lombaire. Le rein hémorrhagipare enlevé, l'hématurie disparut, et la malade, qui sembla tout d'abord devoir se relever un peu, succombait une vingtaine de jours après l'intervention. Le rein subsistant seul devait être insuffisant ici pour assurer la dépuration urinaire du sang, et peut-être qu'en ce cas, la néphrotomie eut été plus favorable en assurant à la fois l'arrêt de l'hémorrhagie et la conservation d'un organe non complètement perdu pour la fonction.

De la néphrotomie dans la congestion rénale.

M. Henry Reynès (de Marseille) a opéré une jeune femme qui, à la suite d'une cystite, fut atteinte d'hématuries, de néphralgie unilatérale, de gonflement très douloureux du rein gauche, avec fièvre, anorexie, amaigrissement. Il fit une néphrotomie lombaire : elle démontra l'absence complète de pus, prévue par la cystoscopie : il n'y avait qu'une néphrite congestive. Le résultat fut excellent : la fièvre, la tuméfaction, les douleurs, l'hémorrhagie cessèrent rapidement. Depuis plusieurs mois, la malade est en très bon état.

M. Loumeau (de Bordeaux) a observé il y a quelques années, une malade dont l'histoire se rapproche du cas rapporté par M. Reynès. Il s'agissait d'une femme âgée d'environ 46 ans, atteinte d'une cystite calculeuse intense avec des urines purulentes très épaisses et d'une fétidité très repoussante, avec un rein droit énorme et très douloureux. Par la taille vaginale on retira sans difficulté le calcul vésical qui avait le volume d'un œuf et on laissa persister la fistule vésico-vaginale pour assurer le libre drainage de la vessie et secondairement du rein. Mais le rein continuait à être gros et douloureux et les urines demeuraient toujours purulentes. Dans ces conditions, M. Loumeau pratiqua la néphrotomie lombaire, pensant avoir affaire à une énorme pyonéphrose. A son grand étonnement, l'incision du rein fendu longitudinalement dans toute sa hauteur ne montra qu'une congestion considérable, mais aucune trace de suppuration. Il sutura aussitôt l'organe au catgut et la malade guérit par première intention qui eut pour résultat d'amener une diminution progressive et du volume et des douleurs du rein néphrotomisé.

M. Pousson (de Bordeaux) fut appelé il y a 4 ou 5 ans, auprès d'une malade qui paraissait avoir une grosse suppuration du rein. L'intervention démontra qu'il s'agissait seulement d'une énorme congestion du rein avec, tout simplement, un petit abcès du pôle supérieur de la glande. Cette malade guérit et est encore en excellente santé.

Tuberculose et hydronéphrose.

M. F. Legueu. — Une femme de 25 ans était sujette, depuis huit ans, à des crises de douleurs périodiques. Celles-ci siégeaient dans le côté droit, sous les fausses côtes, s'accompagnaient de vomissement et duraient quelques heures. Depuis deux ans, les crises étaient devenues plus fréquentes; elles survenaient presque toutes les semaines.

Le 8 juin, elle était prise d'une nouvelle crise, vers 8 heures du soir; à la douleur cette fois s'ajoutaient des phénomènes nouveaux, de la céphalalgie, des frissons, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles. Au bout de 3 jours, elle entre à l'hôpital où je la trouve avec une température de 40°.

M. Legueu trouva à l'opération le bassinet dilaté, au-dessus d'un rétrécissement assez serré qui existait à l'extrémité supérieure de l'uretère. Mais en outre, il y avait à la surface du rein, des plaques jaunes correspondant à des abcès miliaires : le rein fut enlevé et la malade guérit.

A l'examen de la pièce, on trouva trois cavernes tuberculeuses disséminées dans la substance corticale du rein; l'examen histologique y a révélé les cellules géantes et les bacilles caractéristiques.

L'association de ces lésions tuberculeuses et d'un rétrécissement de l'uretère est très rare, et cette observation est à rapprocher de l'hydronéphrose tuberculeuse, dans laquelle en même temps que l'hydronéphrose, il y avait tuberculose, ou dans l'uretère, ou dans l'uretère et le rein à la fois.

M. Riedinger (de Wurzburg). — Il s'agit d'un malade qui atteint de rétrécissement de l'urètre présentait des accidents d'infection grave due une infiltration d'urine; celle-ci, très volumineuse, fut incisée, mais les accidents persistèrent et le malade succomba.

A l'autopsie on trouva une lésion ulcérative de l'urètre, oblitéré par un bouchon de pus concret; au-dessous de celui-ci on trouvait un pertuis qui continuait dans une poche sous-muqueuse allongée parallèle à l'urèthre. Il ne pouvait être question d'un kyste, car il n'y avait pas d'épithélium, mais Riedinger croit à l'existence d'une ulcération simple ayant provoqué de proche en proche la nécrose des tissus sous-jacents.

M. Albarran (de Paris) rappelle la présentation qu'il a faite, récemment, à la Société de chirurgie, d'un rein tuberculeux coexistant avec une hydronéphrose. Dans ce cas, il existait de petits calculs obstruant le calibre de l'uretère. Les faits de cette nature sont assez rares. Il ne s'agit point là d'une hydronéphrose tuberculeuse, mais d'une simple coexistence de l'hydronéphrose avec la tuberculose du rein.

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Pise du 27 au 31 Octobre 1901.

La péritonite par propagation dans la fièvre typhoïde.

M. Queirolo (de Pise), *rapporteur*. — La péritonite se manifeste dans le cours de la fièvre typhoïde, ou dans la convalescence de cette affection, sous trois formes principales : la plus fréquente est la péritonite par perforation; puis vient la péritonite par continuité, consécutive à la diffusion du processus inflammatoire des plaques de Peyer ulcérées; enfin, la péritonite par contiguïté (Trousseau) ou par migration de l'élément infectieux. Cette forme, signalée en 1813 par Petit et Serres et revendiquée par Thirial en 1853, a été bien décrite depuis lors par de nombreux auteurs. De son côté, M. Queirolo a eu l'occasion d'en observer un cas; le malade succomba à la suite d'une récidive de sa fièvre typhoïde et l'on put pratiquer un examen anatomique minutieux; on constata ainsi les reliquats de l'inflammation péritonéale, et en même temps on put exclure toute perforation intestinale et toute lésion de l'appendice; dans l'intestin existaient les altérations habituelles des plaques de Peyer.

La question qui se pose est de savoir de quelle façon les

agents qui sont cause de l'inflammation péritonéale peuvent traverser les parois intestinales et pénétrer dans le péritoine? En second lieu, quelles sont les conditions spéciales du péritoine qui permettent le développement d'une péritonite?

Une des circonstances nécessaires au passage des microbes intestinaux à travers les parois de l'intestin non perforées est l'exaltation de la virulence de ces microbes. M. Queirolo pense que cette exaltation ne survient pas seulement dans les cas particuliers sur lesquels M. Dieulafoy a insisté (appendicite, hernie étranglée, etc.), mais aussi dans la cavité même de l'intestin sans que ce dernier soit transformé en cavité close. M. Queirolo a observé, en effet, un cas démontrant que ni la cavité close, ni la perforation de l'appendice ne sont indispensables pour que l'infection du péritoine ait lieu. Outre l'exaltation de la virulence, il faut d'autres conditions pour que les bactéries puissent traverser les parois intestinales, à savoir une altération anatomique plus ou moins grave de la paroi et probablement aussi du péritoine. Ces facteurs existent bien dans la péritonite typhoïdique où la paroi intestinale est profondément lésée. Mais la clinique nous enseigne que la péritonite est très rare au cours de la fièvre typhoïde, tandis que l'exaltation des bactéries y est constante (surtout pour le *bacterium coli*) et que la lésion intestinale y est tout à fait commune. Aussi M. Queirolo croit-il que, vu l'état actuel de la question, il faut rechercher une autre circonstance qui puisse rendre efficacement pathogènes les bactéries contenues dans la cavité péritonéale.

La rareté de la péritonite par propagation prouve l'énergie du pouvoir de défense du péritoine, malgré les conditions anormales des parois intestinales au cours de la dothiénentérie : en effet, l'épithélium intestinal est détruit, la muqueuse ulcérée; souvent la paroi intestinale est plus profondément altérée, les vaisseaux lymphatiques sont béants, mille voies sont ouvertes à l'infection, et cependant le péritoine, dans le plus grand nombre des cas, reste indemne.

M. Queirolo est donc convaincu que, pour que la péritonite par propagation puisse se produire, une lésion du péritoine est nécessaire; c'est cette lésion qui ouvre la voie à l'infection intestinale.

La diminution de résistance du péritoine, vérifiée en certains cas de fièvre typhoïde, dépend quelquefois de l'intoxication générale; d'autres fois, plus probablement, d'une intoxication de la séreuse. Une autre condition très importante, c'est la parésie intestinale favorisant le multiplication des germes et l'augmentation de leur virulence. Les recherches de Benvenuti sur l'intestin des typhoïdiques éclairent le mécanisme pathogénique en démontrant que le processus infectieux peut, de l'intestin, se diffuser au péritoine en suivant les voies lymphatiques périvasculaires et les vaisseaux veineux, sans léser la tunique musculaire. M. Queirolo pense que le *bacterium coli* est l'agent habituel de la péritonite par propagation, mais il n'en est pas l'agent spécifique.

Quant aux symptômes de cette complication, ce sont la douleur abdominale, le facies hippocratique, la cyanose, la dyspnée, les vomissements, le hoquet, la rapidité du pouls, la distension et la tuméfaction de l'abdomen; les zones de matité hépatique et splénique, bien que refoulées dans la cage thoracique, ne sont pas abolies.

Le diagnostic entre la péritonite par perforation et la péritonite par propagation est très difficile ; il ne faut pas attribuer grande créance à ce fait que, dans la première, la symptomatologie serait plus brusque et plus violente que dans la seconde.

M. Queirolo ne croit pas qu'on puisse assigner au brusque abaissement de la température au moment de la perforation intestinale une valeur aussi absolue, pour le diagnostic différentiel entre les deux variétés de péritonite que l'a prétendu M. Dieulafoy. A ce propos, M. Queirolo peut citer un cas personnel de perforation intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde où ne se produisit aucune hypothermie. Egalement sans valeur différentielle, sont les caractères tirés du pouls, des vomissements, du hoquet, de l'examen du sang.

Un signe précieux, par contre, est la persistance des zones de matité hépatique et splénique; malheureusement ce symptôme n'apparaît que tardivement, à une époque où le diagnostic différentiel a perdu beaucoup de son intérêt; en outre, dans quelques cas de perforation, les zones de matité hépatique et splénique persistent par insuffisance de développement des gaz. Enfin, la disparition tardive des matités hépatique et splénique dans la péritonite par perforation étant due à la rigidité et à la contracture des muscles abdominaux, ce signe n'a aucune valeur différentielle quand, chez un dothiénentérique, surviennent des symptômes de péritonite diffuse, s'il existe, en même temps, une énergique contraction réflexe des muscles de l'abdomen.

Le pronostic de la péritonite par propagation est grave. Le traitement doit viser à renforcer l'action cardiaque et nerveuse, à favoriser l'épuration rénale, etc. La désinfection intestinale est d'une grande importance et, sous ce rapport, M. Queirolo a obtenu de bons résultats en supprimant complètement l'alimentation par la voie gastrique et en lui substituant l'alimentation rectale; on doit assurer l'évacuation de l'intestin par le calomel. Les applications de glace sur l'abdomen doivent être faites avec prudence dans ces cas, car la réfrigération diminue, d'après Simoncini, le pouvoir de défense du péritoine. L'intervention chirurgicale, relativement facile et utile contre la péritonite par perforation, est contre-indiquée dans la péritonite par propagation, où les meilleurs résultats s'obtiennent avec le traitement médical.

M. Fedeli (de Pise), *co-rapporteur*, a fait, pour élucider l'étiologie et la pathogénie de la péritonite par propagation, des recherches expérimentales sur des lapins et des cobayes.

Sur une première série d'animaux, il a cherché à établir d'une façon nette et précise le mode de réaction du péritoine vis-à-vis des substances irritantes (cantharide, iode, croton). Il a pu constater que seule la teinture d'iode détermine toujours, même en petite quantité, un processus phlogogène, tandis que les autres irritants sont relativement tolérés par le péritoine. Il a expérimenté ensuite avec des solutions fécales, stérilisées ou non, obtenues par infusion des fèces humaines et de lapin : avec les solutions non stérilisées, les résultats ont été analogues à ceux de Pavlovsky; avec celles qui avaient été stérilisées, ils ont été complètement négatifs.

En injectant dans la cavité péritonéale du lapin des cultures pures de colibacille très virulent, M. Fedeli n'a constaté aucune réaction péritonéale; de même avec le bacille d'Eberth. Au contraire, en injectant en même temps une émulsion de fèces stérilisée et une culture virulente de l'un des bacilles en question, il a provoqué le développement d'une péritonite séreuse caractéristique.

Dans une seconde série de recherches, M. Fedeli a déterminé des altérations intestinales analogues à celles de la fièvre typhoïde, et, dans une troisième série, il a laissé intact l'intestin et irrité primitivement le péritoine avec des substances reconnues insuffisantes, dans les expériences antérieures, pour produire une péritonite diffuse. Dans ce but, il s'est servi tout d'abord de purgatifs salins et de calomel; mais il a vu que l'irritation provoquée par ces substances, bien que très intense, n'était pas capable de donner lieu à une diffusion péritonéale. Au contraire, quand, après avoir déterminé l'irritation intestinale, on nourrissait les animaux avec des aliments arrosés de cultures très virulentes, il se produisait généralement une péritonite caractéristique, séreuse ou séro-purulente. M. Fedeli a obtenu le même résultat avec l'irritation préalable du péritoine. Il a répété aussi ces recherches sur une anse intestinale close et isolée, dans laquelle il avait injecté une culture virulente, après avoir, ou non, soumis le péritoine à l'action d'irritants : dans le premier cas le résultat a été positif; il a été négatif dans le second. M. Fedeli a étudié aussi l'action du refroidissement sur le péritoine : en ajoutant des cultures virulentes à l'alimentation d'animaux tenus immobiles dans l'eau froide, il a vu se développer des péritonites sérofibrineuses.

Après avoir fait toutes ces recherches avec des cultures de *bacterium coli* ou de bacille d'Eberth, M. Fedeli les a reprises avec le diplocoque, le streptocoque et le staphylocoque; dans la majorité des cas, le résultat a été négatif.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Les ferments du sang et leur intérêt clinique (1),

Par M. Ch. Achard,
Agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon.

Peut-être serez-vous surpris de me voir, dans des leçons consacrées aux procédés d'exploration, attribuer une place aux ferments du sang. C'est là, semble-t-il, un sujet d'ordre purement spéculatif et n'offrant d'intérêt que pour le physiologiste. Certes, je reconnais que l'étude de ces ferments est encore bien peu classique et sur beaucoup de points fort incomplète. Toutefois elle me paraît mériter d'être connue des cliniciens, car elle peut fournir, comme vous le verrez, quelques indications ayant un réel intérêt pratique et faciles à obtenir dans un laboratoire de clinique.

Les ferments du sang possèdent les principaux attributs des ferments solubles, qui sont : de ne pas être dialysables, d'être précipitables par l'alcool, de se détruire par l'ébullition, de résister à certains antiseptiques (fluorure de sodium, thymol, eau chloroformée), enfin d'agir à très faible dose sur une grande masse de substance.

Le principal ferment du sang est celui qui produit la coagulation et qu'on appelle *plasmase* ou *fibrin-ferment* (2). Le phénomène de la coagulation a été connu de tout temps, mais c'est seulement depuis peu qu'on le rattache à une action fermentative.

On admet aujourd'hui que la coagulation est due au dédoublement de la substance fibrinogène contenue dans le plasma. Ce dédoublement est l'œuvre du ferment. Il a pour résultat la formation de la fibrine, substance qui, par conséquent, ne préexiste pas toute formée dans le sang.

Les sels de chaux jouent un grand rôle dans le mécanisme de la coagulation. M. Arthus pensait même que la fibrine était un composé calcique. Mais Hammarsten a démontré que, avant la coagulation, le fibrinogène contient déjà autant de chaux que la fibrine résultant de la coagulation.

D'après Pekelharing, le ferment tire son origine d'une nucléo-albumine zymogène contenue dans les leucocytes; mais cette substance ne devient véritablement active que par addition de sels solubles de chaux.

Certaines substances possèdent la propriété d'empêcher la coagulation par divers mécanismes. L'oxalate de potasse ou de soude précipite la chaux et s'oppose ainsi à l'action du ferment. Le fluorure de sodium produit le même effet et empêche en outre la mise en liberté du zymogène. Ces deux substances agissent seulement *in vitro*.

L'extrait de têtes de sangsues, obtenu en broyant dans de l'eau salée le tiers antérieur du corps des sangsues, partie qui renferme les glandes digestives, empêche la mise en liberté du zymogène. Il agit à la fois *in vitro* lorsqu'on recueille le sang dans un vase contenant l'extrait et *in vivo*, lorsqu'on l'injecte dans les veines d'un animal.

La peptone injectée dans la circulation, rend aussi le sang incoagulable (1); mais elle agit d'une façon particulière, en provoquant dans le foie, comme l'a établi Contejean, la formation d'une substance anti-coagulante.

La plasmase est contenue dans les globules blancs. C'est ce que démontre l'expérience suivante : si l'on isole entre deux ligatures la veine jugulaire d'un cheval, on obtient du sang qui reste très longtemps dans le segment du vaisseau sans se coaguler: il s'y forme alors trois couches superposées : les globules rouges au fond, les globules blancs au-dessus d'eux, enfin le plasma liquide. On peut décanter le plasma et séparer les globules rouges des globules blancs. Or, si l'on mélange comparativement les globules rouges et les globules blancs à un liquide de transsudat non spontanément coagulable, l'on voit la coagulation de ce liquide se produire plus vite avec l'émulsion de globules blancs qu'avec celle de globules rouges.

Si l'origine leucocytaire de la plasmase n'est pas douteuse, il n'en est pas de même de la manière dont ce ferment est mis en liberté dans le plasma. On ne sait s'il est sécrété par les globules blancs vivants, en vertu de phénomènes d'exosmose, ou s'il est un produit en quelque sorte cadavérique, provenant de la destruction des leucocytes. Toujours est-il que la coagulation peut se produire à l'état pathologique dans le sang circulant; mais il se pourrait alors que le ferment mis en liberté dérivât d'un certain nombre de leucocytes détruits dans l'organisme vivant.

Il serait d'un très haut intérêt de connaître les variations d'activité de la plasmase à l'état pathologique, notamment chez les malades qui font des thromboses en divers points de leur appareil circulatoire, et chez les hémophiles.

Aussi ai-je fait quelques tentatives dans ce sens, avec M. Emile Weil, en 1897. Nous nous proposions de mesurer l'activité de la plasmase en cherchant quelle quantité de sérum il fallait ajouter à du sang rendu incoagulable par de l'oxalate de sodium, pour en obtenir la coagulation. Mais nous n'avons pu réaliser un procédé pratique permettant de faire cette mesure avec assez de précision. M. Sicard a fait aussi quelques recherches sur ce point, sans donner non plus de technique vraiment applicable à la clinique.

A l'inverse de la plasmase, on connaît un autre ferment qui s'oppose à la coagulation et qui a reçu le nom de *thrombase*. Il dérive aussi des leucocytes. Lilienfeld a extrait des globules blancs une substance qu'il appelle nucléo-histone et que l'eau bouillante décompose en

1. Leçon recueillie par M. A. Clerc, interne des hôpitaux.
2. Pour les détails, consulter l'excellent livre de M. Arthus, *La coagulation du sang* (Carré et Naud).

1. Il faut s'adresser au chien; le lapin est réfractaire à l'action des peptones, du moins à dose égale; sinon il faut recourir à des doses très élevées, presque instantanément mortelles (Gley).

nucléine, possédant des propriétés coagulantes, et histone, douée au contraire de propriétés anti-coagulantes.

Enfin, le sang contient encore un ferment qui dissout la fibrine formée pendant la coagulation. M. Dastre a constaté que la fibrine fraîche, laissée en contact avec le sang générateur, est peu à peu solubilisée. Lorsqu'on introduit dans le sac lymphatique d'une grenouille du sang frais de cet animal, il se coagule d'abord, puis le caillot est envahi à sa périphérie par les globules blancs, et à mesure que se fait cette invasion, il se dissout, il subit la *fibrinolyse*.

Une autre catégorie de ferments, dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, les *oxydases*, se trouvent aussi dans le sang.

Leur existence avait été soupçonnée par Traube, qui admettait dans le sang la présence d'un corps transmettant l'oxygène aux éléments anatomiques. Mais on ne les connaît réellement que depuis l'isolement, obtenu par M. G. Bertrand, du ferment oxydant contenu dans le latex de l'arbre à laque et nommé par lui laccase. Ce ferment se trouve aussi dans les organes jeunes des plantes vertes.

Il paraît exister plusieurs sortes de ferments oxydants. On a distingué des oxydases directes, bleuissant la teinture de gaïac, et des oxydases indirectes, décomposant l'eau oxygénée.

Les réactions propres à mettre en évidence les oxydases sont délicates et ne donnent pas toujours des résultats concordants. Parmi les substances les plus usitées pour produire ces réactions avec les tissus et les humeurs des animaux, je vous citerai : l'aldéhyde salicylique, dont l'oxydation produit de l'acide salicylique, — l'alcool benzylique, dont l'oxydation produit de l'acide benzoïque, — le réactif de Rohmann et Spitzer, formé de paraphénylènediamine et de naphthol α et de soude, qui donne par oxydation une couleur violette.

Tous ces procédés permettent de constater la présence des oxydases, mais nullement de les doser, car si les deux premiers fournissent à la vérité un corps chimique défini, il serait nécessaire pour en faire un dosage, d'opérer sur de très grandes quantités de substance. Quant au dernier, il ne donne qu'une réaction colorante, d'ailleurs incertaine et sujette à caution. Aussi n'y a-t-il rien là d'applicable à la clinique.

D'après M. Portier, qui leur a consacré sa thèse (1), les oxydases seraient contenues dans les leucocytes, d'où l'on peut les extraire par l'eau chloroformée, par le fluorure de sodium à 2 p. 100, par la digestion au moyen de la trypsine. Elles posséderaient des propriétés chimiotactiques, car la laccase, introduite dans le sac lymphatique d'une grenouille, provoque une diapédèse abondante et augmente l'activité amiboïde des leucocytes.

De même que pour le plasmase, il paraît exister dans l'organisme des ferments qui produisent un effet opposé à celui des oxydases, c'est-à-dire des ferments *réducteurs*. Ces phénomènes de réduction ont été mis en évidence dans les tissus vivants, le foie notamment, par Ehrlich, au moyen du bleu d'alizarine, qui se décolore par réduction.

Un très grand intérêt paraît devoir s'attacher aux oxydases et aux ferments réducteurs du sang et des tissus, car l'on est porté à leur attribuer un rôle très important dans les échanges nutritifs. Malheureusement la technique qui permettrait de les évaluer chez l'homme sain ou malade par un procédé clinique fait encore défaut.

1. *Thèse* de Paris, 1897.

Cl. Bernard avait constaté que, dans le sang abandonné à lui-même en dehors de l'organisme, le sucre diminue et disparaît peu à peu ; aussi pour doser le sucre du sang est-il nécessaire de prendre certaines précautions, notamment de recueillir ce liquide sur du sulfate de soude et de le faire bouillir immédiatement.

Pour M. Lépine, cette destruction du sucre dans le sang *in vitro* serait due à l'action d'un *ferment glycolytique*.

A l'origine de ses importantes recherches sur cette question, cet auteur pensait que ce ferment était produit par la sécrétion interne du pancréas et versé dans la circulation, mais qu'il ne remplissait son rôle utile que dans les tissus où il déterminait la combustion du glycose. Actuellement, il estime que la sécrétion interne du pancréas agit seulement en favorisant la glycolyse dans les tissus.

On a beaucoup discuté sur l'existence de ce ferment. M. Arthus a contesté qu'il existât dans le sang vivant et même qu'il s'agît d'un ferment. Toujours est-il que le phénomène de la glycolyse a lieu dans le sang mort et que l'ébullition l'empêche.

On peut mesurer la glycolyse *in vitro* en dosant successivement le glycose du sang d'abord au sortir des vaisseaux, puis après un certain temps de séjour dans l'étuve à 37°. La différence donne la quantité de sucre détruit et par suite la mesure de l'activité glycolytique. Comme la proportion de sucre contenue dans le sang est faible, il est avantageux, comme l'a indiqué M. Lépine, d'ajouter tout d'abord au sang une quantité connue de glycose : le dosage porte alors sur un liquide qui ne renferme pas seulement des traces de sucre ; il devient ainsi plus facile et plus précis.

Je n'insiste pas sur les détails de cette technique, ni sur les quelques modifications que j'ai proposé d'y apporter avec M. Castaigne (1), parce que la glycolyse peut être appréciée non pas seulement *in vitro*, mais *in vivo*, et que cette dernière donnée est beaucoup plus intéressante.

Le résultat, important pour le clinicien, qui se dégage des recherches de M. Lépine, est que, dans le diabète, la glycolyse *in vitro* est bien moins active que chez les sujets sains ou affectés d'autres maladies. Ce fait a été contesté par divers auteurs ; j'en ai pourtant vérifié l'exactitude avec M. Castaigne et M. Emile Weil.

Mais si la recherche du pouvoir glycolytique dans le sang mort peut offrir quelque intérêt en clinique, il est encore plus important de connaître l'état de la glycolyse dans tout l'ensemble de l'organisme vivant, car la consommation du sucre s'opère, non pas seulement dans le sang circulant, mais bien dans les tissus.

M. Hanriot avait cherché à l'apprécier en dosant les produits exhalés par le poumon après l'ingestion d'une forte quantité de féculents. Chez le sujet sain, dans ces conditions, l'exhalation d'acide carbonique augmente, parce que le glycose provenant de la digestion des féculents est consommé et décomposé en eau et acide carbonique. Au contraire, chez le diabétique cette augmentation n'a pas lieu.

Mais ce procédé est d'une exécution trop compliquée pour convenir à la clinique. Au contraire, le moyen que j'ai employé avec M. Emile Weil présente une grande simplicité. Il consiste à injecter sous la peau une certaine dose de glycose et à chercher s'il est éliminé par

1. Ch. Achard et J. Castaigne, L'épreuve de la glycosurie alimentaire et ses causes d'erreur (*Arch. génér. de médecine*, janv. 1898, p. 27).

l'urine ou s'il reste dans l'organisme pour y être utilisé et brûlé. Cette épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée donne une bonne idée de la glycolyse accomplie dans l'ensemble de l'organisme; elle diffère de l'épreuve classique de la glycosurie alimentaire en ce que, dans cette dernière, tout le sucre traversant nécessairement le foie, le résultat donne principalement des indications sur la glycolyse hépatique.

L'homme sain peut tolérer l'injection sous-cutanée de fortes doses de glycose (40 à 50 grammes), sans avoir de glycosurie. Au contraire, le diabétique à qui l'on injecte quelques grammes seulement de glycose, l'élimine aussitôt et même en élimine plus que la dose injectée : la glycolyse est donc chez lui manifestement insuffisante, et cette épreuve, pour le dire en passant, montre d'une façon beaucoup plus simple que les calculs comparatifs des *ingesta* et des *excreta* qu'il y a dans le diabète une insuffisance de la consommation du glycose.

Mais les diabétiques avérés ne sont pas seuls à présenter cette insuffisance glycolytique. On la rencontre également chez les diabétiques guéris, c'est-à-dire dont la glycosurie a disparu par l'effet du régime. En outre, on la trouve encore chez certains sujets qui ont quelques-uns des symptômes du diabète, hormis la glycosurie, et qui sont peut-être destinés à devenir plus tard glycosuriques. Ce diabète fruste, comme je l'ai appelé avec M. Emile Weil, serait donc peut-être parfois la phase préglycosurique du vrai diabète (1). Enfin l'insuffisance glycolytique peut accompagner aussi divers états morbides : affections chroniques comme la tuberculose avec cachexie, le cancer; affections aiguës comme la pneumonie, le rhumatisme, etc., au cours desquelles elle constitue, ainsi que je l'ai constaté avec M. Lœper (2), un phénomène transitoire. Vous voyez qu'il s'agit là d'un trouble général de la nutrition qui s'observe dans des circonstances très variées.

Ce trouble est, d'ailleurs, spécial à l'assimilation du glycose, car les autres sucres ne se comportent pas de même (3). Parmi ces sucres, il en est que les tissus sont toujours incapables d'utiliser aussi bien dans l'état de santé que dans celui de maladie : tels sont le saccharose et le lactose qui passent tels quels dans l'urine, lorsqu'on les introduit sous la peau et qu'ils n'ont pas subi de dédoublement dans l'intestin. Les autres sont directement assimilables par les tissus : tels sont le lévulose et le galactose. Le sang *in vitro*, les tissus *in vivo* en détruisent une proportion plus ou moins grande. Mais cette proportion est tout à fait indépendante du pouvoir glycolytique; l'insuffisance glycolytique ne s'accompagne pas d'insuffisance lévulolytique et c'est même sur ce fait qu'on s'est fondé pour conseiller l'usage du lévulose aux diabétiques.

Un des ferments sanguins les plus intéressants, du moins pour le clinicien, dédouble les graisses en glycérine et acide gras. On l'appelle *lipase*, d'un nom proposé par M. Bourquelot. C'est M. Hanriot (4) qui a découvert sa présence dans le sérum du sang et qui a donné un procédé simple pour le reconnaître et le doser. Ce procédé consiste à faire agir le sérum sur une matière grasse particulière, un éther de la glycérine, la monobutyrine, découverte par M. Berthelot. Cette substance a le grand avantage d'être soluble dans l'eau et d'être facile à dédoubler en glycérine et acide butyrique. Toutefois, la lipase agit aussi sur les autres matières grasses et en particulier sur celles qui se trouvent dans l'organisme des animaux ; mais son action est plus lente et moins active que sur la monobutyrine.

La lipase est détruite à la température de + 66°C. On la trouve non seulement dans le sang complet, mais dans le sérum. Elle existe aussi dans le foie et le pancréas.

D'après les recherches que j'ai faites avec M. Clerc, les sérosités de l'œdème, des pleurésies, des ascites, n'en contiennent qu'une petite quantité; nous n'avons pu en déceler dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans le contenu des kystes hydatiques. On l'a trouvée dans les cultures de certains microorganismes : *penicillium glaucum*, *aspergillus niger*, et dans les graines en germination ; les cultures de bacille de Koch semblent aussi en contenir (Carrière).

L'intérêt clinique de la lipase résulte de la facilité avec laquelle on peut la doser. Le principe de ce dosage est le suivant : on laisse en contact le sérum et la solution de monobutyrine un certain temps à 38°, puis on mesure, avec une solution titrée de carbonate de soude, l'acidité produite pendant ce temps, par la mise en liberté de l'acide gras, qui est ici l'acide butyrique.

Voici les détails de cette technique :

On prend 1 centimètre cube de sérum, qui doit être incolore et transparent, et on le mélange à 10 centimètres cubes de solution de monobutyrine à 1 p. 100, fraîche et filtrée ; on ajoute quelques gouttes de solution alcoolique de phénolphtaléine, pour servir d'indicateur de la réaction acide ou alcaline, et l'on s'assure de la neutralité du mélange, en saturant au besoin avec une solution de carbonate de soude. On porte ensuite le mélange à 37° dans l'étuve, puis au bout de 20 minutes on l'en retire et l'on dose l'acidité produite, en y faisant tomber goutte à goutte une solution titrée de carbonate de soude, contenant 2 gr. 12 pour 1000 de ce sel, pur et desséché. Chaque goutte de cette solution titrée, si l'on se sert de la burette normale, donnant 20 gouttes au centimètre cube, neutralise 1 millionième de molécule d'acide butyrique. Le nombre de gouttes nécessaires pour saturer l'acidité produite, mesure l'activité lipasique du sérum. Pour plus de précision, au lieu de faire un seul examen, après 20 minutes d'étuve, il vaut mieux opérer trois dosages successifs, de 20 en 20 minutes, et prendre la moyenne des nombres obtenus.

En opérant ainsi, j'ai trouvé, en collaboration avec M. Clerc, que chez l'adulte, à l'état physiologique, l'activité lipasique du sérum oscille entre 16 et 20. Chez l'embryon, la lipase n'existe pas dans le sérum, elle apparaît seulement vers la fin de la vie intra-utérine et existe toujours assez notablement dans le sang du cordon ; mais son activité reste toujours inférieure à celle du sang maternel.

Les variations pathologiques de la lipase ont un véritable intérêt clinique. On peut distinguer trois groupes de faits (1).

Chez un certain nombre de malades, les chiffres

1. Ch. Achard et Emile Weil. Diabète fruste (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 18 févr. 1898, p. 149).

2. Ch. Achard et M. Lœper. L'insuffisance glycolytique étudiée particulièrement dans les maladies aiguës (*Arch. de méd. expér.*, janv. 1901, p. 127).

3. Ch. Achard et Emile Weil. Contribution à l'étude des sucres chez les diabétiques (*Arch. de méd. expér.*, nov. 1898, p. 816).

4. Hanriot. Sur un nouveau ferment du sang (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 9 nov. 1896, t. CXXIII, p. 753); — Sur la lipase (*Arch. de physiol.*, 1898, p. 797).

1. Ch. Achard et A. Clerc. Sur la lipase à l'état pathologique (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 13 nov. 1899); — Sur le pouvoir lipasique du sérum à l'état pathologique (*Arch. de méd. expér.*, janv. 1900, p. 1).

trouvés ne s'écartent guère de la moyenne physiologique ; on peut dire que le sérum de ces sujets est *ortholipasique*.

Mais chez quelques autres, le taux de l'activité du ferment est plus élevé : leur sérum est *hyperlipasique*. Les chiffres obtenus dépassent 20. Or, dans la plupart de ces cas, il s'agit de diabétiques, en sorte que l'hyperlipasie pourrait être une forte présomption de diabète. De fait, il nous est arrivé, au cours de nos recherches, de constater l'hyperlipasie chez un sujet dont l'urine n'avait pas été examinée : soupçonnant alors le diabète, nous avons cherché et trouvé du sucre dans l'urine. Ajoutons que les diabétiques ont alors un état général assez bon, car, lorsque le diabète entraîne la cachexie, le taux de l'activité lipasique diminue, retombe au taux normal ou même lui devient inférieur.

Enfin, dans un dernier groupe de faits, le sérum est *hypolipasique*, le pouvoir lipasique descend au-dessous de 15. Il s'agit de maladies plus graves. Lorsque l'activité du ferment est abaissée à 10 et au-dessous, la mort survient le plus souvent à brève échéance. Le chiffre le plus bas que nous ayons constaté est de 5, nous ne l'avons trouvé que chez des moribonds. Lorsque les malades de cette catégorie guérissent, ce qui est rare, le pouvoir lipasique de leur sérum remonte pendant la convalescence : ainsi, nous l'avons vu s'élever de 8 à 14 dans une fièvre typhoïde grave et compliquée, de 9 à 14 dans une pleuro-pneumonie adynamique, lorsque la guérison s'est produite.

Il y a donc, dans ces variations, un signe de pronostic. Les recherches publiées peu après les nôtres par M. Carrière (1) (de Lille) ont, d'ailleurs, confirmé nos résultats.

Quant à la raison de ces modifications pathologiques de la lipase, elle nous échappe encore, et nous devons nous borner à constater ces variations et leur signification clinique sans pouvoir les expliquer.

Elles n'ont pas de rapport, contrairement à ce qu'on aurait pu penser *a priori*, avec l'amaigrissement ou l'engraissement, ni avec l'alimentation, ni avec l'excrétion urinaire, ni avec la formule leucocytaire. D'après M. Carrière, l'acide cacodylique augmente l'activité lipasique et l'antipyrine la diminue. Avec M. Clerc nous avons constaté que la pilocarpine l'augmente.

En somme, l'intérêt clinique de la lipase concerne surtout le pronostic. La diminution d'activité de ce ferment, quand elle est considérable, est du plus fâcheux augure, ce qui ne veut pas dire, bien entendu, qu'on ne puisse mourir avec un taux normal de lipase. La mort subite, les lésions frappant un organe dont le fonctionnement est essentiel à la vie sont, comme bien vous pensez, compatibles avec l'absence de cette déchéance profonde de l'organisme qui coïncide avec l'abaissement considérable du pouvoir lipasique. Ainsi des malades peuvent mourir de syncope, d'apoplexie, de méningite, avec une lipase à peu près normale. Mais ces cas, vous le concevez, ne diminuent en rien la valeur pronostique de la recherche de la lipase.

Le tube digestif contient toujours, comme vous le savez, des fermente variés et abondants. Or ces ferments existent aussi dans le sang. Il est bien probable qu'ils passent du tube digestif dans la circulation ; ils peuvent d'ailleurs, passer du sang dans l'urine, où ils ont été étudiés dans la thèse de M. Derome (1896). Ce sont : la pepsine, la trypsine, la diastase. Les deux premiers se rencontrent surtout dans l'urine des sujets à jeun, le dernier dans l'urine de la période digestive.

1. *Société de biologie*, 1899.

La diastase mérite de fixer votre attention. Magendie et Cl. Bernard avaient constaté que le sang est doué de la propriété de saccharifier l'amidon. Bial (1) démontra qu'il doit cette propriété à la présence d'un ferment, appelé *hémodiastase*, *amylase*, *ferment amylolytique*. Ce ferment sanguin est précipitable par l'alcool. Le sucre qu'il produit en présence de l'amidon est du glycose, tandis que la diastase provenant du malt fait seulement du maltose, sucre qui doit subir un dédoublement ultérieur pour se transformer en glycose. On s'est demandé si le ferment sanguin n'était pas complexe et s'il n'y avait pas plusieurs actions fermentatives. Peut-être y a-t-il formation de dextrine avec l'amidon, puis hydrolyse de la dextrine (Duclaux).

L'amylase du sang a été étudiée non pas seulement à l'état physiologique, mais aussi chez l'homme malade, par Castellino et Paracca (2). J'ai fait moi-même avec M. Clerc un certain nombre de recherches sur ce sujet (3).

Il est facile de mesurer le pouvoir amylolytique du sang. Voici comment il convient de procéder.

On fait agir du sérum sur de l'empois d'amidon à 1 p. 100 stérilisé ; on laisse le mélange à l'étuve à 37° pendant 24 heures et l'on dose le glycose formé au bout de ce temps.

On emploie à cet effet 2 centimètres cubes de sérum et 50 centimètres cubes d'empois. Comme le sérum n'est pas recueilli, en général, d'une façon rigoureusement aseptique, il est bon d'ajouter au mélange 1 centimètre cube d'une solution de thymol à 10 p. 100 : ce corps ne modifie pas l'action du ferment et s'oppose à la pullulation des microbes qui pourraient se développer pendant le séjour à l'étuve et saccharifier l'amidon.

Pour doser le glycose, on ramène l'empois au volume initial en raison de la perte produite par l'évaporation ; on défèque 50 centimètres cubes de la solution avec 5 centimètres cubes de solution de sous-acétate de plomb, et l'on dose avec la liqueur de Fehling titrée.

A l'état physioolgique, chez l'adulte, les 2 centimètres cubes de sérum produisent avec l'amidon environ 0 gr. 070 de glycose.

Pour réduire 5 centimètres cubes de liqueur de Fehling titrée (5 centimètres cubes = 0,025 de glucose), il faut ajouter 16 centimètres cubes de la solution filtrée. Il est facile de comprendre que, plus le pouvoir amylolytique est fort, moins il faut ajouter de cette solution.

Chez le fœtus, ce ferment n'existe pas. Il y en a peu encore chez le nouveau-né.

A l'état pathologique, nous avons vu, avec M. Clerc, l'activité amylolytique du sérum s'abaisser considérablement dans les états graves, comme pour la lipase. Ainsi dans les cachexies avancées, il fallait ajouter près de 30 centimètres cubes de solution.

Mais, contrairement à ce qui a lieu pour la lipase, le diabète s'accompagne d'une diminution du pouvoir amylolytique du sang, comme l'avait signalé M. Lépine (4).

Expérimentalement, on peut produire un accroissement du pouvoir amyoltytique du sang au moyen de la phloridzine (Lépine et Barral) de la vératrine (Lépine).

1. *Pflügers's Arch.*, t. LIII et LIV.
2. *Morgagni*, 1894.
3. Ch. Achard et A. Clerc, Variations pathologiques du pouvoir amylolytique du sérum sanguin (*Soc. de biologie*, 29 juin 1901).
4. *Revue de médecine*, 1892.

La pilocarpine agit de même, d'après les expériences que j'ai faites avec M. Clerc (1). L'extirpation du pancréas, les infections ont produit au contraire la diminution du pouvoir amylolytique (Kauffmann) (2).

Le ferment diastasique ne dérive pas des leucocytes. Schafer a vu, en effet, que les grains d'amidon sont englobés par les leucocytes appartenant à la variété des grands mononucléaires, sans perdre pour cela leur colorabilité par l'iode, ce qui aurait lieu si les leucocytes vivants en avaient produit la saccharification. Peut-être, comme je vous le disais tout à l'heure, le ferment provient-il des cellules glandulaires et est-il résorbé dans les voies digestives ou versé directement dans la circulation.

Je vous ai parlé précédemment de ferments agissant en sens inverse les uns par rapport aux autres, comme la plasmase et la thrombase. Or il existe pour les ferments digestifs de ces ferments antagonistes. Ils sont fort intéressants au point de vue théorique, en ce qu'on est tout naturellement porté à les rapprocher des antitoxines, qui neutralisent les poisons formés dans l'organisme infecté.

MM. Gley et Camus ont montré que le sang renferme des *antiferments* de la présure, de la pepsine, de la trypsine.

Parmi eux, le *ferment antiprésurant* est assez facile à mesurer. C'est ce qu'a fait M. Briot, qui a de plus démontré que l'on peut expérimentalement renforcer son activité chez l'animal par des injections réitérées de présure. C'est là un nouveau trait qui permet de le rapprocher des antitoxines que l'on développe et dont on exalte l'activité par des injections répétées de toxines.

Pour mesurer ce ferment antiprésurant, nous nous sommes servis de la technique suivante : On prend une série de tubes renfermant 1/2 centimètre cube du sérum à examiner, 10 centimètres cubes de lait et un nombre variable de gouttes d'une solution de présure d'activité connue (nous nous servions d'une solution de présure Hansen solide à 1 p. 400). On met ces tubes à l'étuve à 37° pendant 1/2 heure. Puis on les examine et l'on recherche dans chacun d'eux si la coagulation du lait s'est produite. Il est facile de connaître ainsi la quantité minima de présure qui a pu neutraliser le ferment antiprésurant. Cette quantité minima, évaluée en gouttes de la solution titrée, donne la mesure de l'activité du ferment.

D'après les recherches que j'ai faites avec M. Clerc (3), à l'état physiologique, le pouvoir antiprésurant du sérum est compris entre 12 et 18. Il peut s'abaisser à l'état pathologique et sa diminution correspond, comme celle de la lipase, à des états graves. Le chiffre de 4 est le plus bas que nous ayons constaté (4).

En terminant, il n'est pas sans intérêt de comparer entre eux les divers ferments du sang accessibles au clinicien. C'est, d'ailleurs, une étude qui est encore bien peu avancée.

1. Ch. Achard et A. Clerc, Action de la pilocarpine sur le pouvoir amylolytique du sérum sanguin (*Soc. de biologie*, 29 juin 1901).
2. *Soc. de biologie*, 1894.
3. Ch. Achard et A. Clerc, Sur le pouvoir antiprésurant du sérum à l'état pathologique (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 18 juin 1900).
4. Récemment M. C. Gessard (Etudes sur la tyrosinase, *Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1901, p. 593) a constaté dans le sérum sanguin la présence d'un pouvoir empêchant à l'égard d'une oxydase, la tyrosinase, qui produit l'oxydation de la tyrosine et qui a été étudiée par MM. E. Bourquelot et G. Bertrand (*Soc. de biologie*, 1895, p. 582). Mais la mesure de ce pouvoir ne paraît pas encore applicable à la clinique.

A l'état physiologique, ils présentent quelques différences et quelques traits communs. Dans la vie intra-utérine, la lipase existe dans le sang alors que l'amylase fait encore défaut. L'alimentation ne paraît pas exercer sur eux d'influence bien manifeste. Le jeûne donne des résultats contradictoires, mais il ne supprime jamais entièrement les ferments sanguins. La pilocarpine les augmente en général : c'est ce que nous avons vu pour la lipase et l'amylase. Quelques-uns sont renforcés expérimentalement par l'injection des substances sur lesquelles ils agissent : tels sont le ferment antiprésurant, l'amylase.

Dans les maladies, l'activité des ferments du sang augmente ou diminue. Mais en général ces variations sont indépendantes de la nature de la maladie : elles tiennent bien plutôt à l'état de l'ensemble de l'organisme et à la résistance générale. Ainsi peut-on voir la lipase exagérée chez un diabétique florissant et diminuée chez un diabétique cachectique. D'autre part, une même maladie peut s'accompagner de variations inverses des différents ferments. Par exemple dans le diabète la lipase est augmentée généralement, tandis que le ferment glycolytique et le ferment amylolytique sont diminués.

C'est donc surtout sous le rapport du pronostic que l'étude de ces ferments sanguins est instructive pour le clinicien, et cette circonstance me paraît d'autant plus digne d'intérêt que les progrès scientifiques et les recherches de laboratoire semblent avoir principalement réservé leurs faveurs au diagnostic. Vous savez combien, dans ces derniers temps, l'on a perfectionné les méthodes d'exploration et enrichi la clinique de procédés nouveaux. Par contre on doit avouer qu'on a peu ajouté encore aux éléments du pronostic, dont l'importance n'est pourtant pas moindre pour le praticien. La recherche des ferments du sang, celle de la lipase en particulier, nous a paru donner des renseignements précieux sur la résistance générale de l'organisme dans les affections médicales, et peut être les chirurgiens y puiseraient-ils quelquefois aussi des données utiles en ce qui concerne les indications opératoires.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Le tabes chez la femme (Beitrag zur Lehre über die Tabes bei den Weibern), par Fehre (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, nos 29 et 30). — L'auteur rapporte dans son travail 47 observations de tabes qu'il étudie principalement au point de vue de leur étiologie. Cette étude montre que chez la femme comme chez l'homme la syphilis joue le rôle principal au point de vue étiologique, en agissant soit comme source directe soit indirectement en amenant un affaiblissement de l'organisme. L'extension de la syphilis explique du reste la fréquence de plus en plus grande du tabes chez la femme.

Hémostase par injection sous-cutanée de gélatine (Ueber Anwendung subcutaner Gelatine-Injectionen zur Blutstillung), par Grunow (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 32, p. 825). — L'auteur qui a employé les injections sous-cutanées de gélatine dans 27 cas d'hémorrhagies pulmonaires, stomacales, intestinales, rénales et vésicales, arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans la majorité des cas les injections sous-cutanées de gélatine se montrent efficaces contre les hémorrhagies internes;

2° Les inconvénients inhérents à cette méthode ne contre-indiquent pas son emploi;

3° L'action de ces injections, basée sur l'augmentation de la coagulabilité du sang, ne se manifeste que lorsque les injections ont été répétées un certain nombre de fois;

4° L'action des injections de gélatine est rendue plus efficace par l'emploi concomitant d'autres hémostatiques.

Tétanie (Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie), par A. WESTPHAL (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 33, p. 849). — L'auteur publie deux cas de tétanie caractérisés par la coexistence de l'épilepsie.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, 48 heures après la résection incomplète d'un goître colloïde a présenté des accès de tétanie et 6 mois plus tard, des accès d'épilepsie. Dans la suite, les accès convulsifs étaient constitués par un mélange de tétanie et d'épilepsie. C'est ainsi que les accès de tétanie se terminaient par des accès d'épilepsie et qu'à la suite des accès d'épilepsie les mains restaient pendant des heures dans la position de tétanie. Ces phénomènes ont été améliorés par le traitement thyroïdien.

Dans le second cas où il s'agissait encore d'une femme présentant des accès combinés de tétanie et d'épilepsie, la malade était myxœdémateuse.

Présence des microorganismes dans le sang des pneumoniques (Untersuchungen über die Anwesenheit von Mikroorganismen im Blute bei den Pneumoniekranken), par PROCHASKA (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1901, vol. LXX p. 559). — L'auteur a examiné, à la clinique du professeur Eichhorst (de Zurich) le sang de 50 pneumoniques. Dans 48 cas, il trouva des pneumocoques, dans deux des diplo-streptocoques. Le sang (10 centimètres cubes) était pris directement dans une veine de l'avant-bras et ensemencé sur du bouillon. C'est à cette façon de faire — grande quantité de sang, ensemencement sur bouillon — que l'auteur attribue les résultats positifs, qu'il a obtenus en si grand nombre.

Le pneumocoque apparaît dans le sang dès le deuxième jour de la maladie (on n'a pas eu l'occasion d'examiner le sang dès le premier jour). Leur nombre ne semble pas exercer une influence sur la marche de la pneumonie.

L'élimination des sels de chaux et de magnésie chez les phtisiques (Zur Kentniss der Kalk und Magnesia stoffwechsels beim Phtisiker), par A. OTT (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1901, vol. LXX, p. 382). — Il résulte des recherches de l'auteur que chez les phtisiques et même chez les phtisiques fébricitants qui se nourrissent convenablement de façon à couvrir les pertes de substances albuminoïdes, on n'observe pas d'élimination exagérée des sels de chaux et de magnésie, produisant une sorte de fonte de tissu osseux. Par contre chez les phtisiques qui, du fait de la fièvre et de l'inappétence se nourrissent d'une façon insuffisante et qui sont par conséquent dans les conditions d'un individu soumis à l'inanition, il survient non seulement une fonte de tissu musculaire, mais encore celle de tissu osseux.

De la toxicité de la bile en cas de résorption péritonéale (Ueber Gallenresorption und Giftigkeit der Galle im Peritoneum), par O. EHRHARDT (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXIV, p. 314). — L'auteur a fait ses expériences sur des chiens et des chats. En leur sectionnant le cholédoque ou le cystique ou la vésicule biliaire de façon à assurer un écoulement continu de bile dans le péritoine, il a vu ces animaux devenir ictériques, puis succomber au bout de 4 à 6 jours avec des phénomènes d'intoxication générale, coma, convulsions, hémorrhagies, etc. A l'autopsie on ne trouvait pas trace de péritonite. Le canal thoracique était rempli de bile. Le liquide péritonéal ne contenait pas de bactérie. Dans ces conditions, la mort semblait ne pouvoir être attribuée qu'à une cholémie due à la résorption de la bile par le péritoine.

Ces faits sont en apparence en contradiction avec des faits cliniques où la blessure ou la rupture des voies biliaires n'a pas été suivie de mort. L'auteur estime que dans ces cas une péritonite légère concomitante avait empêché la résorption de la bile. Et de fait, dans une série d'expériences dans lesquelles l'auteur a fait à la fois la section des voies biliaires et l'injection de cultures peu virulentes de colibacilles dans le péritoine, les animaux ont survécu.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des tænias.

Les indications à remplir pour débarrasser un malade de son tænia sont au nombre de deux :

1° Engourdir ou tuer (?) le parasite au moyen d'un vermifuge convenablement choisi;

2° En obtenir, à la faveur de cet état, l'expulsion, au moyen d'un purgatif.

Quel que soit le tænifuge choisi, la première précaution à prendre est de mettre dès la veille le malade à la diète : un repas modéré à midi et, jusqu'au lendemain matin, 2 ou 3 verres de lait seulement, constituent toute l'alimentation permise. On prescrit en outre un lavement avant le coucher. Ainsi l'intestin se trouve dans un état de vacuité relative qui favorise l'action du parasiticide.

A quel médicament convient-il d'avoir recours pour remplir la première partie du programme? Les *semences de courge* et le *kamala* chez les enfants, le *fougère mâle*, la *racine de grenadier* ou son principe actif la *pelletiérine*, chez les adultes, sont les substances dont l'action est la plus sûre et auxquelles il convient d'avoir recours le plus souvent. Nous ne parlons pas du *kousso* qui est aujourd'hui absolument inusité en raison de son prix élevé, de sa saveur désagréable et aussi de l'incertitude de ses effets.

Les *semences de courge*, convenablement décortiquées, sont réduites en pâte au pilon et, incorporées à du miel ou dans un looch, sont facilement acceptées par les enfants. Elles sont administrées à la dose de 30 à 50 grammes suivant l'âge. Un quart d'heure ou une heure après, on fait prendre au petit malade 15 à 20 grammes d'huile de ricin.

Chez l'adulte on peut employer ce même moyen : le malade mange 60 à 100 grammes de ces graines, mondées et pilées et, immédiatement après, avale 30 à 60 grammes d'huile de ricin. L'éther sulfurique en sirop, ou mieux en capsules à la dose de 5 à 10, administré avant les graines, est un précieux adjuvant de cette médication qui réussit encore assez fréquemment chez l'adulte et dont le principal avantage est à la fois d'être parfaitement toléré et de n'entraîner aucun accident.

Le *kamala* est une poudre rouge brique, sans odeur ni saveur que l'on prescrit à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par année d'âge, en l'incorporant à une potion gommeuse. Cette substance est légèrement purgative : aussi n'a-t-on recours à l'huile de ricin que si le ver n'est pas rendu deux heures après l'ingestion de ce médicament. Le seul inconvénient de la poudre de kamala est de provoquer parfois des nausées et même des vomissements. Son action, assez fidèle chez l'enfant, est à peu près nulle chez l'adulte.

A celui-ci convient tout particulièrement la *fougère mâle*. Le principe actif, l'acide filicique se trouve dans le rhizome : *il s'altère rapidement* (l'acide filicique se transforme en filicine inactive) et pour cette raison doit être prescrit et employé à l'*état frais*. Les insuccès de la médication tiennent à peu près uniquement à l'inobservation de ce précepte.

Le rhizome *frais* n'est plus administré en poudre : on s'adresse ordinairement à l'*extrait éthéré* ou *huile éthérée* de rhizome frais de fougère mâle. Il faut savoir que cet extrait perd son activité avec le temps, comme le rhizome. On doit donc s'assurer en pratique qu'il est de préparation récente.

La dose habituelle est de 6 à 8 grammes, rarement 10 gr. Cette quantité ne doit jamais être dépassée. On l'administre le plus ordinairement en capsules contenant chacune 50 centigrammes d'extrait. Créquy ajoute dans chaque capsule 5 centigrammes de calomel, unissant ainsi le vermifuge au purgatif. C'est une préparation très recommandable et dont nous nous servons le plus habituellement.

On prescrit :

Extrait éthéré de rhizome frais de fougère mâle, récemment préparé. . o gr. 50
Calomel à la vapeur. . . . . . . o gr. 05
Pour une capsule.

F. S. A. 16 semblables.

Faire prendre, toutes les dix minutes, 4 de ces capsules le matin à jeun, après la diète d'usage.

Un quart d'heure après la dernière dose donner en une fois :

Sirop d'éther. . . . . 50 à 100 gr.

On peut encore administrer l'extrait de fougère mâle en électuaire associé ou non au calomel — le calomel est donné après — ou en potion. Voici les formules :

Potion :

Extrait éthéré de fougère mâle. .	6 à 8 gr.
Sirop d'éther.	50 gr.
Eau de mélisse.	40 gr.
Potion gommeuse.	120 gr.

Électuaire :

Extrait éthéré de fougère mâle.	6 gr. à 8 gr.
Calomel	0 gr. 50 à 0 gr. 80
Sucre en poudre. . / Eau distillée. . .	ãã 15 gr.
Gomme en poudre.	Q. S.

Deux heures après s'il n'y a aucune action purgative du calomel — ce qui peut arriver — prendre avec un peu d'eau 1 ou 2 des cachets suivants :

Scamonnée . . . . o gr. 50
Pour un cachet. — 2 semblables.

Ou encore :

Eau-de-vie allemande. . . . . 20 gr.
Sirop de nerprun. . . . . 15 gr.

L'huile de ricin ne doit pas être employée, car elle favorise l'absorption de l'acide filicique et par suite l'apparition d'accidents toxiques.

C'est en effet l'inconvénient de la fougère mâle : ces accidents, rares au-dessous de 10 grammes, se traduisent par des vertiges, des convulsions, un état syncopal pouvant aboutir au coma, des troubles visuels (amaurose) et, consécutivement, de l'ictère et surtout de l'albuminurie. Aussi vaut-il mieux ne pas employer ce médicament chez l'enfant et surtout chez les jeunes enfants (au-dessous de 5 ans). La dose qu'il ne faut en tous cas pas dépasser de 5 à 12 ans est de 3 grammes.

L'écorce de racine de grenadier s'emploie en décoction préparée avec 60 grammes d'écorces fraîches pour 750 grammes d'eau : on réduit à moitié par l'ébullition et on filtre; puis on aromatise avec quelques gouttes de jus ou d'essence de citron. On administre le remède en deux fois et deux heures après on donne 30 à 60 grammes d'huile de ricin.

Depuis la découverte du principe actif de l'écorce de grenadier, par Tanret, *la pelletiérine*, on emploie de préférence cet alcaloïde. La préparation en usage est le sulfate de pelletiérine dont on mélange 30 centigrammes à une solution contenant o gr. 50 de tannin : c'est ce mélange qu'on nomme improprement tannate de pelletiérine. Une demi-heure après l'ingestion de ce médicament, on donne de l'eau-de-vie allemande ou de l'huile de ricin, comme précédemment.

Avec 40 centigrammes et même avec la dose habituelle de 30 centigrammes, on peut avoir chez l'adulte de la céphalalgie, de l'engourdissement des membres, des vertiges, des troubles oculaires dus à la congestion de l'œil, sous l'action curarisante de la pelletiérine. Ces troubles sont passagers chez l'adulte et disparaissent si l'on recommande aux malades de fermer les yeux dans la position horizontale. C'est en raison de ces symptômes que la plupart des auteurs déconseillent l'emploi de la pelletiérine chez les enfants. Cependant, M. Le Gendre nous dit avoir employé la pelletiérine avec succès chez ses petits malades à la dose de o gr. 10 à o gr. 15.

C'est dans l'un de ces quatre médicaments que le praticien devra choisir le vermifuge approprié aux besoins de son malade. On enseigne que les semences de courge et le kamala trouvent leurs meilleures applications contre le bothriocéphale, la fougère mâle contre le tænia inerme ou médiocanellata, la pelletiérine contre le le tænia armé. Mais pour que la guérison soit obtenue, le médecin devra se souvenir que la tête doit être expulsée et il ne devra confier à personne le soin de la reconnaître. Pour en faciliter l'issue, il est nécessaire qu'il ne se produise pas de solution de continuité prématurée entre les articles qui constituent le tænia afin que la tête suive naturellement la masse. Dans ce but, le malade doit aller à la garde-robe sur un seau rempli d'eau chaude : de cette façon les rubans expulsés surnagent et n'exercent aucun tiraillement sur le reste des articles.

Enfin il est favorable, comme nous l'avons dit, sauf pour les semences de courge qui ne sont guère toxiques, que le malade reste couché pour éviter les vertiges et autres malaises causés par les médicaments tænifuges.

G. Maurange.

DEONTOLOGIE

Conférences de déontologie (*suite*) (1),

Par MM. P. Le Gendre et G. Lepage.

Le médecin et les compagnies d'assurances. — Le médecin et la politique. — L'encombrement médical et les causes de la crise professionnelle.

Le médecin et les compagnies d'assurances-accidents. — L'une des conséquences de la loi votée en 1898, sur la responsabilité des chefs d'entreprises en cas d'accidents, a été d'augmenter l'importance des Compagnies d'assurances-accidents. Or, le médecin, qui est appelé à donner ses soins aux victimes des accidents et surtout à fournir les certificats nécessaires pour établir le chiffre des dommages causés, a été tout d'abord l'objet d'une véritable exploitation.

Jusqu'ici, a dit le Dr Lande, président de l'Association des médecins de la Gironde, dans une circulaire à ses collègues, les soins médicaux n'étaient pas assurés aux ouvriers blessés. Les polices d'assurances garantissaient tels ou tels avantages en cas d'incapacité de travail, d'infirmité temporaire ou permanente, et même de mort; mais les frais de maladie n'étaient pas, en général, stipulés comme dus par les compagnies d'assurances. Aussi quand, après la guérison d'un blessé ou même après les longs délais d'un procès intenté à la Compagnie par le sinistré, le médecin cherchait à recouvrer la juste rémunération de ses soins, il se trouvait en présence d'un patron couvert par l'assurance, d'un ouvrier ayant contracté pendant le chômage des dettes que souvent la prime touchée par lui ne suffisait pas à éteindre, et enfin d'une Compagnie qui affirmait que, les frais de maladie étant compris dans l'indemnité promise par ses contrats et versée par elle au sinistré, elle était libre de tout engagement à l'égard du médecin traitant.

Et celui-ci, reculant devant les frais et les dangers d'une procédure à l'égard de la compagnie, répugnant à l'idée de poursuivre un malheureux, passait l'affaire

1. *Gazette hebdomadaire*, 1901, 5 mai, p. 424; 14 juillet, p. 680 21 et 28 juillet, p. 694, 718; 4 août, p. 739; 9 octobre, p. 967; 13 octobre, p. 980; 17 octobre, p. 985.

au compte profits et pertes, ce gros, trop gros chapitre de la charité dans le budget du plus modeste des praticiens.

Aussi, quand la loi nouvelle a stipulé, article 4 : « Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques », le corps médical a pu légitimement espérer ne plus être aussi indignement exploité... » Mais l'Association de la Gironde et les syndicats qui se sont unis à elle ont été unanimes à déclarer que, pour sauvegarder l'indépendance de l'ouvrier blessé, mettre un terme à l'exploitation du médecin par les compagnies d'assurances, lui garantir dans l'avenir une rémunération honorable de ses soins, resserrer les liens de bonne confraternité qui doivent unir tous les médecins et maintenir, avec leur autorité scientifique, leur prestige moral devant la justice, il suffirait d'adopter et d'imposer à toutes les compagnies assurances-accidents un tarif suffisamment rémunérateur, tout en n'imposant pas aux compagnies des sacrifices exagérés.

L'Association de la Gironde a donc, conformément aux conclusions du rapport du Dr Peyre, élaboré un tarif d'honoraires auquel nous vous renvoyons et qui est précédé des indications que voici :

« Une des premières obligations imposées aux industriels par la loi du 9 avril 1898, dit M. le Dr Peyre, est la remise dans les 48 heures à la mairie d'un certificat d'accident.

« Ce certificat doit être détaillé et aussi complet que possible, car le juge de paix auquel il est transmis dans les cas graves peut, s'il le trouve insuffisant, le faire contrôler et compléter par un médecin désigné par lui. C'est assez dire quelle est l'importance de ce certificat et quelle attention le médecin doit apporter à sa rédaction. »

Nous n'avons pas cru devoir séparer le certificat de constatation de celui que réclame la compagnie; ce dernier doit être, à notre avis, le duplicata du premier. En confiant leur rédaction à un seul médecin, nous avons voulu éviter les conflits qui ne manqueraient pas de s'élever en présence de divergences, même minimes, dans des certificats dressés par des médecins différents.

Au moment de la guérison, vous avez à remettre à la compagnie un certificat qui la constate.

Nous avons fixé pour cet ensemble d'opérations : certificat à la mairie et son duplicata à la compagnie, certificat de guérison délivré à la compagnie, un chiffre unique de 10 francs. C'est le prix minimum que le médecin aura à toucher dans le cas où il ne serait pas appelé à donner les soins médicaux. Ce chiffre de 10 fr. est plutôt inférieur que supérieur à celui des compagnies, qui laissent à la charge et aux frais de l'industriel le certificat de déclaration à la mairie.

Tout certificat réclamé en plus pendant le cours du traitement sera payé au prix de 5 francs.

De même, si un ouvrier vous réclame un certificat de constatation d'accident, vous devez également le lui faire payer au prix de 5 francs.

Le chiffre de 10 francs ainsi établi s'applique à toutes les catégories de sinistres, et, en cas de soins médicaux, c'est à lui que viennent s'ajouter les honoraires médicaux proprement dits pour constituer le total du prix à forfait. »

Le médecin politique. — Nous passons rapidement sur les autres circonstances dans lesquelles le médecin peut encore être en rapport avec des collectivités privées : il peut être médecin des chemins de fer, des théâtres, etc. Dans ces divers postes, les mêmes règles de déontologie sont applicables, avec les modifications de détail que comportent chacun d'eux.

Enfin le médecin peut être homme politique, et vous savez que notre profession fournit un grand nombre de représentants aux assemblées législatives : la Chambre des députés en comptait une cinquantaine. Parmi les sénateurs, vous connaissez tous les noms de nos plus éminents confrères Cornil, Labbé, Pozzi. Beaucoup de médecins sont, en outre, conseillers municipaux, maires ou conseillers généraux. Les mandats politiques ne sont nullement incompatibles avec les devoirs de la profession; quelques-uns cependant de nos confrères législateurs renoncent complètement à l'exercice de la profession; dans tous les cas, ils peuvent encore la servir de cette manière, la loi Roussel, la loi Chevandier le prouvant.

Vous voyez par quels liens innombrables le médecin se rattache aux collectivités, grandes ou petites, dans quelles voies multiples son activité peut s'exercer, en dehors de sa profession même, envisagée comme un moyen d'existence. La médecine est donc une profession bien à part, exigeant continuellement du courage, de l'honnêteté, de la prudence. Elle est difficile, mais passionnante, et mérite dans la société une place distincte et une considération toute spéciale.

Le médecin, dans tous les temps, a partagé avec le prêtre et le soldat ce privilège. Tous trois sont rémunérés, mais non vraiment payés. Le parallèle entre eux a souvent été fait. Ce qui doit caractériser le prêtre, le bon, c'est la douceur, le dévouement, il est le consolateur, le confident. Le lot du soldat, en temps de guerre, c'est le mépris de sa vie, le sacrifice; mais, tout citoyen étant aujourd'hui astreint au service militaire, le devoir patriotique n'est plus un monopole. Le médecin doit avoir à la fois du prêtre et du soldat, et cela toujours avec simplicité, sans griserie et sans éclat, mais avec cette idée consolante, que jamais l'accomplissement de son devoir, s'il est digne de son mandat, n'a pour conséquence le sacrifice d'autres vies humaines et la douleur d'autrui. Malgré tous les déboires de la profession, soyons donc fiers d'être médecins.

L'encombrement médical et les causes de la crise professionnelle. — Les médecins sont à peu près unanimes à déclarer que notre profession traverse une période critique, qu'il existe un malaise général. Les causes de notre crise professionnelle sont multiples. Une des plus communément admises est l'encombrement, la disproportion entre le nombre des médecins et les besoins qu'en a la population française, la perte de l'équilibre entre l'offre et la demande, la « mévente », pour employer un mot qui a si souvent été imprimé dans ces dernières années à propos de bien des industries ou de produits naturels.

Examinons si l'encombrement est réel et quelles en sont les causes. On a contesté l'encombrement. M. le Dr de Lavarenne, dans un article de la *Presse médicale* du 24 mars 1900, y voyait un « de ces clichés que l'on réédite couramment sans songer même à rechercher s'ils reflètent bien la vérité ». Il établissait par des chiffres, datant de 1847, que la population médicale en France était plus dense il y a 50 ans qu'aujourd'hui ou du moins jusqu'en 1896. « Il y avait, écrit-il, en 1847 un médecin pour 2 000 habitants, et l'on ne se plaignait guère, que je sache... En 1896, un médecin pour 2 500 habitants, et l'on gémit sur l'encombrement, et l'on proclame à haute voix la crise médicale. Pourquoi donc, puisque le

nombre des médecins est moindre? » M. de Lavarenne, examinant en détail la statistique, en conclut que la crise médicale provient plutôt de la mauvaise répartition des médecins que de leur trop grand nombre.

Ayant classé les départements suivant la fortune publique, évaluée d'après l'importance de la part contributive de l'Etat aux frais de l'Assistance médicale obligatoire, il compare, dans ces départements, la répartition des médecins d'après le nombre d'habitants et il arrive à cette conclusion que, d'une façon générale, mais non absolue, dans presque tous les départements le nombre des médecins est en rapport avec la fortune publique. « Mais les proportions rationnelles au point de vue économique ont été dépassées. L'affluence trop grande des médecins dans les pays riches, dans les centres commerciaux, affluence n'étant plus en rapport avec le taux de la population et ses ressources, a conduit à des encombrements *locaux* et par suite à des crises professionnelles réelles. Pendant ce temps-là, certaines régions restaient abandonnées, dépourvues du personnel médical absolument indispensable, alors même que leurs ressources étaient suffisantes pour rétribuer largement ou tout au moins suffisamment ce personnel ».

Ainsi, suivant M. de Lavarenne, jusqu'en 1896, la pléthore médicale n'était qu'apparente et il n'y avait que des encombrements partiels, auxquels on eût pu remédier en conseillant à l'avenir aux jeunes médecins de se diriger plutôt vers certains départements insuffisamment pourvus. Mais M. le Dr Gouffier, auteur d'une remarquable étude sur l'encombrement médical, entreprise à l'instigation du *Concours médical*, a montré que, si de 1866 à 1876 le nombre des médecins a été diminuant, s'il a été à peu près stationnaire de 1876 à 1896 (1 pour 2 250 environ), il a augmenté depuis 1896 de telle façon, qu'en 1899 il y en avait 1 pour 2 150 habitants. On ne peut donc contester qu'il y a encombrement général. D'ailleurs M. Brouardel a dit à l'assemblée générale des médecins de la Seine, en 1899 : « La moyenne des diplômes de docteurs délivrés en France par les diverses Facultés de médecine a oscillé de 1839 à 1869, pendant 30 ans, entre 400 et 500. Puis en 1889-90 elle a touché 600 pour atteindre 1 000 en 1894-95, 1 087 en 1895-96, 1 099 en 1896-97 et 1 192 en 1897-98. Cette année (1899) le nombre dépassera 1 250 ».

En admettant que la durée moyenne de l'exercice d'un médecin soit de 20 à 25 ans, il reste établi que la surproduction médicale crée deux docteurs pour une place vacante, dit M. Gouffier, et prend des proportions inquiétantes qui constituent une menace sérieuse pour l'avenir. Il fait aussi judicieusement remarquer que, pour apprécier l'encombrement, il ne faut pas s'en tenir seulement à l'examen des statistiques, qu'il faut aussi faire état de certaines conditions économiques nouvelles, que l'amélioration des routes, la facilité des transports (chemins de fer, cycles, automobiles) permettent au praticien d'aujourd'hui de desservir un rayon de clientèle beaucoup plus étendu qu'il y a 50 ans.

La surproduction médicale étant certaine : à quelles causes l'attribuer?

1° Il y en a une d'abord qui est commune à toutes les carrières libérales, c'est que le développement prodigieux de l'enseignement secondaire et supérieur sous la troisième République a poussé un plus grand nombre de jeunes Français vers les carrières libérales; il y a actuellement saturation de ces carrières.

2° On a multiplié les bourses dans les collèges par sollicitude démocratique et peut-être électorale; or, parmi les carrières qui s'offrent à un boursier au sortir du collège, la médecine a de quoi tenter particulièrement par ce qu'il n'y a pas à acheter de charge, ni d'officine, parce que l'étude en est facilitée par des bourses, par des allocations d'externe ou d'interne, des remplacements médicaux et qu'on peut s'établir aussitôt après le doctorat sans stage et sans mise de fonds préalable.

3° La nouvelle loi militaire du 15 juillet 1889, par son article 23, a eu une influence que la statistique met en évidence. C'est en 1896 que s'élève brusquement la courbe qui traduit le nombre des médecins en France. Or, les docteurs reçus en 1896 avaient commencé leurs études médicales en 1889-90 et 1890-91, c'est-à-dire au moment où la nouvelle loi militaire était mise en vigueur. Par suite de la suppression du volontariat, beaucoup de jeunes gens des familles bourgeoises, ne trouvant plus dans l'industrie ou le commerce la possibilité d'abréger leur temps de service militaire, se tournèrent vers les carrières qui pouvaient les exonérer en partie; la médecine vit venir à elles d'autant plus de néophytes qu'il est plus facile d'acquérir le doctorat en médecine que le doctorat en droit.

4° L'abus par suite duquel pendant longtemps nos Facultés se sont ouvertes aux titulaires de diplômes exotiques, dont la valeur scientifique était souvent insuffisante pour justifier l'assimilation à nos baccalauréats, a permis un afflux en France de médecins étrangers hors de proportion avec ce qui peut se voir dans les autres pays. En outre, les rigueurs politiques exercées dans plusieurs pays monarchiques contrastant avec notre libéralisme national, l'exode de beaucoup de familles juives hors des pays slaves et allemands sous la poussée de l'intolérance anti-sémitique, sont autant de circonstances qui expliquent cette invasion pacifique de médecins étrangers. Dans son rapport au Congrès de médecine professionnelle, le Dr Salomon a relevé que sur 17 000 médecins en France, dont 3 000 à Paris, il y a 2 000 médecins étrangers, dont 600 à Paris. Or, ces confrères d'origine étrangère sont surtout groupés dans les départements les plus riches et les plus encombrés. « Dans bien des endroits il suffirait de les déduire des statistiques pour ramener le taux des médecins au chiffre normal que leur implantation lui a seule fait dépasser. » (Gouffier).

5° Il faut encore considérer comme une cause importante de l'encombrement, la facilité trop grande des examens de doctorat, avouée par le corps enseignant lui-même, et qui trouve son explication à la fois dans le nombre excessif des candidats, qui surmène le corps examinant, et dans les rigueurs même de la loi militaire, qui accule le candidat malheureux à la nécessité de faire trois ans, s'il n'est pas docteur à une date déterminée.

A l'encombrement se sont ajoutées, pour créer la crise médicale diverses causes ayant pour résultat, tandis que le nombre des médecins augmentait, de diminuer celui des malades et de rendre la profession moins lucrative.

Le nombre des malades tend à diminuer par suite des progrès de l'hygiène générale et des efforts que font les médecins eux-mêmes pour réaliser autant que possible la prophylaxie des infections.

L'abus incontestable de l'hospitalisation et des consultations hospitalières, la multiplication des dispensaires et cliniques gratuites, où trouvent moyen de s'insinuer tant de faux indigents, le développement des mutualités, des sociétés coopératives, des assurances contre la maladie, toutes institutions qui ont pour base l'obtention des

soins médicaux à prix réduits, sont des faits de toute évidence.

L'exercice illégal, incarné dans les personnalités les plus diverses, sous toutes sortes de costumes et de masques (sages-femmes, infirmiers, magnétiseurs, hypnotiseurs, spirites, religieuses, électriciens non docteurs, masseurs), pratiqué dans des instituts, académies, policliniques, que subventionnent et exploitent des capitalistes ou des sociétés anonymes, enlèvent au médecin une telle quantité de malades que M. Descouts a pu évaluer à 2000 (les 2 cinquièmes de la clientèle) le nombre des consultations données chaque jour à Paris, en dehors de ceux à qui seuls la loi reconnaît et *à qui le contrat social a vendu* le droit de le faire.

Le résultat matériel de l'encombrement, c'est l'avilissement des honoraires.

Le résultat moral, c'est l'abaissement du caractère du médecin, c'est la diminution de son importance sociale.

A ce mal de l'encombrement, à ces causes multiples de la crise professionnelle, quels sont les remèdes possibles? C'est ce qui reste à examiner.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE DRAMATIQUE

Les avariés.

Pièce en 3 actes, par M. Brieux.

J'ai eu la bonne fortune d'assister à la lecture que, de façon si attrayante, M. Brieux a faite de sa pièce interdite par la censure, et le sujet des *Avariés* est assez médical pour que j'ose assumer — pour une fois, savez-vous — les délicates fonctions de critique dramatique.

D'autant qu'à ce point de vue spécial, si l'on prend le terme dans son sens étroit, ma tâche va être courte : des débats récents et bruyants nous ont prouvé qu'on ne peut guère juger à la lecture quelle sera la valeur scénique d'une œuvre, quel que soit son mérite littéraire; et j'aurais mauvaise grâce à porter un jugement lorsque les acteurs les plus éminents se chamaillent avec M. Claretie lui-même pour savoir de qui proviennent certaines erreurs retentissantes.

Parlons donc philosophie seulement : voici, en deux mots, le sujet.

Un jeune homme est chez le docteur et apprend qu'il a une syphilis récente. Quelle déveine! pour un unique coup de canif dans un contrat... morganatique, ou plutôt après rupture de ce contrat comme préliminaire obligé à un mariage. Car le mariage doit avoir lieu dans un mois : et d'abord le suicide apparaît au fiancé comme la seule ressource. Mais le docteur affirme à l'avarié qu'avec des soins son mal est curable; qu'au bout de 3 ou 4 ans de traitement attentif le mariage est possible, sans danger pour la femme ni pour la progéniture. Aussitôt notre syphilitique renaît à l'espérance, exige que l'homme de l'art le guérisse en 1 mois; finit par accorder un délai de 6 mois. Et nous sommes bien certains quand le rideau tombe, que ce type habituel de bourgeois sans scrupule sera marié dans 6 mois : il a besoin de la dot pour s'acheter une étude.

Georges, en effet, donne comme prétexte d'atermoiement qu'il craint une menace de phtisie; puis il se marie, et au second acte nous le trouvons père d'un enfant de 3 mois, en nourrice à la campagne, élevé au sein. Il nous met au courant de tout cela dans une conversation avec sa femme, et daube sur ce médecin stupide qui voulait lui imposer 3 ou 4 ans de quarantaine, alors que suffisait un stage de 3 mois dans le quartier des Halles. Mais brusquement la grand'mère revient à Paris avec l'enfant : le médecin de campagne a reconnu la syphilis héréditaire et la grand'mère, affolée, a consulté, avant de rentrer chez son fils, un spécialiste célèbre, celui précisément auquel le père avait révélé son accident.

De près la grand'mère est suivie par le médecin qui veut chercher à limiter le mal, à faire mettre au biberon l'enfant encore au sein : et nous le voyons lutter une seconde fois, sans succès, contre la malhonnêté inconsciente de gens riches qui, pour ne pas aggraver par l'allaitement artificiel le cas déjà sérieux de leur rejeton compromis, étalent avec cynisme leur mépris pour la santé d'une mercenaire, de son mari, de ses enfants. Cette fois, cependant, nous espérons que le crime ne sera pas commis : la grand'mère a été assez maladroite avec la nourrice, le valet de chambre a écouté aux portes, et nous prévoyons que, si la famille persévère, elle sera sous le coup d'un chantage perpétuel. La caisse entre en jeu et le bourgeois va réfléchir.

Au troisième acte nous sommes à l'hôpital, où le père de la jeune épouse, député de la Sarthe, vient demander au docteur un certificat pour plaider en divorce. Impossible, Monsieur, répond le médecin : le secret médical m'en empêche; et le pourrais-je, je ne vous donnerais pas de quoi démontrer que votre gendre est une canaille, car vous prouveriez en même temps que votre fille et votre petite-fille sont contaminées : moyen médiocre si vous vous voulez remarier l'une, puis marier l'autre. Faites au contraire vos efforts pour apaiser ce courroux légitime; que le ménage suive, de concert, un traitement régulier : il est capable de procréer des enfants sains et l'épreuve actuelle, malgré sa sévérité, sera peut-être, pour l'avenir, un gage de bonheur. Et puis, Monsieur, tout cela n'est-il pas de votre faute? Oui, de votre faute! Vous vous êtes informé, sans doute, quand on vous a présenté votre futur gendre, de la dot et des espérances; avez-vous demandé, outre le billet de confession, un billet de santé? Je prévois votre réponse : est-ce que je savais! Eh bien! là est le grand vice : vous ne saviez pas. Mais puisque vous êtes député, ne pourriez-vous pas soulever ce lièvre, maintenant que, pour votre malheur, vous voilà instruit; ne pourriez-vous pas crier à tous les vents que les trois fléaux qui nous menacent sont l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis? L'alcoolisme : mais vous tous, députés, vous l'encouragez, parce que le gros distillateur est un homme riche, donc puissant, parce que le marchand de vin est un agent électoral. La tuberculose : vous savez tous que pour la combattre il faudrait avant tout améliorer la vie matérielle de l'ouvrier, relever les salaires, assainir les bouges; mais vous trouvez plus simple d'afficher l'invitation à ne pas cracher par terre. La syphilis : il faudrait proclamer à son de trompe les dangers auxquels elle expose la race. Or dès qu'on prononce son nom votre pudeur s'effarouche, vous déclarez qu'on profane l'amour en dévoilant les plus hideuses conséquences de son vilain côté matériel; que ces gens atteints de maladies honteuses méritent le mépris. Mais vous tous, qui protestez, ne vous êtes vous jamais exposés à cette contagion? Certainement si, et de vous à ce syphilitique que vous taxez d'immoral il n'y a qu'une différence de chance. Renoncez donc à ce

pharisaïsme, dites hardiment qu'une maladie quelle qu'elle soit ne peut être honteuse; dénoncez ses dangers, soignez-là et vous aurez bien mérité de la patrie.

Le député sort de l'entretien à peu près convaincu. Mais M. Brieux, malgré la chasteté de son style vigoureux, n'a pas réussi à convaincre l'administration : M. Leygues, ministre, M. Roujon, directeur des Beaux-Arts, associés à quelques censeurs dont la notoriété littéraire n'était pas auparavant venue jusqu'à moi. Et dans une interview, publiée par *Le Matin*, M. Roujon, sans chercher à dissimuler sa mauvaise humeur contre le procédé dont MM. Antoine et Brieux ont usé à son égard, a précisé sa pensée dans un texte qu'il a, paraît-il, dicté. Il consent à admettre que M. Brieux a voulu faire œuvre assainissante, mais il est ancré dans cette opinion que les maladies secrètes doivent rester secrètes. Ne vous rappelle-t-il pas un peu cette autruche qui, à l'approche du péril, se rend courage en s'enfouissant la tête dans le sable?

Je n'ai pas à prendre parti dans la discussion pour ou contre la censure. Mais avec tous les médecins qui connaissent le danger, qui ont vu des syphilitiques se marier malgré leur avis, faire nourrir malgré eux leur enfant par une nourrice, qui à côté de ces actes criminels ont vu des désastres semblables dérivant de l'ignorance, avec tous ceux-là j'affirme que l'administration a péché par impéritie, — j'allais dire par bêtise.

A. Broca.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

Nous avons le plaisir de trouver l'article suivant sous la plume d'un des plus distingués collaborateurs du *Lyon médical*.

Le P. C. N., année préparatoire à l'étude de la médecine.

Pendant la dernière année scolaire, j'ai suivi avec intérêt les études d'un jeune élève de première année ou plutôt d'année préparatoire. Il a fait, comme on dit aujourd'hui, son année de P. C. N. Les cours terminés, j'ai parcouru les notes très complètes qu'il a recueillies. J'ai sous les yeux ses cahiers de physique, de chimie, de botanique, d'histoire naturelle. Ce même étudiant a fait la rhétorique et la philosophie dans un bon lycée, travaillé très convenablement et conservé les cours de sciences suivis pendant l'année de philosophie. Il m'a donc été facile de comparer les deux enseignements scientifiques, celui de l'année de philosophie et celui de P. C. N. ou année préparatoire.

Il serait trop long d'entrer dans le détail de cette comparaison. Mais les résultats en sont vraiment dignes d'intérêt. Ce sont les mêmes matières avec des développements à peu près analogues. Il est même assez curieux que certaines parties de la physique ont été un peu plus approfondies pendant l'année de philosophie. Il est vrai que, dans l'année de P. C. N., l'étude de la zoologie et de la botanique a été poussée plus loin. La différence principale est que l'année de P. C. N. comprend des travaux pratiques qui ne figurent pas au programme de l'enseignement du lycée. Ainsi, mon jeune étudiant en médecine a appris le maniement de quelques instruments, dont le goniomètre; il a disséqué des grenouilles, des hannetons, des écrevisses, des escargots; il a préparé et examiné au microscope quelques fragments de tissus végétaux.

L'enseignement du P. C. N. ne paraît être que la reproduction, un peu amplifiée, de l'enseignement scientifique de l'année de philosophie. Ce résultat donne pleinement raison à ceux qui, au moment des enquêtes ministérielles de 1890 et 1892, pensaient déjà que le supplément d'études scientifiques, jugé nécessaire pour aborder l'étude de la médecine, devait être organisé dans les dernières années de l'enseignment secondaire(1). En effet, on pourrait fort bien commencer l'étude des sciences physiques et naturelles en rhétorique, et il y aurait très peu de choses à ajouter à la partie scientifique du programme actuel de la philosophie. D'autre part, il ne serait pas impossible d'établir dans ces deux classes quelques séances de travaux pratiques de chimie, de physique et d'histoire naturelle. Ce serait même un moyen très sûr d'augmenter l'intérêt et le succès des études scientifiques dans les lycées.

D'ailleurs, il est probable que ce ne serait là qu'une réforme d'attente. Un mouvement d'opinion se propage très activement qui aboutira sans doute à une refonte véritable de l'enseignement secondaire. Les langues mortes disparaîtront des programmes; les éléments des sciences physiques et naturelles prendront la place prépondérante qu'occupent aujourd'hui les études littéraires, et il est probable que le baccalauréat sera supprimé ou transformé. Outre l'acquisition de connaissances utiles et une meilleure culture intellectuelle, les élèves de l'enseignement secondaire trouveront dans ces réformes le très grand avantage d'être suffisamment préparés, dès la sortie du lycée, à recevoir avec fruit l'enseignement des Facultés et des Écoles supérieures.

L'année scolaire de P. C. N. est de durée très courte. En 1900-1901, les cours ont commencé le 26 novembre, et ils ont pris fin le 24 juin. Retranchez la durée des vacances de Pâques et de celles de Janvier, il reste à peine six mois et demi de scolarité effective. Les cours sont d'une heure, et il y eut l'année dernière pour chaque semaines : trois cours de physique, deux cours de chimie générale et une conférence de chimie analytique, deux cours de zoologie en hiver et un en été, un cours de botanique en hiver et deux en été. Les séances de travaux pratiques ont duré 2 ou 3 heures, et il y eut chaque semaine : une séance pour la physique, deux séances pour la chimie, deux séances pour l'histoire naturelle. Ne disposant que d'un nombre d'heures si restreint, et en face d'un si vaste programme, que peuvent faire, pour l'éducation scientifique des futurs étudiants en médecine, les meilleurs professeurs de sciences, même aidés des meilleures installations et des meilleures méthodes?

La vérité est que l'année de P. C. N. est une année à peu près perdue. Elle n'ajoute que peu de chose aux connaissances scientifiques acquises pendant l'année de philosophie. Elle retarde d'un an le début réel des études médicales. Or ce retard est d'autant plus fâcheux que les étudiants en médecine perdent encore une autre année : celle réclamée par le service militaire

Il n'est pas douteux qu'il n'existe aujourd'hui une tendance très accusée à accorder, dans nos programmes d'études médicales, une place de plus en plus grande aux sciences accessoires, aux études théoriques, à l'expérimentation, aux travaux du laboratoire. Il semble bien que le but proposé, sinon clairement avoué, soit de faire du médecin un savant, bien plus qu'un praticien. Si la durée des études médicales pouvait être portée à 20 ou 30 années, et si l'intelligence humaine n'avait pas de limites, une telle manière de concevoir l'enseignement de la médecine serait peut-être acceptable, et peut-être donnerait-elle le résultat désiré, le praticien savant. Mais la vie est courte, l'intelligence est limitée, et la somme est considérable des matières qui, de près ou de loin, touchent à la médecine. Jamais il n'a été plus exact de dire : *ars longa, vita brevis*. Il faut donc bien définir le but proposé et faire un choix judicieux des matières à enseigner pour l'atteindre sûrement. Or le but principal que doivent se proposer nos écoles de médecine est de former de vrais praticiens, et la pratique médicale s'apprend à l'hôpital, non dans les laboratoires ou les cours théoriques. Avant toute chose, le médecin doit être un homme de bon sens, de jugement droit, pourvu d'une connaissance suffisante des maladies, bien armé pour soulager et guérir, capable aussi de conseiller sagement en matière d'hygiène, de prophylaxie et d'amélioration de l'espèce humaine. Voilà son rôle social, et ce rôle est véritablement grand et beau. Il gagnera plus en dignité

1. Rapport de M. Brouardel au Conseil supérieur de l'instruction publique, juillet 1893.

à le bien remplir qu'à surcharger son intelligence de connaissances scientifiques, les unes tout à fait inutiles, les autres sans application pratique immédiate.

Quand on voudra revenir à cette saine conception du rôle social du médecin, que de choses superflues et nuisibles il faudra retrancher de nos programmes actuels! Sur ce point je laisse la parole à un savant de premier ordre, et qui n'est pas suspect en pareille matière, car il fut professeur et examinateur pour les sciences naturelles dans les écoles de médecine de Londres. Voici comment s'exprime Huxley (1) dans un discours sur l'éducation médicale : « ... Je vous déclare qu'il me faudra bien 2 ou 3 ans au moins de repos absolu de ma fonction d'examinateur, pour que je puisse entendre les mots de cellule, de matière germinale, de carmin, sans une sorte de frisson intérieur... Si j'étais despote, je réduirais ces branches de beaucoup (les branches théoriques et préparatoires à l'étude de la médecine)... Vous me direz peut-être, vous supprimez bien des choses, vous voilà dès le début débarrassé de la botanique et de la zoologie... Laissez-moi vous dire aussi que l'anatomie comparée devrait être abolie... Je dois vous avouer que si cela dépendait de moi, la matière médicale serait entièrement supprimée... Je ne puis comprendre les arguments obligeant un médecin à connaître tout ce qui concerne les drogues et leur origine. Pourquoi ne pas l'envoyer à l'Institut du fer et de l'acier, pour qu'il y apprenne la coutellerie, sous prétexte qu'il se sert de couteaux. »

La conclusion du discours d'Huxley devrait être un objet de grave méditation pour tous ceux qui prennent part à l'orientation et à l'organisation des études médicales. « Je suis fortement convaincu que quiconque ajoute à l'éducation médicale un iota de choses qui ne sont pas nécessaires est coupable d'un grand délit. Messieurs, il dépend de vos connaissances, et de vos moyens de les appliquer dans votre champ d'action, que les statistiques de mortalité de votre district augmentent ou diminuent. Cela, messieurs, est une grave considération. Dans les circonstances où nous sommes, les sujets que vous avez à traiter étant si difficiles et d'une si énorme étendue, tandis que le temps dont vous disposez est si court, je n'aurais pu garder une conscience tranquille, si je n'avais, en semblable occasion, élevé ma protestation contre l'emploi de vos forces à acquérir une connaissance quelconque que votre future carrière ne réclame pas absolument. »

L'Allemagne vient aussi d'augmenter la durée des études médicales (2). Cette durée est portée de 4 ans 1/2 à 6 ans. Mais la réforme allemande n'augmente pas le temps donné aux sciences accessoires, physique, chimie, histoire naturelle. L'année nouvelle est exclusivement consacrée à l'acquisition de connaissances pratiques. Elle prend place, non pas au début, mais à la fin des études médicales. Elle en est comme le couronnement. Pendant cette dernière année, et avant de recevoir l'*arztliche approbation* qui lui donnera le droit d'exercer, le futur docteur devra compléter son initiation à la pratique médicale, dans une clinique ou une policlinique universitaire, ou bien encore dans un hôpital désigné à cet effet.

Voilà une réforme beaucoup plus sage que celle qui, chez nous, a abouti à la création de cette année de P. C. N. Il n'est pas douteux qu'elle ne donne de bien meilleurs résultats. La médecine, la chirurgie et l'obstétrique pratiques se sont grandement développées, et des études pratiques spéciales ont pris naissance, telles que l'ophthalmologie, la laryngologie, l'otologie, dont un médecin praticien doit connaître au moins les éléments et posséder les procédés d'exploration. Il doit être en mesure, sinon de traiter lui-même une affection grave de l'œil, au moins d'en faire un diagnostic exact, précoce, et qui lui permette de confier le malade en temps opportun au spécialiste mieux outillé et plus expérimenté.

La médecine est une science toujours en évolution très active; elle est aussi un métier ou, si le mot vous blesse, elle est aussi un art. A ce double caractère, de plus en plus manifeste, devrait correspondre un double enseignement.

En premier lieu, l'enseignement pratique, l'enseignement du métier médical, destiné à former de bons praticiens. Il comprend les faits acquis, consacrés par l'expérience; il les fait connaître par les méthodes les plus directes et les plus simples; il les montre tous les jours à l'hôpital. Il retient aussi, parmi les conquêtes de la médecine scientifique, celles qui sont applicables au diagnostic, au traitement, à l'hygiène. Le corps social a un intérêt majeur à bien organiser et diriger cet enseignement. Sortis de l'école, les jeunes médecins doivent être en mesure, suivant la forte expression d'Huxley, de diminuer la mortalité du district où ils se sont fixés. Ils ne faut pas qu'ils soient obligés, comme la plupart le sont encore aujourd'hui, de reprendre, livrés à eux-mêmes, toute leur éducation médicale. Un certain nombre, doués de plus d'énergie, y réussissent et deviennent de bons praticiens. Mais combien se découragent et restent toujours au-dessous de leur tâche!

L'autre enseignement est celui de la médecine scientifique, de la médecine qui évolue, et celui-là comprend ces sciences, ces études et ces méthodes, que l'illustre naturaliste anglais veut avec raison bannir de l'enseignement pratique. Pour cet enseignement supérieur, il y aurait lieu de créer un titre nouveau, celui de docteur ès sciences biologiques dont il a déjà été question. Il va sans dire que ce titre ne serait pas exigé des praticiens. Mais il le serait de tous ceux qui aspirent à l'honneur d'enseigner. Il devrait l'être aussi des médecins et chirurgiens des hôpitaux dans les villes qui possèdent une Faculté de médecine. Supprimer les cours purement théoriques, les remplacer par l'enseignement pratique de l'hôpital, c'est là une des réformes les plus désirables. Or, cette réforme exigera l'adjonction au corps enseignant actuel, et à titre officiel et rémunéré, de tous ceux, médecins, chirurgiens, accoucheurs, qui sont à la tête d'un service d'hôpital.

Je connais bien l'objection. La médecine est réduite à un simple métier; le médecin, dépourvu d'esprit scientifique, n'est plus qu'un vulgaire guérisseur. L'esprit scientifique souffle où il veut. Ni l'année de P. C. N., ni quelques séances de laboratoire ne le feront entrer dans les intelligences qui ne sont point disposées à le recevoir. Le praticien sérieux, instruit, laborieux, s'élèvera peu à peu aux idées générales, par ses lectures, par ses observations, par ses méditations personnelles. D'ailleurs, pour bien remplir son devoir social, le médecin a besoin beaucoup moins d'idées générales que de bon sens, de jugement et de connaissances pratiques.

Entre les deux enseignements, donnés dans la même Faculté, s'établiraient d'utiles relations. Les professeurs, et même les élèves de l'enseignement supérieur, pourraient faire des conférences de biologie aux élèves de l'enseignement pratique. Ces conférences seraient libres, non obligatoires; les matières n'en figureraient point aux programmes des examens. Elles auraient lieu en dehors des heures des leçons pratiques. Elles contribueraient à la culture générale et éveilleraient chez quelques-uns le désir d'une instruction supérieure.

Le P. C. N. est une innovation fâcheuse. Il fait perdre toute une année au début d'études très longues et très variées, même si elles restent dans les limites d'un enseignement pratique. Cette année préparatoire pourrait être remplacée par un enseignement scientifique un peu plus développé dans les classes de rhétorique et de philosophie. En Allemagne, la prolongation des études médicales est entièrement consacrée à l'acquisition de connaissances pratiques. Cette réforme est bien préférable à la nôtre. La création de l'année de P. C. N. procède de cette tendance, chez nous de plus en plus accusée, à donner à l'enseignement de la médecine un caractère encyclopédique et trop scientifique. C'est une tendance regrettable. La médecine est d'abord un métier, qu'il faut apprendre à l'hôpital, et le rôle social du médecin est de bien savoir et de bien exercer son métier.

Le remède aux essais fâcheux, aux incertitudes de la période actuelle, sera sans doute l'organisation en deux degrés de l'enseignement médical : un premier degré, commun à tous les étudiants, et qui formera de vrais praticiens; un degré supérieur, réservé à une élite, et qui formera des professeurs, des biologistes, des savants.

L. Bouveret.

1. *Les sciences naturelles et l'éducation*, édition française. Paris, 1891.
2. *Semaine médicale*, 19 juin 1901.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

MÉDECINE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. le Profr Hutinel.

De l'état du sérum et des urines dans l'ictère simple du nouveau-né(1).

Par M. P. Lereboullet.

Interne, lauréat des hôpitaux.

La véritable nature de l'ictère idiopathique des nouveau-nés reste, malgré de très nombreux travaux, encore discutée. Les arguments, pourtant assez solides, que l'on a fait valoir en faveur de l'origine biliaire de cet ictère n'ont pas convaincu les nombreux partisans de son origine hémaphéique, qu'il y a plus de vingt ans, les travaux de Dreyfus-Brisac(2), et surtout de Porak(3), de Depaul(4), ont brillamment défendue. Les mémoires récents de Bauzon(5), de Lesage et Demelin(6), tout en admettant l'existence d'ictères biliaires indiscutables chez le nouveau-né, concluent à l'origine sanguine probable de l'ictère idiopathique. Et les articles didactiques tels que ceux de Rénon(7) et de Henoch(8) exposent les deux opinions en présence sans conclure formellement à l'une ou à l'autre(1).

Une des principales raisons de cette incertitude vient de ce que jusqu'à présent il a été à peu près impossible de caractériser nettement les pigments biliaires dans les urines des nouveau-nés atteints d'ictère. La rareté des recherches d'autopsie a permis la discussion des constatations faites ainsi, constatations pourtant fort nettes. Toutefois, et Lesage et Demelin l'ont fait remarquer dans leur article, l'absence de pigment biliaire dans les urines ne suffit pas à éliminer la nature biliaire de l'ictère « et avant de conclure à sa nature sanguine, il faut examiner le sang et voir si le pigment biliaire manque ». Il ne semble pas que cet examen ait été méthodiquement fait jusqu'ici, en dehors du cas positif de Lenoble(2), et des deux cas de Tissier qu'il cite (et que d'ailleurs Tissier ne publie pas dans sa thèse (3). La recherche de l'état du sérum devait cependant facilement permettre une conclusion forme.

Aussi nous a-t-il paru utile de profiter des riches ressources du service de notre maître le professeur Hutinel aux Enfants-Assistés pour reprendre cette question. Outre l'examen du sérum, il était nécessaire de rechercher à nouveau, à l'aide de réactions autres que celle de Gmelin, la présence de la bile dans l'urine. Dastre a en effet recommandé la réaction de Salkowski comme le procédé le plus sensible pour déceler les pigments biliaires et notre maître M. Gilbert a, en 1899(4), montré avec Castaigne la valeur clinique de cette réaction; il l'a de nouveau préconisé avec nous pour la recherche de minimes quantités de pigment biliaire dans l'urine(5). On sait de plus, et cela surtout depuis le travail de Chauffard et Gouraud(6), l'extrême sensibilité de la réaction de Haycraft pour déceler les sels biliaires dans l'urine. Quelques réserves qu'il faille faire sur la valeur absolue de cette réaction (réserves que Meillère(7) vient de formuler) il y avait lieu d'appliquer ces réactions à l'urine du nouveau-né atteint d'ictère. D'ailleurs, Lesné et Merklen(8) ont montré récemment leur utilité dans l'examen des urines de nourrissons atteints de gastro-entérite.

Bien qu'un très grand nombre de cas d'ictère des nouveau-nés aient passé à la crèche des Enfants-Assistés, nous n'avons pu, depuis les quelques mois que notre attention est attirée sur ces faits, examiner avec soin et complètement que 20 nouveau-nés atteints d'ictère typique. Chez plusieurs autres nous avons dû nous borner à examiner les urines sans pouvoir constater l'état du sérum.

1. Un résumé de ce travail a été communiqué à la *Société de biologie* (séance du 16 novembre 1901).
2. Dreyfus-Brisac, De l'ictère hémaphéique (*Thèse* de Paris, 1878, p. 98).
3. Porak, Considérations sur l'ictère des nouveau-nés (*Thèse* de Paris, 1879).
4. Depaul, Art. *Nouveau-né* (*Dictionnaire Dechambre*).
5. Bauzon, L'ictère des nouveau-nés (*Médecine infantile*, 13 juin 1894).
6. Lesage et Demelin, L'ictère des nouveau-nés et principalement de l'ictère infectieux (*Revue de médecine*, 10 janvier 1898, et *Thèse* de Goislard, 1900).
7. Rénon, Art. *Ictères*, in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby, Marfan, t. III, p. 142, 1897.
8. Henoch (*Vorlesungen über Kinderkrankheiten*, 10e édition, 1899).

1. Nous devons toutefois signaler les recherches de Vermel (*Congrès de Moscou*, 1897, et Sociétés de Moscou, *in Gazette hebdomadaire*, 1898, p. 882, qui soutient la doctrine hépatogène de l'ictère du nouveau-né, admet qu'il s'agit là d'un ictère par rétention et que si l'on trouve une faible quantité de pigment biliaire dans l'urine, ce n'est pas qu'il fasse défaut dans le sang, mais c'est le rein qui le retient.
2. Lenoble, Caractères séméiologiques du caillon et du sérum (*Thèse* de Paris, 1898, p. 117).
3. Tissier, Pathologie de la sécrétion biliaire (*Thèse* de Paris, 1889).
4. Gilbert et Castaigne, Pouvoir tinctorial des pigments biliaires anormaux dans l'ictère hémaphéique des pneumoniques (*Société de biologie*, 29 juillet 1899).
5. Gilbert et P. Lereboullet, De l'état des urines dans l'ictère acholurique (*Société de biologie*, 9 mars 1901).
6. Chauffard et Gouraud (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, 15 mai 1901).
7. Meillère (*Société de biologie*, 26 octobre 1901).
8. Lesné et Merklen (*Société de pédiatrie*, octobre 1901).

L'*examen du sérum* chez ces 20 ictériques, qui répondaient aux trois types admis par Porak, *nous a toujours montré dans le sérum une forte proportion de pigments biliaires vrais*. Le sang, prélevé par piqûre à l'orteil ou au talon (1 à 2 centimètres cubes suffisaient) laissait transsuder un sérum, souvent teinté d'hémoglobine, mais toujours franchement bilieux; ce sérum donnait, en suivant la technique de M. Hayem, une *réaction de Gmelin précoce et intense*. C'est ainsi qu'à maintes reprises il nous a fourni des réactions plus marquées que celles données par le sérum d'adultes atteints d'ictère biliphéique indiscutable. La cholémie a été dans un cas très marquée alors que l'ictère était à peu près nul et que l'on pouvait même nier son existence; le lendemain la teinte jaune de la peau s'accentua nettement. Cette cholémie est donc précoce; elle peut aussi persister un certain temps après la disparition de l'ictère, et dans deux cas nous avons pu la constater 5 à 6 jours après que la peau avait repris sa teinte normale. Elle finit d'ailleurs par disparaître; le sérum, prélevé chez un de nos ictériques 10 jours après la cessation de l'ictère cutané, ne donnait plus la réaction de Gmelin; il était fortement teinté par l'hémoglobine, aussi n'avons-nous pu apprécier sa coloration (1). La constance de ces résultats nous paraît démonstrative : *la teinte jaune de la peau dans l'ictère des nouveau-nés est la conséquence de la présence des pigments biliaires dans le plasma sanguin*.

Nous avons examiné parallèlement les urines de nos nouveau-nés (2) et y avons recherché la présence de la bile avec grand soin. Or malgré l'emploi de méthodes sensibles, cette recherche est souvent restée complètement négative. L'aspect même des urines est d'ailleurs peu en faveur de l'existence de la cholurie. Elles sont en effet, comme les urines des nouveau-nés normaux, remarquablement pâles, il y a leucosurie. Dans trois cas à peine, il nous a semblé que la teinte était un peu plus jaunâtre qu'à l'ordinaire. La réaction de Gmelin a été à peu près constamment négative; deux fois seulement (l'ictère était très marqué) elle a été franchement positive. Trois fois est apparu, après addition d'acide azotique nitreux, un disque pigmentaire léger, qui aurait pu en imposer pour une réaction de Gmelin positive. Mais nous avons obtenu cette même réaction ébauchée avec les urines de nouveau-nés non ictériques, et le contrôle par la réaction de Salkowski nous a montré qu'il ne s'agissait pas dans ces cas de pigments biliaires vrais.

La réaction de Salkowski s'est elle-même montrée très infidèle, et, sur tous les cas où nous l'avons recherchée (outre ceux où le Gmelin était manifeste), dans un seulement on pouvait l'admettre, encore était-elle à peine marquée. La *cholurie pigmentaire est donc nulle ou presque nulle* et nous avons sur ce point confirmé la presque unanimité des résultats antérieurs.

La réaction de Haycraft, qui semble traduire la présence des acides biliaires, a été plus fréquemment positive. Encore avons-nous plusieurs fois constaté son absence complète dans des cas où la cholémie était indiscutable et marquée. Dans d'autres, moins nombreux, elle fut positive mais légèrement. Deux fois enfin elle a été assez marquée et dans l'un de ces cas nous avons noté sa disparition, après la fin de l'ictère. Mais ce qui nous empêche d'attacher ici une trop grande importance pathogénique à cette réaction (indépendamment des causes d'erreur signalées par Meillère) c'est que nous l'avons souvent constatée en dehors de tout ictère chez des nouveau-nés atteints d'affections bénignes ou graves diverses, sans que le sérum renfermât de pigments biliaires. Elle paraît donc se produire chez le nouveau-né sous l'influence des incidents pathologiques les plus minimes. De ce que, dans quelques cas, nous avons constaté une réaction de Haycraft légère ou marquée dans l'urine, réaction semblable à celle que nous constations en même temps chez des nouveau-nés non ictériques, nous ne saurions par suite tirer de conclusions pathogéniques.

L'emploi des réactions de Salkowski et de Haycraft dans l'urine des nouveau-nés ictériques ne nous paraît donc pas susceptible d'apporter des arguments nouveaux en faveur de l'origine biliaire de l'ictère, et, dans la grande majorité des cas, même avec ces réactions, *on ne trouve pas de bile dans l'urine*.

Ainsi l'ictère des nouveau-nés représente une variété spéciale *d'ictère acholurique*. Que la cholurie soit minime ou nulle, il y a en effet disproportion évidente entre la cholémie toujours marquée et l'état des urines. Ce fait n'a plus lieu de surprendre, actuellement que l'on sait la fréquence d'états similaires chez l'adulte. Nous avons eu l'occasion d'insister tout spécialement sur le plus fréquent d'entre eux, en décrivant avec notre maître M. Gilbert l'ictère acholurique simple ou cholémie simple familiale (1).

Dans l'ictère qui nous occupe, on ne saurait rattacher l'acholurie à la trop faible quantité de pigments biliaires circulant dans le sang, puisqu'ils sont au contraire en quantité marquée. Aussi ceux qui soutiennent l'origine biliphéique de l'ictère des nouveau-nés ont-ils fait appel à deux ordres d'hypothèses. L'une émise également par les partisans de l'origine hémaphéique, admet que c'est le rein même qui retient les pigments (biliaires ou sanguins). L'autre, basée sur l'étude du sédiment urinaire (2) incrimine les caractères chimiques de l'urine du nouveau-né.

Knœpfelmacher (3) soutient en effet que si l'on ne trouve pas la bilirubine dissoute dans l'urine (alors qu'on pourrait la mettre en évidence dans le sédiment) cela tient à l'absence ou à la trop faible quantité de phosphates mono-acides dans l'urine du nouveau-né alors même que la quantité totale de phosphates serait appréciable. Nous n'avons pas nous-mêmes recherché l'état des phosphates dans l'urine du nouveau-né (4), mais nous avons pu, *in vitro*, nous rendre compte de la solubilité de la bilirubine comparativement dans l'urine du nouveau-né et dans l'urine de l'adulte, nous n'avons pas observé de différences sensibles, et dans les deux cas, après dissolution d'une faible quantité de bilirubine, la réaction de Gmelin était évidente. Si donc cette cause peut être invoquée, elle ne suffit nullement à expliquer le phénomène de l'acholurie.

1. A titre de comparaison, nous avons recherché l'état du sérum chez les nouveau-nés non ictériques; souvent teinté d'hémoglobine (comme celui de nos ictériques), *il ne nous a jamais donné la réaction de Gmelin*.

2. En raison de cet examen, notre observation s'est portée presqu'exclusivement (à part 2 cas) sur des garçons.

1. Gilbert et Lereboullet, La cholémie simple familiale (*Semaine médicale*, 24 juillet 1901, et autres travaux antérieurs).

2. Ce sédiment considéré comme ne contenant aucun élément biliaire par Parrot et Robin contiendrait au contraire, d'après Cause, des pigments biliaires mis en évidence par leurs réactions.

3. Knoepfelmacher (*Jahrbuch. f. Kinderheilkunde*, 1898, et *Archives de médecine des enfants*, 1899, p. 487).

4. Notre collègue et ami Nobécourt a eu pourtant maintes fois l'occasion, dans des recherches actuellement en cours, poursuivies tant chez nos ictériques que chez d'autres nouveau-nés, de constater la très faible richesse de leurs urines en phosphates.

Existe-t-il des arguments plus solides en faveur de la première hypothèse ? Nos recherches ne sont pas suffisamment précises et étendues pour permettre une conclusion ferme. Pourtant nous avons constaté très fréquemment une faible quantité d'*albumine* dans l'urine de nouveau-nés. Leur point cryoscopique était toujours remarquablement faible, donnée qui concorde avec les résultats antérieurs de Lesné et Merklen (1). On sait de plus la faible teneur de l'urine du nouveau-né en curée et autres éléments solides. Enfin nous pouvons rappeler les expériences de Porak, qui en 1877 a montré que l'élimination des médicaments par l'urine est d'autant plus tardive que l'enfant est plus jeune. Sans doute il faudrait s'appuyer encore sur d'autres preuves et notamment sur l'emploi de l'épreuve du bleu de méthylène (2). Mais il ne semble pas illogique d'admettre que l'acholurie est due chez les nouveau-nés au fonctionnement imparfait de l'épithélium rénal. La diffusibilité des acides biliaires expliquerait alors la fréquence plus grande de la réaction de Haycraft. Et cette hypothèse explique aussi que les pigments biliaires ne passent que dans les cas d'ictère très marqué.

Il va de soi d'ailleurs que l'élimination rénale insuffisante du nouveau-né est encore hypothétique et aurait besoin d'être prouvée par des arguments plus précis. L'acholurie paraît en tout cas être assez spéciale au nouveau-né et cesser chez le nourrisson plus âgé ; nous avons pu le vérifier cette année même chez un nourrisson de trois mois chez lequel un ictère infectieux de moyenne intensité s'accompagnait de cholurie manifeste.

Quant à la cause de l'ictère des nouveau-nés, nous ne pouvons l'aborder ici. Il s'agit sans doute d'une affection à peu près physiologique, l'apyrexie est constante et la guérison la règle. Mais nous croyons, avec notre maître M. Hutinel, que cet ictère, frappant surtout les nouveau-nés débiles, indique un léger degré d'infection des voies biliaires, se produisant facilement dans les jours qui suivent la naissance. L'association fréquente du muguet témoigne souvent du mauvais fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal. Il n'y a pourtant pas d'oblitération du cholédoque et les selles restent colorées, souvent même hypercolorées, bilieuses. Il s'agit donc plus d'un ictère par polycholie, que d'un ictère par rétention simple. Nous admettons d'ailleurs volontiers que la destruction globulaire marquée qui se produit dans les premiers jours qui suivent la naissance facilite (comme nombre d'auteurs l'ont soutenu) la surproduction de bile (1).

Nous ne pouvons insister davantage sur ces causes, dont la discussion nécessiterait une étude plus serrée et surtout des documents étiologiques plus précis que ceux dont nous disposons aux Enfants-Assistés. Nous comptons donc y revenir, mais nous croyons pouvoir conclure de ces premières recherches que :

1° L'examen du sérum, chez les nouveau-nés, atteints d'ictère simple, révèle toujours la présence de pigments biliaires en notable quantité. *Il s'agit donc d'un ictère biliphéique*;

2° La recherche des pigments biliaires dans l'urine ne donne néanmoins, même par l'emploi de la réaction de Salkowski, que des résultats le plus souvent négatifs. La réaction de Haycraft est parfois légèrement positive, décelant vraisemblablement le passage des acides biliaires, mais le même phénomène s'observe chez le nouveau-né sous l'influence des causes pathologiques les plus diverses ;

3° L'acholurie à peu près constante s'explique vraisemblablement par un arrêt des pigments biliaires au niveau du rein, dû sans doute au fonctionnement encore imparfait du rein du nouveau-né, mais dont la nature exacte ne peut être actuellement précisée.

1. Voici quelques-uns des chiffres que nous ou notre collègue Nobécourt avons noté sur les urines de nos nouveau-nés ictériques : $\Delta = -0{,}29, -0{,}11, -0{,}20, -0{,}35, -0{,}16, -0{,}14$. Ces chiffres sont sensiblement analogues à ceux de Lesné et Merklen qui, avant un mois, trouvent une moyenne de — 0,25 (Merklen, *Thèse* de Paris, 1901 ; et Lesné et Merklen, *Société de biologie*, 10 avril 1901).

2. Lesné et Merklen, L'épreuve du bleu chez les nourrissons (*Société de pédiatrie*, mai 1901).

1. L'atteinte du foie se traduit dans quelques cas, comme nous avons pu le constater, par une légère hypertrophie de cet organe. De plus, deux fois nous avons trouvé dans l'urine des traces d'urobiline, souvent aussi des traces de glucose qui peuvent, jusqu'à un certain point, témoigner de l'altération temporaire de la cellule hépatique.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 8 Novembre 1901.

Ostéosarcome du bassin.

M. Chastenet présente une tumeur du bassin enlevée chirurgicalement chez une fillette de 7 ans. Le microscope montre un sarcome à cellules fusiformes, avec, par place, des cellules rondes et des cellules étoilées. Le point de départ du néoplasme paraît être le bord antérieur gauche du bassin.

Abcès du foie et de la rate à bacilles de Pfeiffer.

M. Slatineano a observé, au cours de ses études expérimentales sur le cocco-bacille de Pfeiffer, une série d'abcès du foie et de la rate ; ceux-ci de beaucoup plus fréquents. On les a constatés seulement chez des cobayes en cours de vaccination, c'est-à-dire infectés par des doses progressives de microbes virulents.

Tumeur cérébelleuse.

M. Tanton montre une tumeur du cervelet recueillie à l'autopsie d'un sujet ayant présenté des vertiges, des troubles du goût et de l'ouïe, des vomissements en fusée, de la diplopie et de la céphalée. La tumeur aplatit la moitié gauche de la protubérance et du pédoncule cérébelleux moyen.

Hématocèle funiculaire.

M. Morestin a rencontré, chez un homme d'une soixantaine d'années, une hématocèle du cordon spermatique occupant la partie droite des bourses. Une hernie surmontait la tumeur, laquelle était constituée par un kyste à contenu ocreux, intermédiaire entre le sac herniaire et le testicule.

Lymphatiques de l'ombilic.

MM. Cunéo et Marcille ont injecté les lymphatiques de l'ombilic sur 12 sujets.

Les lymphatiques des téguments se rendent aux ganglions inguinaux. Jamais, en piquant au niveau même de l'ombilic, Cunéo et Marcille n'ont pu injecter de troncs allant aux ganglions axillaires. — Les lymphatiques du noyau fibreux et ceux du contour aponévrotique de l'anneau, se rendent aux ganglions iliaques externes. Ces lymphatiques présentent sur leur trajet de petits ganglions, les ganglions épigastriques. Il existe souvent un ganglion placé sous le péritoine au-dessous de l'ombilic. Ce ganglion est le point de départ des phlegmons sous-

ombilicaux qui, d'après MM. Cunéo et Marcille, sont des adéno-phlegmons. Les lymphatiques de l'ombilic communiquent par leurs réseaux, qui entourent l'ouraque et la veine ombilicale, avec les lymphatiques pelviens et hépatiques. Ces anastomoses permettent d'interpréter la plupart des cas de carcinose ombilicale secondaire.

Cancer du côlon pelvien.

M. Morestin montre un cancer du côlon, très bas situé, dans le petit bassin, et ayant amené une occlusion intestinale pour laquelle on intervint à deux reprises. La première fois on fit un anus iliaque; la seconde, une résection de la virole néoplasique; mais la malade, en bonne voie de guérison, mourut 8 jours après, d'accidents pulmonaires.

Anomalies congénitales de l'intestin.

M. Durante présente 6 cas d'anomalies congénitales de l'intestin, dont 3 concernent le duodénum, et les autres, l'intestin grêle. Ce qu'on trouve communément dans ces diverses anomalies consistant en arrêts de continuité, ce sont les lésions vasculaires; on a peine à retrouver les traces des vaisseaux au niveau de ce qui représente la paroi du conduit obstrué.

Arthrite pneumococcique.

MM. Griffon et **Nattan-Larrier** présentent une pièce d'arthrite purulente à pneumocoques développée manifestement sur des lésions antérieures de rhumatisme chronique déformant. L'examen bactériologique du pus du genou décela du pneumocoque virulent; la localisation articulaire avait été précédée de la constatation d'un foyer congestif pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 Novembre 1901.

Action du chlorhydrate d'émétine sur les éléments figurés du sang.

M. Maurel. — En se servant du procédé de l'immersion qui laisse les éléments figurés du sang dans leur sérum et à leur température normale, a expérimenté le chlorhydrate d'émétine, pour 100 grammes de sang, aux titres de 2 grammes, 1 gramme, 0 gr. 50, 0 gr. 25, 0 gr. 125 pour l'homme; et de 0 gr. 25 et 0 gr. 125 pour le lapin.

Les principaux faits qui se dégagent de ces expériences sont les suivants :

1° Pour le lapin comme pour l'homme et probablement pour tous les vertébrés, les leucocytes sont plus sensibles à l'émétine que les hématies.

2° Pour l'homme il a fallu descendre jusqu'au titre de 0 gr. 125 pour que les leucocytes puissent vivre 8 à 10 heures. Pour le lapin, les leucocytes meurent à ce même titre dans moins de 2 heures. La même proportion existe pour les hématies.

3° De la comparaison des éléments figurés du sang, établissant que ceux du lapin sont manifestement plus sensibles à l'émétine que ceux de l'homme, et en s'appuyant sur des recherches en ce moment en cours de publication, le Dr Maurel arrive à considérer comme probable que tous les éléments anatomiques du lapin sont plus sensibles à l'émétine que ceux de l'homme, qu'il en est de même de leur organisme.

De la pleurésie biliaire.

MM. Gilbert et **P. Lereboullet**, à propos de trois observations personnelles, montrent la possibilité des complications pleurales au cours des infections biliaires bénignes ou graves. Un de leurs cas concerne en effet une pleurésie survenue au cours d'un ictère catarrhal bénin. Dans un autre, la pleurésie apparut chez une malade atteinte d'ictère consécutif à de violentes crises de colique hépatique. Dans le troisième, la pleurésie survint chez un sujet atteint d'angiocholite subaiguë, évoluant vers la suppuration. Ces cas montrent que si la pleurésie peut être le résultat d'une perforation du diaphragme par une suppuration hépatique (comme dans le cas de Barth et Rist) elle peut aussi survenir au cours des angiocholécystites catarrhales ou lithogènes sans effraction du diaphragme. Elle paraît due dans certains cas aux germes de l'infection biliaire causale, elle peut être aussi simplement provoquée par la maladie des voies biliaires, sans avoir à son origine le même agent pathogène. Il en était ainsi dans le second cas où il y eut pleurésie tuberculeuse, d'ailleurs bénigne, provoquée par la colique hépatique agissant à la manière du traumatisme. Au point de vue pathogénique, ces pleurésies biliaires peuvent être rapprochées des pleurésies appendiculaires groupées par Dieulafoy. Comme ces pleurésies, de gravité différente, suivent la gravité de l'infection causale, comme elles siègent toujours à droite, elles semblent résulter non d'une propagation par voie sanguine, mais d'une propagation plus directe par voie lymphatique; le passage de l'infection à travers les puits lymphatiques du diaphragme (sans qu'il y ait perforation) a d'ailleurs été invoqué pour expliquer la symphyse péricardo-périhépatique (Gilbert et Garnier) et l'apparition de pleurésies ou de péricardites au cours des pyopérihépatites. Il convient, en tout cas, quelle que soit la pathogénie de ces pleurésies de leur faire une place parmi les complications des infections biliaires aiguës ou chroniques.

Du bacille dysentérique.

MM. Moreul et **Rieux** reprenant l'étude des bactéries isolées dans les déjections dysentériques de l'épidémie du Finistère de 1899 et les étendant dans la dysentérie d'Algérie et de Tunisie, ont trouvé :

1° Qu'une forme bacillaire déjà signalée existe dans tous les cas observés, endémiques ou épidémiques, bénins ou graves. Elle peut exister seule, comme dans les cas épidémiques de Bretagne. Elle est plus souvent associée soit à des espèces inoffensives, soit à des microbes pathogènes : mais alors, toujours, elle existe en proportion notablement supérieure aux espèces associées et variables.

2° Que ses caractères bactériologiques sont les suivants : Morphologiquement, c'est une forme nettement colibacillaire. Elle fermente activement la lactose; mais elle ne produit pas d'indol. Sa réaction agglutinante se résume ainsi : le sérum d'animaux réceptifs agglutine nettement le bacille dysentérique; il tend à agglomérer le bacille d'Eberth; il est sans action sur le bactérium coli commune. Enfin, ce sérum, rendu immunisant, est antitoxique à l'égard des toxines dysentériques; il est impuissant contre les toxines des bacilles d'Eberth et d'Escherich.

La conclusion de ces faits, c'est : d'une part l'unité pathogénique et la dysentérie, puisque cette bactérie existe toujours, seule, ou associée à des espèces variables et inférieures en nombre; — d'autre part, la spécificité de ce bacille dysentérique, que sépare du bacille coli c'est un certain nombre de caractères (absence de production d'indol, agglutinines et antitoxines propres), dont la valeur différentielle doit être logiquement aussi grande que ceux qui identifient le bacille d'Eberth.

Action profonde de la lumière chimique sur la tuberculose.

M. Foveau de Courmelles. — Les rayons violets et ultra-violets agissent avec l'électricité statique, la haute fréquence, les rayons, pour produire certaines améliorations de tuberculoses externes ou internes. En isolant de l'arc voltaïque les rayons chimiques, par un courant d'eau froide et des lamelles de quartz, on a, avec une intensité électrique faible, 5 à 12 ampères sous 80 volts, des rayons suffisants pour agir contre les lupus, vulgaire et érythémateux, diverses dermatoses, et même, fait nouveau, dans la tuberculose pulmonaire. La réaction externe, brûlure ou phlyctène, n'est nullement nécessaire pour démontrer la pénétration. Une lupique à lésions cutanées et osseuses, datant de 12 ans, soignée salle Cazenave, hôpital Saint-Louis, service du Dr Du Castel, s'étant mise à tousser, et auscultée, ayant un léger souffle au sommet gauche, eut, soumise au radiateur, cinq séances de rayons chimiques, inoffensifs et indolores, de 10 minutes, après lesquelles le souffle

avait complètement disparu (septembre 1901). Déjà divers malades ont été soumis à ces applications, et ont tous présenté, malgré l'absence de chaleur, une sensation immédiate de bien-être, puis la diminua de la toux et de leurs signes stéthoscopiques. Ces faits méritent d'être signalés pour être confirmés, et surtout généralisés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 Novembre 1901.

A propos des abcès du cerveau.

M. Chavasse. — Plusieurs cas où au cours de l'otite moyenne aiguë, on a attribué à la méningite certains accidents qui paraissaient symptomatiques d'un abcès du cerveau. D'après M. Chavasse on peut encore observer ces mêmes accidents dans d'autres circonstances. Ainsi, dans un cas, il s'agit d'une fillette de 13 ans, qu'on avait antérieurement opérée d'une mastoïdite; elle est prise un jour de douleurs et d'accidents assez intenses, et l'on reconnaît plus tard qu'ils sont d'origine hystérique.

Chez un autre enfant de 14 ans, mêmes phénomènes inquiétants surviennent à la suite de la trépanation de la mastoïde; ils disparaissent après un écoulement de pus par le conduit auditif; ils n'étaient dus qu'à la rétention du pus dans la cuisse.

Sur un homme de 21 ans, atteint d'otite profonde, M. Chavasse a dû intervenir à cause des accidents menaçants, et a trouvé un stéatome siégeant dans la mastoïde. Celui-ci, enlevé, la guérison a été immédiate.

D'autres exemples de même nature pourraient encore être cités; ils ne sont pas très rares, de même que les accidents, d'origine septicémique, qui peuvent aisément donner le change. On parvient certainement de jour en jour à mieux établir le diagnostic et à ce point de vue on ne devra jamais négliger l'examen du liquide céphalo-rachidien. En plusieurs circonstances, cet examen a été très utile.

Du traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Bazy analyse une observation de **M. Spartani** (Smyrne) concernant une jeune femme de 16 ans, atteinte d'une fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement. L'orifice de la fistule offrait la largeur d'une lentille. Deux lambeaux furent taillés et suturés; le 4e jour, il se produisit une urétrorrhagie abondante telle que M. Spartani crut devoir enlever les points de suture; de nombreux caillots s'échappèrent de la vessie. Un mois plus tard, il eut recours au procédé du dédoublement qui lui donna un plein succès.

A côté de ce fait, M. Bazy en cite un personnel. Sa malade avait eu une large destruction de la paroi vésico-vaginale à la suite d'une pression de la tête fœtale pendant 3 jours 1/2 dans le vagin. La largeur de la fistule était celle d'une pièce de 2 francs et au fond du vagin, considérablement rétréci, on voyait la muqueuse vésicale faire hernie. Après avoir fait un décollement en avant et en arrière, M. Bazy a taillé deux lambeaux qu'il a suturés en surjet et a pu ainsi combler la brèche. Mais l'urèthre avait été intéressé et est resté incontinent; pour y remédier la malade a dû porter un appareil.

M. Berger fait remarquer que si le dédoublement est certainement un procédé de choix, il n'est pas toujours applicable. On est parfois obligé de recourir à d'autres procédés, que l'on peut mener à bien, même à travers un vagin très rétréci, car par des dilatations il est souvent possible d'opérer sans débridement. Pour les points de suture, M. Berger préfère les crins de Florence ou les fils d'argent.

M. Delbet pense que si la voie vaginale est la voie ordinaire que l'on suit pour réparer ces fistules, il peut arriver qu'elle soit insuffisante et que l'on soit forcé de recourir à la taille hypogastrique.

Il y a quelques années il avait déjà pratiqué sur une femme deux interventions par le vagin qui avaient abouti à fermer presque toute la fistule; cependant il persistait à droite une sorte de diverticulum remontant jusqu'au détroit supérieur et laissant filtrer par moments quelques jets d'urine. Il a alors fait la taille hypogastrique et il a trouvé un orifice de la largeur d'une pièce de 50 centimes au niveau duquel la vessie adhérait à l'os iliaque. Il en a tenté l'oblitération, mais, malgré un résultat satisfaisant, la malade ne fut pas complètement guérie, car elle perdait encore de temps en temps quelques gouttes d'urine.

Pour ce qui est des urèthres incontinents, M. Delbet croit qu'on peut y remédier par l'opération de Gersuny, la torsion du canal.

M. Ricard se sépare de M. Berger au sujet de l'application du dédoublement. Plus on la pratique, plus on en recule les limites, et les cicatrices étendues n'en sont pas une contre-indication.

Il y a peu de temps, M. Ricard a appliqué sur une femme qui avait déjà été opérée 19 fois, ce qui laisse deviner le tissu cicatriciel qui existait. La première tentative de M. Ricard a échoué, mais la seconde a réussi.

M. Bouilly a constaté que, depuis quelques années, les fistules vésico-vaginales sont beaucoup plus rares qu'autrefois, probablement parce que les accoucheurs temporisent moins, et elles se présentent sous un aspect plus simple, favorable au procédé du dédoublement.

En ce qui concerne les fistules compliquées, M. Bouilly se rappelle avoir opéré une jeune femme dans les conditions les plus détestables. La fistule intéressait sur une grande étendue la vessie, la paroi antérieure du vagin et l'urèthre, et on a dû réparer le tout par une série d'opérations. Pourtant l'urèthre laissait encore couler l'urine involontairement. La malade quitta ainsi Paris et, 4 ans plus tard, elle annonçait que, depuis 2 ans, elle n'urinait qu'à sa volonté; il s'était donc reformé une sorte de sphincter.

M. Delbet conseille de pratiquer la torsion de l'urèthre. L'opération est bonne; elle réussit, mais non pas dans ces cas. Elle est applicable chez des malades qui perdent leur urine sans qu'on sache pourquoi, et elle réussit sans qu'on sache également pour quelles raisons.

M. Quénu croit que le procédé du dédoublement peut être mis en pratique dans presque tous les cas. Il y a eu recours sur un moignon d'hystérectomie, au milieu de tissus cicatriciels, qui ne se sont pas opposés au dédoublement. Néanmoins, il est des fistules qui ne peuvent être réparées par aucun procédé.

Résection du ganglion de Gasser pour tic douloureux de la face; guérison.

M. Delbet a présenté un malade chez qui il a pratiqué la résection du ganglion de Gasser pour un tic douloureux de la face rebelle à tous les moyens de traitement, et pour lequel, en particulier, cet homme avait déjà subi sans succès la résection du nerf maxillaire inférieur.

Pour aborder le ganglion, M. Delbet eut recours à une incision assez élevée avec lambeau ostéo-musculo-cutané qu'il rabattit par en bas, après résection de l'arcade zygomatique. La base du crâne fut réséquée comme dans le procédé temporo-sphénoïdal. On trouva et on libéra facilement les branches émergentes du ganglion de Gasser, mais il fut impossible de décoller ce dernier tant ses adhérences à la dure-mère étaient grandes. Les tentatives n'eurent pour conséquence qu'une abondante hémorrhagie probablement d'affluents du sinus caverneux. M. Delbet parvint cependant à extirper, outre une bonne partie des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, une certaine quantité, plus de 2 centimètres, du ganglion; il donna ensuite quelques coups de curette dans la loge de ce dernier. L'hémorrhagie fut arrêtée par le tamponnement. On termina l'opération en réappliquant le lambeau ostéo-plastique.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le malade, malgré la durée de l'intervention, n'eut pas de choc; il ne présenta aucun trouble de la conjonctive ni de l'œil, et cependant la branche ophthalmique avait été intéressée, car il existait de l'anesthésie cornéenne. Actuellement l'opération date d'un mois; cet homme ne présente plus aucune douleur et le résultat esthétique est très satisfaisant.

M. Guinard trouve le résultat obtenu absolument parfait

au point de vue esthétique et fonctionnel : le malade ne présente aucune dépression de la face et n'a aucune constriction des mâchoires. Au point de vue du résultat thérapeutique il convient d'attendre les événements.

M. Terrier a pratiqué dans ces derniers temps deux résections du ganglion de Gasser par le procédé de Krause. C'est une opération très simple. Ici aussi on garde un lambeau ostéo-musculo-cutané qu'on réapplique une fois l'intervention terminée. Mais comme M. Delbet, M. Terrier a été frappé par la quantité de sang qui inonde le champ opératoire dès qu'on a décollé la dure-mère. L'hémorrhagie est surtout abondante au moment où on cherche à décoller le ganglion, et elle provient manifestement des petits affluents du sinus caverneux.

Chez l'un de ses opérés, M. Terrier a pu réséquer une partie du ganglion, la plus grande partie sans doute, car ce malade a guéri. Chez le deuxième opéré, il a été obligé de renoncer aux tentatives de décollement, tant l'hémorrhagie était violente; ce malade mourut subitement quelques heures après l'opération sans qu'on ait pu jamais expliquer cette mort.

Deux cas de rétrécissements syphilitiques du pharynx.

M. Lejars analyse deux faits communiqués par **M. Morestin.**

L'un concerne un jeune homme de 24 ans, syphilitique depuis 6 ans, qui, à la suite de lésions secondo-tertiaires, présentait un rétrécissement de la partie supérieure du pharynx. tel qu'on ne voyait plus qu'un étroit canal en forme de filière, Malgré cela, les troubles fonctionnels étaient peu prononcés et il n'aurait pas consulté si un peu d'asphyxie nocturne ne l'eut inquiété. Cette asphyxie était provoquée par l'épliglotte transformée en polype flottant et frôlant la langue. Il a suffi de sectionner cette épiglotte pour faire disparaître de l'asphyxie.

Dans le deuxième cas, plus rare que le précédent, il s'agissait d'un rétrécissement type bucco-pharyngien. L'aspect du fond de la bouche était le suivant : on n'apercevait qu'une membrane, sorte de diaphragme percé d'un petit trou dans sa moitié inférieure ; c'est par là que les aliments passaient difficilement; aussi en était-il résulté des troubles considérables de l'alimentation. M. Morestin s'étant assuré que la face postérieure de la membrane n'était pas adhérente a fait deux débridements latéraux, et par des points de suture, sur chaque ligne de section, a réuni la muqueuse buccale à la muqueuse pharyngienne. Le résultat a été excellent et, un an plus tard, il n'y avait pas récidive de rétrécissement. Cette intervention, en pareil cas, paraît bien préférable aux opérations partielles, qui exposent à des hémorrhagies sans assurer le succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Novembre 1901.

Conformation thoracique favorable à la production de souffles cardio-pulmonaires et associée à des troubles fonctionnels du cœur.

M. H. Lamy présente un jeune homme de 20 ans qui se plaint de palpitations et d'oppression au moindre effort. Il a été considéré comme cardiaque par plusieurs médecins et traité par la digitale. La pointe du cœur bat à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon; il existe un souffle systolique intense qu'on entend dans toute la région précordiale et que l'on retrouve dans le dos. Mais la matité cardiaque n'est pas augmentée; l'abaissement apparent de la pointe est due à la conformation du thorax qui est la suivante : épaules tombantes, clavicules et côtes très obliques, espaces intercostaux très larges, espace costo-iliaque très réduit. De plus, le thorax est étroit et aplati d'avant en arrière. La pointe bat dans le 6e espace, mais le mamelon a conservé ses rapports avec le grand pectoral.

Quant au bruit de souffle systolique il s'agit d'un souffle cardio-pulmonaire, diagnostic confirmé par M. Potain, qui avait vu le malade en mai 1900. C'est avec des faits de ce genre qu'on a décrit la soi-disant hypertrophie de croissance. Malgré l'absence de toute lésion organique, les troubles fonctionnels dont se plaint le malade ne sont pas négligeables. Il s'agit d'un « cœur excitable »; les sujets de cette catégorie font de mauvais soldats, et Potain approuvait la conduite des médecins militaires qui les réforment.

Impaludisme, artérite sténosante et lymphadénome.

M. Le Gendre présente les pièces anatomiques d'un sujet, âgé de 27 ans, sans autres antécédents pathologiques que l'impaludisme, et chez lequel se développèrent : 1° des lésions d'artérite sténosante (rétrécissement de l'aorte au-dessus des sigmoïdes et peu après l'origine du tronc brachio-céphalique, etc.); 2° dans le foie, des lymphadénomes, dont le développement fut si rapide qu'on put songer à un abcès du foie et qu'on fit une laparotomie exploratrice.

M. Fernet cite plusieurs observations personnelles tendant à faire penser qu'il existerait certains rapports entre l'impaludisme, d'une part, le lymphome et le lymphadénome d'autre part.

Anévrysme latent de la crosse de l'aorte et pneumonie massive et nécrosante gauche par compression du pneumogastrique gauche.

MM. Huchard et **Bergouignan** présentent les pièces anatomiques d'un malade, âgé de 54 ans, dont l'observation est sommairement condensée dans le titre ci-dessus. Elle est intéressante parce que c'est un exemple de plus d'infection pulmonaire par compression et lésion du nerf vague.

La pneumonie avait masqué l'anévrysme de la crosse de l'aorte. Le diagnostic d'anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée ou dans une bronche, ne fut porté qu'au moment où le malade succombait subitement. Il eût, en effet, tout à coup, des jets de sang saccadés, par la bouche et le nez, sans toux concomitante. L'autopsie confirma ce diagnostic *in extremis*.

M. Huchard rappelle, à propos de ce cas, que la pneumonie du vague passe par deux phases : la première, physiologique, avec de simples lésions congestives, ecchymotiques ou apoplectiques; la seconde, pathologique, la lésion devenant fonction d'injection et prenant des caractères différents suivant la nature de l'agent pathogène. La lésion nerveuse, en un mot, prépare le terrain pour les diverses infections pulmonaires.

Ce qui prouve qu'il y a une relation de cause à effet entre les lésions des nerfs vagues et celles des poumons, c'est que celles-ci se produisent presque toujours du même côté. D'autre part, les lésions pulmonaires existent plus souvent à gauche parce que la crosse aortique est en rapport plus immédiat avec le pneumogastrique gauche. Elles ne se montrent à droite que dans les cas où l'anévrysme siège à la portion horizontale de la crosse, ou encore intéresse le tronc brachio-céphalique.

M. Babinski rappelle que, chez les lapins tuberculeux, par exemple, la section du pneumogastrique d'un côté, développe beaucoup plus la tuberculose de ce côté.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 11 Novembre 1901.

De la gangrène utérine.

MM. Maygrier, Socquet et **Thoinot** présentent les pièces anatomiques relatives à trois décès par gangrène utérine ayant déterminé une péritonite septique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une étrangère qui, enceinte de 4 mois 1/2, entra chez une sage-femme pour y attendre la fin de sa grossesse. Au bout de quelque temps, elle succomba avec les apparences d'une mort subite. M. Thoinot, à l'autopsie, trouva une péritonique septique, déterminée par une perfora-

tion utérine gangréneuse énorme. Le fond de l'utérus était comme emporté, tandis que le reste de l'organe ne présentait rien d'anormal, pas plus, du reste, que le vagin. Le diagnostic de gangrène spontanée coïncida avec les renseignements fournis par l'enquête.

La deuxième observation concerne une jeune femme qui, après un avortement, succomba au bout de quelques jours. L'autopsie, faite par M. Socquet, montra des lésions se rapprochant beaucoup de celles observées dans le cas précédent. Si la perforation était moins considérable, elle demeurait encore très amincie, et cet état du fond de l'utérus contrastait avec l'intégrité du reste de l'organe et du vagin. L'enquête, là encore, fut contraire à l'idée de manœuvres abortives ayant perforé l'utérus.

La troisième autopsie, faite par M. Thoinot, diffère des précédentes en ce que la perforation utérine est beaucoup plus petite; elle a la forme d'un cône à sommet dirigé vers la séreuse; l'ouverture péritonéale est étroite; la base est plus large. On ne trouve pas les mêmes masses gangréneuses. Le fond de l'utérus ne présente pas l'amincissement signalé dans les deux cas précédents. Cependant, l'organe est particulièrement friable. Les renseignements font totalement défaut. Dans ce cas, il paraît très difficile de préciser s'il s'agit d'une affection spontanée ou provoquée. Cependant, en se référant aux deux faits précédents, l'origine spontanée paraît devoir être admise tout en admettant la possibilité de réserves.

M. Maygrier a fait remarquer, qu'en dehors du côté médicolégal, ces observations avaient un grand intérêt, car elles démontrent les dangers des injections intra-utérines dans certaines formes de l'infection puerpérale.

Tabes et inculpation d'attentats aux mœurs.

M. Roubinovitch communique un cas, très rare en médecine légale, où l'on voit le tabes donner lieu à certains mouvements et attitudes morbides qui ont pu être interprétés comme des actes attentatoires aux mœurs.

Il s'agit d'un étranger âgé de 37 ans, ayant contracté la syphilis à l'âge de 18 ans et qui, 12 ans après, a présenté les premières manifestations de l'ataxie locomotrice.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 11 Novembre 1901.

Diagnostic de poliomyélite et de névrite aiguës à propos de deux cas de monoplégie crurale.

MM. E. Brissaud et **P. Londe.** — Le diagnostic de la névrite aiguë et de la poliomyélite aiguë est une question de la plus haute importance; et cela pour plusieurs raisons : *a*) la conception contemporaine du syndrome anatomo-clinique qu'on taxe de névrite aiguë, s'est trouvée profondément modifiée par les données anatomiques et physiologiques que nous devons à la notion du neurone; *b*) il n'est pas indifférent, qu'on soit ou non en mesure de différencier une poliomyélite aiguë d'une névrite aiguë, si tant il y a qu'on puisse encore admettre des névrites aiguës exclusivement motrices, indépendantes de toute lésion spinale; *c*) la question du diagnostic entraîne après elle celle du pronostic qui est de la plus haute valeur.

Nos deux observations peuvent se résumer en une seule histoire dont les points saillants sont : la rachialgie lombaire et les douleurs irradiées aux membres inférieurs plus intenses la nuit, sans frissons ni fièvre apparente; puis paralysie des membres inférieurs (droit chez l'un, gauche chez l'autre), plus ou moins complète, intéressant à la fois les nerfs sciatique et crural, avec signe de Kernig et abondant dépôt, après centrifugation, de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien; sans troubles objectifs de la sensibilité, ni troubles sphinctériens; telles sont les ressemblances. Voici les différences : chez le second malade, qui a éprouvé une rachialgie cervicale éphémère, absente chez le premier, le début a été beaucoup plus rapide, la paralysie plus intense, l'atrophie consécutive prédominante à la cuisse.

Donc, il s'agit dans les 2 cas d'une monoplégie crurale douloureuse, sans troubles objectifs de la sensibilité, mais accompagnée de rachialgie, du signe de Kernig et du passage de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien. Il y a eu, par conséquent : méningite spinale et lésion sous la pie-mère. Le diagnostic se circonscrit à la poliomyélite et à la polynévrite.

En fin de compte nous arrivons au diagnostic de névrite radiculaire toxi-infectieuse, probablement curable.

Nous insistons surtout sur les faits suivants :

1° La réaction méningée que l'on refuse à la névrite, avec rachialgie, signe de Kernig et lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien;

2° La douleur à la pression des nerfs qui indique un certain degré de névrite quel que soit l'état de la cellule de la corne antérieure;

3° L'absence de signe permettant d'affirmer ou d'infirmer la poliomyélite et pourtant la ressemblance de ces faits avec la paralysie infantile douloureuse;

4° La topographie radiculaire de cette paralysie atrophique qui intéresse les dernières paires lombaires et les premières sacrées;

5° Les ressemblances de ces monoplégies avec les paralysies atrophiques consécutives à la méningite cérébro-spinale;

6° La difficulté du pronostic, non seulement quant à la localisation exacte de la lésion, mais aussi quant à sa nature.

Torticolis mental surajouté à des mouvements hémichoréiformes.

MM. Feindel et **Meige** rapportent l'observation d'une jeune fille de 18 ans, d'une intelligence débile, présentant depuis l'âge de 10 ans des mouvements spasmodiques choréiformes du bras droit. Récemment, un torticolis mental en rotation à droite, est venu s'adjoindre aux troubles anciens de la motilité, et, comme c'est habituel pour ce genre de torticolis, la malade avait trouvé le geste antagoniste efficace capable d'empêcher la tête de tourner à droite.

Le traitement appliqué pendant 2 mois a suffi pour corriger le torticolis et améliorer les mouvements choréiformes du bras.

Quant à l'état mental de la malade, il est resté peu développé. Cependant, le traitement prolongé de ses membres spasmodiques permet d'espérer une amélioration simultanée de ses fonctions intellectuelles.

Définition de l'hystérie.

M. J. Babinski propose la définition suivante de l'hystérie :

« L'hystérie est une affection psychique qui consiste en ce que le sujet qui en est atteint est susceptible de s'auto-suggestionner ou d'être suggestionné.

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs, et accessoirement par des troubles secondaires.

« Les troubles primitifs sont caractérisés par la possibilité qu'ils présentent d'être reproduits avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

Les troubles secondaires sont caractérisés par leur subordination étroite à des troubles primitifs. »

Tumeur cérébrale avec autopsie.

MM. Klippel et **Jarvis.** — L'observation peut se résumer ainsi : H..., âgé de 77 ans. Hémiplégie des membres avec intégrité de la face. Attaques épileptiformes. Contracture avec abolition des réflexes tendineux et absence du clonus du pied. Chorée fasciculaire diffuse provoquée. Troubles trophiques : œdème des membres et eschares du siège et du talon gauche. Troubles vaso-moteurs du poumon avec hémoptysies à plusieurs attaques jacksoniennes. Paresthésie et douleurs très marquées du côté de l'hémiplégie. A l'autopsie : tumeur du lobe paracentral droit.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 Novembre 1901.

Erythrodermie tuberculeuse.

MM. Gaucher et **Paris** présentent une femme qui fut atteinte d'une apparente éruption artificielle, à la suite d'une friction à la créoline. Cette éruption persista et fut suivie de démangeaisons vives, d'un certain degré d'œdème et de tuméfaction qui firent penser à un érythème prémycosique. Des lésions analogues apparurent bientôt au bout des doigts, puis au cou et sur la poitrine. En même temps se produisait une éruption folliculaire généralisée des membres. La malade fut enfin prise de bacillose pulmonaire nette avec expectoration contenant des bacilles. En présence de cet ensemble de phénomènes, MM. Gaucher et Paris crurent devoir porter le diagnostic d'érythrodermie bacillaire accompagnée de folliculites de même nature.

M. Leredde fait observer que cette malade a une remarquable élévation de la température locale, et la tuméfaction œdémateuse et érythémateuse généralisée et persistante de la face correspond trait pour trait à ce qui a été décrit par Kaposi comme l'un des phénomènes les plus remarquables du lupus érythémateux aigu : l'*erysipelas perstans faciei*, suivant la dénomination qu'il lui applique.

M. Besnier trouve que ce cas rappelle un lupus érythémateux dont l'éruption fut généralisée et qui, malgré qu'on y pût faire le diagnostic de lupus érythémateux par l'analyse des lésions, rendait ce diagnostic précaire par la rapidité de son évolution. Ce cas fut examiné au point de vue histologique par M. Darier.

M. Darier. — L'histologie de cette lésion était celle du lupus érythémateux le mieux caractérisé ; il y manquait seulement les lésions épithéliales qui n'avaient pas eu le temps de se développer, à cause de la rapidité d'évolution. L'infiltration embryonnaire et la résorption du tissu interstitiel étaient très accentuées.

Affection mutilante du nez.

M. Du Castel présente un malade originaire du Guatémala. Il fut pris, il y a 6 ans, d'une affection de nature indéterminée, pour laquelle M. Du Castel le soigne depuis 3 mois dans son service. Il a perdu successivement le nez, la voûte palatine, la luette, les piliers amygdaliens. Malgré une étude attentive de l'énorme ulcération qu'il présente, il est impossible d'en pénétrer la nature. L'ulcération montre quelques apparences qui la rapprochent de l'épithélioma, sans que ce diagnostic satisfasse l'esprit. La tuberculose, la syphilis ne peuvent être affirmées, ni d'après l'aspect des lésions, ni d'après leur origine. Le malade vit sans cesse au contact des chevaux ; aussi l'idée de morve s'est-elle présentée. L'inoculation aux cobayes, la culture, l'examen direct sont restés négatifs. Depuis son entrée, le malade est soumis à des injections de calomel ; les 11 injections qu'il a reçues l'ont sensiblement amélioré ; mais la lenteur même de ces progrès fait douter qu'il s'agisse de syphilis.

M. Leredde trouve que l'examen des coupes rapproche cette lésion des épithéliomas. On y voit, en effet, au centre de nodules fibreux profonds, des cellules dont la forme et l'arrangement rappellent l'épithélioma.

M. Brocq fait remarquer que la première impression est que l'on a affaire à la syphilis ou à la morve, mais ce dernier diagnostic de se soutient pas, il y a ici une infiltration périphérique et une induration en bourrelet qui s'éloignent fort de la mollesse commune du tissu morveux. Cette induration en bourrelet fait penser soit au rhinosclérome et à l'épithélioma, soit à une combinaison de syphilis et d'épithélioma, comme il n'est pas très rare d'en observer.

M. Darier a eu tout d'abord, en voyant ce malade, la pensée qu'il s'agissait de syphilis ou d'épithélioma, peut-être aussi pouvait-on penser au rhinosclérome et à la morve. Mais l'examen des coupes écarte toute idée de rhinosclérome et de morve.

M. Darier ne croit pas non plus que l'on puisse se fonder sur les apparences épithéliales dont parle M. Leredde, pour asseoir le diagnostic d'épithélioma. On est donc ramené par l'histologie comme par la clinique au diagnostic de syphilome mutilant, malgré la lente amélioration que produit le calomel.

M. Brocq se souvient d'une malade qui fut atteinte de lésions semblables. Il avait pensé d'abord à la morve, mais n'ayant eu aucune preuve bactériologique et histologique de cette origine, il la soumit au traitement spécifique qui l'améliora et la guérit rapidement. Cette observation est à l'appui de ce que vient de dire M. Darier.

M. Fournier pense que sans aucun doute il s'agit là d'un cas de syphilis dégénéré en épithélioma. L'épithélioma est certain de par les bords durs, de consistance chondroïde. D'autre part, la cicatrisation des lésions de la gorge, l'amélioration de l'ensemble de l'ulcération par le traitement spécifique imposent la conviction qu'il s'agit de syphilis.

Ce processus d'épithélioma combiné à la syphilis est comparable à ce qui se produit dans le lupus qui subit la dégénérescence épithéliale.

Tuberculides des membres.

M. Du Castel. — Il s'agit d'un malade atteint depuis de longues années d'éruptions tantôt papulo-nécrotiques, tantôt papuleuses circinées, tantôt purpuriques. Ces diverses éruptions semblent bien être du type des lésions qui ont été décrites dans ces dernières années sous le nom de tuberculides. Le malade ne présente cependant aucune tuberculose viscérale ou ganglionnaire manifeste. Il a été souvent considéré comme porteur d'une éruption syphilitique, bien qu'il ne paraisse aucunement syphilitique. Le traitement antisyphilitique ne semble du reste avoir jamais exercé une influence heureuse.

Aplasie moniliforme améliorée par le massage du cuir chevelu.

M. Jeanselme présente un enfant atteint d'aplasie moniliforme, curieuse dystrophie familiale caractérisée par une alternative régulière de renflements et de rétrécissements des poils.

Depuis un an, M. Jeanselme a fait frictionner énergiquement le cuir chevelu de cet enfant avec diverses pommades. Il a employé tour à tour la pilocarpine, l'huile de cade, la fleur de soufre.

Il ne peut être ici question de guérison, mais il est manifeste que les cheveux sont devenus plus nombreux, plus vigoureux et plus longs. M. Jeanselme attribue cette amélioration bien plus à l'action mécanique du massage qu'aux divers ingrédients incorporés dans les pommades.

L'aplasie moniliforme est héréditaire dans la ligne paternelle de cet enfant.

Sarcomatose mélanique généralisée.

M. Gaucher présente un malade qui a été opéré en 1898 pour une tumeur sarcomateuse non mélanique, siégeant au-dessous de la mâchoire. En novembre 1900, une nouvelle intervention devint nécessaire, le néoplasme ayant récidivé ; cette fois il s'agissait d'un sarcome mélanique. On constatait déjà quelques noyaux mélanodermiques sur la peau ; aujourd'hui, ces noyaux sont plus abondants.

M. Gaucher a pu en suivre quelques-uns depuis leur début : on percevait un nodule d'abord hypodermique, puis dermique. Sur plusieurs points il s'est développé, au niveau de ces petits néoplasme, un processus inflammatoire accompagné de suppuration qui détruisait une partie de la tumeur. Aucun signe ne permet de soupçonner chez ce sujet une invasion des viscères ; il n'y a pas de mélanurie ; le sang présente seulement quelques rares leucocytes mélaniques.

M. Darier. — L'absence de signes cliniques n'implique pas que la néoplasie ait forcément respecté les viscères. Dans toutes les autopsies de sarcomatose mélanique généralisée, on relève l'existence de tumeurs viscérales, alors même qu'aucun symptôme ne les révélait pendant la vie. Souvent, quelques parties des tumeurs sont mélaniques, tandis que le reste ne

l'est pas. Enfin il peut se produire sur certains points, dans les organes, de l'infiltration mélanique, sans qu'on rencontre à ce niveau d'élément néoplasique.

M. E. Besnier rappelle qu'il existe toujours un nævus pigmenté à l'origine de la sarcomatose mélanique. Il croit, d'accord avec tous les chirurgiens, qu'il ne faut jamais toucher à ces nævi pigmentés lorsqu'ils s'accroissent, l'opération semblant provoquer la généralisation. On a remarqué, d'ailleurs, que la sarcomatose a déjà envahi certains viscères, particulièrement le foie, lorsque l'augmentation de volume du nævus pigmenté devient sensible.

M. Darier cite un exemple qui constitue une exception à la règle que vient de signaler M. Besnier. Une vieille femme qu'il connaissait de longue date présentait depuis une vingtaine d'années un nævus mélanique qui s'accrut subitement. Il fit pratiquer l'ablation au bistouri de ce nævus, en dépassant très largement les limites de la lésion ; on enleva en même temps tous les ganglions accessibles de la région. Il y a 5 ans que l'opération a été faite et il ne s'est pas produit de généralisation.

M. Brocq cite le cas d'une malade ayant un nævus mélanique de la face en voie d'accroissement, et chez laquelle il a obtenu la disparition de la petite tumeur au moyen de l'électrolyse. Un an après, il ne s'était rien produit de nouveau.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 12 Novembre 1901.

Péritonite généralisée à pneumocoques.

M. Mauclaire a montré une fillette de 12 ans à laquelle il a fait la laparotomie pour une péritonite généralisée.

L'affection a débuté chez elle brusquement par des vomissements, des douleurs abdominales localisées à droite et une fièvre élevée. On avait d'abord pensé à un embarras gastrique, mais la localisation de la douleur à droite fit penser à une appendicite, et la malade fut envoyée à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital la malade présentait un facies péritonéal, un ventre ballonné, mais pas de douleur dans la face iliaque droite, Une laparotomie médiane donna issue à une grande quantité de pus fétide. L'appendice fut trouvé sain. Drainage. Guérison rapide. L'examen bactériologique du pus montra qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques.

Sur 11 cas de péritonites généralisées à pneumocoques, consignés dans la littérature, 9 se sont terminés par la mort. M. Mauclaire est convaincu que la gravité de cette affection diminuerait avec une intervention précoce et un drainage bien établi.

Réfection d'un nez par les injections sous-cutanées de vaseline.

MM. Leroux et **Besson** montre la photographie d'un enfant hérédo-syphilitique de 12 ans, dont le nez effondré fut relevé au moyen des injections sous-cutanées de vaseline au niveau du dos du nez. La vaseline qu'on chauffe avant l'injection, se solidifie sous la peau, à la température du corps, et peut être modelée de façon à rétablir la forme primitive du nez. Le seul phénomène survenu après l'injection fut un léger œdème local.

L'enfant est mort 3 mois après l'opération, de méningite tuberculeuse qui, naturellement, n'a aucun rapport avec l'opération.

Hémoglobinurie chez une choréique traitée par l'antipyrine.

MM. Simon et **Mahen** relatent l'observation d'une choréique de 9 ans soignée dans le service de M. Guinon par l'antipyrine à la dose de 2 grammes par jour. La petite malade avait pris en tout 9 grammes d'antipyrine lorsqu'elle présenta une hémoglobinurie typique et 5 jours plus tard un érythème généralisé. L'examen du sang montra que le sérum était laqué.

Cet état particulier du sérum ne fut pas constaté chez deux autres choréiques traités également par l'antipyrine.

M. Comby qui donne aux choréiques jusqu'à 6 grammes d'antipyrine par jour, n'a jamais observé d'hémoglobinurie, mais quelquefois de l'anurie et de l'oligurie surtout pendant les chaleurs de l'été quand la peau fonctionne mal.

M. Variot a observé un cas d'hémoglobinurie chez un enfant qui était atteint de stomatite ulcéro-membraneuse et prenait 2 grammes de chlorate de potasse par jour.

M. Leroux cite un cas d'érythème chez un enfant qui était atteint de diabète insipide, auquel on avait donné 0 gr. 25 d'antipyrine.

M. Netter fait observer que les accidents d'intoxication par des médicaments se manifestent tardivement, comme après l'injection de sérum.

M. Comby lit un rapport sur une observation de M. Aguinet, relative à un cas de péritonite blennorrhagique guéri par le traitement médical. Dans ce rapport, M. Comby insiste sur ce fait que le traitement médical est le traitement de choix en ce sens que la laparotomie se termine fréquemment par la mort.

M. Simon relate une observation de monoplégie hystérique avec troubles de la sensibilité et paralysie des sphincters chez un garçon de 13 ans.

M. Variot montre une fillette syphilitique avec une section médiane de la luette simulant la bifidité congénitale.

M. Netter lit un rapport sur l'isolement des coquelucheux dans les wagons de chemin de fer, question soulevée par M. Variot dans la séance précédente. Sur la proposition de M. Netter, la Société exprime le vœu que des compartiments spéciaux soient réservés aux coquelucheux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 6 Novembre 1901.

Traitement de la stase gastrique.

M. Soupault. — Le traitement de la stase gastrique, préconisé dans la dernière séance par M. Mathieu a donné des résultats dont j'ai pu apprécier la valeur. Je voudrais seulement à ce propos exposer mes idées personnelles sur la thérapeutique que j'applique aux grands et petits succorrhéiques.

J'attache, en premier lieu, une grande importance au repos physique et moral, car l'influence du système nerveux joue un rôle prépondérant dans la maladie de Reichmann.

Si la gastro-succorrhée est très intense, je prescris le repos au lit pendant 8 à 10 jours; dans les cas de moyenne intensité, je me borne à exiger un minimum de 10 à 12 heures de repos par jour avec cessation de tout effort physique ou intellectuel dans l'intervalle. Le repos de l'estomac est obtenu en réduisant son travail au minimum par une alimentation fractionnée et non irritante, ayant pour base le lait et les farines, puis, à une période d'amélioration, la viande pulpée. Dans les formes graves, je prescris la diète absolue pendant 1 à 2 jours, avec retour progressif à l'alimentation. La crise passée, les malades sont soumis à un régime dit « d'exclusion », dans lequel on supprime les condiments, les mets épicés, l'alcool.

On a préconisé l'huile d'olive à la dose de deux cuillerées à bouche par jour ou d'une cuillerée à café toutes les 2 heures : c'est un traitement pénible et sans résultat. Enfin, je fais de la révulsion épigastrique au moyen de compresses imbibées d'eau froide, et le soulagement obtenu est souvent plus rapide que celui que procure la piqûre de morphine. Je repousse formellement le cathétérisme fréquent, suivi de lavage, quelle que soit la forme de l'affection, et je me contente de vider l'estomac de mes malades deux ou trois fois par semaine, sauf dans les phases aiguës.

Les alcalins en cachets associés au bismuth et donnés toutes les 2 heures, suivant le procédé de M. Debove, permettent en outre une saturation permanente de l'acide chlorhydrique et diminuent l'irritation de la muqueuse.

Cependant, je ne suis pas aussi optimiste que M. Mathieu quant aux résultats du traitement médical, et je pose en prin-

cipe qu'il est des cas qui relèvent infailliblement de l'intervention opératoire. En effet, la maladie de Reichmann est une maladie à rechutes et, si certains malades restent des mois et des années sans récidive, il en est un grand nombre qui voient réapparaître leurs crises à des intervalles plus ou moins rapprochés, tous les 3, puis tous les 2 mois : les crises peuvent même devenir subintrantes, s'accompagner d'hématémèses plus ou moins graves. Dans ces cas le pronostic se modifie et l'indication opératoire s'impose. Pour ma part, je considère que le traitement médical n'est que palliatif et que seul le traitement chirurgical est curatif.

Je n'y soumets pas d'emblée tous mes malades, bien entendu ; il faut tenir compte de leur situation sociale. Les gens d'affaires, les malades d'hôpital, tous ceux dont la profession implique l'effort, condition qui est, nous l'avons vu, absolument défavorable à la réussite du traitement médical, relèvent de la chirurgie. Il faut encore tenir compte d'autres facteurs : l'hématémèse, l'éventualité d'une perforation ou d'une greffe cancéreuse. J'ai vu, en 4 mois, trois cas de perforation, chez des malades dont l'un semblait guéri depuis 3 ans; un autre était très amélioré ; j'insiste sur ce fait, que la mort du dernier s'est produite en pleine période d'accalmie.

Enfin, je suis arrivé à me convaincre qu'il n'y a pas de maladie de Reichmann sans ulcus. M. Hayem, dès 1886, professait cette opinion et, pour ma part, toutes les fois que j'ai eu l'occasion d'en faire la vérification anatomo-pathologique, jamais elle n'a manqué. Sur 18 malades que j'ai fait opérer, je l'ai trouvée 18 fois.

Les partisans du spasme pylorique essentiel s'appuient précisément sur le même argument : ils disent qu'au cours des interventions dirigées contre la gastro-succorrhée on ne trouve généralement pas d'ulcus. Cette divergence d'opinion est uniquement apparente, car j'ai été moi-même frappé de la difficulté d'explorer un pylore au cours d'une laparotomie. Dans un cas où le pylore paraissait simplement épaissi par contraction, un examen plus attentif fit découvrir une tache grisâtre qui amena le chirurgien à pratiquer la pylorectomie. La pièce enlevée présentait un ulcus sur les bords duquel on trouva des noyaux dont la nature cancéreuse fut histologiquement démontrée; or, la lésion échappait au premier examen et le diagnostic de spasme essentiel du pylore allait être accepté.

En résumé, le syndrome de Reichmann est lié, pour moi, à l'existence :

1° D'une lésion anatomique : l'ulcus ;

2° D'un trouble physiologique : le spasme, qui correspond à la lésion anatomique;

3° De troubles fonctionnels qui résultent des deux précédents.

Quelle est donc l'efficacité du traitement chirurgical ?

Chez mes 18 opérés, la règle générale a été l'absence de récidive dès la période de convalescence, l'amélioration de l'état général, la disparition des vomissements, de la douleur à la pression épigastrique; les malades ont pu reprendre leurs occupations habituelles, même en usant d'une alimentation irritante. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que le chimisme stomacal a peu varié après l'acte opératoire, le taux de l'hyperchlorhydrie est le même ou à peu près.

M. Le Gendre fait remarquer que si M. Soupault établit l'ulcus à la base de tout syndrome de Reichmann, il n'y a plus de raison de décrire une maladie de Reichmann : tous ces malades sont simplement des ulcéreux et la classification de Cruveilher doit être remise en vigueur.

En second lieu, si les troubles locaux disparaissent sans diminution d'acide chlorhydrique, il faut admettre que la douleur et la stase sont le fait du spasme nerveux, que l'ulcus en soit ou non la cause : le spasme n'est pas dû à l'hyperchlorhydrie puisqu'il disparaît malgré la persistance de celle-ci.

Enfin il serait intéressant d'avoir des chiffres précis sur la durée de la guérison depuis l'intervention, élément indispensable pour en apprécier la valeur.

M. Soupault. — Un de mes opérés est guéri depuis 6 ans, 2 autres depuis 5 ans, aucun d'eux n'est soumis à un régime.

M. Linossier cite le cas d'un malade qui, 2 ans après une gastroentérostomie, a vu réapparaître tous les symptômes antérieurs, spasme, vomissements, etc.

M. Albert Robin. — J'approuve entièrement la thérapeutique médicale préconisée par M. Soupault, mais je suis l'adversaire résolu du traitement chirurgical. J'ai toujours obtenu de bons résultats par des moyens purement médicaux chez tous ceux qui peuvent se soigner. Seule, une situation sociale particulière, ou la constatation d'une sténose mécanique du pylore sont pour moi une indication opératoire. Je procède d'ordinaire de la façon suivante : je soumets mes malades au régime lacté intégral pendant 15 jours; si l'état du malade s'améliore, je prescris successivement le régime lacto-végétarien, puis le régime ordinaire des dyspeptiques. Au contraire, l'absence d'amélioration au bout de 15 jours est pour moi un signe de sténose mécanique et une indication opératoire.

Sur 280 malades j'en ai fait opérer 4 : l'un est mort pendant l'opération 2 après 3 et 4 ans, le dernier a survécu. Les statistiques des archives de chirurgie allemandes fixent la mortalité opératoire à 26 p. 100 et, dans ces conditions, j'estime que nous ne sommes pas en droit de proposer l'intervention chirurgicale.

Traitement du psoriasis.

M. Balzer. — Après avoir traité la période active du psoriasis par les méthodes classiques (huile de cade, acide chrysophanique), j'ai employé à la période où l'affection, presque guérie, reste néanmoins stationnaire, la balnéation cadique d'après la formule suivante :

Un jaune d'œuf est délayé au mortier ; on ajoute lentement de l'huile de cade, de l'extrait de quillaya, de l'eau distillée ; on verse le mélange dans un demi-seau d'eau puis le tout dans un bain. M. Schimpf et moi proposons la formule :

Huile de cade.	50 gr.
Extrait de quillaya.	Q. S.
Jaune d'œuf.	
Eau distillée	250 gr.

Les résultats ont été excellents.

M. Leredde pense qu'il est plus simple et plus rapide de continuer la médication cadique ou chrysophanique instituée au début du traitement.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 Octobre 1901.

Splénomégalie avec cirrhose du foie.

M. Senator fait remarquer que dans l'affection que Banti a décrite sous ce nom et qui est caractérisée, comme on sait, par une hypertrophie considérable de la rate, par de l'anémie, de la cirrhose du foie et de l'ascite, le médecin italien considère les lésions spléniques comme la cause des phénomènes hépatiques. Cette hypothèse, quoique en contradiction avec les idées généralement admises, paraît cependant acceptable pour l'altération du foie ; mais il n'en est pas de même de l'ascite ; en effet, chez deux malades, l'épanchement péritonéal disparut spontanément ou ne se reproduisit plus après la ponction, bien que l'affection n'eût pas rétrocédé et que l'hypertrophie splénique eût fait des progrès plus ou moins considérables.

En ce qui concerne la symptomatologie de la maladie de Banti, M. Senator croit devoir attirer l'attention sur la fréquence des hémorrhagies, surtout au niveau du tube gastro-intestinal. Ces accidents se sont produits dans 6 cas sur 7 qu'il a observés depuis 6 ans; tantôt ils ouvrent la scène morbide, tantôt ne surviennent que plus tard ou se reproduisent durant

l'évolution du mal, tantôt enfin amènent le dénouement fatal, ainsi que M. Senator en a vu un exemple.

Des recherches hématologiques minutieuses faites par M. Senator sur 3 de ses malades, comme des indications recueillies dans 17 observations antérieurement publiées, il ressort que l'étude du sang révèle des particularités intéressantes, notamment la diminution du nombre des hématies et des leucocytes, et surtout l'abaissement du taux de l'hémoglobine. Toutefois, M. Senator doit dire pour ce qui est des globules blancs, qu'il se produit des oscillations considérables, mais, d'une façon générale, il y a leucopénie.

Quant au traitement, on sait que M. Banti préconise la splénectomie. Malgré les dangers de cette opération, M. Senator croit qu'on ne saurait en refuser le bénéfice aux patients.

M. Litten a observé 4 cas de maladie de Banti, dont 3 chez des hommes. Dans un de ces faits, la rate avait acquis un volume énorme, sans leucémie; il y avait de l'ascite et des hémorrhagies se produisirent du côté des yeux, de la peau, du canal gastro-intestinal et de l'appareil urinaire ; le taux de l'hémoglobine était fort abaissé, mais on ne constata aucune altération notable des éléments figurés du sang ; à l'autopsie, le foie — qui n'était pas appréciable pendant l'existence — présentait des lésions de cyrrhose atrophique et ne dépassait pas les fausses côtes.

M. Lennhoff fait observer que l'ictère peut faire partie du tableau de la maladie de Banti. C'est ainsi qu'il a observé un homme de 29 ans qui, depuis l'âge de 18 ans, était ictérique; quand il le vit, il trouva, outre l'infiltration jaune des téguments, une hypertrophie considérable de la rate ; le foie n'était pas palpable ; le malade se plaignait d'une sensation de pesanteur dans l'abdomen, lequel était dur et douloureux; peu après survinrent des hémorrhagies abondantes, et le patient succomba. M. Jacobowitz a observé un cas analogue.

Des amputations pour phlegmons.

M. von Bergmann estime que l'opinion qu'on ne doit pas amputer quand il y a bactérihémie est tout à fait fausse.

C'est ainsi que M. von Bergmann cite le cas d'un jeune homme de 20 ans chez qui, après un écrasement de la main, il se développa un phlegmon pour lequel on fit d'abord l'amputation du petit doigt; néanmoins l'inflammation continua à progressser. A ce moment, le sang, recueilli au niveau de la plaie et dans la veine médiane, renfermait un streptocoque mortel pour la souris. Malgré de grandes incisions de la partie postérieure de l'avant-bras et l'ouverture de l'articulation du poignet, qui avait été envahie par le pus, la fièvre ne tomba pas et le délire apparut. Aussi, bien que le nombre des microorganismes en circulation dans le sang eût augmenté, fit-on l'amputation. Le malade guérit très bien, et, les jours qui suivirent cette opération, les streptocoques diminuèrent peu à peu dans le sang et finirent par disparaître.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 15 Octobre 1901.

Intoxication professionnelle par le manganèse.

M. Embden a attiré l'attention sur une intoxication professionnelle encore peu connue : l'intoxication chez les ouvriers qui travaillent le manganèse. Le tableau clinique de cette intoxication, tel que nous le donne M. Embden, est basé sur l'étude de 5 cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Ces ouvriers présentent tout d'abord un affaiblissement musculaire général particulièrement accusé au niveau de certains groupes musculaires. Au niveau de la face, c'est le facial qui est touché: aussi ces malades présentent une certaine immobilité de la face qui ressemble à un masque. L'occlusion des paupières se fait mal.

Les muscles des membres ainsi que ceux du dos sont affaiblis, sans présenter d'atrophie ni de contractions fibrillaires. Les malades éprouvent une sensation de tension au début des mouvements, parfois même — dans un cas — il existe une contracture des muscles fléchisseurs. La marche est raide, spasmodique, avec tendance à la rétropulsion. Les malades descendent avec difficulté les marches de l'escalier. Le signe de Romberg fait défaut. Les réflexes rotuliens sont exagérés, mais le signe de Babinski manque, et il n'existe pas d'ataxie ni de tremblement intentionnel. Toutefois, on observe des troubles de la coordination des mouvements pour certains actes. Les malades ne peuvent frotter énergiquement une allumette contre une boîte, ni cirer vigoureusement leurs chaussures. Il existe aussi des troubles de l'écriture, qui devient de moins en moins nette, presque illisible.

La parole est troublée, tant au point de vue de la phonation qu'à celui de l'articulation des mots : il y a de la dysphonie avec tendance à la paraphasie. Pas de symptômes oculo-pupillaires, pas de nystagmus. L'excitabilité électrique est normale, mais il existe une certaine insuffisance des sphincters. Au début de la maladie, on note parfois de la sialorrhée. Les troubles subjectifs, paresthésies et douleurs, sont peu accentués.

La période d'incubation, c'est-à-dire le temps nécessaire à l'éclosion de ces accidents, varie suivant les individus. Généralement, c'est après 6 à 9 mois de travail dans les fabriques de manganèse que se montrent les premiers symptômes, Le début est souvent marqué par des symptômes rénaux : œdèmes, albuminurie et cylindrurie, faiblesse des jambes. Les phénomènes nerveux que nous avons indiqués plus haut se montrent généralement 3 mois plus tard.

L'intoxication est réalisée par la voie d'inhalation de poussières de manganèse. Au point de vue de la prophylaxie, il est donc à exiger que les fabriques soient largement ventilées et que les ouvriers soient pourvus d'un masque arrêtant les poussières.

AUTRICHE

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 4 novembre 1901.

La fièvre ganglionnaire des enfants.

M. Hochsinger a combattu l'opinion de Pfeiffer, qui considère la fièvre ganglionnaire comme une entité morbide. D'après l'orateur, la fièvre ganglionnaire n'est que l'expression de l'action des microbes ou de leurs toxines sur les ganglions cervicaux, en rapport avec les réseaux lymphatiques de la muqueuse lésée. La « fièvre ganglionnaire » est donc une inflammation secondaire, consécutive à une altération des muqueuses. Son étiologie est variable comme sa symptomatologie. Les ganglions situés en avant et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien sont le plus souvent en cause, en raison de leurs nombreuses anastomoses avec les autres ganglions du cou et de leurs rapports avec la muqueure pharyngo-naso-buccale dont les inflammations sont si fréquentes.

M. Hochssnger traite la fièvre ganglionnaire par l'application *loco dolenti* de compresses imbibées d'eau blanche, ou encore par des frictions avec de l'onguent mercuriel ou une pommade ichtyolée. La prophylaxie de cette affection se confond avec celle des angines.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 8 Novembre 1901.

De la théorie des anticorps.

M. Gruber a continué l'exposé de la théorie des anticorps. On sait que l'immunisation est la conséquence des propriétés bactéricides acquises par le sang, propriétés qui sont habituellement temporaires et disparaissent sous l'influence du chauffage ; mais le sérum ainsi devenu inactif peut rendre bactéricide le

sang des animaux auxquels on l'injecte : il contient donc en germe, pour ainsi dire, les substances immunisantes. Ainsi, lorsqu'on injecte une culture microbienne dans la cavité péritonéale d'animaux, les bactéries sont détruites même si ces animaux ne sont pas immunisés, pourvu qu'on injecte du sérum immunisant en même temps que la culture microbienne. On a voulu attribuer ce résultat à une action dissolvante du sérum, mais il n'en est rien, car les bactéries injectées vont toutes s'agglomérer au niveau de la paroi abdominale à laquelle elles adhèrent.

Büchner a désigné sous le nom d'alexines les substances actives que l'on trouve dans le sérum vivant, mais l'existence de ces substances est très contestée. A côté des alexines, on a admis d'autres substances ayant la probité d'agglutiner les microbes ou agglutinines. Enfin Ehrlich a émis l'hypothèse très discutable que les lysines étaient formées par la combinaison de ces deux sortes de substances. D'après les recherches de M. Gruber, les anticorps et les alexines n'ont aucune action les uns sur les autres ; en outre, le sérum de chaque espèce animale contient une alexine spéciale. Quant à l'opinion de M. Metchnikoff, d'après laquelle les alexines proviendraient de la destruction des leucocytes, elle n'est pas acceptée par l'orateur, car les alexines n'ont aucun rapport avec les leucocytes.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

5e SESSION

Tenue à Paris du 24 au 26 Octobre.

Volumineuse hématonéphrose.

M. Félix Legueu. — Il s'agit d'un homme de 38 ans, qui fut envoyé à l'Hôtel-Dieu, annexe, dans mon service avec une tumeur dans le flanc, diagnostiquée abcès de la rate. Depuis quelques semaines, ce malade présentait des signes de pleurésie qui l'avaient conduit à l'hôpital. Une ponction avait été faite dans le 7e espace intercostal, et on avait retiré un liquide louche et sanguinolent.

Dans le flanc gauche existait une énorme tumeur occupant toute la partie gauche de la cavité abdominale, tendue, rénitente, remontant haut sous les côtes et ayant le contact lombaire. L'insidiosité de cette tumeur, la nature du liquide recueilli firent plutôt penser qu'il s'agissait d'un kyste de la rate, et M. Legueu pratiqua une incision abdominale médiane.

Il tomba sur une tumeur rétro-péritonéale d'où il retira deux litres et demi d'une couleur brune, hématique. Il put faire l'ablation de la poche sans mettre une seule ligature, sans rencontrer un pédicule. Le malade guérit.

A l'examen histologique, on reconnut dans la poche amincie des tubes aplatis et des glomérules altérés quoique reconnaissables avec de petites hémorrhagies interstitielles dans la paroi.

En somme, c'était une hématonéphrose du rein gauche, probablement très ancienne dont on a méconnu la nature, même au cours de l'opération à cause de l'atrophie des vaisseaux rénaux et de l'absence de l'uretère, qui, probablement oblitéré, a complètement échappé.

Sur un cas de symptôme du rein.

M. Brin (d'Angers) rapporte l'observation d'une volumineuse tumeur du rein, myxo-sarcome de 13 livres 1/2, qu'il a enlevée par néphrectomie transpéritonéale. La fluctuation était tellement nette que l'on avait pensé d'abord à un kyste ovarique.

La laparotomie montra des adhérences considérables entre la paroi abdominale antérieure et la tumeur.

Celle-ci était également adhérente au côlon ascendant sur toute son étendue.

L'extirpation fut difficile et nécessita la ligature de plusieurs vaisseaux coliques. L'opération se termina par la fermeture complète sans drainage.

La malade guérit parfaitement, malgré des hémorrhagies intestinales très graves survenues le 12e jour. Elle est restée guérie depuis 3 mois.

Sur un cas d'hématurie essentielle.

M. Nicolich (de Trieste) présente le rein d'une malade qu'il a opérée avec succès pour hématurie dite essentielle. L'auteur a fait examiner ce rein à Vienne. Les histologistes n'ont pas trouvé de lésion sur ce rein. Les préparations examinées au laboratoire de Necker ont montré à M. Albarran et à M. Motz que ce rein était atteint de glomérulo-néprite évidente. M. Nicolich regrette d'avoir pratiqué la néphrectomie. Peut-être une néphrotomie eût-elle été suffisante et le rein aurait été ainsi conservé.

VARIÉTÉS

Élection du doyen de la Faculté de Paris.

Jeudi dernier, le successeur de M. Brouardel, démissionnaire, a été élu par l'assemblée de la Faculté, dans les circonstances suivantes :

La Société des agrégés de la Faculté s'était réunie à l'avance et avait décidé, dans l'ignorance où elle était des intentions précises de M. Debove, seul candidat, que les membres voteraient au premier tour de scrutin pour un professeur partisan déclaré de la pérennité de l'agrégation ; au deuxième tour, ainsi rendu nécessaire, ils se ralliaient à M. Debove, seul candidat.

La séance de l'assemblée s'est ouverte jeudi par une déclaration de M. Debove retirant sa candidature. Le premier tour a donné les résultats suivants :

Pinard	18 voix.
Tillaux	2 —
Richet	3 —
Dieulafoy	2 —
Debove	3 —
Raymond	2 —
Brouardel	1 —
Chantemesse	1 —
Bulletins blancs	23

M. Pinard ayant alors annoncé qu'il n'avait pas posé, ne posait pas, et ne poserait pas sa candidature, une suspension de séance a eu lieu, sur la proposition de M. Guyon. Les agrégés se sont retirés pour délibérer et savoir s'ils maintiendraient leur décision initiale.

Pendant ce temps, M. Debove disait à ses collègues, professeurs titulaires, qui le sollicitaient de redevenir candidat, que s'il avait retiré sa candidature, c'était pour ne pas accepter un mandat impératif, étant donné surtout qu'il n'était pas partisan de la pérennité de l'agrégation, au moins de l'agrégation telle qu'elle est aujourd'hui. Ayant appris que M. Debove acceptait, mais ignorant sa dernière déclaration, les agrégés sont rentrés en séance et le résultat du scrutin a été le suivant :

Debove	48 voix.
Pinard	2 —
Dieulafoy	1 —
Richet	1 —
Bulletins blancs	4

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

ÉPIDÉMIOLOGIE

Sur l'épidémie de variole qui a sévi à Port-Saïd de janvier à fin juin 1901.

Par le Dr Cambouliu.

La variole, dont nous n'avions observé que des cas sporadiques depuis 15 ans, a pris cette année un caractère nettement épidémique et a frappé en moins de 6 mois 175 personnes dont 51 ont succombé.

Au commencement du mois de décembre 1900, trois indigènes venus des villages étaient admis à l'hôpital égyptien avec la petite vérole. Ces malades furent placés dans le pavillon spécial des contagieux, rez-de-chaussée peu élevé, qui n'est séparé de la rue du Commerce que par un étroit passage et un mur de 2 mètres. Peu de jours après, deux cas de maladie étaient constatés dans la maison d'en face, distante d'une vingtaine de mètres et bientôt un 3e et un 4e chez des voisins. Cinq ou six maisons plus loin, un de nos ouvriers était atteint, le 1er janvier 1901, de la forme hémorrhagique et mourait le 6 dans la nuit. A partir de ce moment, des cas nouveaux éclataient un peu sur tous les points de la ville européenne, de sorte que, sur 16 reconnus en janvier, 15 concernaient les étrangers.

Cette préférence persista jusqu'à la mi-février, époque où la maladie gagna le village arabe.

Pendant le mois de mars, c'est surtout l'indigène qui fut atteint et il donna 21 cas sur 28.

Jusqu'à ce moment la maladie n'avait pas, malgré tout, assumé un caractère très inquiétant; mais, tandis que, fin mars, elle était brusquement enrayée chez les indigènes par la vaccination en masse, elle recommençait à sévir dans le quartier européen et d'une façon sévère. Les cas se multipliaient rapidement et, de 1 à 2 par jour, s'élevaient à 3, 6 et 9. Dans la seule semaine du 22 au 28 avril, 42 personnes étaient frappées. La virulence de l'infection suivait de son côté une marche progressive; les trois quarts des malades de cette période succombaient, quelques-uns à la petite vérole noire (forme hémorrhagique).

Cependant la population étrangère, sérieusement alarmée d'une pareille situation, se soumettait en foule à la vaccination et on pouvait, dès la fin du mois d'avril, prévoir une détente prochaine de l'épidémie parce que plus de 6 000 personnes sur 11 000 dont elle se compose avaient déjà subi l'inoculation.

Malheureusement beaucoup de gens trop récemment vaccinés pour être immunisés contractèrent la maladie et du jour au lendemain presque personne ne voulut plus se laisser vacciner.

Quoique le résultat principal fût acquis, ces coïncidences n'en furent pas moins regrettables, car, si on avait pu pratiquer encore un millier d'inoculations, l'épidémie était coupée net, tandis qu'elle a traîné plusieurs semaines.

En somme, si on laisse de côté les cas du mois de décembre, qui doivent s'élever à une dizaine, nous avons eu, du 1er janvier jusqu'à fin juin, 175 cas de variole avec 51 décès, ce qui donne un pourcentage de 29 p. 100. Dans notre personnel nous avons compté 30 malades et 6 morts.

Le graphique ci-annexé indique la marche de l'épidémie par semaine; il permet, en outre, de se rendre compte des alternances de la maladie dans les deux populations.

L'épidémie, de moyenne intensité au point de vue de la mortalité, a pris à un moment donné une marche très violente et certainement, sans les vaccinations répétées, on l'aurait maîtrisée avec peine. Le milieu était d'ailleurs éminemment favorable. Depuis 15 ans nous n'avions pas eu d'épidémie et beaucoup de gens avaient négligé les vaccinations. On a rencontré de nombreux enfants de 1 à 10 ans et même plus qui n'avaient jamais été inoculés. Nous étions probablement aussi dans ces conditions spéciales, non encore bien déterminées, où les contagions se développent dans une agglomération à un moment donné plutôt qu'à tout autre. En effet, depuis la petite vérole de 1886, qui fit beaucoup de victimes, nous avons constaté à plusieurs reprises, toujours dans le voisinage de l'hôpital égyptien, des foyers de cette infection qui se sont éteints sur place, à peu près spontanément.

Suivant la règle, les quartiers ouvriers et les maisons encombrées ont été les plus éprouvées. Dans un seul immeuble où 20 familles, chargées d'enfants, occupent chacune une pièce unique, 17 cas ont été relevés.

La partie Est de la ville où habite la population la plus aisée a été presque entièrement épargnée.

La colonie grecque a, comme toujours, payé un large tribut à l'épidémie, mais la variole n'a pas montré pour elle la prédilection presque exclusive que la peste avait manifestée en 1900.

J'ai résumé dans le tableau suivant les cas par mois et par nationalités :

	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Totaux
Grecs	12	3	3	26	8	»	52
Italiens	»	1	1	24	6	1	33
Autrichiens	1	»	1	8	7	3	20
Maltais	»	»	1	13	4	»	18
Anglais	1	1	1	2	»	»	5
Suisses	1	»	»	1	»	»	2
Français	»	»	»	1	1	»	2
							132

Moyens employés pour combattre l'épidémie.

Action de la Compagnie de Suez. Vaccinations. — Dès l'apparition des premiers cas de petite vérole, mon collègue le Dr Arbaud et moi, avons invité par affiches et circulaires le personnel de la Compagnie et les familles à se faire vacciner. Profitant de notre contact journalier

avec les ouvriers des ateliers généraux nous en avons fait venir chaque jour un certain nombre à la consultation du matin et les avons vaccinés un peu par force. En trois semaines nous avons ainsi immunisé environ 400 hommes. Les familles n'ont pas mis un grand empressement à répondre à notre appel et il s'est présenté à peine 300 femmes et enfants.

Lorsque, vers le 15 mars, la maladie a montré un caractère épidémique bien tranché, j'ai pris la résolution de rechercher le reste du personnel au milieu de ses occupations pour lui enlever tout prétexte de négligence : je me suis donc rendu à l'usine des eaux, sur chacune des dragues et des porteurs occupés dans le port, au magasin général, dans les bureaux et au poste de Transit. Pour les familles, je vaccinais l'entourage de tous les malades chez lesquels j'étais appelé. Cela m'a permis de pratiquer encore environ 500 inoculations. Mais aux premiers jours d'avril, quand la peur s'est emparée du public, les gens se sont présentés en foule de sorte que 142 ont été vaccinés dans une même journée et 1 500 en trois semaines.

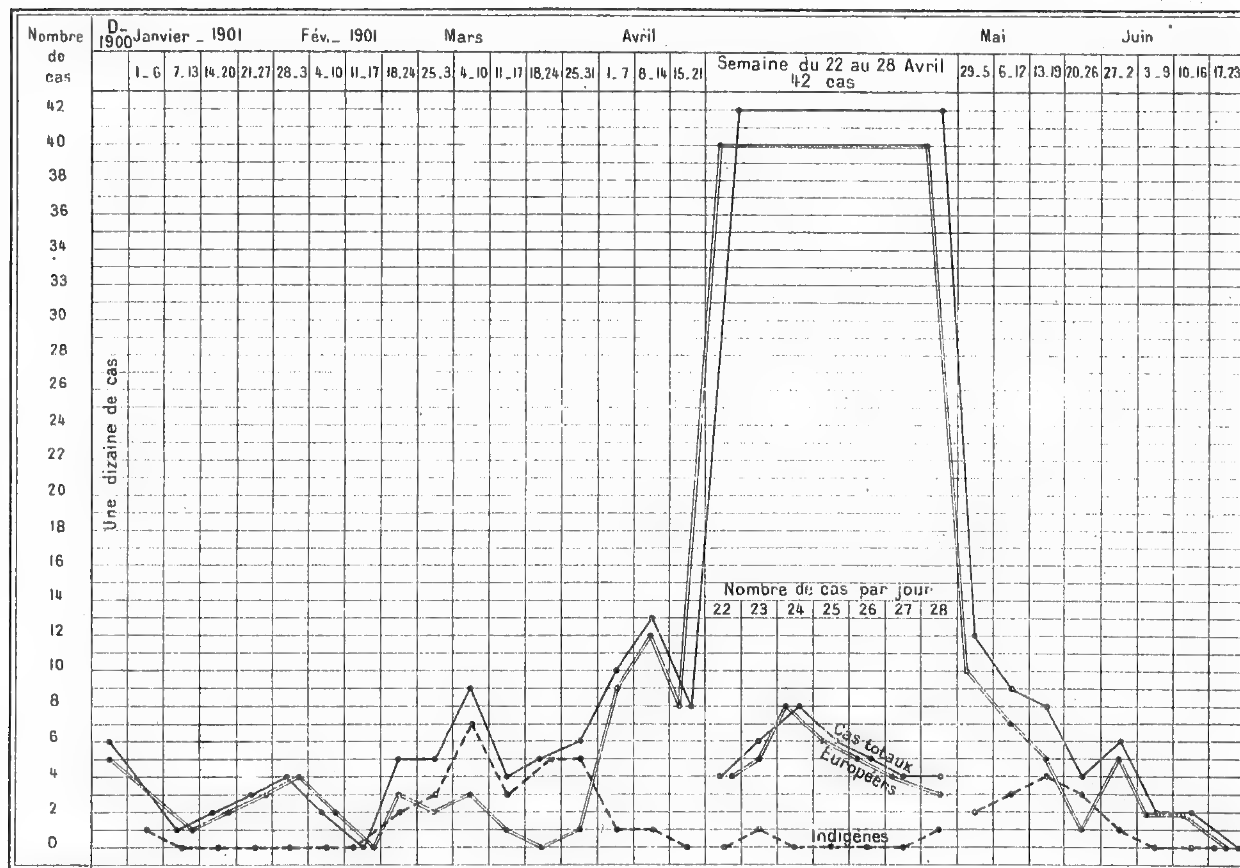
L'ensemble de mes vaccinations s'est ainsi élevé pour toute l'épidémie à 2 483.

Enfin nos collègues d'Ismaïlia, pendant leurs inspections sur le canal, s'occupaient des campements et des chantiers disséminés d'Ismaïlia à Port-Saïd.

Médicaments gratuits aux malades. — Pour éviter la diffusion du contage, les linges et effets de nos malades étaient plongés dans des solutions de sublimé au millième, pendant une dizaine d'heures, avant d'être lessivés. Les parquets des chambres devaient être lavés fréquemment avec la même solution. On se servait de créoline pour le lavage des mains. Enfin, nous usions largement des antiseptiques grâce à la libéralité de la Compagnie qui avait décidé la distribution gratuite des médicaments aux varioleux.

Préservation des gares et d'Ismaïlia. — Quelques personnes ayant des parents sur le canal cherchèrent à se soustraire à l'épidémie par la fuite. Deux enfants arrivés à Ismaïlia, au mois de mars, dans ces conditions, y eurent la variole, mais fort heureusement personne ne fut contagionné. Pour éviter le retour de cet incident, M. l'Agent supérieur décida que désormais aucun billet gratuit du tramway à vapeur ne serait plus délivré que sur avis du médecin de la Compagnie déclarant que les voyageurs étaient sains et ne provenaient pas d'une maison contaminée ou suspecte par son voisinage. De cette façon, nous n'avons plus eu à déplorer de transport de germes et Ismaïlia est restée indemne.

Action des services sanitaires. — Les services sanitaires ont, de leur côté, déployé une grande activité surtout vers la fin du mois de février, au moment où la maladie semblait vouloir prendre racine au village arabe. L'inspecteur sanitaire, aidé de deux médecins indigènes, et, plus tard, de quatre, entreprit de revacciner systématiquement et d'office toutes les personnes âgées de plus de 4 ans. Ils pénétraient dans toutes les maisons, quartier par quartier, et employaient la police s'il le fallait. Ils atteignaient ainsi le chiffre de 15000 vaccinations à la fin du mois de mars, de 17000 le 15 avril et de 22500 le 8 mai. Dans la ville européenne leur action était moindre, mais ils se mettaient à la disposition du public



à tout moment de la journée, se présentaient dans les écoles, les administrations publiques et les maisons de commerce pour y offrir leurs services. Enfin, ils fournissaient gratuitement la pulpe vaccinale à tous les médecins étrangers. Ceux-ci, d'ailleurs, faisaient tout leur possible pour propager la vaccine dans la clientèle et, grâce aux efforts réunis de tous, plus de 6000 personnes sur 11000 se trouvaient immunisées fin avril.

Les malades indigènes étaient transportés sans exception à l'hôpital, les européens soignés à domicile s'ils le désiraient. Après guérison, transfert ou décès, les logements étaient désinfectés par le service spécial, la literie et les effets passés à l'étuve. A un certain moment tous les varioleux furent évacués hors de la ville dans les ambulances élevées pour la peste l'année précédente.

Origine du vaccin des services sanitaires. — J'ai dit plus haut que le vaccin avait été fourni gracieusement aux médecins de la ville par l'administration sanitaire et je crois qu'il est bon de signaler comment on s'est procuré les 30000 doses nécessaires pour vacciner notre ville. Le renseignement pourrait être utile à d'autres, car M. le Dr Hervieux dénonçait à l'Académie de médecine, dans sa séance du 13 février 1900, l'action nocive des hautes températures sur le vaccin en voyage et donnait des conseils pour sa conservation. Le mieux, semble-t-il, serait d'imiter l'exemple du gouvernement égyptien et de créer dans les colonies des centres vaccinogènes.

La production du vaccin est confiée au Caire à l'inspecteur vétérinaire, M. Branch, sous le contrôle du président des services sanitaires, Dr Pinching. Des essais infructueux ayant été faits avec les génisses, on se sert désormais, pour la culture du cow-pox, de jeunes bufflesses âgées de quelques mois. Chaque sujet est au préalable inoculé avec la tuberculine pour s'assurer qu'il n'est pas atteint de tuberculose. Avant de livrer le produit, on pratique très scrupuleusement l'autopsie du vaccinifère. Le vaccin est récolté du 5e au 6e jour, les pustules sont raclées avec une cuillère pour en extraire la pulpe. Celle-ci est triturée dans un mortier avec parties égales de glycérine. Lorsque l'émulsion est complète, le liquide ainsi préparé est introduit dans une sorte de moulin spécial qui rend le mélange plus homogène. Le vaccin est enfin recueilli dans des tubes capillaires qu'on scelle à la lampe ou dans de gros tubes stérilisés de 50 à 250 doses, fermés avec un bouchon en liège.

Chaque animal pourrait donner 25000 doses, mais on n'utilise que les parties les plus douces de la pulpe pour que le vaccin soit plus virulent et on n'en retire que 5000 doses.

Après 2 ou 3 passages du cow-pox de bufflesse à bufflesse on pratique l'inoculation avec de la lymphe provenant d'un Institut de Berne (Haccius). On a remarqué, en effet, qu'après un certain nombre de passages le virus local perdait de son activité. Au point de vue financier, la production du vaccin n'est pas bien onéreuse. Les services sanitaires ont un contract avec un boucher qui leur prête ses buffles à raison de 25 fr. par tête et qui en utilise la viande si elle est reconnue saine après l'expertise nécroscopique.

Je tiens ces renseignements de M. le Dr Bilter, chef du laboratoire de bactériologie de l'Etat, qui a ajouté que, grâce à ce système, on avait pu, l'an dernier, vacciner 350000 indigènes dans la seule ville du Caire, sans jamais être à court.

La vaccination étant obligatoire pour tous les égyptiens dans les trois premiers mois de la vie, des envois réguliers de pulpe sont faits toutes les semaines aux inspecteurs sanitaires. Pour le Soudan les expéditions se font dans la glace.

D'après ce qui précède, on voit donc que le virus de l'administration sanitaire présentait toutes les garanties de pureté. Les résultats que nous en avons obtenus nous ont prouvé qu'il était d'excellente qualité.

Effet des vaccinations. — D'après le Dr Baker, inspecteur de la ville de Port-Saïd, les premières vaccinations ont toutes reussi invariablement, les revaccinations de 4 à 10 ans ont donné 50 p. 100 de succès et chez les adultes 80 p. 100. Mes constatations, quoique plus restreintes, se rapprochent des siennes ; elles sont résumées dans le tableau suivant :

	Résultat inconnu.	Oui.	Non.	P. 100 des réussites.
Premières vaccinations. . .	29	223	13	94,5
Revaccinations.	300	1093	578	65,4
Revaccinations répétées à peu de jours d'intervalle. . .	51	58	138	29,5

J'ai cru devoir mettre à part les résultats obtenus chez les personnes revaccinées plus d'une fois à peu de jours d'intervalle. On voit ainsi que 29,5 o/o d'entre elles ont réussi et quelques-unes après la troisième tentative. Je n'ai eu aucun succès après une quatrième et plus. J'en ai, par contre, obtenu quelques-uns sur des sujets ayant eu la variole autrefois.

Le vaccin possédait donc une très grande activité et il n'était pas rare d'en constater les effets 24 heures après l'opération. Beaucoup de gens avaient la fièvre durant 7 ou 8 jours et présentaient d'énormes pustules. Une soixantaine de nos ouvriers ont dû interrompre leur travail, quelques-uns pendant plus d'une semaine. Cependant, nous n'avons noté aucune complication proprement dite, ni phlegmon, ni érysipèle.

Urticaire vaccinale. — J'ai observé quelques cas d'urticaire vaccinale, syndrome que je n'ai trouvé cité nulle part quoiqu'il ne soit pas nouveau sans doute. L'éruption survenait du second au 10e jour, généralement en même temps que les pustules ; dans un cas, elle a pour ainsi dire remplacé la vaccine. Il s'agit de l'Inspecteur sanitaire qui se vaccinait pour la 5e fois. Il avait dénudé son bras gauche en deux endroits, sur un espace large comme une pièce de 1 franc, et l'avait abondamment recouvert de pulpe. Deux jours après apparaissait un œdème énorme de la lèvre supérieure dont la nature aurait été difficile à déterminer sans l'éclosion de plaques d'urticaire sur d'autres régions du corps. Probablement, s'est-il agi dans ces cas de l'absorption de toxines contenues dans le vaccin.

Coïncidences de la variole et de l'éruption vaccinale. — Tout le monde a été frappé de la quantité de varioles qui ont évolué sur des sujets récemment vaccinés avec succès. C'est au moment où les européens se sont fait inoculer en masse que ces coïncidences se sont produites en grand nombre : 28 personnes portant des pustules très grosses ont été atteintes de petite vérole dans le seul mois d'avril. Cependant aucun de ces cas ne s'est montré en contradiction avec les faits connus et spécialement avec les expériences de la commission milanaise du commencement du XIXe siècle. D'après ces savants, l'immunité conférée par la vaccination contre la *variole inoculée* n'est assez puissante pour arrêter les accidents généraux qu'au 5e jour, et c'est seulement après le 11e que le terrain est devenu absolument réfractaire. Tenant donc compte de la durée de l'incubation de la variole qui est de 10 à 12 jours, on voit que jusqu'au 16e ou 17e jour,

après la vaccination, on peut avoir une affection aussi grave que les sujets non vaccinés et une éruption bénigne jusqu'au 22° jour.

Parmi nos malades nous avons eu, en effet, un enfant de 15 mois, vacciné le 10 avril, qui, malgré trois gros boutons sortis avec une forte fièvre a présenté le 25, sans phénomènes prémonitoires, une éruption de petite vérole tout à fait caractéristique sur la face et les mains. Ces éléments sont devenus croûteux sans suppurer et tombaient au bout de 5 à 6 jours.

Un autre enfant de 15 mois, vacciné le 10 avril, a eu une éruption variolique très discrète, 13 jours après.

J'ai perdu deux malades de cette catégorie. La première, une fillette de 3 ans, avait été inoculée, elle et quatre de ses frères, le 11 avril. Le 16, ils ont eu la fièvre ensemble, le 17 l'éruption vaccinale a paru chez tous, très forte. Le 18, la fièvre a persisté et s'est accompagnée de bouffissure de la face. Le 20, la variole se confirmait chez les cinq. La fille la plus jeune a succombé, les autres ont guéri, l'aîné âgé de 16 ans y a laissé un œil. Dans ce cas, l'infection variolique a sûrement précédé l'inoculation vaccinale. Il en a été de même pour une petite fille de 6 ans qui, vaccinée le 17, a eu son éruption de variole le 23, en même temps que ses pustules vaccinales et qui est morte le 1er mai, de pneumonie infectieuse.

Les autres n'ont présenté aucune particularité intéressante et ont tous guéri.

Récidive. — Enfin j'ai constaté la petite vérole chez la femme d'un de nos ouvriers qui en avait déjà été atteinte 40 ans avant. Elle n'a eu qu'une vingtaine de gros boutons sur la figure et les mains, avec une légère fièvre.

On m'a cité le cas d'un enfant indigène vacciné à l'âge de 3 mois et qui, six mois après, a contracté la varioloïde.

Par contre, sur 175 malades, il n'a pas été vu un seul cas où une personne vaccinée récemment sans succès ait été contagionnée. Dans cette catégorie, se trouvent plusieurs parents de malades et ceux que d'autres obligations mettaient en contact journalier avec les varioleux. Ils bénéficiaient assurément de l'immunité acquise par les vaccinations antérieures dont l'effet n'était pas épuisé.

Conclusions. — Il ressort de ces notes que les vaccinations répétées avec persévérance restent le vrai moyen héroïque de combattre les épidémies de variole. Dès qu'un cas se présente, il faut vacciner tous ceux qui, de près ou de loin, peuvent être en contact avec les malades, désinfecter ses effets et son logement. Si, malgré ces précautions, d'autres personnes sont infectées, il faut pratiquer immédiatement la vaccination en masse de la ville ou du quartier contaminé. C'est évidemment une entreprise ardue, dans les grands centres, mais le succès est au bout et on atteindra toujours le but en liguant les bonnes volontés. En dehors de l'action de l'État, les chefs de groupements importants devront donner l'exemple et faire des sacrifices pour vaincre les hésitations de leur personnel.

Grâce à ce système, un seul homme de notre Compagnie est tombé malade et à un moment où on n'avait pas eu le temps de vacciner tous les ouvriers. Mais aussi notre Direction avait généreusement décidé de considérer comme blessés les vaccinés qui seraient obligés d'interrompre leur travail, et, de ce fait, elle a payé plus de 300 journées de chômage.

Enfin, il sera bon d'encourager le concours des médecins libres en distribuant largement le vaccin et même en leur donnant des primes, comme en Angleterre, pour qu'ils emploient toute leur patience et leur sagacité à vacciner le plus de monde possible dans un minimum de temps. On n'a pas idée de la résistance et de la force d'inertie que le public le plus apte à contracter l'infection oppose aux efforts les plus zélés. J'ai vu des gens qui soignaient des varioleux, ne se soumettre à l'inocnlation que menacés de prison par leur autorité consulaire. C'est bien à cause de cela que nous avons eu à déplorer 132 cas sur une population européenne de 11 000 âmes, tandis que 32 000 indigènes ne fournissaient que 43 malades.

Si, au point de vue scientifique, l'épidémie actuelle n'a fait que confirmer des vérités classiques, elle aura du moins démontré une fois de plus, pour notre ville, le grave danger de recueillir les maladies contagieuses en pleine agglomération ouvrière, à quelques mètres des maisons encombrées. C'est de là que depuis 15 ans sont déjà parties deux épidémies meurtrières de variole, sans compter deux ou trois menaces intercurrentes.

Tous les jours les navires débarquent à Port-Saïd, varioles, fièvres typhoïdes et autres affections dangereuses et il n'est pas juste que la population soit plus longtemps victime de cette tolérance.

Le nouvel inspecteur sanitaire se préoccupe sérieusement, nous a-t-il dit, de cette situation et a proposé la construction d'un hôpital d'infectieux, sur le bord de la mer, loin de toute habitation. Nous terminerons ce travail en exprimant les vœux de le voir réussir dans ses efforts méritoires.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Ghika (Charles). *Etude sur le thymus*. N° 494. (Steinheil.)

M. Etienne (Alph.). *Contribution à l'étude des températures morbides locales*. N° 616. (Boyer.)

M. Grasset (Emile), *La cryoscopie et son application chez les tuberculeux*. N° 513. (Vigot.)

Dans une thèse fort importante, M. Ghika étudie complètement le thymus. Après en avoir exposé l'embryologie, il décrit avec soin la structere. Le thymus définitif se compose de deux lobes, formés chacun d'un certain nombre de lobules, subdivisibles eux-mêmes en lobules fondamentaux.

Ces derniers comprennent deux zones : l'une corticale, sombre et compacte ; l'autre médullaire, claire et lâche.

Prenant admet l'existence d'une troisième zone : la zone marginale externe, claire et étroite.

La rénovation cellulaire a lieu surtout dans la partie centrale et la portion marginale.

Ces trois régions sont d'ailleurs constituées d'une manière identique. Elles renferment toutes trois, maia en proportion différentes, les mêmes variétés de cellules, incluses dans les mailles d'un fin réticulum, formé lui-même de cellules étoilées anastomosées.

Les cellules du parenchyme thymiques sont identiques à celles des ganglions, de la rate, de la moelle des os : les mononucléaires opaques ou lymphocytes, à noyau sombre, à protoplasma presque invisible, formant la majeure partie de ces éléments ; on trouve également des mononucléaires clairs de toutes tailles, des polynucléaires neutrophiles, beaucoup plus rarement des polynucléaires éosinophiles des mastzellen, des globules rouges à noyau et des mononucléaires granuleux ou myélocytes (éosinophiles, basophiles, neutrophiles). On voit

enfin, principalement dans la substance médullaire, des cellules épithélioïdes, des cellules géantes à un ou plusieurs noyaux, de grandes cellules étoilées à noyau vésiculeux, etc. Tous ces éléments ou presque tous sont des cellules de charpente.

Quant aux corpuscules de Hassall, ils sont formés essentiellement d'une masse centrale amorphe ou paucicellulaire et d'une coque périphérique plus ou moins stratifiée.

Quelques mois ou quelques années après la naissance, le thymus rentre en régression; il subit une dégénérescence graisseuse presque complète; le tissu thymique s'atrophie peu à peu, mais il ne disparaît jamais complètement, il forme quelques îlots noyés dans une masse fibro-graisseuse abondante.

Le thymus peut être atteint de diverses affections : inflammation, tuberculose, syphilis, tumeurs épithéliales et conjonctives.

Il peut être lésé dans tous les états morbides où le sang et les organes hématopoiétiques sont eux-même altérés (hémophilie, purpura, adénie, cyanose congénitale).

Il réagit d'une façon constante dans toutes les infections, l'inanition, certaines intoxications; cette réaction détermine une rénovation cellulaire qui se traduit par la présence de quelques mitoses et l'apparition d'un grand nombre d'éosinophiles, de mastzellen, de myélocytes, de mégacaryocytes et de globules rouges à noyau, etc. : l'organe devient une véritable moelle osseuse.

Enfin, chez des basedowiens, des acromégaliques, des individus bien portants (enfants ou adultes) morts subitement, on a noté souvent l'hypertrophie ou la réviviscence du thymus; au contraire, chez des athrepsiques, des enfants cachectiques, des nouveau-nés morts peu de temps après la naissance, on a fréquemment constaté l'atrophie, la sclérose ou l'absence complète de la glande.

Le thymus est avant tout un organe hématopoiétique : sa structure, ses réactions pathologiques le prouvent. Il fabrique des globules blancs, mais ne joue vraisemblablement aucun rôle dans la formation des globules rouges.

Les expériences d'Abelous et Billard, celles de Svelhla montrent, d'autre part, que le thymus est une glande à sécrétion interne.

Cette sécrétion favoriserait la nutrition et la croissance, elle serait en même temps excito-motrice, excito-cardiaque, vasodilatatrice, etc. Elle pourrait être viciée qualitativement ou quantitativement.

L'expérimentation montre que le thymus est en relation fonctionnelle avec la thyroïde et l'hypophyse, comme d'ailleurs avec la rate, l'ovaire, les testicules, les capsules surrénales : il s'hypertrophie lorsqu'un de ses organes est altéré, Cette hypertrophie ne peut être considérée comme réellement compensatrice; elle indique une simple réaction de défense, réaction en quelque sorte banale.

Tout foyer tuberculeux est pour M. Etienne une cause d'élévation de la température locale. La disparité dans les températures des sommets pulmonaires est un signe probant de lésion locale. Cette disparité ne va pas jusqu'à 1 degré, comme l'affirmaient Peter et ses élèves Bagneris et Oudin. La température locale est le plus élevée du côté où les lésions sont plus avancées. L'élévation thermique locale est proportionnelle à l'intensité des signes morbides. Dans l'hémoptysie, il y a hyperthermie pendant toute la durée de l'hémorrhagie, hyperthermie qui cesse lorsque celle-ci est arrêtée.

Cet auteur montre qu'il existe dans la pneumonie une différence thermique entre les deux poumons, différence de 5 à 7 dixièmes de degré en faveur du poumon malade, et qui décroît jusqu'au jour de la convalescence. La persistance de l'hyperthermie doit faire réserver le diagnostic.

Dans la pleurésie il y a hyperthermie du côté de l'épanchement et du côté opposé, mais la température pariétale du côté opposé, mais la température pariétale du côté malade est plus élevée que celle du côté sain.

L'épanchement se résorbant petit à petit, la température locale suit la marche décroissante du liquide. Après une ponction, la température locale ne tarde pas à baisser les jours qui suivent, pour revenir petit à petit au degré thermique normal, si le liquide ne se reforme pas.

Dans le mal de Pott, il existe une disparité thermique entre les vertèbres saines et les vertèbres malades en faveur de la vertèbre atteinte.

Dans les annexités, la température locale est toujours plus élevée sur la paroi en rapport avec l'annexe malade.

Cette hyperthermie de 4 à 3 dixièmes va en décroissant, à mesure que l'inflammation annexielle disparaît. Le thermomètre accuse une élévation de cette température locale pendant les règles.

L'étude de la thermométrie locale peut donc présenter une utilité réelle dans le diagnostic et le pronostic de certaines maladies.

Se basant sur quelques observations personnelles, M. Emile Grasset montre l'utilité de la cryoscopie chez les tuberculeux, pratiquée comme l'entendent Claude et Balthazard.

D'après elle, il semble que chez les tuberculeux le rein reste assez perméable malgré les lésions amyloïdes; mais, du fait de la tension sanguine exagérée, l'osmose de la solution saline filtrée par le glomérule ne se fait plus bien, dans les canalicules avec les substances excrétées. Le rein est ordinairement, chez ces malades, insuffisant dans sa fonction d'élimination des produits toxiques.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Kyste hydatique intracranien chez un enfant, par L. Morquio (*Revista medica del Urugay*, an IV, n° 8, p. 342-355, *Montevideo*, août 1901). — Dans ce cas, le diagnostic peut être porté avant toute intervention. Il s'agissait en effet, chez un enfant de 6 ans, d'une tumeur à contenu liquide d'origine intracranienne, qui avait peu à peu perforé le crâne en plusieurs points. La nature parasitaire de la tumeur était affirmée par l'évolution lentement progressive en 3 ans, par la conservation d'un bon état général, par l'absence d'antécédents.

Une ponction de la plus grosse saillie extracranienne donna issue à 200 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche, ne contenant pas de crochets. On enleva chirurgicalement la tumeur dont la partie intracranienne très volumineuse avait gravement lésé la zone rolandique droite. Des crises jacksoniennes, puis une hémiplégie spasmodique gauche avaient d'ailleurs été les symptômes révélateurs de cette lésion rolandique, comme la stase papillaire témoignait d'une compression intracranienne. Mort par méningite suppurée quelques jours après l'opération.

MÉDECINE

Un cas de diabète rénal. (Beitrag zur Frage der renalen Diabetes), par Luthje (*München. med. Wochenschr.* 1901, n° 38, p. 1471). — Un homme de 22 ans, vigoureux et sans antécédents particuliers, entre à l'hôpital pour une cystite survenue au cours d'une gonorrhée aiguë. L'examen de l'urine montre la présence d'albumine en plus grande quantité que ne l'aurait fait supposer le sang et le pus contenus dans le liquide; la liqueur de Fehling est décolorée, mais il ne forme pas de précipité.

Quatre jours plus tard, un nouvel examen de l'urine permet de constater la présence d'une quantité appréciable de sucre (0,4 p. 100) et cette quantité reste la même quand le malade est soumis au régime diabétique ou lorsqu'il prend des hydrates de carbone en grande quantité. La glycosurie persiste encore 1 an après la sortie du malade, et l'examen du sang du malade, fait à cette époque, montre que la proportion du sucre est diminuée. A part cette glycosurie, le malade se porte bien et ne présente aucun symptôme de diabète.

L'auteur considère ce cas comme un exemple de diabète rénal.

Pentosurie chronique (Ueber chronische Pentosurie), par F. Meyer (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 30. — Les recherches de ces dernières années ont établi que la pentosurie, c'est-à-dire la présence d'un sucre pentatomique, n'a aucun rapport avec le diabète. Le cas observé par M. Meyer confirme cette règle.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, neurasthénique et très amaigri, dans l'urine duquel il existait des pentoses. Une alimentation riche en hydrates de carbone ou privée de ces substances n'exerça, comme c'est toujours le cas, aucune influence sur la pentosurie.

Incontinence d'urine chez les enfants. (Ueber Enuresis im Kindesalter), par M. Thiemich (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 31, p. 808. — L'auteur s'élève contre l'opinion d'après laquelle l'enuresis serait une affection locale due à l'affaiblissement du sphincter vésical. Pour lui elle serait d'origine hystérique. A l'appui de cette façon de voir, l'auteur cite l'hérédité névropathique de ces enfants, l'existence chez eux des stigmates hystériques, l'apparition sériée et parfois véritablement épidémique de l'enuresis et enfin le succès thérapeutique quand le traitement est dirigé principalement contre l'élément hystérie.

D'après l'auteur, ce qui réussit le mieux chez ces malades c'est l'isolement ou le changement de milieu et la faradisation douloureuse. Ce traitement agit principalement par suggestion.

Purpura au cours de la gonorrhée. (Ein Fall von Purpura in Folge gonorrhoischer Allgemein-infection), par F. Weisz (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1901, vol. LVII, p. 188. — Il s'agit d'un homme de 24 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires particuliers, qui, au quatrième jour de sa seconde gonorrhée aiguë, est pris de fièvre, une éruption de purpura au niveau des membres inférieurs, insomnie et excitation psychique allant jusqu'à la manie aiguë. Cet état persiste pendant 3 semaines et ne disparaît progressivement qu'après la guérison de la gonorrhée.

L'auteur attribue les troubles psychiques et le purpura à l'action de la gonotoxine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 19 Novembre 1901.

De la valeur séméiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales.

M. Laborde relate un certain nombre de faits expérimentaux et cliniques qui prouvent que si l'excitation de la zone rolandique est la cause la plus fréquente des phénomènes paralytiques ou convulsifs du côté des membres, il est loin d'en être toujours ainsi : l'excitation des circonvolutions situées en avant ou en arrière de cette zone peut également provoquer les mêmes troubles; il résulte de ces données qu'au point de vue pratique, la recherche d'une lésion productrice d'une paralysie ou de convulsions épileptoïdes ne doit pas porter seulement sur la zone rolandique, mais s'étendre au delà des limites antérieure et postérieure de cette zone.

M. Dieulafoy fait remarquer que l'argumentation de MM. Pitres et Lucas-Championnière n'infirme pas la valeur du fait qu'il a communiqué dans une des précédentes séances (voir *Semaine médicale*, 1901, p. 349), à savoir que l'épilepsie partielle n'est pas toujours due à une lésion de la zone rolandique, mais qu'elle peut être aussi la conséquence d'une destruction des circonvolutions frontales. L'orateur ajoute que si cette conception nouvelle de l'épilepsie jacksonienne ne porte pas atteinte à la doctrine des localisations cérébrales, — laquelle considère la zone rolandique comme le point de départ des désordres moteurs dont les membres peuvent être le siège, — c'est que cette doctrine a passé par plusieurs phases et qu'elle est devenue peu à peu moins exclusive, de façon à pouvoir se concilier avec les faits qui la contredisent.

M. Raymond déclare que la localisation des convulsions épileptiformes ne peut pas servir au diagnostic topographique d'une lésion cérébrale. A l'appui de cette opinion, il cite l'observation d'un homme qui était atteint d'épilepsie partielle d'une moitié du corps et d'hémiplégie de l'autre côté. Lorsqu'il s'agit de trépaner ce malade, on ouvrit le crâne, non pas du côté opposé à celui qui était le siège des convulsions, mais bien du côté opposé à celui de la paralysie, et l'on trouva, en effet, une lésion au niveau de la zone rolandique de l'hémisphère correspondant. Ce fait prouve donc bien qu'on ne doit jamais prendre le phénomène convulsion comme point de départ d'une localisation cérébrale.

M. Dieulafoy rappelle que son malade n'était pas seulement atteint d'épilepsie partielle, mais encore de paralysie des membres correspondants.

MÉDECINE PRATIQUE

Modificateur de la nutrition. L'Orexine,

D'après M. J. Laumonier (1).

L'orexine, ou dihydro-phényl-quinazoline, $C^{14}H^{12}Az^2$, préconisée en premier lieu par Penzoldt, est un dérivé de la quinoline (quinazoline), qui s'obtient, par la réduction de l'orthonitro-benzilformanilide. En thérapeutique, on l'emploie sous trois formes : l'orexine basique, poudre blanche, fine, très peu soluble dans l'eau, mais soluble dans les liquides acidulés, inodore et insipide; le chlorhydrate d'orexine ou orexine chlorhydrique, poudre cristalline incolore ou légèrement jaunâtre, renfermant deux molécules d'eau de cristallisation, un peu plus soluble et fondant à 80° C; enfin le tannate d'orexine ou orexine tannique, poudre jaunâtre ou dorée, inodore, sans autre saveur qu'un léger goût crayeux, insoluble dans l'eau, mais soluble dans les acides dilués et particulièrement dans l'acide chlorhydrique. Cette circonstance rend ce produit parfaitement soluble dans le liquide gastrique.

La toxicité de l'orexine, sous ses diverses formes paraît très faible; les animaux mis en expérience n'ont en effet accusé de troubles notables qu'avec des doses de beaucoup supérieures à celles que l'on emploie en thérapeutique. Cependant Hofmann a constaté, sur lui-même, que 1 gramme d'orexine chlorhydrique, pris en une seule fois, détermine des malaises, du vertige et des bouffées de chaleur au visage; elle donne lieu aussi, par suite de son action irritante, à une sensation de chaleur et de brûlure sur les muqueuses des voies digestives antérieures, et parfois même, mais plus rarement, à des vomissements; mais ces inconvénients s'atténuent considérablement ou font même totalement défaut quand on emploie l'orexine basique ou le tannate. Du côté de la circulation, du cœur et des reins, on ne peut encore rien signaler de particulier, sinon un léger renforcement de l'énergie cardiaque et peut-être une tendance à la congestion rénale, ce qui fait que l'orexine ne doit être employée qu'avec une extrême prudence dans l'inappétence des néphrites. Quant aux voies d'élimination, elles n'ont guère été étudiées; cependant on trouve des traces d'orexine dans les urines, et les matières fécales en renferment probablement une part plus importante.

L'action sur l'estomac est mieux connue, et Penzoldt et ses élèves l'ont expérimentée avec soin. En effet, Hofmann a montré que l'orexine favorise la sécrétion abolie ou diminuée

(1) *Nouveaux remèdes*, n° du 8 juillet 1901.

de l'acide chlorhydrique stomacal, dont la présence se manifeste une heure plus tôt que d'ordinaire; par suite, la digestion des matières contenues dans l'estomac est plus rapide. Munter a établi du reste que l'ingestion de 25 à 50 centigrammes de chlorhydrate d'orexine diminue assez notablement (une demi-heure et davantage) la durée de la digestion du pain blanc et de la viande rôtie. Comme d'autre part, l'orexine, d'après Henne et Kronfeld, excite activement la motilité des parois stomacales, il en résulte que l'évacuation de l'estomac est plus prompte, le temps de séjour des aliments abrégé, et que par conséquent, les pesanteurs d'estomac, les fermentations gastriques anormales, les flatulences sont atténuées ou supprimées.

Kotljars va encore plus loin, et admet que l'orexine favorise à un très haut point l'assimilation des albuminoïdes et l'absorption des graisses. Cette opinion, toutefois, a besoin d'être corroborée par des expériences précises, car si l'excitation de la muqueuse gastrique par l'orexine paraît établie, il n'en est pas de même de son action sur les sécrétions pancréatiques et sur le pouvoir absorbant et synthétique des cellules de la muqueuse intestinale, qui transforment, comme on sait, les peptones de la digestion en albumines nouvelles. L'influence excito-sécrétoire résulte d'une action chimique différente de celle qui conduit à l'augmentation du pouvoir de synthèse de la muqueuse intestinale, comme on le constate par exemple dans la peptonurie entérogène. L'orexine n'intervient donc probablement sur ces processus, quand ils ne sont pas troublés organiquement, qu'en améliorant et en activant les sécrétions digestives qui fournissent à leur tour, aux muqueuses saines, des produits absorbables plus abondants et de meilleure qualité.

Le réveil de l'appétit, parfois assez durable, que provoque l'administration de l'orexine est la conséquence de l'action spécifique du médicament; ce phénomène nerveux est, en effet, pour une part, sous la dépendance de l'évacuation stomacale. Presque aussitôt que l'estomac est vidé, l'appétit fait son apparition, à moins d'une intoxication profonde ou d'un très grand affaiblissement. Evidemment le bon fonctionnement de l'assimilation et de l'élimination intervient dans le même sens, et peut d'ailleurs être synergétiquement influencé d'une manière très efficace par l'état du pouvoir digestif. C'est pourquoi le retour de l'appétit, encore qu'il soit artificiel et qu'on ne le voit pas toujours accompagné d'une augmentation de l'activité assimilatrice et du poids du corps, est un phénomène très encourageant, qui réconforte la malade et peut d'ailleurs conduire à des réactions nerveuses favorables.

Ajoutons enfin que Swirjelin prétend que l'orexine combat la constipation, en donnant aux matières fécales une consistance plus molle. Cette action semble due d'une part à l'hypersécrétion glandulaire, d'autre part au réveil ou au renforcement de la motricité digestive. Elle n'est pas constante cependant, mais quand elle se produit, elle doit contribuer à la réapparition de l'appétit. Par cette propriété et par ses qualités apéritives, l'oxexine agit donc doublement dans l'amélioration des états auto-toxiques et particulièrement de la chlorose.

L'application thérapeutique ressort de ce qui précède. Remarquons d'abord, avec Goldmann, de Vienne, que l'orexine est un médicament de choix, en raison de sa toxicité à peu près nulle, et, de la tolérance que manifeste à son égard la grande majorité des malades, et de l'extrême facilité avec laquelle on peut la manier. En effet, dans la plupart des affections de l'estomac et dans les formes ordinaires de l'inappétence et de l'anorexie, le traitement doit être, souvent, continué fort longtemps. Or les spécifiques jusqu'ici employés, comme les amers, la noix vomique, les préparations aromatiques alcoolisées, etc., ne sont pas absolument sans danger quand on prolonge leur administration. L'orexine au contraire, innocive par elle-même et sans effets accumulatifs visibles, ne produisant guère du reste l'accoutumance, est, au point de vue de la durée de l'utilisation, dépourvue de ces inconvénients, et, bien qu'il faille, suivant le précepte rationnel du professeur A. Robin, cesser l'administration du médicament aussitôt qu'il a produit l'effet cherché, on peut cependant, quand besoin est, continuer très longtemps le traitement à l'orexine sans avoir à redouter le moindre accident, pourvu qu'on ne force jamais les doses et qu'on procède au début avec prudence, de manière à tâter la susceptibilité du malade, car, si rares que soient les personnes réfractaires à ce remède, il y en a quelques-unes pourtant, et cela suffit à ne jamais se départir des précautions habituelles.

L'orexine est indiquée toutes les fois qu'il y a inappétence et état anorectique. Penzoldt, Hofmann, Boas, Holm, Riegel, Köbl, Kronfeld, Friesen, Beckh, Reichmann l'ont utilisée dans l'anémie et la chlorose, l'atonie stomacale, les dyspepsies et les gastrites catarrhales légères, et ont obtenu des résultats très satisfaisants, avec une proportion remarquablement faible d'insuccès notoires : Penzoldt dans la diphthérie torpide et l'insuffisance cardiaque, le même auteur, Goldmann et le professeur A. Robin dans l'anorexie de la tuberculose au début et de la tuberculose pulmonaire à évolution chronique, Hüfler dans les maladies du système nerveux, dans la neurasthénie et la neuranémie, spécialement dans l'anorexie hystérique, ont également enregistré un nombre respectable de succès; Frommel, Goldmann, Graser, Gessner et Rech ont obtenu des cas de guérison dans les vomissements incoercibles de la grossesse; enfin Steiner à la clinique de Fruhwald, Künkler, Limpert, Bodenstein, se sont très bien trouvés de l'emploi du tannate d'orexine chez les enfants, et notamment dans l'anorexie des états nerveux, dans l'anorexie des petites filles, si difficile à combattre, dans l'atonie stomacale, la gastrite catarrhale, dans les convalescences des fièvres exanthématiques, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la pleurésie et du rhumatisme, dans le rachitisme, la scrofule et la tuberculose.

Dans les cardiopathies avancées, les gastrites graves, les affections du rein, l'orexine est beaucoup moins indiquée et ne doit, en tout cas, être administrée qu'avec la plus grande prudence.

En définitive, les succès les moins contestables sont obtenus :

1° Dans les affections de l'estomac, dyspepsies, atonie, gastrites catarrhales, et toutes les fois qu'il y a troubles fonctionnels sans lésions profondes de l'organe. Dès les premières doses et par suite de l'action de l'orexine sur la sécrétion glandulaire et la motilité de l'estomac, on voit disparaître la sensation de pesanteur, les renvois, la fétidité de l'haleine et on constate le retour franc de l'appétit;

2° Dans l'anémie et surtout dans la chlorose, car l'orexine agit, ainsi qu'il a été dit, non seulement comme stomachique et apéritif, mais aussi comme laxatif;

3° Dans la tuberculose au début, où les effets de l'administration de ce médicament sont quelquefois des plus remarquables, car l'augmentation de l'appétit entraîne souvent une augmentation de poids du corps notable et assez persistante. Toutefois l'orexine, comme les cacodylates et les dérivés du vanadium, ne donne que des résultats très médiocres ou reste même complètement impuissante dans les formes graves de la tuberculose ainsi que dans les états cachectiques avancés;

4° Enfin dans l'anorexie des convalescences, spécialement chez les enfants, et dans l'inappétence des états nerveux. Cependant le résultat semble ici inconstant, et quand il se produit, bien qu'alors assez durable, ce n'est que par un traitement toujours assez prolongé.

Ajoutons que l'orexine est contre-indiquée dans l'hyperchlorhydrie, l'ulcère de l'estomac, les états hémorrhagiques et les opérations abdominales récentes (Bolognesi).

L'administration de l'orexine est facile, car ce produit est inodore et à peu près insipide; comme les quelques phénomènes d'intolérance auxquels il donne lieu, — sensations de chaleur et de brûlure sur les muqueuses bucco-pharyngienne et stomacale, vomissements, vertiges, etc., — semblent se produire surtout avec l'orexine chlorhydrique, Penzoldt a renoncé à l'emploi de ce produit et se sert aujourd'hui de préférence d'orexine basique, et son exemple a été suivi. Toutefois, pour les enfants, en raison de la susceptibilité plus grande, il faut employer le tannate d'orexine, qui n'a jamais déterminé aucun phénomène d'intolérance.

Sous l'une ou l'autre forme d'ailleurs, ce médicament doit être pris au début, comme il a été dit précédemment, à doses très faibles, 10 centigrammes par exemple deux heures avant chacun des deux principaux repas. Si cette dose est bien supportée (et dans les affections du cœur et des reins, il est souvent bon de s'en tenir là, surtout quand l'appétit tend à reprendre), on peut alors progressivement atteindre la dose normale de 30 à 50 centigrammes, deux fois par jour. Penzoldt et Krünkler recommandent d'avaler, immédiatement après cette dose,

200 à 250 grammes d'un liquide quelconque, de l'eau notamment, mais rien autre, jusqu'au repas. Chez les enfants, la dose du début doit être proportionnée à l'âge, pour contrôler la tolérance, mais on peut ensuite aller sans inconvénient jusqu'à 20 et 30 centigrammes.

On use généralement de cachets, mais on peut parfaitement ingérer directement la poudre d'orexine dans une gorgée d'eau. Il est quelquefois utile de prescrire les capsules ou les pilules à 0 gr. 10 d'orexine chaque. Pour les enfants, on recommande les pastilles ou les tablettes chocolatées à 0 gr. 25 de tannate d'orexine, qui sont toujours acceptées très volontiers par les petits malades.

VARIÉTÉS

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le Prof^r Terrier.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Nous commençons aujourd'hui la troisième année scolaire de la clinique chirurgicale de la Pitié, depuis que j'en suis titulaire.

Dans les deux précédentes leçons d'ouverture du cours, je vous ai tout d'abord signalé l'état déplorable de cette clinique (1), puis les modifications que j'avais pu obtenir, grâce à l'intervention de quelques membres de l'avant dernier conseil municipal et de mon regretté collègue et ami le Dr Napias, alors directeur de l'Assistance publique.

Je vous ai indiqué la réfection de l'amphithéâtre des cours, agencé du reste en dépit du bon sens. Si en effet, cet amphithéâtre, on peut dire d'*occasion*, est acceptable pour y faire une leçon théorique, il devient impossible pour exécuter devant vous une opération (2).

Les élèves, ne peuvent rien voir, aussi en suis-je arrivé à cette pratique déplorable, mais qui s'impose, celle de laisser, les auditeurs pénétrer dans l'hémicycle de l'amphithéâtre, pour leur permettre de voir et de suivre les divers temps des opérations. C'est, je vous le répète, une pratique déplorable, qui devrait être proscrite; mais je ne puis résoudre d'autre façon la mission que j'ai à remplir, c'est-à-dire le développement de votre instruction chirurgicale, non seulement au point de vue théorique, mais surtout au point de vue pratique.

Combien de fois, suis-je obligé d'éloiger les assistants zélés, qui s'approchent trop soit de mes aides, soit de mes instruments ou de mes pansements soigneusement stérilisés et conservés tels.

Comme nous sommes loin, Messieurs, des amphithéâtres modèles et souvent luxueux que j'ai pu visiter à l'étranger.

Mais ici, personne ne s'en préoccupe, et on se garderait bien d'améliorer et même de modifier cette manière de faire. On n'en parle même pas, ou si rarement que ces observations passent inaperçues.

Or, Messieurs, ce sont ces errements qui presque fatalement, nous mettent en état d'infériorité, au grand étonnement, semble-t-il, d'un certain nombre de conseillers municipaux actuels de la Ville de Paris, qui se proposent d'arrêter la déchéance de notre enseignement clinique par des créations nouvelles, *au plus juste prix* (3). Puissent-ils réussir dans leur très louable entreprise, mais ne vous semble-t-il pas que l'amélioration et même la reconstruction des cliniques chirurgicales, comme celle de la Pitié, n'en est pas moins une nécessité pour nous mettre en état de lutter avec succès contre les créations analogues de l'étranger.

A cet amphithéâtre, j'ai pu faire annexer une salle pour l'anesthésie, je vous en ai déjà parlé, et j'ajouterai quelle nous est d'un grand secours.

La salle de stérilisation vous a été décrite, je n'y insiste donc pas; cependant je dois vous dire que, malgré tout le zèle de mon personnel, il est arrivé que les pansements aseptiques ont manqué.

Quelque volumineux et bien installé que soit l'appareil stérilisateur construit par M. Dehaître, il ne put suffire pour le nombre de nos malades et pour les opérations que journellement nous avions à faire.

On a dit — et c'est un médecin — que nous gaspillons le gaz (1); je serais très heureux que ce confrère voulut bien nous faire connaître un autre procédé que la chaleur pour stériliser nos pansements et nos instruments. Si le gaz revient cher aux Parisiens, il n'est pas en notre pouvoir de diminuer le prix, mais ce pouvoir appartient à Messieurs les conseillers municipaux, médecins ou non.

Du reste, je l'ai déjà dit, et j'y reviens encore, il faudrait — comme dans certains hôpitaux étrangers, à Anvers entre autres — un générateur de vapeur pour faire cette stérilisation (2). Mais, hélas! dans les hôpitaux de Paris, ou ces générateurs existent, on se garde le plus souvent de les utiliser pour la stérilisation des pansements, ce serait trop facile, trop bon marché, et surtout pas assez administratif, c'est-à-dire complexe et coûteux.

A propos de la stérilisation, je vous ai déjà signalé (3) l'insuffisance de l'appareil de stérilisation de l'eau qui nous sert à l'amphithéâtre. Nous nous en sommes assurés avec M. le Dr F. Bezançon, alors mon chef de laboratoire aujourd'hui agrégé de la faculté et médecin des hôpitaux.

Pour remédier à cet état de choses qui pouvait entraîner des accidents surtout dans un service où on n'utilise que l'asepsie — j'ai employé l'*eau salée* stérilisée à l'autoclave et je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire. Il est vrai que c'est encore une dépense de gaz, mais cette dépense me permet de ne pas risquer la vie de mes opérés, considération capitale pour un chirurgien.

Ce *modus faciendi* a cependant un inconvénient, c'est que l'eau salée dégage, pendant la stérilisation, des vapeurs chargées de chlorure de sodium, qui altèrent les parois du stérilisateur.

Ici encore, dans un établissement hospitalier digne de ce nom, il faudrait que le sérum artificiel stérilisé soit livré directement aux médecins et aux chirurgiens, car tous en font un très fréquent emploi.

Certainement cette réflexion semblera fantaisiste aux administrateurs essentiellement routiniers de nos hôpitaux.

L'eau et le sel ne sont pas cependant hors de prix et peuvent être employés pour traiter *les pauvres* selon l'expression adoptée par ces administrateurs depuis le moyen âge. Comme si riches ou pauvres ne devaient pas être traités de la même façon, je reviendrai du reste sur ce point.

Passons maintenant, Messieurs, aux modifications des services affectés aux hommes et aux femmes.

Les salles d'hommes — Grand et Petit Michon — ont fini par être repeintes et nettoyées. Dans la salle dite « Grand Michon », j'ai pu obtenir, grâce au dévouement de mes internes et de la surveillante, un état de propreté absolument extraordinaire, pour tous ceux qui ont pu connaître l'état misérable, et repoussant de cette partie du service (4).

Malheureusement, comme je l'ai déjà signalé, les rats ont pris possession de l'hôpital de la Pitié; ils y sont chez eux et fort respectés par le Directeur de cet antique hôpital; à l'administration centrale le procédé est plus simple : *on les ignore*. Or, ces animaux continuent à détruire les parquets, à ouvrir les conduites d'eau, de là des trous et des inondations subites nécessitant des réparations incessantes, qui selon les errements classiques de l'Assistance publique, sont faites avec une lenteur désespérante (5). Mais je l'ai dit (6) et je le répète encore

1. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 février 1900.
2. *Ibid.*, 18 novembre 1900.
3. Rapport de M. Jules Auffray au conseil municipal de Paris (*Gazette médicale de Paris*, n° 34, 27 août 1901).

1. *Bulletin municipal officiel du samedi* 22 juin 1901, p. 2000.
2. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 février 1900, Paris.
3. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 20 mai 1900, Paris.
4. *Gaz. hebd. de méd. et de chirur.*, 18 novembre 1900.
5. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 février 1900.
6. Un marbre brisé recouvrant une table n'est pas remplacé depuis plus d'une année, à la salle des femmes.

cette année : le rat hospitalisé à la Pitié, semble avoir acquis un véritable droit d'asile, droit qui est toujours strictement respecté.

Des congrès analogues à celui qui vient d'avoir lieu à Copenhague pour la destruction des rats, sont inconnus de nos administrateurs.

Au fond de cette salle dite « Grand Michon », grâce au concours actif de mes élèves et plus particulièrement de mon excellent interne et ami Déjardin, nous avons pu installer une sorte de salle d'opérations, destinée aux interventions et aux pansements des malades ou blessés très infectés.

Oh! cela n'a pas été sans peine et sans protestation administratives, voire même sans menaces de nous faire payer la réparation de vieux appareils mis au rebut, que d'ailleurs nous avions trouvés très aptes à nous rendre service, ce que l'expérience à démontré (1).

Notez bien, Messieurs, que toutes les difficultés ont été soulevées par l'administration à propos d'une clinique de la Faculté de médecine, et alors qu'il s'agissait de la vie des malades et de l'enseignement pratique des élèves.

La seconde salle des hommes dite « Petit Michon », qui nous sert à isoler — plutôt mal que bien — nos malades et opérés non suppurants a subi aussi un nettoyage complet, et, jusqu'ici, grâce à la suppléante chargée de la salle on a pu maintenir cette propreté.

Les modifications les plus importantes du service, celles qui ont eu le don de provoquer une protestation violente de la part d'un médecin, membre du nouveau conseil municipal (2), consistent dans l'isolement des malades du pavillon des laparotomies, et la séparation en deux parties de ce pavillon, chacune d'elles appartenant au chirurgien responsable des opérations. De plus, cette indispensable séparation, entraîna la construction d'une nouvelle salle opératoire, suffisamment spacieuse, bien exposée et ayant un chauffage et un éclairage parfaits.

Nous y avons installé un système de stérilisation de l'eau par la simple ébullition, qui nous rend les plus grands services. Ce sont 2 chaudières métalliques, identiques comme capacité, qui renferment chacune une suffisante quantité d'eau pour fournir à une et même deux laparotomies. Chaque appareil, muni d'une rampe de gaz, est alternativement chauffé, si bien que l'on possède toujours une réserve d'eau bouillie, refroidie et une même quantité d'eau bouillie chaude voire même bouillante.

Un système de robinets mélangeurs, installé par M. Herbet, constructeur de notre appareil, permet d'utiliser soit de l'eau froide, soit de l'eau tiède, soit enfin de l'eau chaude, toujours stérilisée.

Trois robinets sont ainsi placés dans l'amphithéâtre au-dessus du lavabo et servent pour le nettoyage des mains de l'opérateur et de ses aides, et pour le lavage des régions à opérer.

L'appareil à stériliser l'eau est dans une pièce tout à fait séparée de l'amphithéâtre.

En résumé, sauf la question des mélangeurs, toujours difficile à résoudre et à maintenir résolue, le reste de notre appareil est des plus simples et rappelle le principe sur lequel je m'étais appuyé pour installer mon bouilleur à l'hôpital Bichat. Je le répète, la stérilisation de l'eau est le résultat de son ébullition prolongée, et cette ébullition nous a toujours suffi pour avoir de l'eau stérilisée, quoi qu'on en ait dit (3).

Le pavillon d'isolement, la salle d'opération pour les laparotomies et la salle des femmes, communiquent par un passage couvert, ce qui nous facilite la surveillance des grandes opérées et le transport des malades.

Ceux-ci sont d'abord placés dans le pavillon d'isolement pendant 24 heures, pour être endormis dans leur lit et transportés à la salle d'opération. L'intervention faite, l'opéré est reporté dans son lit encore endormi et se réveille sans avoir aucune conscience de ce qui a été fait à l'amphithéâtre. C'est presque toujours le même aide qui fait la chloroformisation, aussi le chirurgien n'a-t-il pas à se préoccuper de ce temps toujours délicat de l'intervention. Et à ce propos, permettez-moi d'adresser tous mes remerciements à mon ami et ancien élève le Dr Boureau, qui fait la plupart de ces anesthésies.

1. On a dû payer des robinets!
2. *Bulletin municipal officiel*, 1er juillet 1900, 1re col. de la p. 2244.
3. *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 1890.

Comme je l'ai déjà remarqué (1), le succès des grandes opérations tient non seulement à l'habileté du chirurgien et de ses aides, mais très souvent aussi aux soins minutieux donnés aux opérés, surtout dans les 48 premières heures qui suivent l'intervention.

Or, ces soins intelligents nous les avons facilement, grâce au concours dévoué du personnel choisi du pavillon des laparotomies. Ce personnel est habilement dirigé par la surveillante des femmes, Mme Nivromont, dont le dévouement et la bonté sont au-dessus de tout éloge. Je tiens d'autant plus à insister sur ce point important, Messieurs, que le personnel hospitalier ne jouit pas des faveurs administratives, tant s'en faut.

Les logements de la plupart des employés subalternes de l'hôpital sont *absolument inhabitables* et il est scandaleux d'y faire séjourner des êtres humains. Tout au plus pourrait-on les utiliser pour y placer des animaux en expérience, et encore! Mais l'administration de l'Assistance qui exige beaucoup de son personnel infirmier, ignore à son égard les lois les plus élémentaires, non seulement de l'hygiène, mais de l'humanité.

Je reviens au service : la salle des femmes, vous est connue, elle brille par sa propreté parfaite. Au fond de cette salle, à gauche, se trouve une pièce pour l'examen des malades, les pansements et les petites opérations gynécologiques. A droite, nous avons une chambre pouvant isoler 2 ou 3 malades agitées ou infectées. C'est bien peu de chose et cependant la possibilité de cet isolement nous rend de grands services.

Tel que je viens de vous le décrire, le service fonctionne très régulièrement depuis le mois de janvier dernier, avec l'aide de mon chef de clinique M. Gosset, de mon chef de clinique adjoint M. Reymond et de mes internes MM. Alglave, Déjardin et Géraud et de mes externes.

Je leur adresse à tous mes remerciements pour leur zèle et leur dévouement incessants.

Mais une clinique n'est pas seulement un service de chirurgie hospitalier.

Comme vous le savez, à ce service doivent être annexés des moyens de recherches, en rapport avec l'état actuel de la science, en d'autres termes la clinique comporte l'existence de laboratoires.

Ici, Messieurs, ma tâche devient des plus pénibles, en ce sens que je suis obligé de vous exposer un état de choses lamentable pour la Faculté de médecine de Paris et pour notre pays.

Le laboratoire de la clinique chirurgicale de la Pitié, est installé dans des conditions tout à fait défectueuses, le mot même d'*installation* me paraît bien ambitieux, comme vous pourrez aisément le constater *de visu*. Ce laboratoire est situé au premier étage d'un vieux bâtiment inachevé, dans un escalier aux murs et aux marches d'une révoltante malpropreté, comme on n'en voit qu'à la Pitié.

On peut lire au-dessus de sa porte d'entrée, en lettres énormes : *Amphithéâtre n° 3*, et au-dessous en lettres plus petites : *Entrée des élèves*.

Il en résultait que les étudiants ou les médecins qui, pour la première fois, se rendaient au cours de la clinique médicale, entraient dans le laboratoire de la clinique chirurgicale.

La clinique médicale de la Pitié ayant été supprimée, la confusion n'est plus possible aujourd'hui : mais ne pourrait-on indiquer d'une façon rationnelle la situation du laboratoire de la clinique chirurgicale? Il est vrai que pour cela il faudrait nettoyer l'escalier, et en repeindre les murs.

Des deux pièces qui composent ce laboratoire, la première, de dimensions moyennes, est très élevée de plafond et la fenêtre qui l'éclaire est très haute, mais étroite, si bien que deux personnes seulement peuvent travailler en même temps, lorsqu'il s'agit d'examens microscopiques.

Donc, il est de toute impossibilité pour le chef de laboratoire d'y avoir plus d'*un seul* élève à la fois. Ce qui n'empêche pas M. le doyen de la Faculté de m'adresser tous les semestres une demande de renseignements circonstanciés sur le *nombre* d'élèves inscrits au laboratoire! Ils sont toujours *zéro*, ce qui se conçoit de reste.

1. *Gazette hebd. de méd. et de chirurgie*, 18 novembre 1900.

Cette salle possède une *hotte* pour l'évacuation des gaz délétères, mais elle ne fonctionne pas, n'ayant aucun moyen de tirage.

Chauffée par un poêle en fonte dont le tuyau traverse directement le mur pour éliminer la fumée au dehors, et qui lui aussi n'a aucun tirage, la salle devient inhabitable l'hiver, vu la fumée et le dégagement d'oxyde de carbone.

J'ajouterai que les murs de cette salle n'ont pas été nettoyés depuis de longues années et que la toile cirée, qui recouvre le sol carrelé, est en lambeaux.

La deuxième salle du susdit laboratoire n'est autre qu'*un grenier*, auquel on accède par un escalier de quelques marches. Placée sous les toits cette salle est glaciale l'hiver, torride l'été; du reste on ne peut la chauffer.

Les étuves à cultures, qui, faute d'espace, ne sont pas placées dans la première salle, ne peuvent être réglées avec précision, dans ce local soumis à de brusques changements de température.

Les recherches bactériologiques, sur l'importance desquelles je n'ai pas à insister auprès de vous, sont donc particulièrement difficiles dans de pareilles conditions.

Quant aux appareils, ils sont absolument insuffisants; pour ne citer que ceux qui seraient indispensables, il nous faudrait posséder :

1° Une étuve à culture pour les bouillons gélatinisés;

2° Un stérilisateur et coagulateur de sérum;

3° Une trompe à eau en bon état;

4° Un microtome à congélation;

5° Un appareil à gaz (azote ou hydrogène) pour la culture des aérobies, dont le rôle est si important à connaître en chirurgie;

6° Des cages bien construites pour les animaux (rats ou cobayes) mis en expériences, etc., etc.

Il serait aussi à désirer que le laboratoire fût installé de façon à pouvoir y faire des recherches de chimie biologique, recherches absolument nécessaires pour le bon fonctionnement d'un service de clinique.

Cette remarque, jamais faite par mes prédécesseurs, semblera probablement extraordinaire, et à l'Assistance et à la Faculté de médecine (1).

C'est qu'en effet, Messieurs, si l'Assistance publique daigne nous abriter — et quel abri! — c'est la Faculté de médecine qui doit s'occuper du laboratoire de la clinique chirurgicale, où elle espère toujours des élèves qui ne viennent pas.

Voyons donc ce que coûte ce laboratoire à la Faculté :

Il y a un chef de laboratoire et un garçon de laboratoire, payés 4 100 francs.

Je laisse intentionnellement ce chiffre de côté, car il serait le même pour un laboratoire bien construit, bien aménagé et bien tenu, dans lequel on pourrait avoir des élèves et faire des recherches utiles.

J'arrive à la partie essentielle du budget; les *frais matériels:* soit 1 500 francs. Ce qui fait par jour *4 francs* 16 *centimes*.

Avec cette somme, il nous faudrait acheter des produits chimiques, de la verrerie, des instruments de recherche; réparer les appareils qui s'altèrent; enfin avoir des animaux pour les expériences.

Vraiment, Messieurs, il suffit de citer ces chiffres pour ne s'étonner que d'une chose, c'est que les chefs du laboratoire aient jamais pu y travailler et même très sérieusement.

Et l'on vient nous tenir des discours sur l'infériorité des études médicales françaises! Ce ne sont pas des discours qu'il faut, mais des installations convenables et la possibilité d'y enseigner aux élèves.

Les magnifiques Universités américaines sont créées avec des dollars et non avec des discours.

Du reste, puisque nous sommes sur la question des chiffres, voulez-vous savoir ce que coûte par jour à la Faculté de médecine la clinique chirurgicale de la Pitié, comprenant :

Un chef de laboratoire;

Un chef de clinique;

Un garçon de laboratoire;

Un garçon d'hôpital;

Et les frais matériels?

Un peu moins de 20 francs, soit 19 fr. 30 centimes.

Il n'est pas besoin d'insister sur ces chiffres, ils sont éloquents.

1. J'ai fait cette demande à la Faculté, le 17 juin 1901.

Mais ce n'est pas tout. Un service de clinique chirurgicale a besoin de reproduire par la photographie les tumeurs rares, les déformations acquises ou congénitales, les résultats opératoires, etc. C'est même un moyen d'enseignement en quelque sorte banal, utilisé par les chirurgiens du monde entier.

Or, il n'y a pas de service de photographie à la clinique, c'est probablement un luxe que ne peuvent se permettre les professeurs de clinique, le fait méritait d'être noté.

Quand j'ai besoin d'une photographie, il me faut avoir recours à mes élèves ou la faire exécuter à mes frais.

Un mot sur la radiographie; d'après M. le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, aujourd'hui directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique (1), le professeur de la clinique chirurgicale de la Pitié doit s'adresser à la Salpêtrière, et cela par l'intermédiaire du directeur de l'hôpital.

Or, l'histoire de ces démarches est assez curieuse et je l'ai exposée à M. le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat (2).

Lors de mon arrivée à la Pitié, c'est-à-dire à la fin de 1899, les radiographies étaient faites dans le service, à l'aide d'appareils prêtés par un fabricant qui fournissait aussi les produits chimiques destinés à ces manipulations. Cette manière de procéder *cessa de plaire* et l'administration créa des laboratoires centraux pour les examens radiographiques. Je fus prévenu que le laboratoire auquel je devais m'adresser était celui de la Salpêtrière.

Or, comme je n'obtenais rien de bon avec cette organisation nouvelle, je me plaignis au doyen de la Faculté de médecine qui en référa au Dr Napias, alors directeur de l'Assistance. Peu après on me prévint de m'adresser à l'hôpital Necker, où il y avait un autre laboratoire.

Les choses allaient bien mieux, et mon ami, M. Contremoulin, me prévenait par lettre dès que les épreuves radiographiques étaient prêtes. Le directeur de la Pitié en était avisé par mes assistants et on allait plus ou moins vite chercher les épreuves à Necker. Comme c'était surtout moins vite, je le signalai à M. le Maître des Requêtes le nouveau directeur, qui me répondit de retourner à la Salpêtrière.

Les observations du professeur de clinique, appuyées par M. le doyen de la Faculté de médecine; la parole de M. le Dr Napias, tout cela ne comptait plus.

Du reste que ce soit à la Salpêtrière ou à Necker qu'il faille envoyer les malades mobilisables, ou qu'on doive prévenir les chefs de ces laboratoires de se déplacer pour faire ces radiographies à l'hôpital, c'est-à-dire dans ces conditions alors déplorables, le résultat est le même.

Au lieu d'avoir rapidement une ou plusieurs épreuves radiographiques pour déterminer une lésion et en conclure à une intervention, les choses traînent en longueur au grand détriment des malades et blessés, et aussi des élèves.

J'ajouterai, comme note particulièrement intéressante, que le service voisin du mien, dirigé par mon excellent collègue et ami Walther, possède un laboratoire pour la radioscopie et la radiographie.

On ne l'envoie pas promener alternativement à la Salpêtrière ou à Necker, très heureusement pour lui et pour ses malades.

Je noterai que, dans la séance du 16 octobre dernier la Société de chirurgie a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société de chirurgie exprime le regret, tant dans l'intérêt des malades qu'au point de vue scientifique, qu'il n'y ait pas, dans chaque hôpital, d'installation radiographique. »

N'ayant pas à notre disposition de foyers de rayons X, il ne peut être question de *radioscopie;* c'est encore un luxe qui ne peut se permettre la Faculté de médecine de Paris.

En fait, Messieurs, la clinique chirurgicale de la Faculté à la Pitié ne possède :

Ni laboratoire de chimie biologique;

Ni laboratoire de photographie;

Ni possibilité de faire de la radioscopie.

Le laboratoire de la clinique, destiné aux recherches microbiologiques et bactériologiques, est dans un état déplorable de vétusté et de saleté.

Quant à la radiographie, elle est à la disposition du bon vou-

1. Lettre du 31 mai 1901.
2. Réponse à cette lettre.

loir d'un laboratoire éloigné et encore par l'intermédiaire d'un employé, le Directeur de l'hôpital de la Pitié.

Il ne reste donc d'acceptable que la partie ayant trait aux soins à donner aux malades; car je vous ai dit et je vous le répète l'amphithéâtre des cours, où nous sommes en ce moment, est conçu et construit en dépit du sens commun.

C'est donc le service chirurgical proprement dit que seul nous avons pu modifier et perfectionner, autant que la chose était possible, et non sans protestation.

C'est grâce à lui et à son organisation que j'ai publié ma statistique de 1900, portant sur 620 opérations avec une mortalité de 4,67 p. 100 (1).

Le service, malgré les nombreuses lacunes et imperfections que je viens de vous signaler, marchait assez bien, lorsque l'administration de l'Assistance publique vint nous susciter de nombreuses difficultés.

Qui dit administration, dit presque fatalement réaction; *empêcher* est un idéal pour les administrateurs en général. M. le Maître des Requêtes, directeur actuel de l'Assistance publique, n'a pas manqué à cette loi.

Que faire donc pour diminuer l'importance hospitalière de la clinique chirurgicale à la Pitié? S'efforcer par tous les moyens possibles — administratifs bien entendu — d'entraver le recrutement de nos malades, au détriment des susdits malades et de l'enseignement des élèves.

L'avant-dernier conseil municipal avait eu l'idée, malheureusement acceptée par M. le Dr Peyron — alors directeur de l'administration générale de l'Assistance publique — de partager la Ville de Paris en un certain nombre de circonscriptions dites hospitalières, mais qui auraient pu être dénommées tout autrement.

Cette tentative, poursuivie pendant quelque temps, tomba peu à peu en désuétude, à cause des nombreuses récriminations qu'elle faisait naître parmi les habitants de la Ville.

Elle semblait donc abandonnée et, en tous cas, mon excellent et regretté ami le Dr Napias, successeur du Dr Peyron, ne chercha pas à l'appliquer; elle répugnait à sa nature droite et à ses sentiments humanitaires.

Dès l'arrivée à l'Hôtel de Ville des nouveaux conseillers municipaux cette mesure draconnienne fut encore votée à l'unanimité, dit-on; toujours est-il qu'après ce vote M. le Maître des Requêtes au Conseil d'État, directeur actuel de l'administration générale de l'Assistance, s'empressa de l'appliquer dans toute sa rigueur. En fait, Messieurs, cette mesure est fort simple à résumer:

S'il est permis aux gens riches, et parmi eux je prendrai comme exemples MM. les Conseillers municipaux, ou M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance — s'il leur est possible de choisir le médecin ou le chirurgien auxquels ils confient leur vie ou la vie des leurs; cela est interdit aux gens pauvres — *aux pauvres* selon l'expression administration inexacte et moyenâgeuse. Pourquoi? Parce qu'ils sont pauvres : *Væ victis.*

Devant un public médical, je n'ai pas besoin d'insister sur ce déni de justice, sur cette monstruosité sociale, sur cette absence de tout sentiment humanitaire. Un maître en médecine ou en chirurgie ne peut donner ses soins expérimentés à ceux qui souffrent et les lui demandent.

Il leur faut être de sa circonscription hospitalière, si cela n'est pas, tant pis pour eux, je le répète : *Vœ Victis.*

M. le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, n'a pas hésité à accepter cette responsabilité morale.

Nombre de malades nous étaient adressés soit par des confrères, soit par nos anciens élèves. M. le Maître des Requêtes, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, n'admet pas cela. Si vous désirez recevoir un de ces malades, il faut lui faire une demande — en termes très humbles, je suppose. Or, il est incompétent pour juger de l'état du malade et surtout de l'opportunité des soins à lui donner (2).

Le recrutement de nos malades fut donc diminué; les lits vacants apparurent; c'était, il est vrai, le commencement d'un idéal administratif bien connu : des hôpitaux avec un nombreux personnel, mais sans malades, ni médecins ou chirurgiens.

1. *Gazette hebd. de méd. et de chirurgie*, 10 février 1901, Paris.

2. La multiplicité de ces lits vacants m'a été signalée par nombre de mes collègues des hôpitaux.

J'exposai, en juillet dernier, cette situation au Conseil de la Faculté faisant remarquer combien elle était nuisible aux malades et à l'enseignement. A l'unanimité, les membres du Conseil chargèrent le doyen, M. Brouardel, d'en saisir le Conseil de l'Université.

Mais les prétentions de l'administration de l'Assistance sont encore plus étonnantes, vous allez en juger :

Vous pourriez croire que le professeur de clinique de la Faculté est maître dans son service; j'avoue qu'après une expérience hospitalière de plus de 30 années, j'avais la naïveté de le croire aussi.

Eh bien, Messieurs, vous vous tromperiez, comme je me suis trompé moi-même, et M. le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, aujourd'hui directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, m'a remis dans la bonne voie.

Je le cite textuellement (1) :

L'admission des malades dans le service « est prononcée par « le directeur de l'hôpital sur le vu du bulletin du chef de la « consultation, et en dehors des heures de la consultation sur « l'avis de l'interne de garde ».

« Ce n'est donc qu'à titre exceptionnel et en vertu d'une au« torisation spéciale accordée par le directeur de l'administra« tion générale, sur la demande motivée d'un chef de service, « que peuvent être admis les malades qui lui sont directement « adressés. »

Il résulte de cette prose *administrative* que les maîtres du service sont Messieurs les chefs de consultation, et Messieurs les internes de garde.

Mais pourquoi donc cette dénomination conservée de chef de service, serait-ce par ironie?

Ce pauvre chef de service est obligé de solliciter la bienveillance de Messieurs les chefs de consultation ou de Messieurs les internes de garde, pour recevoir un malade qui lui est personnellement adressé, ce malade serait-il de la circonscription hospitalière.

Ou bien encore, il lui faut adresser à M. le Maître des Requêtes — ce titre est bien choisi dans l'espèce — directeur de l'Administration générale, une demande motivée.

Pourquoi ce qualificatif, puisque, je le répète, M. le Maître des Requêtes n'étant pas médecin ne peut juger de l'utilité ou de l'inutilité de recevoir tel ou tel malade ou blessé?

Pour être logique, on aurait dû appliquer la même *formalité* à tous les malades reçus dans les hôpitaux.

Je ne vois pas trop bien pourquoi les réceptions de Messieurs les consultants et de Messieurs les internes de garde, ont une valeur d'autant plus grande, que les mêmes réceptions par les chefs de service sont rejetées systématiquement. La solution de ce problème échappe à mon bon sens.

En fait, Messieurs, le professeur de la clinique chirurgicale de la Faculté dépend de tout le monde, *excepté de la Faculté.*

Il est bien au-dessous de l'interne de garde, ou du chef de service de la consultation, et surtout sous la férule de M. le Maître des Requêtes, directeur de l'Assistance publique.

Cette situation plus que bizarre devait vous être signalée ; elle est unique et je n'en ai jamais observé de pareille.

Je compte la soumettre au Conseil de la Faculté pour l'honneur de cette corporation et de l'enseignement supérieur; j'ose espérer qu'elle sera modifiée.

Quoi qu'il puisse en résulter, Messieurs, en présence de ces mesures — décorées du titre d'économies — qui diminuent le nombre des malades pouvant être secourus par les hôpitaux et qui tendent à abaisser le niveau des études médicales à Paris, j'ai cru devoir protester avec énergie; je remplis donc ici mon devoir de citoyen, de chef de service hospitalier et de professeur de Faculté de médecine.

1. Lettre du 17 août 1901, adressée à M. le professeur Terrier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux pour soins donnés aux ouvriers victimes d'un accident de travail sont indépendants des frais d'hospitalisation et sont dus par le patron. — Nous croyons devoir reproduire, d'après la *Semaine médicale*, les documents ci-dessous. Bien que la revision de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 nous paraisse toujours utile — la jurisprudence des juges de paix peut varier — il est intéressant pour toutes les associations professionnelles de connaître les jugements.

Suivant un jugement du tribunal de paix du Havre (2° canton), rendu le 24 novembre 1899, « lorsque la victime de l'accident est soignée dans les hôpitaux, la responsabilité du patron est celle déterminée au cas où le pharmacien et le médecin ont été choisis par lui [patron] (circulaire du garde des sceaux du 10 juin 1899); que telle est évidemment la pensée du législateur; qu'en effet, le fait de l'hospitalisation de la victime de l'accident est, en général, indépendant de sa volonté, qu'il est imposé par l'état du blessé, l'urgence du traitement et l'impossibilité matérielle de le traiter à domicile; qu'on ne saurait donc assimiler ce cas à celui où la victime a choisi son médecin ».

Et plus loin, le juge a soin de déclarer que, dans le cas d'hospitalisation, « les frais médicaux doivent être calculés selon le tarif ordinaire et comprendre, indépendamment des honoraires du médecin et des médicaments, tous les soins et toutes les fournitures qui sont la suite ou l'accessoire des prescriptions du médecin ou que commande l'état du blessé ».

Le chirurgien de l'hôpital peut-il réclamer lui-même ses honoraires? Il n'y a pas de doute à cet égard, car « l'action a son principe dans l'obligation, édictée contre le chef d'industrie par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, de supporter les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par la maladie de son ouvrier, victime d'un accident de travail; que cette obligation est la même, que le chef d'industrie soit tenu envers son ouvrier seulement, ou qu'il le soit également envers le médecin ou le pharmacien; que le résultat sera donc le même, que l'action émane de l'ouvrier lui-même ou du médecin et du pharmacien exerçant ses droits et actions ou agissant comme ayant géré l'affaire du chef d'industrie ou directement;

« Attendu qu'en réalité, le patron est obligé indistinctement envers l'ouvrier, le médecin et le pharmacien; que cela résulte de l'article 4 qui ne distingue pas quant au principe de l'obligation et à l'action qui en dérive, mais seulement quant à l'étendue de cette obligation dans un cas déterminé, celui où le médecin et le pharmacien ont été choisis par la victime de l'accident; que le législateur a voulu assurer immédiatement à l'ouvrier blessé le secours du médecin et du pharmacien; que ce but ne pouvait être atteint pleinement que si le médecin et le pharmacien étaient garantis par un recours direct contre le chef d'industrie; qu'en tous cas cette interprétation de l'article 4 ne peut faire aucun doute lorsque le médecin et le pharmacien ont été choisis par le patron lui-même, soit directement, soit indirectement.

Ainsi donc, lorsqu'un ouvrier victime d'un accident de travail est soigné dans un hôpital où il a été transporté parce qu'il ne pouvait être soigné à son domicile, la somme due par le patron est celle déterminée au cas où le médecin a été choisi par ce dernier, et le chirurgien de l'hôpital peut actionner directement le patron en paiement de ses honoraires.

La preuve que le législateur a voulu, lorsque la victime est par elle-même ou par un tiers en état de payer, rendre les honoraires des médecins attachés à l'hôpital indépendants des frais d'hospitalisation, nous la trouvons encore dans une décision du juge de paix de Cerisay, à la date du 27 mars 1900. Voici ce que porte à cet égard le jugement susvisé :

« Attendu que les prétentions de Poingt (le patron) de vouloir comprendre, dans la somme réclamée pour l'hospitalisation, les honoraires des Drs Lecointre et Besnard, est en contradiction avec les termes de la circulaire ministérielle du 10 juin 1899, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail. Au chapitre II, intitulé : « Des indemnités » (art. 3 à 10, et 23 à 27), nous lisons :

« Les frais médicaux sont payés, en entier, *par le patron*, LORSQUE CE DERNIER A DÉSIGNÉ LE MÉDECIN OU QUE LA VICTIME EST SOIGNÉE DANS UN HOPITAL » ;

« Que cette partie de la circulaire est le commentaire du titre 1er de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ;

« Attendu que le législateur a assurément voulu, lorsque la victime est étrangère à la commune où se trouve situé l'hôpital, et surtout, lorsque ladite victime est par elle-même ou par un tiers, en mesure et en position de pouvoir payer (1), rendre les honoraires des médecins, attachés à cet hôpital, indépendants des frais d'hospitalisation ; que s'il en eût été autrement l'hôpital de Bressuire aurait assurément demandé une somme supérieure à celle de 1 fr. 50 par jour ; que, par suite, il n'y a pas lieu de comprendre le montant des honoraires desdits médecins, réclamés par ceux-ci, dans le produit s'élevant à 213 fr. réclamé par ledit hôpital ;

« Attendu, du reste, que la somme de 1 fr. 50 ne peut s'affecter, en effet, qu'aux traits d'hospitalisation, le prix en étant trop minime pour y comprendre les honoraires des médecins qui, bien que recevant un traitement fixe, ne le reçoivent que pour soigner les indigents ; ce traitement, paraît-il, étant lui-même bien minime ;

« Statuant sur le montant des sommes réclamées par MM. les Drs Lecointre et Besnard, par leurs notes, et sur celle également réclamée par l'hôpital de Bressuire, par sa note ;

« Attendu que puisque Poingt a tacitement lui-même fait choix de l'hôpital, et par conséquent des médecins qui y sont attachés, pour opérer Geffard et lui donner les soins que sa situation comportait, ledit Poingt doit, aux termes de l'article 4, paragraphe 1er de la loi du 9 avril 1898, accepter de payer intégralement les honoraires de ceux-ci, qui, du reste, sont loin d'être exagérés. »

Par ces motifs, le juge de paix de Cerisay a condamné le patron à payer : 1° 60 francs au Dr Lecointre, pour avoir prêté assistance au Dr Besnard dans l'amputation d'un bras et soins consécutifs ; 2° 100 francs au Dr Besnard pour amputation d'un bras et enlèvement ultérieur d'esquilles; 3° 213 francs à l'hôpital de Bressuire pour frais d'hospitalisation ; 4° 20 francs au Dr Guinebertière pour deux certificats (l'un en conformité de l'article 11 de la loi de 1808, l'autre pour l'hospitalisation de la victime).

Nous pouvons citer encore dans le même sens un jugement du tribunal de paix de Lillebonne rendu le 22 avril 1901 au profit de M. le Dr Ott, sur assignation en paiement d'une somme de 275 francs, montant de ses honoraires pour soins et opérations à quatre ouvriers d'une entreprise qui avaient été blessés et transportés à l'hôpital de Lillebonne. Ce jugement, moins bien motivé que les deux précédents au point de vue de l'application de la loi du 9 avril 1898, ne consacre pas moins, cependant, le principe que le patron, en faisant admettre les ouvriers blessés à l'hôpital, fait choix implicitement du médecin ; que, par suite, il doit payer les frais d'hospitalisation et les frais médicaux, ces derniers étant dus au médecin qui, vu la faible indemnité à lui allouée, ne donne des soins gratuits qu'aux indigents et au personnel de l'établissement.

De ces explications, un peu longues sans doute, mais nécessaires pour mettre la question au point, il résulte que les honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux pour soins donnés aux ouvriers victimes d'un accident de travail sont indépendants des frais d'hospitalisation et sont dus par le patron. Les principes juridiques que les juges de paix du Havre et de Cerisay ont appliqués nous semblent à l'abri de la critique.

1. L'ouvrier victime d'un accident de travail ne peut pas être considéré comme privé de ressources, puisque non seulement le patron est tenu de pourvoir aux frais de maladie occasionnés par l'accident, mais encore de lui payer une indemnité. La loi assure ainsi à la victime, et par suite à ceux qui ont pourvu à ces frais au lieu et place du patron, un recours contre celui-ci. (Justice de paix du Havre (2° canton), 24 novembre 1899).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Herpès de la face consécutif à l'injection intra-vertébrale de cocaïne.

Par MM. Ch. Achard et Ch. Laubry.

La pratique récente des injections intra-vertébrales de cocaïne a révélé un accident sans gravité, encore peu connu, mais qui offre un certain intérêt sous le rapport de la pathogénie, c'est l'herpès de la face.

Nous avons eu l'occasion d'en observer 3 cas et nous connaissons un fait analogue de Pullé (1), l'un des premiers cliniciens qui aient employé la cocaïnisation rachidienne dans le traitement de la sciatique.

Observation I. — G... (Ferdinand-Emile), âgé de 39 ans, entre le 7 mai 1901, salle Bichat, lit n° 17, pour des douleurs siégeant dans le membre inférieur gauche. Ces douleurs ont débuté peu à peu, sans raison apparente, il y a un an; elles surviennent par accès qui durent quelques jours, laissant entre eux des intervalles de moins en moins grands et donnant lieu à une impotence fonctionnelle progressive, qui l'oblige à rester couché : au moment de son entrée à l'hôpital, il garde le lit depuis dix jours et ne travaille pas depuis trois mois.

A l'examen du membre on constate des points douloureux assez nets, et l'impossibilité de fléchir la jambe étendue sur la cuisse (signe de Lasègue). Les réflexes sont conservés, la sensibilité intacte. Il n'y a pas d'atrophie musculaire.

La marche est pénible, avec claudication et déviation du corps en avant et à droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 55 ans d'une fluxion de poitrine. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie infectieuse : un eczéma du cuir chevelu en 1886, qui dura un mois et guérit après s'être généralisé à tout le corps.

On conclut à une névralgie sciatique d'origine rhumatismale et on pratique contre la douleur une injection lombaire de 0 gr. 01 de chlorhydrate de cocaïne. La ponction ne donne pas issue au liquide céphalo-rachidien bien que l'aiguille fût manifestement dans le canal. Pas d'anesthésie, pas de soulagement.

10 mai. Les douleurs n'ayant pas été modifiées on pratique une nouvelle ponction, suivie d'une même injection. Pas d'issue de liquide, pas d'anesthésie, pas de soulagement.

17 mai. Nouvelle ponction également négative quant à l'issue du liquide, avec injection de 0 gr. 01 de cocaïne. (Toutes ces injections ont été pratiquées, le malade assis à califourchon). L'introduction de l'aiguille dans le canal vertébral provoque une légère douleur au genou gauche. La ponction est suivie d'un peu d'anesthésie et d'un soulagement immédiat de la douleur permettant au malade de marcher, de se baisser, de se tenir sur la jambe malade, ce qu'il n'avait pu faire, dit-il, depuis 8 mois.

Mais 1 heure 1/2 après l'injection, éclate une céphalée violente et gravative, généralisée, sans prédominance d'un côté de la tête, avec point maximum à la région frontale et au sommet de la tête, sans accalmie. Elle est persistante, exacerbée même pendant la nuit où elle détermine un peu de délire. Elle s'accompagne de vomissements assez abondants, qui durent toute la journée.

La douleur de cuisse, calmée immédiatement, s'exagère au moment de la céphalée, devient lancinante, insupportable.

18 mai. Même état, avec légère prostration et élévation de température (38°,1). Le pouls est rapide (100).

19 mai. Légère amélioration.

21 mai. Sans douleur, sans prurit, est apparue une éruption sur les lèvres et dans la bouche où elle détermine une gêne et une légère cuisson au moment de la mastication et de la déglutition.

L'éruption siège exactement sur le rebord cutanéo-muqueux des deux lèvres supérieure et inférieure, sur leur face interne, avec prédominance à la lèvre supérieure, sur les gencives et particulièrement les gencives incisives supérieures, sur la voûte palatine à droite, près de la ligne médiane.

Elle est formée par de petites vésicules, les unes discrètes, les autres confluentes, les premières du volume d'une fine tête d'épingle, les autres d'une grosse bulle (dimension d'une pièce de 50 centimes) à contours polycycliques qui témoignent de leur mode de formation. Cet aspect existe surtout au niveau de la peau des lèvres où les vésicules reposent sur une zone érythémateuse, formant autour de leur amas un cercle irisé très net entouré lui-même d'une zone plus pâle. Le contenu est franchement séreux par places (vésicules pleines), séro-purulent et blanchâtre en d'autres, cas le plus fréquent (vésicules pleines à demi-flétries).

Sur la muqueuse et la voûte palatine où les vésicules sont discrètes, elles sont rompues, laissant place à une petite zone cyclique ou polycyclique de derme blanc rosé entouré d'une zone érythémateuse plus vive.

22 mai. L'éruption avec ses mêmes caractères se généralise, envahissant surtout la voûte palatine (pourtour de la voûte, face postérieure du rebord alvéolaire dans toute sa largeur, sur une hauteur de 1 à 2 centimètres, luette, face antérieure du voile, et piliers). On est également frappé par le caractère symétrique de l'éruption, cependant un peu prédominante à gauche.

Cette poussée muqueuse est accompagnée d'une poussée cutanée. Apparition dans la région frontale droite, sur une ligne normale au milieu de l'arcade sourcilière, d'une traînée érythémato-vésiculaire composée de 5 ou 6 éléments, les deux extrêmes discrets et de la grosseur d'une tête d'épingle, les deux ou trois moyens confluents, tous transparents, sphériques, entourés du même cercle irisé. Cette poussée se fait sans douleur, sans cuisson.

24 mai. Les éléments ont tendance à disparaître en suivant

1. F. Pullé, L'iniezione alla Bier nella sciatica (*La Riforma medica*, 22 février 1901, vol. I, p. 519).

leur marche normale, les vésicules se flétrissait, et finissait par faire place à de fines croûtelles et à une desquamation légère.

27 mai. Plus de traces de l'éruption, sauf à la région frontale.

29 mai. Ponction sacro-coccygienne avec injection de 0 gr. 02 de cocaïne diluée dans 4 centimètres cubes de sérum. Pas de soulagement.

2 juin. Ponction lombaire sans issue de liquide avec injection de 0 gr. 01 de cacaïne, le malade couché. Soulagement immédiat, sans accident, sans céphalée, ni vomissements. Il persiste 4 ou 5 jours.

8 juin. Nouvelle ponction lombaire également négative, injection de la même dose de cocaïne. Pas d'accident. Mais le soulagement très net paraît plus persistant.

Le malade peut marcher et sort de l'hôpital le 26 juin.

Obs. II. — Leb... (Emile), 21 ans, peintre en bâtiments, entre le 21 juin à l'hôpital Tenon, salle Bichat, lit n° 6, pour un accès de colique saturnine, survenu brusquement pendant son travail, il y a deux jours. Les douleurs siègent dans tout l'abdomen, irradiation dans les lombes, le testicule et les membres inférieurs. Elles sont vives, continues avec accès paroxystiques, elles déterminent l'attitude en chien de fusil, et s'accompagnent de vomissements verdâtres et d'une constipation rebelle qui dure depuis leur début.

Température 38°,2. Pouls vibrant et serré. La langue est saburrale, les gencives recouvertes du liséré saturnin; le ventre rétracté, douloureux, surtout à la palpation superficielle. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Pas d'autres symptômes

Antécédents. — Parents bien portants. Aucune autre maladie. que cinq accès de colique saturnine.

On diagnostique un nouvel accès de colique, et on pratique immédiatement une injection intra-arachnoïdienne de 0 gr. 01 de chlorhydrate de cocaïne. Cette injection est suivie d'une céphalalgie assez intense et persistante, suivie de vomissements ayant d'ailleurs les mêmes caractères que ceux observés dans le courant de l'accès. L'analgésie obtenue est légère, mais remonte jusqu'à l'ombilic. Elle dure une heure environ, après laquelle le malade s'endort; ses douleurs abdominales se calment pendant cinq heures environ.

Le soir, à la contre-visite, à six heures, ses accès, moins violents semblent avoir repris. Les maux de tête existent toujours, et s'accompagnent d'une légère élévation de température (38°,4).

22 juin. Même état : on prescrit le traitement classique de la colique de plomb (lavement purgatif, miel soufré et bains sulfureux).

23 juin. En présence des douleurs abdominales persistantes, on pratique une injection sacro-coccygienne (extra-méningée) de 0 gr. 02 de chlorhydrate de cocaïne dilué dans 4 centimètres cubes de sérum artificiel. On obtient un soulagement plus marqué et plus prolongé, sans maux de tête, se manifestant au bout d'une heure.

Le soir, à la suite de brûlures et d'élancements assez vifs siégeant à la face, particulièrement au voisinage des narines, des lèvres et du menton, alors que ses douleurs abdominales s'atténuaient, apparaît au niveau des endroits douloureux (exactement les deux sillons naso-géniens, la face antérieure et le bord muqueux des deux lèvres, la fossette mentonnière) une éruption formée des éléments suivants : ce sont de petites vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle, les unes simples, les autres confluentes formant de petites bulles ou phlyctènes à contours nettement cycliques et polycycliques. Leur aspect variable d'un élément à l'autre, les unes distendues et franchement sphériques, les autres à demi flétries, d'autres mêmes en voie de dessiccation et ayant fait place à de fines croûtelles luisantes, jaunâtres, mélicériques, témoigne de leur existence éphémère et de la rapidité de leur évolution. Leur contenu est uniformément louche, vésico-pustuleux d'emblée. Enfin ces vésico-pustules se détachent tantôt isolément sur la peau saine, ce qui est rare, tantôt reposent par groupes de six à huit, ou par bulles confluentes sur de petits placards allongés, érythémateux, dont les contours mal limités, débordent légèrement sous forme d'un cercle irisé le contour des vésicules.

24 juin. Apparition sur la face inférieure de la langue, près de la pointe, de deux petites vésicules allongées, placées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, se confondant même légèrement à leur partie postérieure, et se rompant peu après leur naissance pour faire place à une exulcération en fer à cheval, simulant par sa coloration, son aspect, une plaque opaline. Celle-là seule est douloureuse, ou plutôt gênante pour la déglutition.

25 juin. Disparition des coliques.

Régression des éléments éruptifs qui sont presque tous remplacés par des croûtelles de même dimension que les vésico-pustules, peu adhérentes.

28 juin. Le malade sort de l'hôpital sans présenter aucune trace de son éruption, ses coliques guéries.

Examen des vésicules. — L'examen bactériologique (ensemencement après cautérisation de la paroi vésiculaire) est demeurée stérile.

L'examen cytologique pratiqué sur le contenu des vésico-pustules qu'on pouvait croire à des stades différents de leur évolution à en juger seulement par l'état de plus ou moins grande flétrissure de leur enveloppe, révèle l'abondance de polynucléaires et la présence de quelques lymphocytes et éosinophiles.

Obs. III. — Tr... (Emile), âgé de 41 ans, garde-chasse, entre le 24 septembre 1901, à l'hôpital Tenon, salle Bichat, lit n° 24, pour une névralgie sciatique dont il souffre depuis deux mois.

Les douleurs ont débuté assez brusquement pendant une marche prolongée. Localisées tout d'abord à la région lombaire, elles sont bientôt irradiées dans tout le membre inférieur, et depuis le malade n'a pas cessé de souffrir. Ces douleurs se sont accompagnées d'impotence fonctionnelle nécessitant à deux reprises différentes un repos complet de huit jours au lit, pendant lequel les accès paroxystiques empêchaient tout sommeil.

Différents médicaments employés successivement tant à l'extérieur qu'à l'intérieur (salicylate de soude, antipyrine, aspirine, frictions à l'alcool camphré, vésicatoire *loco dolenti*, faradisation du sciatique) restent sans effet. A noter que certains d'entre eux déterminent des phénomènes d'intolérance très prononcés, notamment pour l'aspirine et la belladone (en friction).

A son entrée à l'hôpital, le malade peut à peine faire quelques pas. La douleur persiste. La palpation est surtout douloureuse à la région sacrée, dans l'espace pelvi-trochantérien, et au creux poplité. Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont impossibles. Le signe de Lasègue est très net. Les réflexes sont conservés. On note un peu d'atrophie musculaire. Pas de troubles de la sensibilité objective sauf une légère hyperesthésie du côté du membre atteint.

Rien dans les urines. Aucune affection organique. Antécédents héréditaires et personnels nuls.

On diagnostique une névralgie sciatique rhumatismale et on décide de traiter le malade par des injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne.

26 septembre. Une première ponction lombaire est pratiquée, l'aiguille pénètre dans le canal rachidien, mais ne donne lieu à aucun écoulement de liquide. Néanmoins on injecte 1 centimètre cube 1/2 d'une solution de cocaïne au 1/100. Aucune diminution des douleurs.

27 septembre. Après anesthésie des plans superficiels par une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne, on pratique une deuxième ponction lombaire (entre la 3° et la 4° vertèbre) qui donne lieu à l'écoulement d'un liquide céphalo-rachidien normal. On injecte 1 centimètre cube d'une solution d'eucaïne à 1/100.

Une heure après l'opération, l'anesthésie est complète au niveau du tronc dans une région limitée par deux lignes parallèles passant à peu près l'une au niveau de la base de l'appendice xiphoïde, l'autre à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Le membre inférieur n'a pas de diminution de la sensibilité : le malade au contraire éprouve à son niveau une sensation de chaleur intense.

Deux heures après l'injection débute une céphalée intense, gravative, siégeant surtout au niveau de la région occipitale, accompagnée de nausées et d'une élévation thermique qui atteint le soir 40°. Ces accidents sont un peu calmés par des inhalations de nitrite d'amyle.

28 septembre. La céphalalgie est moins intense, mais elle persiste, et avec elle des vomissements bilieux. Elle se calme dans la soirée.

29 septembre. Le malade est tout à fait rétabli. La douleur sciatique a presque cessé. Les mouvements provoqués ou spontanés sont possibles.

Mais la langue est saburrale et sur la lèvre inférieure (faces cutanée et muqueuse), sur le menton et sur la gencive inférieure est apparu un semis de vésicules, les unes isolées, les autres confluentes, agminées, à peine auréolées toutes d'un cercle irisé, d'un liseré carminé au niveau des muqueuses, la plupart transparentes, d'autres déjà pleines d'un liquide louche. L'éruption s'est faite sans ordre, frappant les deux moitiés du visage d'une façon asymétrique. Elle prédomine sur la lèvre qu'elle soulève de petites phlyctènes blanchâtres. Elle ne donne lieu qu'à une légère sensation de picotement.

30 septembre. L'éruption ne s'est pas étendue. Ses éléments sont déjà à moitié flétris. Quelques-uns présentent une petits croûtelle jaunâtre.

2 octobre. L'éruption a totalement disparu sans laisser de traces.

4 octobre. On pratique une injection sacro-coccygienne de 2 centigrammes d'eucaïne dilués dans 2 centimètres cubes de sérum artificiel. Aucune anesthésie. Mais l'amélioration déjà éprouvée par le malade à la suite de la première injection augmente.

9 octobre. Nouvelle injection sacro-coccygienne d'eucaïne. Même résultat heureux.

Enfin, le malade se plaignant de petites douleurs gênantes dans le creux poplité, d'une sensation de fourmillement plutôt que d'une vraie douleur, on pratique *le 17 octobre*, après ponction lombaire suivie d'écoulement de céphalo-rachidien, une injection intra-arachnoïdienne d'eucaïne (1 centigramme).

Elle est suivie d'une anesthésie douteuse, des mêmes accidents cérébraux que la première, d'une élévation de température (qui atteint le soir du 17 octobre et le matin du 18 octobre, 39°,6, mais tombe le soir même à la normale), mais d'aucune éruption herpétiforme et d'une amélioration de la sciatique qui permet au malade de sortir le 24 octobre.

L'herpès de la face, dans ces trois observations, paraît lié à la pénétration de l'agent anesthésique dans la séreuse arachnoïdienne. Il est vrai que dans le premier cas l'introduction de l'aiguille dans le canal vertébral n'avait donné lieu à aucune issue de liquide; mais il est probable que l'aiguille avait néanmoins pénétré dans l'arachnoïde, étant donné l'effet analgésique et aussi les effets toxiques qui ont suivi l'injection. D'ailleurs, à notre connaissance, l'herpès n'a pas été signalé dans les cas où la cocaïne est injectée à coup sûr en dehors de l'arachnoïde, par l'espace sacro-coccygien, suivant le procédé de MM. Sicard et Cathelin.

Dans nos 3 cas, l'herpès a été précédé d'une vive céphalalgie et de vomissements avec un mouvement fébrile plus ou moins accentué et passager. Il semble donc qu'une action ait été exercée sur les méninges craniennes par la cocaïne diffusée dans le liquide céphalo-rachidien. L'herpès paraît donc être d'origine nerveuse et reconnaître, en somme, à la localisation près, un mécanisme pathogénique peu différent de celui du zona. Seulement il était moins systématique dans sa topographie et bilatéral, parce que l'agent irritant avait porté son action, non sur un point très limité comme dans le zona, mais sur une étendue plus grande des centres nerveux.

Ces faits contribuent, par suite, à établir, l'origine toxique et névro-trophique des herpès fébriles.

Un point intéressant à noter, c'est le temps qui a séparé le moment de l'injection de l'apparition de l'herpès. Ce temps était d'un peu plus de 48 heures dans les deux premières observations et d'un peu moins dans la troisième. Au contraire, la céphalalgie, les vomissements, l'élévation de température se manifestent très peu de temps après l'injection. Ce sont des effets immédiats, directement provoqués par l'action de la substance toxique sur l'axe cérébro-spinal. Quand à l'éruption, elle nécessite, comme les troubles trophiques, un temps plus long, parce qu'il s'agit là d'une lésion matérielle de la peau, qui ne se constitue pas en quelques instants, mais exige pour sa formation une série de réactions multiples. Dans d'autres herpès toxiques, à la suite d'intoxications alimentaires en particulier, on a signalé aussi un intervalle de quelques jours parfois entre l'intoxication et l'apparition de l'éruption.

Il est à remarquer encore, chez nos malades, que l'herpès n'était nullement lié, comme on le voit pour certaines éruptions toxiques, telles que l'urticaire, les érythèmes pathogénétiques, à une idiosyncrasie particulière, car il ne s'est pas produit à la suite des autres injections, pratiquées soit avant soit après chez les mêmes sujets.

Enfin, dans le dernier cas, c'est l'eucaïne qui a provoqué l'herpès et les autres accidents, exactement comme la cocaïne, à laquelle elle ne paraît nullement préférable.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

La rachicocaïnisation considérée comme méthode de provocation de l'accouchement.

Par le Dr L.-J. Audebert.

Agrégé, accoucheur des hôpitaux de Toulouse.

MM. Doléris et Malartic (janvier et février 1901), ont affirmé que la cocaïne injectée dans l'espace sous-arachnoïdien avait, chez les femmes enceintes, une double action : 1° Pendant l'accouchement, elle stimule, elle renforce la contraction qui existe déjà (action *accélératrice*); 2° Pendant la grossesse, elle éveille la contractilité de l'utérus à l'état de repos, et détermine l'apparition de contractions suffisantes pour amener, à bref délai, l'expulsion du fœtus (action *provocatrice*).

Ce dernier point m'a paru surtout intéressant et j'ai cherché à l'étudier d'abord expérimentalement. Les premiers résultats, obtenus avec la collaboration de M. Lafon, ont été exposés à une des dernières séances de la Société anatomo-clinique de Toulouse (5 novembre).

De plus, j'ai eu l'occasion d'essayer, chez une femme de la Clinique obstétricale, l'injection intra-rachidienne de cocaïne pour provoquer l'accouchement prématuré. Il m'a paru utile de publier cette observation qui a trait à une question toute nouvelle, encore à l'étude, et sur laquelle les documents sont très peu nombreux.

Observation 220 (du registre de la *Clinique d'accouchements de la Faculté*).

Une femme, secondipare, entre à la Clinique, dans le courant du mois d'octobre dernier. A l'examen pratiqué dès son arrivée, on constate qu'elle est atteinte d'une viciation pelvienne : bassin plat rachitique. Le diamètre promonto-souspubien mesure 10 centimètres.

D. R. fin janvier; mais cette femme affirme que sa grossesse ne peut dater que du 18 février; elle ne sera donc à terme que vers le 20 ou le 25 novembre. H. V. = 32 centimètres. La

tête est mobile au-dessus du détroit supérieur; il n'y a aucune tendance à l'engagement. Le palper mensurateur indique que cette tête est encore acceptable par les diamètres pelviens; on attend.

Au commencement de novembre, on s'aperçoit que la tête déborde la symphyse pubienne d'environ 5 millimètres. D'un autre côté, la céphalométrie pratiquée suivant la méthode de Perret, donne un diamètre bi-pariétal de 9 centimètres au moins. Craignant d'avoir des difficultés pour l'engagement de la tête, je me décide à tenter la provocation du travail, par le procédé de Doléris, c'est-à-dire par la rachicocaïnisation.

Le 7 novembre, à 3 h. 22 du soir, après ponction lombaire et issue de quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien, j'injecte dans le rachis 1 centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 (1 centigramme).

A 3 h. 26, fourmillements dans les pieds.

A 3 h. 28, hypoesthésie dans les membres inférieurs.

A 3 h. 30, diminution très marquée de la sensibilité, pâleur de la face.

A 3 h. 32, anesthésie complète à la douleur, mais la motilité et la sensibilité au contact et à la température sont conservés.

A 3 h. 34, mouvements convulsifs des lèvres et des muscles de la face; quelques nausées.

A 3 h. 35, efforts de vomissements, agitation, inquiétude.

A 3 h. 36, l'anesthésie absolue remonte jusqu'au niveau des fausses côtes; la sensibilité normale persiste à la poitrine, au cou et aux membres supérieurs.

A 3 h. 42, facies un peu plus coloré; 80 pulsations radiales à la minute; rhythme respiratoire un peu irrégulier, céphalée légère.

A 3 h. 57 (35 minutes après l'injection de cocaïne), survient la première contraction utérine; elle est indolore et dure environ 1 minute.

A 4 h. 5, 2e contraction.

A 4 h. 10, 3e contraction.

A 4 h. 15, 4e contraction.

A 4 h. 25, 5e contraction.

A 4 h. 28, contraction qui, comme la précédente, est indolore et dure environ 1 minute. La sensibilité commence à reparaître en sens inverse de sa disparition, c'est-à-dire gagne depuis la racine des membres inférieurs jusqu'aux pieds.

A 4 h. 45, contraction.

A 4 h. 55, la sensibilité est redevenue normale.

A 5 heures, à 5 h. 5, à 5 h. 40, à 5 h. 45, à 6 h. 10, on observe une contraction.

De 6 h. 10, à 7 h. 10, 11 contractions; puis se produit un temps d'arrêt et de 7 heures du soir à 8 h. 30 du matin, la femme n'a plus que de très rares contractions; elle dort presque toute la nuit.

A l'examen du 8 novembre (9 heures matin), on ne constate pas de commencement de travail; sensation de courbature légère; état général bon.

Le lendemain matin, 9 novembre, la situation étant la même, je me décide à pratiquer une nouvelle rachicocaïnisation.

J'injecte donc à 10 h. 25 du matin 1 cm. cube 1/2 de la solution à 1 p. 100.

A 10 h. 29, fourmillements dans les pieds et sensation de pesanteur dans les membres inférieurs.

A 10 h. 32, diminution de la sensibilité. Pouls : 78.

A 10 h. 34, pouls : 84; il est irrégulier.

A 10 h. 37, abolition à peu près complète de la sensibilité.

A 10 h. 40, anesthésie complète à la douleur. Un peu de pâleur de la face, cyanose des lèvres.

A 10 h. 50, une légère sensibilité existe encore sur des régions limitées, en particulier, à la face externe des cuisses, mais partout ailleurs l'anesthésie est complète et remonte jusqu'aux aisselles; pas de vomissements.

A 10 h. 55, l'anesthésie diminue au niveau de l'abdomen, mais persiste dans les membres inférieurs jusque vers 11 h. 30.

De 11 h. 40 à 2 heures du soir, 5 à 6 contractions.

De 2 heures à 4 heures, 10 contractions indolores; quelques douleurs lombaires.

De 4 heures à 7 heures, 7 contractions; légère céphalée, bourdonnements d'oreilles.

A 7 heures du soir, pas de modifications du côté du col.

Le lendemain matin, 10 novembre, le col n'est nullement effacé; il n'y a pas de début de travail. La femme a souffert toute la nuit de douleurs en ceinture; elle se plaint aussi de céphalée violente qui est heureusement influencée par l'absorption de 1 gramme d'antipyrine.

Le 15 novembre, à 10 heures du matin, M. Crouzat provoque l'accouchement au moyen de l'accélérateur-bougie. La marche du travail est régulière, plutôt rapide; les contractions sont fréquentes et efficaces; l'expulsion du fœtus a lieu à 9 heures du soir; le travail a duré 11 heures; l'enfant bien portant pèse 2 900 grammes.

En résumé, la rachicocaïnisation pratiquée par deux fois, n'a déterminé que quelques contractions utérines fugaces et sans résultats; le travail ne s'est pas déclaré. Pour expliquer ce double insuccès, pourrait-on invoquer une inertie particulière de l'utérus? Pourrait-on supposer qu'il s'agissait ici d'un organe paresseux, difficilement excitable et pour ainsi dire privé de tout pouvoir contractile?

Cette hypothèse est inadmissible. Les propriétés excito-motrices de l'utérus étaient absolument normales : la rapide terminaison du travail provoqué quelques jours plus tard par les procédés ordinaires, l'a surabondamment prouvé.

Telle est cette observation qui démontre que la rachicocaïnisation n'est point un moyen certain de provoquer les phénomènes du travail. D'ailleurs ce n'est pas la seule de ce genre et j'ai trouvé dans le *Bulletin médical de l'Algérie* (septembre, 1901), un article de M. Denis sur « l'anesthésie médullaire dans les accouchements », ou l'on peut lire les lignes suivantes : « Dans une communication verbale, notre collègue et ami le Dr Sabadini nous rapporte qu'il a opéré avec l'injection rachidienne, pour appendicite, une femme enceinte de 4 mois 1/2, sans qu'il en soit résulté un avortement, et il y a de cela 4 jours ».

De deux faits et surtout de deux faits négatifs, je n'aurais garde de tirer des conclusions formelles et définitives. Qu'il me soit cependant permis de faire remarquer qu'en janvier 1901, Doléris appuyait sur deux observations seulement pour affirmer l'action provocatrice de la cocaïne (thèse de Malartic, observations 51 et 52). On pourrait même ajouter que ces deux observations ne sont pas absolument probantes, puisque dans un cas il s'agissait d'un fœtus mort *in utero*, et dans l'autre d'une femme tuberculeuse. On se trouvait par conséquent en présence de grossesses anormales, d'états nettement pathologiques pouvant retentir sur l'utérus et augmenter son pouvoir excito-moteur.

En outre, ces deux faits cliniques négatifs (observation de Sabadini et observation personnelle) viennent corroborer les faits expérimentaux dont j'ai déjà parlé et qu'on trouvera rapportés tout au long dans la thèse de mon élève M. Calvet (1). Dans ces expériences, des injections rachidiennes de cocaïne pratiquées chez des femelles pleines n'ont jamais déterminé l'expulsion prématurée.

De par la clinique et l'expérimentation, on est donc amené à conclure que la rachicocaïnisation n'a pas une action certaine sur la provocation du travail; avant de lui donner le pas sur les méthodes classiques qui ont fait leurs preuves, il est nécessaire d'apporter de nouveaux faits, plus nombreux, plus démonstratifs.

1. *Thèse* de Toulouse, novembre 1901.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séances des 11 et 18 Novembre 1901.

Régénération de l'air confiné au moyen du bioxyde de sodium.

MM. A. Desgrez et **V. Balthazard**, à qui l'on doit la combinaison d'un appareil et d'une méthode pour la régénération de l'air confiné, viennent d'apporter à leur dispositif quelques perfectionnements qui en rendent l'application plus pratique.

A cet effet, ils assurent la marche du ventilateur de leur système, non plus par des accumulateurs, mais par un mouvement d'horlogerie qui détermine en même temps la chute, à intervalles réguliers, du bioxyde de sodium dans le régénérateur.

De plus, ils ont adapté à l'instrument un récipient à chlorure de méthyle, dont l'objet est de garantir le refroidissement convenable de l'air régénéré.

Un dispositif spécial permet de maintenir le système chargé à l'avance en eau, en bioxyde et en chlorure de méthyle, de telle sorte qu'il puisse être utilisé à tout instant. La mise en marche est assurée par l'ouverture extérieure d'un robinet pour l'ouverture du récipient à chlorure de méthyle et par un simple tour de vis donné de l'extérieur également pour le déclanchement du mouvement d'horlogerie.

La formation des éléments fécondants du moineau.

M. Gustave Loisel, en étudiant la formation des éléments fécondants du moineau, a reconnu que l'une des parties les plus énigmatiques de l'épithélium séminal, la cellule de Sertolli, n'est autre chose qu'une cellule germinative modifiée dont le rôle serait de sécréter périodiquement une substance exerçant une action chimiotactique positive sur les spermatozoïdes en voie de formation.

Ainsi s'explique le phénomène si curieux de la coordination de ces éléments, l'adelphotaxie de Marcus Hartog, c'est-à-dire la coordination des spermatozoïdes.

La coloration de certaines membranes animales.

MM. Chelle et **Mandoul** ont recherché quelle était l'origine des colorations bleues que présentent certaines membranes de la pintade, du casoar, etc. Ils ont reconnu, à l'aide de la spectro-photométrie, qu'elles étaient dues non à un pigment, mais étaient le fait d'un phénomène physique. Cette coloration, comme celle de l'iris, du bleu du ciel, etc., est due à l'action d'un milieu trouble.

Influence de l'ingestion du vin sur la tuberculose.

M. Rose en faisant ingérer à des cobayes rendus tuberculeux une dose quotidienne de vin correspondant à deux litres et demi par jour, a reconnu que l'évolution de la maladie ne paraissait pas influencée.

Les cobayes soumis au régime de l'ingestion du vin sont morts en même temps que les cobayes témoins.

Répartition du fer dans le foie, la peau et les poils.

M. Floresco (de Bucarest) a reconnu que le fer existe toujours en quantité proportionnelle, dans la peau, les poils et le foie, et qu'il existe aussi une relation au point de vue du fer et du pigment, ces deux derniers éléments étant en rapports constants, si bien que plus le poil de l'animal est foncé, plus la quantité de fer qu'ils renferment est considérable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 Novembre 1901.

Sur la présence d'une sensibilisatrice dans l'urine de typhiques.

M. Jean Lépine a recherché dans l'urine la sensibilisatrice trouvée par Bordet, Widal et Le Sourd dans le sérum des typhiques.

Chez l'homme, dans sept urines de typhiques, il a obtenu une seule fois une réaction de fixation nette. Un résultat était douteux, et cinq négatifs.

Chez le cobaye inoculé avec une culture de bacille d'Eberth, il a trouvé la sensibilisatrice dans l'urine une fois sur trois cas.

Dans les cas positifs (fièvre typhoïde de l'homme ou infection typhique expérimentale), les urines avaient un pouvoir agglutinant appréciable. Dans les cas négatifs, l'agglutination était insignifiante ou nulle.

Toxicité urinaire de quelques typhoïdiques soumis à différents modes de traitement.

MM. Ingelrans et **Dehon** (de Lille), ont déterminé, comparativement, la toxicité urinaire de 8 typhoïdiques, dont 4 étaient traités par les bains chauds, 2 par les bains froids et 2 autres, enfin, soumis au régime des boissons abondantes, sans balnéation.

Voici les conclusions de leur travail :

1° L'urotoxicité va en diminuant, de jour en jour, ou reste sensiblement stationnaire, chez les malades soumis aux bains chauds ;

2° L'urotoxicité va en augmentant, de jour en jour, chez les malades traités par les bains froids, exception faite pour les jours où la fièvre augmente sensiblement ;

3° L'urotoxicité augmente notablement, de jour en jour, chez les malades soumis au régime des boissons abondantes sans balnéation ; et chez ceux-ci le coefficient uro-toxique est beaucoup plus élevé que chez les malades des deux premières séries.

Paralysie acoustique alterne.

M. Gellé fait voir au moyen d'observations prises dans le service otologique de la Salpêtrière, que les troubles auditifs (surdité, vertiges, otalgie, bruits subjectifs) liés à des lésions des noyaux acoustiques dans la protubérance peuvent être limités à un seul côté, opposé à celui de l'hémiplégie concomitante (Cas de Huguenin, Nothnagel, Friedreich, Wernicke, Raymond). Ces symptômes auditifs sont seuls ou associés à une ou plusieurs paralysies de nerfs craniens (facial, 6e paire). L'auteur pense que la signification du syndrome acoustique dans la paralysie alterne a une valeur au moins égale à celle du syndrome de Weber, ou de celui de Millard-Gubler pour démontrer l'existence d'une lésion protubérantielle.

Sur la diminuation de la coloration du sérum sanguin.

MM. Gilbert et **Herscher**. — La légère coloration jaunâtre du sérum sanguin normal est communément attribuée à un pigment que l'on retrouve dans divers tissus animaux ou végétaux et notamment dans le granule dans le jaune d'œuf.

Désigné sous les noms de lipochrome et de bactérie, ce pigment mériterait mieux selon nous l'appellation de sérochrome.

La nature chimique, les relations avec les lipochromes du jaune d'œuf et de la graisse, les connexions avec les pigaments biliaires et urinaires n'ont pas été complètement déterminées et nous comptons revenir prochainement sur ces points.

Quoi qu'il en vint, il est aisé de reconnaître qu'à l'état pathologique la matière colorante du sérum subit des variations de quantité en plus ou en moins, constituant des états auxquels pourraient être appliquées les désignations des kystes et des hypoxérochromie.

Malgré que, d'individu à individu, de race à race, de saison à saison, le sérum présente des modifications de couleur telles

qu'il est plus teinté chez les orientaux que chez les occidentaux, plus foncé peut-être en été qu'en hiver, et malgré qu'une base solde fasse ainsi défaut pour l'appréciation de l'hyper et de l'hyposérochromie, on peut cependant affirmer, surtout en se basant sur des examens répétés à plusieurs reprises chez un même sujet, que ces deux états existent bien.

Nous étudierons ultérieurement l'hyperurochromie dont la différenciation d'avec la cholérine n'est pas sans présenter quelques difficultés.

Quant à la diminution de coloration du sérum, de même que le professeur Hayem, nous l'avons observée dans certaines anémies et notamment dans la chlorose.

Mais c'est surtout au cours des maladies consomptives et cachectisantes, dans le cancer, par exemple, et surtout dans la tuberculose, que le fait nous a particulièrement frappés.

Dans 49 cas de tuberculose pulmonaire, en effet, sur 54 observés, nous avons noté l'hyposérochromie d'intensité variable et deux fois au moins nous avons pu nous rendre compte du rôle de la bacillose sur la production, car nous avons vu le sérum se décolorer progressivement au fur et à mesure que la maladie évoluait.

Il semble donc que dans la tuberculose s'il existe à côté des anémies globulaires et hémoglotique une sorte d'anémie sera chronique, celle-ci pouvant devenir telle que si pour une raison ou pour une autre, l'anémie globulaire vient à disparaître en apparence tout au moins, l'hyposérochromie n'en persiste pas moins ; c'est ainsi que chez un tuberculeux, emphysémateux et cyanotique, nous avons observé une pâleur extrême du sérum, alors que les numérations sanguine dénotaient de l'hyperglobulie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Novembre 1901.

Cœur à l'étroit comme cause de souffles anorganiques et de troubles fonctionnels cardiaques.

M. Merklen cite le cas d'une jeune fille de 17 ans qui garde, depuis 6 ans, la position couché à plat, la tête un peu renversée en arrière, pour un mal de Pott cervical. Or, chez cette malade, on constate un souffle très rude, intense, au foyer de l'artère pulmonaire, et un autre souffle, véritable piaulement, d'une intensité extraordinaire, perçu dans l'aisselle et dans tout le dos.

Il ne s'agit, néanmoins, pas de lésions valvulaires, que rien n'indique en dehors des souffles, mais la colonne lombaire, fortement incurvée en avant, forme une véritable tuméfaction osseuse remplissant l'épigastre.

Ainsi mis à l'étroit dans un thorax d'ailleurs aplati et peu développé, le cœur doit comprimer rythmiquement les poumons, également gênés, d'où des souffrances cardio-pulmonaires qui, ainsi que l'ont établi Potain et M. Ed. Barié, prennent parfois le caractère musical. Cette même anomalie — cœur à l'étroit — peut expliquer les palpitations et la dyspnée qui se produisent chez cette malade après les repas.

Ce fait vient à l'appui des idées de MM. Lamy et Huchard sur les rapports des vices de conformation du thorax avec les souffles anorganiques et les troubles fonctionnels cardiaques.

Diplégie faciale périphérique probablement d'origine ourlienne.

M. Edg. Hirtz présente une jeune fille de 16 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels spéciaux, mais chez laquelle on trouve quelques stigmates de névropathie. Elle a été opérée pour une hernie inguinale après anesthésie à la cocaïne lombaire. Après son opération elle eut une sorte de crise nerveuse et de la céphalée persistante. Deux jours après, tuméfaction douloureuse des parotides et de la face et léger trismus. Quelques jours plus tard, paralysie faciale double, mais plus prononcée du côté droit, ayant tous les caractères d'une diplégie périphérique.

L'examen électrique montra la réaction de dégénérescence du côté droit et une diminution très notable de la contractilité faridique du côté gauche. Par le massage et l'électricité l'état s'améliora assez rapidement et actuellement la guérison à peu près complète du côté gauche et amélioration notable du côté droit permettent d'établir un pronostic favorable.

La cause de cette diplégie faciale périphérique est assez difficile à préciser; néanmoins, après avoir éliminé les causes locales de compression et la syphilis, il semble qu'on ne puisse attribuer une grande importance à la cocaïnisation lombaire et qu'on doive rattacher cette diplégie faciale périphérique à une attaque fruste d'oreillons, manifestée seulement par une légère congestion parotidienne.

Lésions syphilitiques rares.

M. Danlos présente un malade qui, entres autres manifestations syphilitiques intéressantes, en offre deux extrêmement rares, la seconde surtout, ce sont : 1° des gommes du sterno-cléido-mastoïdien ; 2° des masculatures atrophiques, lésion aussi exceptionnelle que caractéristique, car elle est indélébile.

M. Troisier observe qu'on a eu tort de donner le nom de vergetures à ces lésions. Il s'agit, en effet, d'une véritable macule avec atrophie de la peau, atrophie qui n'existe pas dans la vergeture.

Péricardite brightique amicrobienne.

M. Ferrier (Val-de-Grâce) rapporte une observation de péricardite brightique aiguë généralisée, amicrobienne, observée chez un soldat d'apparence robuste, qui avait, cependant, depuis très longtemps, comme le montra l'autopsie, une néphrite brightique (scarlatine à 5 ans, fièvre typhoïde à 6 ans et, à 13 ans, accidents dyspnéiques traités par les injections de néphrine).

Les reins étaient extraordinairement réduits de volume (70 grammes l'un et 65 grammes l'autre, compris la capsule).

Administration du bromure après chaque accident épileptique.

M. Toulouse donne 1 gramme de bromure après chaque accès convulsif et 0,50 centigrammes après chaque vertige.

« Cette pratique, dit-il, permet de fixer la dose journalière de bromure à un taux modéré et de lutter contre l'épilepsie au moment où celle-ci se manifeste. En fait, durant 18 mois, les 120 malades traités journellement dans mon service ont présenté beaucoup moins d'accès multiples avec ce mode d'administration du bromure après chaque accident que dans les 18 mois précédents avec les conditions thérapeutiques antérieures. Le danger d'un état de mal est grandement diminué et peut-être même complètement empêché par ce mode d'administration du bromure. »

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 20 Novembre 1901.

Discussion sur la pathogénie et le traitement de la gastrosuccorrhée.

M. Bardet. — J'ai vu avec beaucoup d'intérêt M. Soupault ériger en principe que tout malade présentant le syndrome de Reichmann relève du chirurgien et admettre que l'ulcus est à la base de toute malade de Reichmann, mais je crois devoir, avec M. Robin, m'opposer à cette théorie. Sans compter, en effet, que la présence constante de l'ulcus n'est pas anatomiquement démontrée, les observations nombreuses de M. Mathieu et de M. Soupault lui-même établissent que les malades atteints des formes les plus graves peuvent à la longue être définitivement améliorés par le seul traitement médical, spécialement lorsqu'ils ont franchi l'âge de 50 ans, ce qui est en contradiction apparente avec l'existence d'une lésion matérielle.

Les deux conclusions de M. Soupault me paraissent donc exagérées. Je conviens qu'il est difficile d'instituer un traitement médical approprié et plus difficile encore de le faire tolérer, mais à ce propos je me demande si la quantité d'aliments prescrits ne doit pas être soigneusement dosée même s'il s'agit de poudre de viande.

L'équilibre azoté ne peut-il être obtenu pour des doses moindres que celles indiquées par M. Mathieu dans sa méthode de gavage?

M. Soupault. — Sans avoir jamais nié les heureux résultats du traitement médical, j'ai dit que les gastrosuccorrhéiques relèvent en principe du chirurgien, parce que leur maladie est une maladie à rechutes et qu'ils sont toujours sous la menace d'une hématémèse ou d'une perforation, même après une longue période d'accalmie.

Il y a quelques jours un de mes malades, petit gastrosuccorrhéique, chez qui j'avais temporisé, a eu une hématémèse de trois litres, constatée par moi-même, et cela après guérison apparente. J'avais, avant l'hématémèse, posé le diagnostic d'ulcère, car pour moi il y a plus d'ulcus sans hémorrhagie qu'avec hémorrhagie. Mon diagnostic a été confirmé par l'hématémèse et je conseille désormais à ce malade l'opération.

M. Mathieu. — Il y aurait lieu à mon avis de distinguer des formes graves de la maladie de Reichmann et des formes relativement bénignes. Dans les premières, je crois qu'il y a toujours ulcère : six autopsies personnelles, l'opinion de Hayem celle de Soupault basée sur les données de la biopsie me confirment dans cette impression. Mais dans quelle proportion la série des cas bénins nous réserve-t-elle la constatation de l'ulcus? Rien actuellement ne nous permet de trancher sûrement la question : seuls, les faits anatomiques en se multipliant nous donneront une solution certaine.

En pratique il serait nécessaire d'avoir une méthode de diagnostic entre les deux formes; je crois que l'inefficacité du traitement médical et spécialement de mon procédé de gavage par la poudre de viande, en est un bon élément. C'est dans ces cas qu'il faut recourir à l'intervention chirurgicale que M. Soupault nous a appris avec raison à préconiser moins parcimonieusement qu'autrefois. Mais j'estime que même si l'ulcus existait dans toutes les gastrosuccorrhées, il ne faudrait pas les opérer toutes, car l'ulcus est susceptible de guérison.

Sur le point de savoir si la quantité de poudre de viande doit être réduite, je dirai qu'après l'ingestion de fortes doses on voit le taux de l'urée n'augmenter que tardivement, ce qui montre que dans l'intervalle l'organisme a réparé son déficit en matière azotée, d'où l'utilité de cette suralimentation.

M. Soupault. — J'insiste sur le danger qu'il y a à considérer des formes graves et bénignes de gastrosuccorrhée puisqu'elles ne diffèrent ni par le côté clinique, ni par le pronostic; dans les formes qui semblaient graves comme dans les plus légères, j'ai toujours, je le répète, constaté l'ulcus au cours de l'opération. L'ulcus en outre ne guérit pas, en ce sens qu'il est toujours sujet à reviviscence.

M. Mathieu. — M. Soupault parle sans doute de guérison au sens clinique du mot, car anatomo-pathologiquement la cicatrice d'un ulcus est couramment constatée.

M. Albert Robin. — M. Mathieu préconise avec raison la suralimentation azotée chez les grands succorrhéiques, car ces malades détruisent une partie, souvent notable, de leur azote constitutionnel : des expériences m'ont montré que chez un malade ingérant 15 grammes d'azote, le chiffre des excreta a dépassé de 0 gr. 860 celui des ingesta; en outre chez un autre malade, 19 p. 100 de l'azote ingéré n'était pas assimilé.

Je crois, d'autre part, au sujet de la gastrosuccorhée, que la vérité doit être intermédiaire entre l'opinion de M. Soupault qui a toujours vu l'ulcus, celle de M. Mathieu qui l'a constaté souvent et celle que je professe de ne l'avoir presque jamais rencontré : même dans les cas où il y a ulcus, la guérison est possible dans 60 p. 100 des cas.

Au reste, la présence de l'ulcus est révélée cliniquement par un ensemble de symptômes au premier rang desquels il faut placer la douleur dite « en broche » très localisée, survenant immédiatement après le repas, ce qui contraste avec la torpeur gastrique que présentent pendant les premières heures qui suivent l'ingestion d'aliments, les hyperchlorhydriques simples.

M. Soupault estime que la douleur immédiate n'est pas pathognomonique de l'ulcus. Hartmann et lui croient au contraire que la douleur qui correspond à la présence de l'ulcère est à type tardif.

M. Leredde présente une note sur le *traitement des lichenifications par la cure d'exfoliation.*

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 Novembre 1901.

Traitement de la métrite cervicale.

M. Richelot revient sur le traitement par le caustique Filhos, désirant répondre aux objections qui lui ont été faites.

M. Richelot répète que ce traitement guérit admirablement la métrite cervicale chronique d'origine puerpérale ou blennorrhagique, l'infection étant confinée dans la muqueuse et dans les glandes. Le caustique Filhos détruit alors toute l'épaisseur des tissus morbides, muqueuse et lésions glandulaires profondes, et restitue au col sa forme sans jamais donner d'atrésie. Cette restitution de la forme et des fonctions du col est plus sûre qu'après les opérations les mieux faites. D'ailleurs, tous ceux qui ont essayé le caustique Filhos, ont obtenu d'excellents résultats.

Parmi les nombreux cas que M. Richelot a traités, il existe deux types que l'on rencontre assez couramment.

Premier type : jeune femme malade depuis sa première couche, remontant à quatre ans, douleurs modérées, mais leucorrhée extrêmement abondante; guérison obtenue après neuf cautérisations au caustique Filhos.

Deuxième type : arthritique nerveuse, chez laquelle ont toujours existé des phénomènes congestifs du côté du petit bassin, mais ayant excessivement augmenté depuis ses couches; gros col avec muqueuse en ectropion ; guérison après huit cautérisations.

La perméabilité du col est parfaite à la suite de ce traitement, et comme preuve M. Richelot cite les grossesses survenues dans la suite chez quatre de ses clientes, qui ont admirablement accouché.

Non seulement on ne rétrécit pas le col par ce procédé, mais on peut guérir les atrésies produites par les cautérisations au nitrate d'argent.

M. Doléris. — Il existe deux sortes de caustiques : les acides et les alcalins; les premiers produisant, à la chute de l'eschare, du tissu cicatriciel rétractile, les seconds n'en produisant pas. Le caustique Filhos appartient à cette seconde catégorie, mais son action ne diffère en rien et n'est nullement supérieure à celle des autres caustiques alcalins ; certaines essences, d'ailleurs, agissent de même, la créosote en particulier; l'électricité peut également donner des résultats identiques.

M. Doléris croit donc, avec M. Richelot, qu'un grand nombre de métrites cervicales peuvent guérir par l'un ou l'autre de ces moyens, mais il s'agit alors de métrites superficielles. Quant aux gros cols scléro-kystiques dont les parois sont bourrées de kystes dans toute leur épaisseur, ils paraissent justiciables de l'intervention au bistouri, et si M. Richelot pense avoir guéri de ces cas, M. Doléris croit qu'ils ne le sont qu'en apparence et que les kystes reparaîtront dans un nombre d'années plus ou moins éloigné.

M. Pozzi est aussi d'avis que le traitement préconisé par M. Richelot ne s'adresse qu'aux métrites superficielles, mais que les gros cols scléro-kystiques doivent être traités par le bistouri qui a, de plus, une action élective lui permettant, par dissection des tissus, d'enlever uniquement les parties malades ; tandis que la cautérisation est un procédé aveugle, détruisant aussi bien les tissus sains que les tissus malades. En outre, la composition des crayons peut n'être pas constante et détruire plus ou moins profondément les tissus. Quant à la difficulté opératoire, il pense que si le Schrœder type est une opération magistrale, l'amputation bi-conique du col, telle qu'il la préconise, est une opération de choix.

M. Lepage demande à M. Richelot quels sont, à son avis,

les cas justiciables du Schrœder, et s'étonne que le caustique puisse réparer les déchirures du col sans le raccourcir.

M. Richelot répond à M. Lepage que, pour les déchirures latérales du col, qu'il ne sait pas au juste comment elles disparaissent; mais, en tout cas, si les lèvres sont amincies, par suite de la destruction de la muqueuse, le col n'est pas diminué de longueur.

Quant aux cas justiciables du Schrœder, M. Richelot le réserve aux femmes qui désirent guérir rapidement et ne redoutent pas une intervention; le traitement par le caustique Filhos est, en effet, plus long; il demande deux mois pour huit applications, mais il a cet avantage que la femme peut vaquer à ses occupations, et n'est tenue de garder le repos qu'une journée seulement après chaque cautérisation.

Rupture utérine.

M. Rudaux présente deux pièces de ruptures du segment inférieur de l'utérus. Dans un cas, le fœtus et ses annexes étaient dans la cavité abdominale, et l'utérus présentait une anomalie de développement. Dans l'autre, on se trouvait en présence d'un rétrécissement du bassin avec présentation du front; la rupture était sous-péritonéale avec décollement du péritoine tout autour du segment inférieur, et écartement des lames du ligament large gauche et droit.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 11 Novembre 1901.

Splénectomie.

M. Cognard présente une énorme rate : elle pèse 5 kilos 300, enlevée dans le service de M. Laroyenne chez une malade dont voici l'histoire clinique.

Il s'agit d'une femme de 48 ans qui a toujours habité Frontanas dans l'Isère. La région était jadis marécageuse, et la malade se souvient très bien qu'il y a une trentaine d'années, la fièvre tremblante était endémique dans la région. Mais, depuis le dessèchement des marais, on n'entend plus parler de la fièvre intermittente dans son pays.

Depuis 2 ans à 2 ans 1/2, elle s'est aperçue qu'elle grossissait de tour de taille. Il y a 18 mois à peu près, en portant la main sur le ventre, elle s'est aperçue de quelque chose de dur sous les fausses côtes gauches. L'abdomen, depuis lors, n'a cessé d'augmenter de volume, particulièrement depuis un an.

A la palpation abdominale, la tumeur occupe toute la partie gauche de l'abdomen. En arrière, il est impossible de sentir sa limite. En avant, elle se termine par un bord tranchant. Cette tumeur est régulière, non bosselée, à surface parfaitement lisse. Elle est peu mobilisable dans l'abdomen; néanmoins on peut la faire basculer à droite dans une certaine limite. Son bord tranchant se déplace alors de 4 à 5 centimètres de gauche à droite.

Il semble qu'il y ait un peu d'ascite dans les parties déclives.

L'intervention a été très simple. Après laparotomie médiane, la tumeur a été très facilement amenée en dehors de l'abdomen, Une seule anse intestinale présentait quelques adhérences lâches avec elle. On l'a facilement libérée. Le pédicule de la tumeur, formé de vaisseaux volumineux de la grosseur du petit doigt au moins, a été saisi entre deux pinces et lié au fil de soie avec surjet de catgut. L'abdomen a été refermé aussitôt sans drainage.

La malade est décédée 12 heures après l'opération. A l'autopsie on a trouvé une certaine quantité de bouillie sanglante au niveau de la suture entre la peau et l'aponévrose. Dans l'abdomen, une énorme quantité de cette bouillie sanguinolente occupant le flanc gauche, bien qu'aucune des ligatures n'ait lâché. Le foie, cirrhotique, pesait 3 kilog.

L'examen du sang, pratiqué 2 heures après l'opération, a donné les résultats suivants :

G. R. 1891000; G. B. 527000; grands mononucléaires 56,6 p. 100; polynucléaires 42,6 p. 100; lymphocytes 0,7 p. 100 après coloration à l'hématéine-éosine.

L'intervention n'a été pratiquée que grâce à l'incertitude dans laquelle on se trouvait sur la nature de la tumeur. La malade ne fournissait que des renseignements peu précis sur la marche et l'évolution de son affection et elle ne présentait nulle part de tumeur ganglionnaire qui puisse attirer l'attention.

L'examen du sang, qui aurait pu fournir d'utiles renseignements, n'avait, malheureusement, pas été pratiqué avant l'intervention.

Accidents nerveux consécutifs à la suppression d'une otite.

M. Lépine présente un malade de son service qui depuis longtemps, présentait un écoulement purulent par l'oreille droite. Cet écoulement s'était tari depuis deux mois. Peu après, céphalée occipitale, puis apparition d'attaques épileptiformes qui, dans ces derniers jours, sont devenues extrêmement fréquentes. Ces attaques s'accompagnaient toujours de parésie de l'un des membres supérieurs, habituellement du gauche, et d'une impossibilité presque complète de parler, même pendant la période de la crise, pendant laquelle la connaissance était conservée. Le malade n'a pas remarqué que cette alalie fût plus prononcée quand la parésie siégeait du côté droit.

L'examen de l'oreille montrait du pus dans la caisse tympanique; l'apophyse mastoïde était absolument indolente, le malade apyrétique. Après une période d'observation de deux jours, pendant laquelle l'état ne s'est pas amélioré, M. Lépine a cru devoir se conformer au précepte formellement indiqué dans l'ouvrage récent de M. Broca, et a fait pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde par M. Jaboulay. L'apophyse était éburnée. Les suites de l'opération ont été très simples et le malade paraît en avoir retiré un certain bénéfice, car il n'a plus que deux crises par jour, tandis qu'il en avait auparavant quotidiennement plusieurs. La cause de l'amélioration est assez obscure.

Douleurs fulgurantes survenant par périodes depuis 14 ans.

M. Lépine présente un malade chez lequel des crises gastriques à forme manifestement tabétique alternent avec des périodes de douleurs fulgurantes. L'intérêt de ce malade gît dans le fait que les réflexes rotuliens sont manifestement exagérés des deux côtés et qu'il y a même un peu de trépidation plantaire à droite. Evidemment ce n'est pas un tabes classique, mais on a affaire à une affection qui s'en rapproche beaucoup, bien qu'il soit impossible de savoir si ce malade présentera plus tard des troubles de coordination.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 16 Octobre 1901.

Grossesse tubaire rompue.

M. G. Gayet présente une jeune femme, âgée de 31 ans, qui a eu une couche il y a 11 ans. Régulièrement réglée depuis, et bien portante, elle a vu ses époques se supprimer depuis 2 mois. Au bout de ce temps, le 10 août, brusque douleur très violente dans le ventre, vomissements, état syncopal; pertes rougeâtres par le vagin. On l'apporte dans cet état à la Charité.

M. Gayet voit la malade à 9 heures du soir et trouve tous les signes d'une hémorrhagie interne. Le toucher vaginal révèle une masse du volume d'une mandarine dans le cul-de-sac vaginal gauche, douloureuse au toucher, provoquant une crise de colique à la pression. Le diagnostic est porté de grossesse tubaire rompue avec inondation péritonéale.

Incision sous-ombilicale de 10 centimètres; introduction rapide de la main qui trouve de suite à gauche de l'utérus une masse molle et arrondie. Pendant ce temps, il s'échappe de la cavité péritonéale environ un litre de sang liquide mélangé de quelques caillots. Deux pinces sont immédiatement placées en dedans et en dehors de la masse, et on procède à la ligature du pédicule, à l'extraction de la trompe rompue et au nettoyage

du péritoine avec des tampons secs de gaze stérilisée. La malade est mise en position déclive, ce qui permet de mieux voir la cavité pelvienne et d'extraire un gros caillot du volume d'un œuf de poule qui était dans le Douglas. On termine en établissant un drainage à la Mikulicz et on referme le ventre.

Pendant 2 jours, réaction péritonéale assez vive, la température atteint 40° le second jour. Mais bientôt tout se calme et dès le 3e jour on pouvait porter un pronostic favorable.

Après l'ablation du Mikulicz qui eut lieu le 8e jour, on perfora de bas en haut le Douglas pour installer un drainage abdomino-vaginal.

La plaie se cicatrisa ensuite très régulièrement. Actuellement la malade a repris toutes ses forces, elle a même gagné 7 kilogrammes sur le poids qu'elle avait avant son accident.

Vertige d'origine nasale.

M. Collet. — Un homme d'une trentaine d'années a présenté à plusieurs reprises l'accident suivant : Il éprouve subitement un picotement dans les fosses nasales suivi ou non d'éternuement, puis une douleur vive à la nuque, et, presque immédiatement, il perd l'équilibre et tombe la face en avant. Il a le temps d'étendre les mains pour se garantir. Il ne perd pas complètement connaissance, affirme-t-il. Une fois il a eu en même temps quelques mouvements convulsifs. La face, congestionnée pendant quelques secondes, devient excessivement pâle pendant plusieurs minutes, et il s'établit pendant 1/4 d'heure environ une transpiration abondante. Le pouls n'a jamais été compté pendant les accès; il battait à 116, lors de l'examen. Pendant la soirée qui suit les accès le malade reste somnolent et abattu. La muqueuse nasale présente une sensibilité exagérée au niveau d'un éperon de la cloison.

Cet accident n'est pas sans analogie avec l'ictus laryngé, bien qu'il ne s'accompagne pas de perte de connaissance comme celui-ci.

Sa pathogénie reste obscure. Il est probable qu'il s'agit d'une excitation s'irradiant de la 2e branche du trijumeau, qui aurait ici une susceptibilité tout à fait anormale, vers divers centres bulbaires, par exemple le centre modérateur du cœur, le centre vasomoteur, etc. L'anémie cérébrale en résulterait.

L'idée d'une crise d'épilepsie larvée d'un genre tout spécial, dont le picotement nasal serait l'aura, se présente immédiatement à l'esprit.

Cette hypothèse a pour elle la pâleur de la face, les mouvements convulsifs observés une fois, la lassitude consécutive à l'accès; elle a contre elle l'absence de perte de connaissance complète, l'absence de tout stigmate ou de toute manifestation de la névrose, l'apparition des crises seulement à l'âge adulte. Le domaine de l'épilepsie tend à se démembrer : il y a des épilepsies et non une épilepsie. Si l'on veut appliquer ici ce terme dont la définition est parfois malaisée, ce ne peut être que dans son sens le plus large, en voulant exprimer ainsi la brusque réaction d'un système nerveux prédisposé. Jusqu'à plus ample informé, je propose le terme vertige d'origine nasale qui n'a aucune prétention pathogénique.

M. Chambard-Hénon demande si la diphthérie contractée 6 ans avant le début des accidents par le malade de M. Collet ne pourrait pas jouer un rôle étiologique. La propagation aux fosses nasales de la diphthérie est excessivement fréquente.

M. Adenot rappelle qu'il a publié un cas d'épilepsie réflexe due à un ostéome des fosses nasales. L'ablation de la tumeur supprima les crises pendant quelques semaines. Elles se reproduisirent ensuite, mais moins marquées, probablement sous l'influence de la cicatrisation.

M. Pic croit que le malade de M. Collet est atteint d'épilepsie tardive à aura nasale, tout en reconnaissant les difficultés rencontrées dans l'interprétation d'un cas semblable.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 8 Novembre 1901.

Tumeur volumineuse du voile du palais.

M. Gaudier présente une femme âgée de 43 ans, qu'il a opérée le 9 octobre dernier, pour une tumeur du voile du palais, dont elle était porteur depuis près de 4 ans.

Le développement de cette tumeur avait été très lent, ne s'accompagnant ni de cachexie, ni de douleurs, ni d'adénopathie. Il n'existait que de la gêne à la déglutition et à la respiration buccale, et cela se comprend, quand à l'examen de la bouche, on voyait une masse du volume d'une orange, qui remplissait toute la gorge, refoulant la luette du côté droit et ne laissant pas d'espace entre elle et l'amygdale droite. C'était le voile du palais démesurément bombé, et qui présentait sa coloration normale.

A la palpation, on sentait une consistance élastique, sans point fluctuant. Le doigt délimitait facilement la tumeur en bas et en arrière, mais en haut on sentait que la masse se perdait latéralement et sans pouvoir préciser. La muqueuse du voile ne paraissait pas adhérente. L'amygdale gauche coiffait la tumeur un peu en bas et en arrière. En raison de l'évolution de la maladie et de l'aspect de la tumeur et de la malade, le diagnostic porté fut fibrome ou fibro-sarcome du voile du palais.

Opération le 9 octobre. Incision du voile suivant sa face antérieure. Décortication très difficile, surtout en haut, où la tumeur adhère à l'apophyse ptérygoïde et latéralement. La masse doit être morcelée et l'hémorrhagie est considérable, mais vite arrêtée par le tamponnement. Après l'ablation, ce qui reste du voile est suturé de manière à fermer autant que possible cette brèche béante, qui a été tamponnée à la gaze iodoformée. Injections de sérum. Malgré un suintement assez considérable, la malade se remonte très vite et la cicatrisation se fait sans encombre.

L'examen des fragments enlevés, fait par M. Gellé, préparateur d'anatomie pathologique, a montré que l'on se trouvait en présence d'un fibrome avec des points myxomateux et sarcomateux.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 Novembre 1901.

Cicatrices buccales radiées chez une hérédo-syphilitique.

M. Cabannes présente une malade atteinte de kératite spécifique et traitée par les injections sous-cutanées de biiodure de mercure. Indépendamment de l'action bienfaisante de ces injections sur laquelle il attire l'attention, le présentateur signale chez cette jeune fille de 18 ans l'existence de cicatrices radiées péri-buccales qui survinrent, paraît-il, 15 jours après la naissance. Il en existe d'analogues dans les régions fessières. En présence de la longue latence de l'affection, de l'apparition de la kératite 17 ans après les ulcérations buccales, M. Cabannes se demande si la constatation de ces cicatrices radiées buccales ne constituerait pas un moyen de dépister une syphilis héréditaire souvent latente, leur présence deviendrait ainsi une indication pour instituer un traitement préventif contre les accidents à venir.

Néphrite hémorrhagique.

M. Mongour présente des préparations histologiques provenant d'un homme atteint de néphrite interstitielle. Elles ont ceci de très spécial, c'est que l'on rencontre de nombreuses suffusions sanguines dans les tubuli et les glomérules. C'est là la cause de la mort de cet homme qui ne fut observé que quelques heures par M. Mongour. On avait été frappé des douleurs atroces que ressentait ce malade; on avait observé chez lui un facies grippé, des hématuries. A l'autopsie, il n'a été possible de découvrir rien d'autre que les lésions rénales signalées plus haut.

Accès paludéens mortels.

M. Carles présente des pièces provenant de malades morts dans le service de M. Arnozan.

Le premier, marin de 39 ans, ayant fait 15 ans de colonies sans aucune atteinte sérieuse, fut pris, en revenant du Sénégal, d'accès paludéens francs et entrait pour cela à l'hôpital. Alcoolique, il avait subi un traitement préventif de quinquina durant tout son séjour au Sénégal; mais y buvait de l'eau quelconque et y fut à tout instant la proie des moustiques. Très cachectisé au moment de son arrivée à l'hôpital, il avait cependant encore un état général relativement bon, parlait bien, plaisantait même; le lendemain matin de son entrée, brusquement, il tombe dans un état de torpeur, qui bientôt se change en coma et il meurt dans l'après-midi, malgré les injections sous-cutanées d'éther et de quinine à forte dose qui lui furent prodiguées. A l'autopsie, très gros foie et très grosse rate, celle-ci diffluente, véritable boue splénique. Poumons, intestin, cœur, reins, cerveau sains, ce dernier à peine un peu congestionné.

Le second, âgé de 23 ans, arrivant également de Kayes, est porté dans un état comateux presque absolu, avec une température de 39°,6, une plaque de gangrène buccale, un gros foie et une grosse rate, un état cachectique complet. Le sang examiné est très fluide, peu riche en globules blancs, les globules rouges contiennent des corps sphériques. Après une très légère amélioration de 12 heures, le coma s'installe définitif et la mort survient malgré les fortes doses d'éther et de quinine qui lui sont injectées.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 Novembre 1901.

Paracenthèse du péricarde.

M. Rose a communiqué l'observation d'un garçon de 7 ans qui est entré à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite et de péricardite exsudative. Dans la suite l'exsudat du péricarde ne faisant qu'augmenter et le malade se trouvant en danger de paralysie cardiaque, M. Rose réséqua la 3e côte, mit le péricarde à nu et l'incisa; il sortit une quantité notable de liquide séreux. Le cœur reprit sa place normale, les symptômes inquiétants disparurent et l'enfant guérit dans d'excellentes conditions.

Laparotomie pour péritonite tuberculeuse.

M. Rose a montré une jeune fille de 17 ans, à laquelle il avait fait, 7 ans auparavant, la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse.

Il s'agissait d'une tuberculose à forme miliaire et au cours de l'opération on a évacué deux litres de liquide. Plus tard il se forma une fistule au niveau de la cicatrice, laquelle fistule guérit au bout de quelque temps. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut encore confirmé par l'examen histologique d'un lambeau d'épiploon excisé au cours de l'opération.

Depuis l'opération, la malade a engraissé et se porte bien. Les symptômes de tuberculisation du côté des poumons, qu'elle présentait avant ont disparu.

Tumeurs de la prostate chez l'enfant.

M. Rose a observé deux cas de tumeurs de la prostate chez un nourrisson de 6 mois et un enfant de 2 ans 1/2.

Dans les deux cas il existait une rétention de l'urine avec distension énorme de la vessie. Le second enfant présentait en outre un état éléphantiasique du pénis. Au toucher rectal on sentait une tumeur remontant très haut et oblitérant presque complètement la lumière du rectum.

Plusieurs essais de cathétérisme de la vessie avaient échoué et même après l'uréthrotomie externe, M. Rose n'est parvenu à introduire dans la vessie qu'une sonde filiforme. Aussi fut-il obligé de pratiquer dans les deux cas, la taille hypogastrique.

A l'autopsie de ces enfants qui ont succombé quelques semaines après l'opération, on a constaté que chez les deux il existait un sarcome énorme de la prostate.

Uretérotomie datant de 10 ans.

M. Rose a communiqué l'observation d'une dame qui est venue le consulter en 1884 pour des coliques néphrétiques dont elle souffrait depuis l'âge de 17 ans. A l'examen, il trouva une tumeur kystique du rein. La néphrotomie lombaire montra que la tumeur était constituée par le bassinet gauche rempli d'un liquide fétide. Les suites opératoires furent simples et la malade guérit.

Sept ans plus tard, c'est-à-dire en 1891, la malade revint avec les mêmes symptômes : hydronéphrose à gauche et coliques néphrétiques. M. Rose fendit l'ancienne cicatrice, trouva un sac hydronéphrotique qu'il fendit, mais malgré l'exploration la plus minutieuse il ne put trouver de calcul ni dans le bassinet ni dans l'uretère. La plaie se cicatrisa mais la malade quitta l'hôpital avec une fistule.

Elle revint dans le courant de cette année, c'est-à-dire 10 ans après la seconde opération, pour être débarrassée de sa fistule. M. Rose fendit la fistule et cette fois trouva dans l'uretère un calcul qu'il enleva. La malade guérit.

REVUE DES CONGRÈS

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Pise du 27 au 31 Octobre 1901.

Pathologie du foie.

M. Fenogio (de Cagliari), *rapporteur*, fait observer que les problèmes que soulève à l'heure actuelle l'étude des maladies du foie sont de deux ordres, les uns cliniques, les autres anatomo-pathologiques. C'est des premiers seulement qu'il s'occupera.

En ce qui concerne la cirrhose d'origine palustre, M. Fenoglio estime que cette affection est causée par les toxines se produisant dans la rate, sous l'influence de l'hématozoaire, ainsi que dans le tube intestinal. Du reste, MM. Chauffard et Castaigne ont démontré et expérimenté les liens étroits qui existent entre la rate et le foie (introduction dans la rate de particules solides qui gagnent facilement le parenchyme hépatique, inoculation intrasplénique de bacilles tuberculeux chez les cobayes). Dans les cas où la cirrhose a ainsi une origine splénique, la splénectomie peut être un moyen d'arrêt et même de guérison, si l'affection est au début.

M. Fenoglio admet l'existence de formes latentes, ne se traduisant par aucun symptôme et que parfois on constate seulement à l'autopsie.

Parmi les cirrhoses palustres, il est une variété où il se produit une néoformation de canalicules biliaires; cette cirrhose évolue comme celle de Laënnec, mais l'ictère est plus intense et le foie, sans être hypertrophié, ne présente pas la diminution de volume qu'on rencontre dans les dernières périodes de la cirrhose atrophique.

M. Fenoglio possède une observation d'atrophie jaune aiguë terminée par la guérison : on a pu constater cliniquement, dans ce cas, la régénération du tissu hépatique.

A propos de l'action protectrice du foie, M. Sabbatini a vu que, de tous les organes, c'est le foie qui a la pression osmotique la plus élevée, et que cette pression, très haute après un repas abondant, minime à l'état de jeûne et de fatigue descend très bas dans l'empoisonnement par le phosphore, en

même temps que la pression osmotique du sang passe au-dessus de la normale. Il en résulte, qu'on peut admettre que le foie protège l'organisme contre les variations excessives de la pression osmotique du sang.

En ce qui concerne la pathogénie de l'ictère par rétention, M. Fenoglio rappelle un travail de MM. Queirolo et Benvenuti, lesquels ont pu constater expérimentalement que l'absorption de la bile, dans l'ictère par occlusion du cholédoque, n'a pas lieu exclusivement, ni même pour sa plus grande part, dans les voies biliaires, mais bien dans les veines intra-hépatiques; les lymphatiques joueraient un rôle tout à fait secondaire. Ce fait a été confirmé par MM. Dubois, Wertheimer et Lepage.

Les toxines palustres ne produisent pas seulement une réaction fébrile, mais aussi, assez souvent, un processus qui de la rate, par la voie de la veine splénique, se transmet au foie; c'est seulement par la plus ou moins grande virulence de ces toxines, par les modalités évolutives de l'affection et les prédispositions individuelles, que l'on s'explique que tous les malariques avec tuméfaction de la rate ne présentent une cirrhose hépatique.

M. Cesaris Demel (de Cagliari), *co-rapporteur*. — Le foie possède une propriété régénératrice qui, très considérable dans les états pathologiques de cet organe, doit exister certainement aussi dans les conditions physiologiques afin de combler les pertes continuelles auxquelles le foie est soumis du fait de la complexité de ses fonctions. La régénération hépatique est donc toujours secondaire à un processus de dégénération des cellules hépatiques laquelle est causée par les substances toxiques qui sont constamment amenées au foie par les vaisseaux (circulations porte et générale). Cette opinion repose sur des faits cliniques et expérimentaux. On peut en conclure que la néoformation de tissu hépatique est un phénomène de compensation; elle consiste en une véritable néoproduction de cellules hépatiques ou en une prolifération des canaux biliaires proexistantes et ces deux processus ont pour nous la même signification, puisque nous savons que les cellules hépatiques et les épithéliums des voies biliaires sont équivalents au point de vue embryologique.

Cette régénération s'observe aussi à la suite de lésions cellulaires dépendant de troubles locaux des circulations sanguine ou biliaire, comme le prouvent les expériences de MM. Foà, Salvioli, Steinhaus, sur la ligature du cholédoque.

En outre, dans la production de la sclérose, un autre facteur joue un rôle très important : des recherches toutes récentes ont démontré l'existence de substances particulières, les nucléoprotéides, qu'on peut retirer des tissus (surtout des cellules épithéliales et glandulaires adultes) ou des microorganismes, et qui, d'après les travaux de Lustig, Galeotti, Federici, exercent une action toxique très énergique sur les éléments épithéliaux, lesquels perdent leur fonction spécifique et subissent un processus digératif accompagné d'une infiltration leucocytaire intense dans le tissu conjonctif voisin, en raison de l'effet chimiotactique positif que les nucléoprotéides possèdent à l'égard des leucocytes.

De ces faits expérimentaux, nous pouvons déduire que, dans nombre de cas, la dégénération cellulaire hépatique primitive peut être rapportée à l'action des nucléoprotéides circulants qui arrivent au foie et proviennent soit d'organes — même éloignés — en voie de dégénération cellulaire, soit de bactéries détruites.

Les nucléoprotéides altèrent aussi les parois des vaisseaux portes et par diapédèse donnent lieu à une infiltration cellulaire périvasculaire. A leur tour, les cellules hépatiques mortifiées lancent dans la circulation générale de nouveaux nucléoprotéides qui agissent en partie sur le stroma conjonctif intracellulaire, en déterminant une infiltration et de la sclérose, en partie, par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques, sur les parois vasculaires où elles produisent de nouvelles lésions favorisant l'infiltration périvasculaire.

Cette interprétation nous rend compte des différentes phases de la cirrhose atrophique vulgaire. Dans la cirrhose hypertrophique biliaire, bien que le processus histologique semble différent, la cause première serait la même; les phases ultérieures ressortiraient à des phénomènes identiques; seuls varieraient la porte d'entrée et, par suite, le point où se développeraient les lésions. Dans la stase biliaire, les nucléoprotéides, dont nous connaissons l'existence normale dans la bile, altèrent profondément les épithéliums caniculaires; ceux-ci, à leur tour, donnent naissance à des produits de mortification qui irritent et sclérosent le tissu conjonctif voisin; il se fait ainsi une périangiocholite au lieu d'une périphlébite.

Cette interprétation nous fournit non seulement la clef des liens histogéniques étroits existant entre la cirrhose atrophique ou biveineuse et la cirrhose hypertrophique ou biliaire, mais nous permet aussi de comprendre les cirrhoses mixtes qui, si elles peuvent avoir une symptomatologie particulière, ne sont pas différentes des précédentes au point de vue anatomo-pathologique, ou, du moins, n'offrent avec elle que des différences dans le degré de l'infiltration cellulaire périvasculaire ou péribiliaire avec sclérose successive. Ainsi est expliqué le fait qu'on observe des destructions très étendues du parenchyme hépatique par un processus d'atrophie simple sans phénomènes interstitiels. Ceux-ci apparaissent seulement dans les cas où la destruction des éléments est l'effet d'un produit toxique, avec dégénération successive; la diminution de la circulation sanguine ne suffit pas à en rendre compte.

Pour les mêmes raisons, et pour d'autres encore, de nature clinique et anatomique, que M. Pierry vient de mettre en lumière, nous devons retenir que le foie cardiaque n'est pas exclusivement causé par le fait mécanique de la stase, mais aussi par des causes toxiques (infections coïncidant avec l'affection cardiaque, ou l'ayant précédée).

La régénération hépatique est toujours liée à l'état des vaisseaux. C'est ainsi qu'elle se produit dans le foie paludéen seulement quand les endothéliums vasculaires se sont dépouillés du pigment; elle est très active dans la cirrhose atrophique parce que l'artère hepatique est normale; elle atteint son maximum dans la cirrhose biliaire, au point de créer une véritable hypertrophie de l'organe, en raison de la perméabilité des vaisseaux artériels et veineux; enfin, elle est rare après la ligature de l'artère hépatique (Janson) ou de la veine porte (Foà).

Cette régénération a lieu non seulement dans les lésions diffuses, mais aussi dans les lésions localisées; elle prend le nom d'hypertrophie nodulaire multiple.

Ces hypertrophies nodulaires doivent être considérées comme de véritables adénomes, et dans la classification des productions adénomateuses nous devons, avec Simpson, admettre l'existence : 1° d'adénomes congénitaux, qui sont habituellement solitaires et se rencontrent dans les foies normaux; 2° d'adénomes acquis, multiples et nécessairement associés à une cirrhose.

Dans cette seconde variété, la formation adénomateuse représente la régénération hépatique consécutive à une mortification cellulaire étendue; l'antériorité des productions adénomateuses régénératrices sur la sclérose, ou la concomitance des deux phénomènes, peut varier d'un cas à un autre. Dans les adénomes congénitaux, la cirrhose manque parce que la dégénération cellulaire et la sclérose successive font également défaut : exceptionnellement ces adénomes s'accompagnent d'une cirrhose, soit qu'ils subissent la transformation cancéreuse — et alors la mortification étendue des éléments néoplasiques agit sur le tissu conjonctif de la façon indiquée, — soit que le foie, pour une cause morbide quelconque, vienne à être frappé par le processus cirrhotique.

M. Maragliano (de Gênes) estime que les points principaux qui doivent attirer notre attention sont l'étiologie, l'histogénie et la curabilité des lésions hépatiques. Pour l'étiologie, on tend à admettre d'autres facteurs que l'alcool et la malaria; il y a, comme l'a dit M. Fenoglio, un rapport étroit entre les lésions de la rate et le foie, et je partage l'avis du rapporteur sur l'utilité de la splénectomie dans quelques cas de cirrhose hépatique au début; je possède même plusieurs observations favorables à cette manière de voir.

Aujourd'hui, on ne peut plus admettre la systématisation de l'école française dans la classification des cirrhoses, parce que les lésions sont toujours multiples, et que la symptomatologie varie avec la proportion selon laquelle chaque élément est intéressé. Il y a des cirrhoses latentes qui peuvent rester telles pendant toute la vie : en effet, M. Queirolo a démontré qu'on peut, par l'abouchement de la veine porte dans la veine cave, mettre le foie hors de fonction sans déterminer de troubles chez l'ani-

mal ainsi traité, qui peut survivre plusieurs années. On observe, par contre, des individus chez lesquels le développement de la cirrhose a lieu presque brusquement, surtout quand une partie du foie est restée indemne. Cela tient particulièrement aux conditions cardiaques, le cœur se trouvant à la longue affaibli par l'état toxique du sang ou par les lésions concomitantes du rein; aussi, chez ces malades, en agissant sur le cœur (repos, digitale, cardiotoniques, etc.) et sur le rein, peut-on rendre l'affection silencieuse pour un temps plus ou moins long.

M. G. Ascoli (de Gênes) croit, à la suite d'expériences instituées à ce sujet, que la cirrhose de Hanot doit être considérée comme d'origine hématique ou splénique, et quelle diffère en cela de la forme de Laënnec, pour laquelle ces facteurs étiologiques ne paraissent pas aussi importants.

Toxicité des crachats tuberculeux et purulents.

M. Santini (de Sienne) a étudié la toxicité de crachats tuberculeux et purulents, stérilisés par le chloroforme (à la dose de 20 p. 100).

Chez le lapin, les phénomènes d'intoxication, à la suite d'injections sous-cutanées de crachats, furent très marqués, surtout quand ces crachats contenaient seulement les microcoques pyogènes; l'action chimiotactique était prononcée et durable. Chez le cobaye, on a observé souvent une nécrose locale de la peau, l'interruption de la grossesse et l'état cachectique des nouveau-nés dont la survie était très courte.

On doit attribuer pour une bonne part, les faits observés à l'action des pyogènes, ce qui constitue une nouvelle preuve de l'importance des associations microbiennes dans la tuberculose,

L'examen radioscopique des adénopathies trachéobronchiques.

M. Sciallero (de Gênes) attire l'attention sur ce fait que la radioscopie peut rendre de grands services pour le diagnostic des adénopathies trachéobronchiques.

Pour sa part, au lieu de faire l'examen radioscopique d'avant en arrière, comme c'est la règle, il le pratique en diagonale : il regarde par le côté postérieur gauche, par exemple, si les rayons X proviennent du côté antérieur droit. On remarque alors, chez le sujet normal, une bande de poumon claire, limitée à droite par le rachis et à gauche par le sternum; on perçoit le paquet vasculaire; s'il y a des vaisseaux dilatés, ils donnent une opacité complète sur les bords, tandis qu'au milieu la bande se maintient très claire, à moins qu'il n'existe des anévrysmes dont le diagnostic ne présente alors aucune difficulté.

Diplococcémie et sérodiagnostic de la pneumonie.

M. Landi (de Pise) a fait des recherches sur le diplocoque, chez 27 malades, dont 19 présentaient une localisation pulmonaire et 8 une autre localisation du diplocoque. Il a noté la grande fréquence de ce microbe dans le sang (26 fois sur 27); quant à l'agglutination, elle fut le plus souvent positive (dans 20 cas), et fut constatée, parfois mais non toujours (7 fois sur 12), avec le pneumocoque isolé du sang de l'individu même qui avait fourni le sérum.

Etiologie de la pneumonie palustre.

MM. Cavazzani et **Brunazzi** disent que chez plusieurs malariques morts de pneumonie lobaire fibrineuse à différents stades (hépatisation rouge ou grise), ils ont pu constater, par l'examen direct et les inoculations aux animaux de crachats, ainsi que de gros fragments de poumon ou de rate, l'absence du diplocoque de Fränkel. De ce fait, ils concluent que la pneumonie chez les paludéens peut se produire sans le concours de cet agent infectieux.

M. Pane (de Naples) fait remarquer que dans certains cas, la mise en évidence du pneumocoque est très difficile. Aussi a-t-il adopté la techique suivante, qui donne d'excellents résultats : On colore pendant une heure avec une solution chaude de violet de gentiane dans l'eau d'animaux fraîchement préparée, puis on décolore très rapidement avec de l'alcool.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT

Organisation de cours de vacances à la Faculté de Paris.

Une commission spéciale, formée de 14 membres, vient de décider à l'unanimité, de proposer au Conseil de la Faculté d'inaugurer l'an prochain des cours de vacances; ces cours seront payants; pour les organiser on fait appel aux agrégés hors d'exercice, aux anciens chefs de laboratoire, aux anciens chefs de clinique, etc. Autant de faits, autant de vraies petites révolutions, et tous les amis réels de l'enseignement médical en général, de la Faculté de Paris en particulier, applaudiront à ces mesures.

Depuis longtemps on déplorait que, pendant la période des vacances, un jeune docteur français, un voyageur étranger, ne pussent trouver à Paris un ensemble de cours de perfectionnement, professés à des heures différentes, sur des sujets se complétant le mieux possible.

L'enseignement payant, toléré d'abord dans certains laboratoires, puis institué à titre accessoire, sous le patronage de la Faculté, à l'Ecole pratique de médecine opératoire, dans certaines Cliniques, devient encore plus important. C'est un grand bien, car tout ce qui nous poussera dans ce sens nous fera avancer dans la voie du progrès.

Enfin, sur la proposition de M. le professeur Pinard, on fait officiellement appel, pour cette organisation, aux agrégés hors d'exercice, chacun restant libre de ses mouvements dans les services de clinique ou dans les laboratoires; c'est, là encore, un progrès considérable, que d'employer ces forces vives, jusqu'à ce jour perdues; que de laisser en contact avec les élèves, que de laisser se rompre à l'enseignement tous les hommes capables de briguer un jour une chaire professorale.

On ne laisse pas une semblable liberté aux agrégés en exercice : ils auront leurs coudées franches pour les cours aux docteurs français ou étrangers (on pourrait ajouter, aux étudiants ayant passé leurs 5 examens de doctorat), mais on ne leur accorde pas des droits aussi étendus qu'à leurs aînés parce qu'ils font passer des examens. On craint la faiblesse humaine, se traduisant dans l'espèce par une indulgence involontaire pour les élèves qu'on fréquente de très près, et la question pécuniaire permettrait ici la suspicion. C'est incontestablement une crainte chimérique : la bienveillance des juges pour leurs élèves directs, non payants, n'est pas moindre. Mais on a raison de ne pas vouloir que la femme de César soit soupçonnée. Et d'ailleurs, malgré son apparence restrictive, cette mesure n'est pas moins aussi progressiste que les autres, puisqu'elle pose officiellement la question de la séparation du corps enseignant et du corps examinant.

Il m'est trop souvent arrivé de critiquer ce qui se passe à notre Faculté pour ne pas avoir grand plaisir à souligner une décision excellente de tous points, et prise paraît-il, je le répète, à l'unanimité, ce qui ne gâte rien.

A. B.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

SYPHILIGRAPHIE

Le Pian dans l'Indo-Chine française,

Par M. E. Jeanselme,

Professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Hérold.

Cette maladie exotique, dont la manifestation principale est une éruption de tubercules mûriformes, a été signalée dans plusieurs régions de la péninsule indo-chinoise.

Quoiqu'elle soit fort répandue dans l'Indo-Chine française, elle n'a donné lieu jusqu'ici à aucune recherche importante dans notre grande colonie d'Extrême-Orient où elle est ordinairement confondue avec l'impétigo, l'ecthyma ou les manifestations de la syphilis. Le pian est endémique dans la Haute-Cochinchine. C'est dans l'île de Culao-Gieng, située sur le Mékhong, que j'ai observé les premiers cas de cette curieuse maladie. Les indigènes qui en sont atteints l'appellent le « mal cambodgien » parce qu'elle apparaît de préférence sur les Annamites qui ont séjourné plus ou moins longtemps dans le royaume du Cambodge. En amont de Culao-Gieng, la plupart des villages établis sur les rives du fleuve sont infectés de pian.

Le Cambodge est un vaste foyer d'endémie pianique. A Pnom Penh, la capitale, et dans ses environs, presque tous les enfants contractent le *dâm bao*, nom sous lequel la maladie est connue au Cambodge (1). Le pian est aussi très fréquent sur les bords du Grand Lac ou Tonlé Sap, dans les provinces de Battambang et de Siem Réap, et au voisinage du grand temple d'Angkor.

Dans le Bas-Laos, à Kratié, à Stung-Treng, à Khong; dans le Moyen-Laos, depuis Bassac jusqu'à Vien Tian, en passant par la vallée de la Sé Done, affluent de la rive droite du Mékhong, j'ai observé d'innombrables cas de pian (2).

L'endémie qui règne dans le Laos français paraît être de date assez récente ou s'être ravivée du moins dans ces dernières années. Elle tire certainement son origine du Siam où le pian, connu sous le nom de *Khunxarât*, est une affection très commune. En 1828, les Siamois après le sac de Vien Tian, capitale du plus grand royaume laotien, emmenèrent en captivité un grand nombre de familles pour peupler la vallée du Ménam. Depuis l'annexion à l'Indo-Chine française de toute la région du Laos située sur la rive gauche du Mékhong, plusieurs de ces anciennes familles sont rentrées dans leur ancienne patrie; j'ai eu l'occasion d'en examiner un certain nombre, et il ne me paraît pas douteux qu'elles ont importé, ou du moins ravivé le pian dans le Laos français. Ce qui vient à l'appui de cette hypothèse, c'est que le Haut-Laos qui fut à peu près respecté par les Siamois a été préservé du pian.

Au Nord de Vien Tian, la maladie cesse brusquement et elle est à peu près inconnue dans le royaume de Luong Prabang et sur les rives du Nam Ou.

Le Tonkin, aussi bien dans la haute région que dans le delta, m'a paru indemne de pian, mais sur la côte d'Annam, j'ai reconnu divers foyers, notamment dans la plaine de Faïfo, à Huê et dans ses environs, à Van Phan (province de Vinh).

La durée du stade d'*incubation* est variable, mais assez longue. Le premier accident ne survient jamais avant le 15e jour et la période silencieuse peut se prolonger pendant plusieurs mois. Dans les inoculations expérimentales, les manifestations initiales apparaissent beaucoup plus tôt, en général du 12e ou 20e jour.

L'*invasion* s'accompagne de phénomènes généraux. Les uns sont d'ordre banal, tels sont des mouvements fébriles irréguliers, un malaise indéterminé, des troubles gastriques et de la diarrhée. Les autres ont un cachet manifestement spécifique, ce sont : la céphalée qui parfois s'exacerbe « depuis le moment où le soleil se couche jusqu'au moment où le soleil se lève » suivant une expression laotienne, et un pseudo-rhumatisme infectieux caractérisé par des douleurs articulaires et ostéocopes plus ou moins accusées.

Dès le début de cette période, la peau devient rude et perd son lustre. Des macules recouvertes d'une fine desquamation furfuracée apparaissent çà et là (fig. 1). Elles figurent des cercles, des anneaux ou des dessins irréguliers qui se détachent en clair sous la peau normale, de nuance bistre, et rappellent par leur aspect les placards de la trichophytie cutanée. Les surfaces palmaires et plantaires sont doublées d'une couche cornée épaisse et inextensible qui se crevasse au niveau des plis cutanés.

Alors survient l'éruption caractéristique. Parfois le premier bouton de pian, qui ne diffère en rien au point de vue morphologique de ceux qui se développeront plus tard, persiste à l'état solitaire pendant 1 à 3 mois.

Cet accident initial a pour siège d'élection la partie sous-diaphragmatique du corps, en particulier le pied ou le bas de la jambe. C'est une sorte de furoncle dur, couronné d'une croûte, sous laquelle se développe une ulcération tenace dont les bourgeons exubérants font une saillie en forme de chou-fleur. C'est le *Dâm Bao Lech* et le *Dâm Bao Pok* des Cambodgiens, la *mère du Khimo* des Laotiens. Ce papillome, après être resté stationnaire pendant plusieurs semaines, rétrocède spontanément, sans qu'aucun traitement ait de prise sur lui. Une simple macule achromique qui disparaît peu à peu, ou une cicatrice superficielle lisse ou légèrement gaufrée, sont les

1. M. le Dr Hahn avait reconnu la véritable nature du dâm bao. Consulté sur l'équivalent français de cette expression par l'auteur d'un dictionnaire cambodjien, il avait conseillé de traduire : dâm bao par pian ou frambœsia.

2. Cette maladie est appelée *Khi Kat Chine* par les Laotiens du Sud et *Khi Mo* par les Laotiens du Nord. Khi signifie : ordure, excréments, et par extension maladie.

seules vestiges qui survivent à cet accident primitif (1).

Plusieurs semaines ou plusieurs mois après la guérison du bouton-mère, un mouvement fébrile et des douleurs rhumatoïdes plus ou moins vives annoncent que l'éruption va *se généraliser*.

Chaque élément, observé à l'état naissant, est une petite élevure conique, cerclée d'un liséré érythémateux à sa base et ponctuée d'un petit foyer de couleur jaunâtre à son sommet. C'est la fleur du Khimo, suivant l'expression imagée des Laotiens. Arrivé à ce stade, le bouton de pian, qui n'est pas sans analogie objective avec les syphilides acnéiformes et ecthymateuses, peut retrograder ou, au contraire, progresser. Dans ce dernier cas, l'ulcère qui surmonte l'élément se déterge, s'élargit et pousse une infinité de prolongements papillomateux. La petite tumeur ainsi constituée ressemble, suivant la comparaison très exacte des Laotiens au contenu filamenteux d'une figue entr'ouverte. Elle rappelle aussi par sa surface polylobée certains fruits composés, tels qu'une mûre ou une framboise, d'où le nom de *Frambœsia* donné à cette maladie par Sauvages dans sa Nosographie médicale (1759).

Fig. 1. — Placards disséminés sur tout le corps et recouverts d'une desquamation pityriasiforme. Deux groupes de nodules pianiques situés sur la joue.

Quand il a atteint son complet développement (fig. 2), le papillome fait une saillie ordinairement hémisphérique de 1 à 2 centimètres de diamètre qui, à l'air libre, se coiffe d'une croûte épaisse et très adhérente. Celle-ci enlevée, l'élément apparaît hérissé de végétations molles et succulentes, de nuance jaunâtre ou rose vif, qui saignent facilement. Un liquide brillant, gommeux, exhalant une odeur fétide analogue à celle des plaques muqueuses, vient immédiatement sourdre à la surface et se concrète bientôt en une croûte jaune soufre, parsemée de points rouges, qui se modèle sur les filaments papillaires.



Fig. 2. — Plusieurs éléments de pian.

Tels sont les caractères les plus habituels du bouton de pian. Mais il n'est pas rare qu'il s'écarte plus ou moins de ce type moyen.

Quelques éléments grossissent démesurément, s'étalent en surface et atteignent le volume d'un gros macaron (fig. 3). D'autres papillomes affectent la forme nummulaire; les papilles semblables à un parterre de gazon ou à du velours rasé émergent d'un plateau qui fait un relief de quelques millimètres au-dessus de la peau saine; souvent le centre se déprime et guérit avant la circonférence, de sorte que l'élément primitivement plein devient annulaire ou réniforme. Du reste, le type annulaire d'emblée s'observe très communément et sur la portion de peau normale inscrite dans le cercle peut naître un nouvel élément. Cette disposition en cocarde n'est pas exceptionnelle. Très souvent les anneaux sont incomplets et se coupent sous des incidences variables; les arceaux conjugués dessinent alors des franges polycycliques (fig. 4).



Fig. 3. — Gros tubercule de pian, en forme de chou-fleur.

Pour augmenter encore les analogies objectives qui

1. D'après Bestion, qui a donné une bonne description du pian au Gabon, où il porte le nom d'Aboukoué, l'élément initial persiste pendant toute la durée de la maladie et laisse une cicatrice très visible (*Arch. de méd. nav.*, t. XXXVI, p. 409, 1881).

existent entre le pian et la syphilis, les éléments du type nummulaire, arciforme ou annulaire se coiffent ordinairement d'une croûte de rupia. Celle-ci se forme de la manière suivante : Tant que l'élément est en progrès, il est limité par un liséré bulleux circonférentiel dont le bord interne se dessèche à mesure que l'externe se porte en dehors. La croûte est donc constituée par l'adjonction successive de zones concentriques étagées en gradins.

Des groupes de petits éléments gravitent autour des plus grands. Ils reconnaissent peut-être pour origine des auto-inoculations, car les démangeaisons sont très vives pendant toute la durée de la période éruptive.

Le prurit occupe les régions couvertes de placards furfuracés ou la peau d'apparence normale, mais non les papillomes qui sont remarquables par leur indolence. Ils peuvent être cautérisés énergiquement sans que le malade éprouve la moindre douleur.

Après s'être accru pendant 2 ou 3 semaines, le bouton de pian demeure stationnaire pendant une période de durée à peu près égale, puis il tend vers la guérison.

Au cours de ce stade de déclin, la croûte s'amincit, les papilles hypertrophiées se dessèchent, se momifient pour ainsi dire, et se transforment en filaments cornés. La nappe verruqueuse s'aplanit et disparaît par résorption insensible. Des taches achromiques ou hyperchromiques de forme arrondie, annulaire ou curviligne, sont les seuls vestiges qui indiquent la place des éléments disparus.

Tout le tégument peut être bigarré, moucheté par cette sorte de vitiligo qui disparaît peu à peu. Pourtant il n'est nullement exceptionnel d'observer, çà et là, quelques cicatrices arrondies, superficielles, minces et lisses, ou légèrement gaufrées, en tout semblabes aux traces que laissent la vaccine ou l'ecthyma syphilitique.

Autant par la distribution de ses éléments que par leur configuration, l'éruption pianique se rapproche des manifestations de la vérole.

Elle se concentre de préférence au voisinage des orifices naturels et dans la région génitale. Des bouquets végétants à surface humide et opaline, très analogues d'aspect aux plaques muqueuses hypertrophiées, occupant les commissures labiales, garnissent le pourtour de la bouche et débordent dans le sillon labio-mentonnier. D'autres papillomes comblent le vestibule des narines, se greffent sur les ailes du nez et s'étalent sur la lèvre supérieure. D'épaisses nappes villeuses et suintantes, tapissées d'un enduit grisâtre diphthéroïde, couvrent la vulve, le pli génito-crural et la région périnéo-scrotale. Plusieurs fois j'ai vu les amas papillomateux former une couronne à la base du gland et déterminer un phimosis. Souvent l'orifice anal est entouré d'un bourrelet papillomateux tailladé d'incisures multiples, et il ne faut rien moins qu'une étude fort attentive de la lésion, jointe à une connaissance approfondie de la syphilis et du pian pour distinguer les unes des autres les manifestations de ces deux maladies.

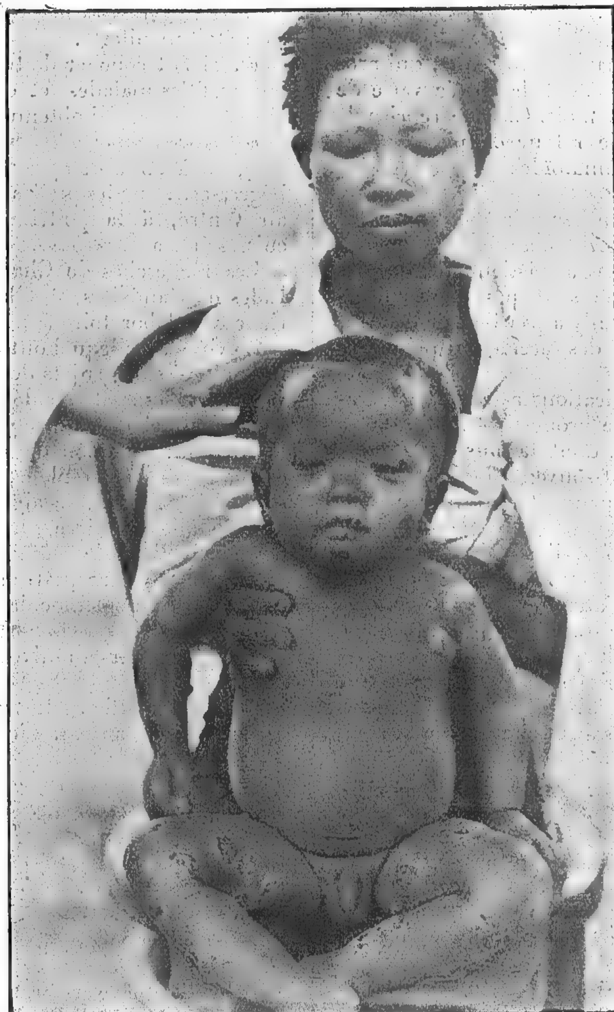


Fig. 4. — Nodules de pian groupés sur les lèvres. — Nappes pianiques de forme circinée, couvrant les membres inférieurs.

Du reste l'éruption ne reste pas limitée à ces deux foyers. Rare sur le cuir chevelu, elle envahit les joues, la paupière supérieure, le sourcil, le front, la conque des oreilles, la nuque et le creux sus-claviculaire. Elle ne respecte aucun point du tronc et des membres, mais elle affectionne surtout les plis de flexion, l'aine, l'aisselle, la saignée du bras et le creux poplité.

Les ulcérations pianiques sont fréquentes aux mains et aux pieds. Des plaques bourgeonnantes se cantonnent dans les espaces interdigitaux des doigts et des orteils. D'autres contournent la base de l'ongle qu'elles peuvent désinsérer. Cette périonyxis pianique est un facteur étiologique important, car elle favorise certainement, et la transmission de la maladie, et la dissémination des éléments éruptifs sur le sujet lui-même par auto-inoculation.

Dans les régions palmaires et plantaires, les boutons de pian comprimés par l'hyperkératose causent de vives douleurs qui se dissipent si l'on abrase l'épiderme. Abandonné à lui-même, le papillome se fraie péniblement un chemin à travers les stratifications épithéliales et l'élément apparaît au fond d'une ulcération, en forme de puits garni d'une margelle cornée, qui n'est pas sans analogie avec le mal perforant. Toute la coque talonnière peut être sillonnée de fissures d'où s'écoule un liquide infect sécrété par la couche papillomateuse sous-jacente.

Des papules obtuses, au centre desquelles est sertie une

perle cornée, sont encastrées dans la kératose. Ces éléments, dont j'ignore la signification, sont peut-être les vestiges d'une éruption avortée ou en voie de rétrocession.

Jamais le pian ne germe sur les muqueuses. Jamais il ne s'accompagne de localisations oculaires ou viscérales. Il ne paraît pas exister d'exceptions à cette règle. Ces caractères négatifs comptent parmi les meilleurs dont la clinique puisse faire état pour distinguer la syphilis de la maladie exotique qui la copie en presque toutes ses manifestations (1).

Le pian est une maladie à marche chronique, qui procède par poussées successives dont la durée varie de quelques semaines à plusieurs mois. Chaque reprise de l'éruption est marquée par le retour de phénomènes généraux et de douleurs rhumatoïdes plus ou moins accusées.

L'évolution morbide peut ainsi se poursuivre pendant plusieurs années; mais toutes les manifestations cutanées, à quelque période qu'elles appartiennent, ont des caractères identiques; elles ne sont pas hiérarchisées comme dans la syphilis, et il n'y a pas lieu de décrire, comme dans cette dernière, des accidents primaires secondaires et tertiaires.

La terminaison, sauf complications rares, est généralement favorable. Cependant le pronostic est loin d'être toujours bénin. Des sequelles, dont la plus redoutable est le *phagédénisme*, prolongent souvent la maladie bien au-delà du terme habituel et peuvent entraîner des infirmités incurables.

La chronicité des ulcérations, l'envahissement progressif de la peau saine suivant un trajet serpigineux, l'affouillement des tissus jusqu'aux aponévroses et même jusqu'aux os, voilà ce qui assombrit singulièrement le pronostic de certains cas de pian. Ces ulcères phagédéniques, dont une extrémité se répare tandis que l'autre est en voie d'extension, laissent des cicatrices difformes et vicieuses, semblables aux reliquats de la scrofule et des brûlures. Des traînées de tissu inodulaire hérissées de ramifications kéloïdiennes parcourent les membres dans le sens de leur longueur et immobilisent l'avant-bras ou la jambe en demi-flexion. Ce phagédénisme, que les Laotiens appellent *Khi Maheng*, n'appartient pas en propre à la maladie pianique; c'est un élément surajouté qui se juxtapose à la plupart des affections ulcéreuses de l'Extrême-Orient et qui ne me paraît pas susceptible de transmettre la maladie dont il n'est qu'une complication fortuite.

Je ne puis terminer cette étude clinique sans signaler certains faits dont la signification m'échappe. Nombre d'individus atteints de pian ont des exostoses douloureuses marchant de pair avec l'éruption. S'agit-il en l'espèce d'altérations osseuses ressortissant au pian ou à une syphilis concomitante? C'est ce que je ne puis décider, les deux maladies coexistant dans toutes les régions que j'ai parcourues.

Les expériences déjà anciennes de Paulet (1848), celles plus récentes de Charlouis (1881), mettent hors de doute l'inoculabilité du pian, et démontrent de plus que ce type morbide est absolument distinct de la syphilis. Ces recherches méritent d'être exposées avec quelque détail, car elles éclairent à la fois la nosologie, l'étiologie et la prophylaxie du pian.

Paulet a inoculé 14 nègres avec du « fluide pianique », le résultat a toujours été positif. Du 12e au 20e jour apparaissait une éruption typique de pian, qui dans 10 cas a commencé au point d'inoculation. Cet auteur ajoute : « Pendant quelques minutes, deux jours de suite, j'ai fait des frictions sur la partie interne des bras de trois jeunes gens de 17 ans, en parfaite santé, avec un plumasseau imbibé de fluide, et au 20e jour la transmission était manifeste.

« J'ai fait coucher de très jeunes filles saines avec des jeunes filles malades, et dix fois, dans l'espace d'une à cinq semaines, j'ai obtenu des tubercules caractérisés.

« Trente nègres adultes m'ont offert une belle éruption, 25 à 50 jours après avoir eu des rapports avec des négresses... sur lesquelles j'avais constaté des tubercules au ventre, à la poitrine et à la partie interne des cuisses (1). »

Les recherches de Charlouis, médecin militaire aux Indes néerlandaises, ont la rigueur scientifique d'expériences de laboratoire (2).

Le virus avec lequel ont été pratiquées les inoculations fut prélevé sur 4 sujets dont l'auteur rapporte les observations. Elles sont très démonstratives.

Le manuel opératoire suivi dans ces recherches a été le suivant : ponction de 1 centimètre de profondeur ; élargissement de la plaie ; injection du virus au fond de celle-ci à l'aide d'une aiguille à inoculation de Hébra.

Dans une première série d'expériences, Charlouis fit des essais d'*auto-inoculation*. Il prit sur les boutons de pian de chacun des quatre sujets choisis, soit des croûtes, soit du sang, et il inocula ces produits sous la peau de ceux qui les avaient fournis. Des éléments typiques de pian apparurent au niveau des piqûres sur 3 de ces sujets.

Puis 2 des patients furent inoculés avec le virus provenant des 2 autres. L'expérience donna un résultat positif et un résultat négatif.

Dans une troisième série de recherches, 32 forçats indemnes de pian, tous de race javanaise à l'exception d'un seul qui était chinois, furent inoculés avec du sang et des croûtes pris sur les éléments des 4 sujets pianifères. L'observation dura 5 mois. Quatre des inoculés, parmi lesquels le Chinois, se montrèrent réfractaires. Chez les autres, de petits papules se montrèrent au point d'insertion du virus vers le 14e jour. Elles se convertirent en pustules vers le 20e jour, puis elles se recouvrirent d'une croûte. Plusieurs de ces éléments prirent l'aspect typique des tubercules de pian. Cette éruption s'accompagna de vives douleurs dans les os et surtout dans les articulations.

Les inoculations faites avec le sang puisé dans un tubercule desséché et en voie de rétrocession ne donnèrent aucun résultat.

Dix indigènes malais qui avaient eu récemment une poussée de pian et qui portaient encore des macules pigmentaires, vestiges du processus à peine éteint, furent inoculés avec du virus emprunté aux 4 sujets pianifères. L'expérience donna 7 résultats positifs. La maladie nouvelle ne parut en rien modifiée par l'atteinte antérieure.

1. Une adénopathie, d'abord partielle et limitée au territoire cutané le plus éprouvé, accompagne l'exanthème pianique. Plus tard, elle se généralise, mais les ganglions en connexion directe avec les éléments éruptifs sont toujours les plus volumineux. Ils restent ordinairement indolents et aphlegmasiques.

1. Paulet. Mémoire sur le Yaws, pian ou frambœsia, etc. (*Arch. gén. de méd.*, août 1848).

2. A Java, où le pian est endémique, les indigènes atteints se groupent volontiers dans des cases spéciales au voisinage des sources thermales et sulfureuses. Ils se plongent plusieurs fois par jour dans ces eaux qui ont la réputation d'amener une prompte guérison.

L'un des inoculés eut une éruption généralisée vers le 5e mois.

De ses expériences, Charlouis conclut : que le pian est inoculable et auto-inoculable, — qu'une première atteinte ne confère pas l'immunité, — que le sang et les sécrétions des éléments éruptifs sont virulents dans leur période d'augment et d'acmé, mais qu'ils cessent d'être contagieux quand le bouton de pian est arrivé au stade de déclin.

Ces expériences excluent tout rapprochement entre le pian et la vérole. Cependant Charlouis crut devoir compléter sa démonstration par une preuve inutile et blâmable.

Il inocula la syphilis à un indigène atteint de pian qui, averti des suites possibles de la tentative, s'y soumit volontairement. Charlouis vit évoluer sous ses yeux le chancre induré et tout le cortège des accidents secondaires (1).

Entre les faits expérimentaux et les enseignements de la clinique, il existe un certain désaccord. L'observation prouve en effet, qu'une atteinte de pian confère une immunité, sinon définitive, du moins durable. L'état réfractaire, il est vrai, n'est pas acquis d'emblée. Plusieurs semaines, ou même plusieurs mois après l'introduction du virus pianique dans l'organisme, les auto-inoculations sont encore possibles. Mais la réceptivité finit par s'éteindre. A ce point de vue, le pian se rapproche de la vaccine qui, avant d'immuniser le terrain, est réinoculable en série sur le vaccinifère pendant un certain temps (2).

Nulle infection n'est plus contagieuse que le pian. Quand, dans une case, un enfant est atteint, tous ceux qui jusqu'alors avaient été indemnes, contractent presque fatalement cette maladie. L'endémie trouve toujours quelque aliment dans les jeunes sujets, encore réceptifs, et de temps à autre elle prend un caractère épidémique.

Si le pian s'abat de préférence sur les jeunes générations, c'est que les adultes sont devenus le plus souvent réfractaires par le fait d'une atteinte antérieure. Mais ceux qui, pour une cause quelconque, ont échappé à la contagion, dans l'enfance, ne sont pas à l'abri du pian, quel que soit leur âge. Aussi les colons des Antilles avaient-ils établi sur leurs plantations, avant la libération des esclaves, des hôpitaux d'isolement dans lesquels ils internaient les noirs atteints de pian.

En l'absence totale de précautions hygiéniques, les occasions offertes à la transmission du pian sont si nombreuses qu'aucun indigène ne peut s'y soustraire. Elles assaillent l'enfant dès sa naissance. Au Cambodge et au Laos, il est commun de voir un nourrisson allaité par une femme dont les seins sont couverts de boutons de pian.

1. Cet indigène, du nom de Kauwno, fut inoculé sur le côté droit de la poitrine avec la sécrétion d'un chancre induré. Un mois après apparut un *ulcus duum* (chancre induré) au point correspondant. Une des glandes de l'aisselle droite fut fort tuméfiée et très douloureuse. Après une durée de 3 mois 1/2, Kauwno présenta sur tout le corps un exanthème syphilitique maculeux et bientôt après papuleux. Kauwno avait en même temps des tubercules de frambœsia qui ne furent en rien modifiés par la survenue de la syphilis. — Charlouis. Ueber papilloma tropicum (Frambœsia). (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1881, vol. 2, p. 431-466).

2. D'après Gewand, la réinoculation est possible pendant les poussées éruptives et dans leur intervalle, mais elle est toujours négative quand la maladie est complètement éteinte. Avec M. le Dr Angier (de Pnom-Penh), j'ai fait sur un cambodgien en pleine poussée de pian, deux tentatives d'auto-inoculation, l'une 4 mois, l'autre 5 mois après le début de la maladie. Aucun élément ne se développa au niveau des piqûres.

Quand arrive l'âge du sevrage, la mère introduit dans la bouche de l'enfant des boulettes de riz qu'elle a d'abord mastiquées ; on conçoit combien cette coutume, fort répandue en Indo-Chine, peut favoriser la diffusion du pian. Jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans, les enfants des deux sexes sont complètement nus. La peau non protégée est couverte d'excoriations qui sont autant de points d'appel à l'infection. Elle est exposée aux piqûres des moustiques et très souvent labourée par la gale. Ces parasites, qu'ils soient les vecteurs du pian ou qu'ils aident indirectement à sa germination en créant des portes d'entrée multiples, sont certainement des agents très actifs de dissémination. Du reste, comme le pian est généralement une maladie peu grave, qu'elle confère une immunité plus ou moins durable et que la contagion ne saurait être évitée, au dire des indigènes, les parents n'essayent pas de protéger leurs enfants contre cette infection ; d'aucuns même pensent que l'évolution du pian est moins sévère dans le bas âge et favorisent l'inoculation par tous les moyens possibles.

A l'âge adulte, les bâtonnets qui tiennent lieu de fourchette, la pipe à eau qui circule de bouche en bouche, les nattes qui servent indistinctement à la famille et aux étrangers de passage peuvent être des intermédiaires qui propagent la contagion.

Plusieurs fois j'ai pu surprendre sur le fait le passage du pian de l'enfant à sa mère pendant la période d'allaitement. Dans ce cas, la maladie débute par des plaques végétantes situées sur le mamelon et l'aréole des seins, régions en contact avec les lèvres du nourrisson hérissées d'éléments caractéristiques. J'ai vu aussi des femmes nourrir impunément des enfants couverts de pian ; certaines d'entre elles portaient au pourtour du nez et des lèvres, ou sur toute autre partie du corps, des stigmates certains d'une atteinte antérieure et elles savaient fort bien qu'elles étaient vaccinées contre le retour de la maladie (1).

L'épiderme sain paraît opposer une barrière qui ne se laisse pas forcer par l'infection pianique. Mais l'érosion cutanée la plus minime permet l'implantation du virus. Toute plaie ou ulcère non pansé peut se transformer en bouton de pian. Les Européens, plus soucieux de leur personne et moins sommairement vêtus, restent presque toujours indemnes dans l'Indo-Chine française. Toutefois il ne s'agit probablement pas d'une immunité de race, car, dans d'autres régions du globe, le pian a été signalé sur les blancs.

Cette maladie *n'est pas héréditaire*. L'éruption n'apparaît jamais sur le nouveau-né avant le 20e ou le 30e jour après la naissance. Dans les cas précoces, il est possible que l'enfant s'inocule en franchissant le conduit génital de la mère. La section du cordon est peut-être aussi une des sources de la contamination.

Malgré les examens de Charlouis et de Unna, la structure des papillomes pianiques est encore imparfaitement connue.

Grâce à l'obligeance du Dr Angier, j'ai pu exciser, sur un Cambodgien d'âge moyen, un élément datant de plusieurs mois dont voici la description histologique (fig. 5).

La lésion initiale occupe la couche papillaire dont les vaisseaux sont très dilatés. Les papilles augmentent graduellement de longueur en allant de la zone marginale

1. J'ignore si la vaccination, et l'opération du tatouage en honneur chez les Laotiens, les Siamois, et les Birmans, jouent un rôle dans la diffusion de l'endémie.

vers le centre de l'élément. Le long des capillaires turgides se groupent des amas de *plasmazellen* qui montent sous forme de traînées linéaires dans l'axe des papilles. Ces cellules, de forme irrégulièrement cuboïde ont un protoplasma basophile et un noyau volumineux, ordinairement excentrique, arrondi, vésiculeux, contenant de nombreux grains de chromatine (fig. 6).

Le réseau élastique du derme, recherché par les procédés appropriés (orcéine acide et bleu polychrome) paraît avoir totalement disparu.

L'épiderme considérablement épaissi, grâce à la multiplication des assises du corps muqueux de Malpighi, envoie des prolongements interpapillaires qui s'enfoncent profondément dans le derme. L'éléidine n'existe qu'à l'état de vestige. Les cellules épithéliales superficielles s'aplatissent et se déssèchent sans se charger de matière cornée. Elles deviennent indistinctes et contribuent à former la croûte qui surmonte le papillome.

La lumière des capillaires est encombrée de leucocytes polynucléaires.

Ceux-ci émigrent des vaisseaux, infiltrent le corps muqueux et forment de nombreux abcès miliaires intra-épidermiques. De ces petites collections, les unes, de forme arrondie, sont taillées comme à l'emporte-pièce, d'autres ont une disposition aréolaire. Les cellules épithéliales dissociées, aplaties, reconnaissables encore à leurs noyaux, forment un réseau dont les mailles sont comblées par des leucocytes polynucléaires. Ceux-ci s'observent en grand nombre dans la croûte qui coiffe le papillome.

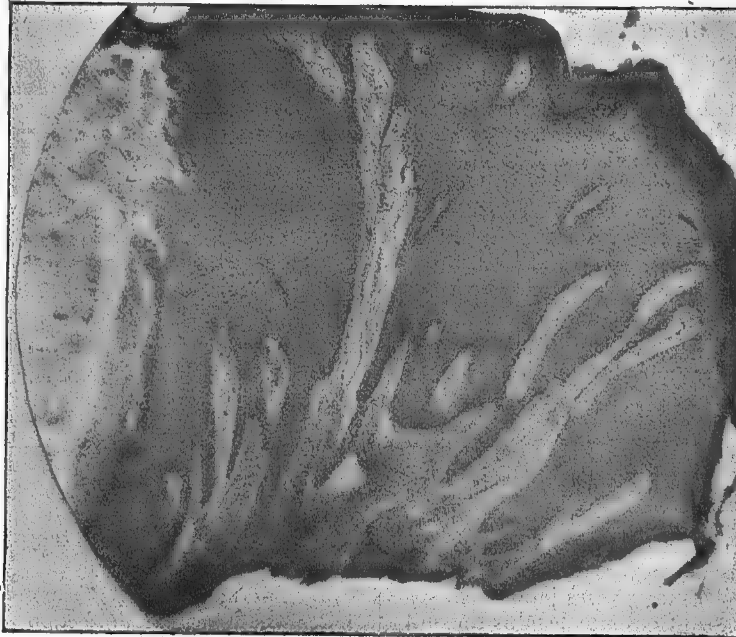


Fig. 5. — Coupe d'une végétation pianique. Les espaces qui séparent les papilles hypertrophiées sont comblés par la couche malpighienne extraordinairement proliférée.

Malgré des recherches réitérées, je n'ai pu déceler de microorganismes sur les coupes. Mais la biopsie avait porté sur un élément déjà ancien et probablement dépourvu de virulence. Cette étude histo-bactériologique, fort incomplète, appelle donc de nouvelles recherches (1).

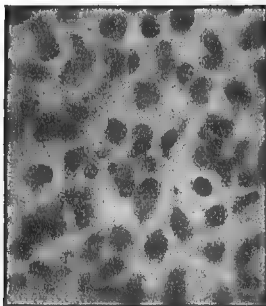


Fig. 6. — Plasmazellen infiltrant la base des végétations pianiques.

Il me paraît inutile d'énumérer les caractères différentiels qui séparent le pian de l'impétigo, de l'ecthyma, de l'érythème vacciniforme des nouveau-nés et de la furonculose.

Le bouton d'Orient ou clou de Biskra, maladie inoculable et contagieuse qui a été signalée dans la presqu'île de Malacca, pourrait, principalement dans sa forme villeuse, être confondu avec le pian; mais ce dernier s'annonce par des troubles généraux et a pour foyers d'élection le pourtour de la bouche et la région ano-génitale, tandis que le bouton d'Orient ne s'accompagne pas de phénomènes réactionnels et occupe de préférence les parties découvertes.

Le pemphigus végétant de Neumann, arrivé à son complet développement, se présente sous l'aspect de nappes papillomateuses qui occupent de préférence les plis articulaires, le scrotum, la vulve, l'anus et sécrètent un liquide fétide. Mais le pemphigus végétant, qui est une dermatose bulleuse à sa phase initiale, envahit souvent les muqueuses et se termine presque toujours par la mort. Elle ne sévit d'ailleurs jamais sous forme épidémique.

La verruga, à laquelle on a parfois donné le nom de pian hémorrhagique, est une maladie infectieuse et inoculable dont une première atteinte confère l'immunité. Elle a pour caractéristique une éruption de papillomes très vasculaires qui donnent lieu à des hémorrhagies répétées et parfois mortelles. Les éléments occupent de préférence les membres du côté de l'extension, le pourtour des lèvres, la paume des mains et la plante des pieds. Le tronc est rarement intéressé, la région ano-génitale est presque toujours épargnée. La fièvre et les douleurs ostéocopes à prédominance nocturne qui accompagnent la période d'invasion sont remarquables par leur intensité et leur durée.

Les néoplasies hémorrhagiques envahissent souvent les fosses nasales, la gorge, le larynx, le tractus disgestif, le foie, le rein, l'utérus, etc.; ces localisations se traduisent par des troubles fonctionnels tels que de la dysphagie, de la toux, de la dyspnée et par des hémorrhagies multiples : épistaxis, hémoptysie, hématémèse, melœna, hématurie. En somme cette maladie, dont le

1. L'agent spécifique du pian est encore à trouver. Eijkmann, Breda ont vu des bacilles. Pierez, Nicholls et Watts, Hirsch ont cultivé des microcoques que ce dernier aurait inoculés avec succès à des chiens.

pronostic est toujours grave, diffère notablement du pian : 1° par sa circonscription régionale très étroite (Haut-Pérou); 2° par la morphologie de ses éléments à structure érectile; 3° par ses localisations sur les muqueuses et sur les organes internes.

Entre toutes, la syphilis est la maladie qui copie le plus fidèlement le pian. Les douleurs ostéo-articulaires à recrudescences nocturnes, la tendance de l'éruption à prendre la forme circinée, le groupement des éléments au voisinage des orifices naturels, l'action curative de l'iodure de potassium et du mercure, voilà autant de caractères communs aux deux affections. Le pian est donc réellement le sosie de la syphilis. Cependant, entre ces deux entités morbides, il existe des différences fondamentales. Je les résume dans le tableau comparatif suivant :

SYPHILIS.	PIAN.
Maladie pandémique.	Maladie tropicale.
Maladie acquise par hérédité et par contagion.	Maladie acquise uniquement par contagion.
Début par un accident primaire pathognomonique siégeant au point d'inoculation.	L'accident initial, au niveau de la porte d'entrée, est inconstant. Il ne diffère pas des éléments qui apparaîtront ultérieurement.
L'immunité conférée par la syphilis est quasi-définitive.	La réinfection du pian est possible.
Toutes les tentatives d'auto-inoculation sur un sujet en puissance de syphilis demeurent infructueuses.	L'auto-inoculation du pian est possible pendant un laps de temps d'une durée indéterminée, mais assez longue.
Le chancre induré et les autres signes de la syphilis peuvent apparaître sur un sujet qui vient d'avoir le pian.	Le pian peut se développer sur un sujet syphilitique.
Polymorphisme des manifestations syphilitiques.	Monotonie de l'éruption dont le type unique est le papillome.
Les syphilides, du moins celles de la période tertiaire, désorganisent la peau et laissent, après guérison, des cicatrices indélébiles.	Le bouton de pian, qui n'est exposé à aucune cause d'irritation, guérit sans laisser de trace.
La syphilis est une affection disciplinée, dont les manifestations hiérarchisées correspondent aux trois périodes, primaire, secondaire et tertiaire.	Toutes les manifestations du pian sont identiques, quelle que soit leur date.
Les éruptions syphilitiques intéressent les muqueuses.	Les éruptions pianiques respectent les muqueuses.
Localisations sur les viscères.	Pas de localisations viscérales.
Les syphilides ne sont pas prurigineuses.	Vives démangeaisons accompagnant les poussées de pian.
Alopécie de la période secondaire.	Pas d'alopécie dans le cours du pian.

L'épreuve thérapeutique ne peut être considérée comme un argument en faveur de l'identité de la vérole et du pian. Car l'iodure de potassium guérit l'actinomycose, affection qui ne peut être rattachée à la syphilis.

Les Cambodgiens, les Laotiens et les Siamois s'abstiennent de toute médication pendant les premières phases du pian. Le malade, ou sa famille, note avec soin la date d'apparition du premier élément, et ce n'est qu'après 3 mois lunaires révolus que le traitement est entrepris.

Le malade est soumis à des fumigations mercurielles. Du vif argent broyé avec une poudre est projeté sur le feu. Le patient aspire les vapeurs après s'être entouré d'une moustiquaire. De temps à autre, il se rince la bouche avec de l'eau et du thé, mais malgré cette précaution, il survient souvent de la stomatite et les dents peuvent tomber.

L'effet curatif de ce traitement est remarquable, mais les récidives sont la règle. A Vien Tian (moyen Laos), j'ai fait l'essai du traitement mercuriel sur 16 enfants de 3 à 12 ans atteints de pian. Ils prirent régulièrement pendant 15 jours 2 à 4 cuillerées à café de liqueur de Van Swieten suivant l'âge. Les éléments turgescents et suintants se desséchèrent assez rapidement et se couvrirent d'une mince croûte jaune soufre. Quand je fus obligé de mettre fin à cette expérience, 5 sujets étaient déjà blanchis et 9 sensiblement améliorés. Deux enfants ne retirèrent aucun bénéfice appréciable de la médication mercurielle et de nouveaux éléments apparurent sur eux pendant le cours du traitement. Les pansements et les bains au sublimé influencent très heureusement l'éruption.

L'iodure de potassium, employé aux mêmes doses que dans la syphilis, a une action certaine sur le pian. Il amène rapidement la rétrocession des éléments(1). Tous les observateurs sont d'accord sur ce point.

Dans les cas rebelles, la cautérisation des ulcérations végétantes avec du sulfate de cuivre ou du nitrate acide de mercure, et au besoin le raclage à la curette suivi de l'application du fer rouge, donnent de bons résultats.

Dans les régions où la maladie est endémique, les plaies les plus simples doivent être pansées avec soin. Les boutons de pian, qui sont autant de sources de contagion, seront traités antiseptiquement et recouverts d'emplâtres occlusifs.

Défense sera faite aux malades de se baigner et de laver leur linge dans les eaux qui servent aux usages de la population saine. Les vêtements et les cases infectés seront détruits par le feu. Enfin la propreté, sous toutes ses formes, — qui a pour principal effet de prévenir l'inoculation, tout en laissant l'individu dans le milieu contaminé, — est le plus utile adjuvant de la prophylaxie.

La séquestration des individus atteints de pian dans des établissements spéciaux ne me paraît pas recommandable. La bénignité de cette maladie ne justifierait pas l'atteinte portée à la liberté individuelle et les énormes dépenses que nécessiterait la création d'hôpitaux d'isolement.

NEUROPATHOLOGIE

Etude graphique du frisson,

D'après G. Boeri (2).

Les frissons se produisent dans des conditions multiples, tant physiologiques que pathologiques. Il y a le frisson du froid, celui de l'émotion, celui de l'épouvante, celui de la miction, celui de la fièvre, etc.

Axenfeld et Huchard les ont appelés tremblements aigus pour les distinguer des tremblements vulgaires qui relèvent des ma-

1. D'après M. le Dr Rouffiandis, observant à Pak In Boun, l'iodure de potassium blanchit les enfants dans l'espace d'un à trois mois. (Comm. orale).

2 G. Boeri, Note di grafica del brivido (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 13 octobre 1901).

ladies nerveuses et des intoxications, et qui sont chroniques, permanentes. La fugacité du frisson est la raison de la difficulté de son étude; ce n'est qu'à force de patience qu'on peut réunir des graphiques suffisamment nets et suffisamment nombreux des frissons à étiologies diverses. M. G. Boeri a entrepris cette étude et enregistré des graphiques du frisson du froid, de la peur, de plusieurs infections, etc. S'appuyant sur les tracés obtenus, il décrit de la façon suivante les caractères communs à tous les frissons :

1° Les frissons sont des tremblements rapides, vibratoires. Ils ont une rapidité moyenne de 3 à 12 oscillations par seconde;

2° Le tremblement du frisson peut être influencé jusqu'à un certain point par la volonté. Celle-ci réussit à arrêter un instant le phénomène, surtout si le frisson est peu intense;

3° Les frissons ne sont pas intentionnels ; tout mouvement un peu délicat, comme porter à ses lèvres un verre plein ou introduire une pointe dans un petit trou interrompt le frisson dans la même mesure que la volonté peut le faire;

4° Les variations de l'intensité du frisson portent sur son amplitude à l'exclusion de la rapidité. Cela veut dire que lorsqu'on prend un tracé du frisson chez un individu, on enregistre des séries d'oscillations pouvant montrer sur le graphique une amplitude jusqu'à 10 fois plus considérable que celle d'autres séries. Cependant il y aura toujours par seconde sensiblement le même nombre d'oscillations, grandes ou petites;

5° Si l'on compare des tracés de frissons obtenus chez des individus différents, on note de grandes différences dans l'amplitude et la rapidité des oscillations du frisson;

6° Les tracés montrent quelquefois des oscillations croissant d'abord en amplitude, pour décroître ensuite; c'est alors un graphique présentant une suite de fuseaux; le tremblement parkinsonien donne ce dessin. D'autres fois, les oscillations maintiennent leur amplitude longtemps constante;

7° Les frissons ont selon toute probabilité une origine corticale, ainsi que du reste les autres tremblements. Frissons et tremblements ont un rhythme qui ne peut dépasser une fréquence de 10 ou 12 oscillations par seconde. Les mouvements volontaires ne peuvent être plus fréquents. Enfin la période réfractaire de l'écorce cérébrale, récemment découverte par Broca et Richet est évaluée à un dixième de seconde, semble confirmer la réalité de cette origine (1).

Tels sont les caractères communs à tout le groupe des frissons. Il est possible que chacun d'eux puisse être différencié des autres, mais ce n'est pas certain. Le frisson qui semble donner à peu près constamment la plus grande fréquence d'oscillations est celui de la peur; on l'enregistre assez facilement en prenant des chiens pour sujets; le seul fait de lier ces animaux sur la table d'expérience les terrifie. Ce frisson d'une extrême fréquence, désordonné et arhythmique est d'une grande ressemblance graphique avec le tremblement de la maladie de Basedow.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. PRESTRELLE (Fernand). *Pneumococcie à localisations multiples.* N° 305. (Carré et Naud.)

M. CARRATIER (Ernest). *De la péritonite à pneumocoques chez l'adulte.* N° 661.

M. CHAPON. *Soixante-deux cas d'appendicite opérés.* N° 480.

M. DUBARRY. *Étude statistique de 52 cas d'appendicite opérés en 18 mois par le Dr Tuffier.* N° 520.

M. COULLOUME-LABARTHE (Anatole). *La lithiase appendiculaire.* N° 671.

M. FERRIER (Paul). *Relations de nutrition entre le squelette et les dents; odontocie, ostéocie.* N° 146. (Carré et Naud.)

M. BOUVIER (Edgar). *Contribution à l'étude des infections ombilicales chez le nouveau-né.* N° 672. (Imp. L. Bouvier, à Salins.)

M. LEULLIER (Émile). *De l'eczéma arthritique chez l'enfant et spécialement chez le nourrisson.* N° 498. (L. Boyer.)

M. BARCAT (Jean-Jules). *Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire ou leucodermie syphilitique (pathogénie).* N° 417. (Boyer.)

M. AUNAY (Henri). *Le rein dans la cirrhose hypertrophique biliaire.* N° 509. (J. Rousset.)

M. RISS (Edouard). *Les endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires.* N° 375. Ollier (Henry.)

M. PRESTELLE publie dans sa thèse une observation très complète de pneumococcie à localisations multiples recueillie dans le service du Dr Launois (avec arthrite, endocardite, méningite) et retrace à ce propos l'histoire rapide des diverses localisations de l'infection pneumococcique.

D'après M. CARRATIER, la péritonite à pneumocoques est plus fréquente chez l'enfant; elle survient dans le cours d'une pneumonie ou le plus souvent elle est primitive, isolée. Cette affection a moins de tendance à s'enkyster chez l'adulte; quand elle est généralisée, la mort est la règle, en tous cas il n'y a qu'un traitement de la péritonite à pneumocoques : la laparotomie.

Deux thèses qui, à quelques variantes près, présentent la plus grande analogie ; leurs observations tirées pour la première du service de M. Poirier, pour la seconde, du service de M. Tuffier, constituent un chaud plaidoyer en faveur de l'intervention précoce, contre la temporisation dangereuse des « opportunistes ».

M. DUBARRY, d'après son maître Tuffier, met en garde contre les pseudo-appendicites à répétition qui sont des adhérences autour d'un appendice guéri après une première crise grave et devenu fibreux, sclérosé; chez cette sorte de malades, pas d'opération, massage et douches.

M. CHAPON expose en détail la technique opératoire de Poirier qui pratique toujours l'incision sur le bord externe du muscle grand droit.

Pour M. COULLOUME-LABARTHE, la lithiase appendiculaire est un type spécial, nettement caractérisé, de la grande famille des appendicites.

On la rencontre environ 12,5 fois sur 100.

Son processus est un processus infectieux.

Les calculs se forment dans le canal appendiculaire et non pas ailleurs.

On en trouve un en général, mais il s'en rencontre parfois plusieurs.

La présence du calcul dans le canal de l'appendice n'entraîne pas toujours par elle-même de dangers; elle peut même passer inaperçue durant la vie.

Les calculs sont formés de sels calcaires variés stratifiés en couches autour d'un noyau organique.

La lithiase appendiculaire ne souffre pas d'autres traitements que le traitement chirurgical.

Il existe une relation de nutrition entre les dents et le squelette. Cette relation est démontrée d'une part par le ramollissement dentaire plus ou moins prononcé, coïncidant avec une légèreté spécifique anormale du corps entier, d'autre part par l'intégrité ou la dureté des dents, coïncidant avec une densité globale nettement supérieure à celle de l'eau. Avec M. le professeur Bouchard, M. FERRIER considère cet état des os, correspondant à l'état des dents qui a été décrit, comme des formes débauchées d'ostéomalacie. Mais il croit qu'elles ne se rencontrent pas seulement chez les tuberculeux, cancéreux, etc.

Il propose pour les dents et les os atteints de ramollissement, deux noms qui rappellent la propriété physique par laquelle on constate l'état des os, de l'ostéocie (ὀστέον, os, ὠκύς, léger), pour les dents, de l'odontocie.

1. G. BOERI, Sur le mécanisme du tremblement (*Rivista clinica e terapeutica*, 1901, n° 9).

On fait le diagnostic de l'ostéocie par l'odontocie. Celle-ci se reconnaît : pour les dents cariées, par le nombre des caries, leur mollesse, leur surface inégale et terne, la faible résistance du tissu blanc sous-jacent, par le peu d'intervalle qui a séparé l'altération de l'éruption de la dent, par la carie des incisives et canines inférieures, par la disparition rapide des obturations au ciment; pour celles qui paraissent intactes, par la couleur d'un blanc crayeux ou bleuâtre, d'un gris légèrement jaunâtre, par la persistance de dents de lait à une époque où elles devraient avoir disparu, par l'absence du tartre ou sa diminution récente. La combinaison de quelques-uns de ces caractères peut se rencontrer dans une même bouche.

L'ostéocie est un état sérieux par lui-même. Lorsqu'il ne s'y surajoute aucune infection, elle peut très bien s'améliorer (rachitisme, ostéomalacie), mais si la tuberculose, la syphilis par exemple évoluent sur un terrain décalcifié, le pronostic peut en être très aggravé.

Des névropathies bénignes s'accompagnent très fréquemment d'ostéocie. Elles diminuent et disparaissent par un traitement chimique convenable.

L'ostéocie se rencontre dans un grand nombre d'états. On lui donne des noms divers, mais le processus dont elle dépend est unique, et de nature chimique en dernière analyse.

La chute du cordon chez le nouveau-né laisse ordinairement après elle une solution de continuité dans les téguments de l'ombilic. Cette plaie, dans la pluralité des cas, de dimensions extrêmement réduites, n'en constitue pas moins une porte d'entrée pour les agents pathogènes.

M. Bouvier rappelle qu'on doit abandonner définitivement et complètement tous les pansements humides, autrefois préconisés, dont l'inconvénient est de retarder la chute du cordon et, par ce fait même, d'augmenter ses chances d'infection.

Les pansements du cordon seront toujours précédés d'un nettoyage rigoureux et antiseptique de la région ombilicale; ils devront être faits au moyen de substances stérilisées, sèches, par des mains parfaitement aseptisées.

Les langes et vêtements destinés à l'enfant devront avoir été préalablement passés à l'étuve.

Les précautions les plus minutieuses seront prises pour éloigner du nouveau-né toutes causes d'infection, au nombre et en tête desquelles il faut placer le contact et même le simple voisinage de personnes infectées.

Après la chute du cordon, on surveillera très attentivement la région ombilicale et l'on ne cessera les pansements que lorsqu'on se sera assuré qu'au fond de l'ombilic n'existe plus la moindre plaie capable de servir de porte d'entrée à tous germes pathogènes quelconques, susceptibles d'amener des complications.

L'eczéma arthritique est d'après M. Leullier une des premiers manifestations de l'arthritisme chez l'enfant. Il se rencontre d'ailleurs également dans la seconde enfance où il revêt les caractères de cette dermatose chez l'adulte.

Le diagnostic de cette variété d'eczéma a pour bases la recherche des antécédents, l'association d'autres phénomènes morbides récemment synthétisés sous le terme générique de l' « uricémie » chez les enfants.

Sa symptomatologie, que sa complexité ne permet pas de regarder comme spécifique de l'arthritisme, marque cependant une affinité pour certaines formes objectives. C'est un eczéma, se présentant plutôt sous la forme sèche, non croûteux, très prurigineux, évoluant par poussées successives, rebelle au traitement, alternant le plus souvent avec d'autres manifestations arthritiques associées.

M. Leullier lui décrit trois variétés objectives, par analogie avec celles décrites chez l'adulte. Une forme vulgaire, vésiculeuse, rare. Une forme craquelée, fendillée, plus fréquente. Une forme sèche (séborrhéique, pityriasiforme). Quelquefois une forme nummulaire (seconde enfance).

L'analyse des urines (densité élevée, acide urique urates en excès), et s'il était possible l'analyse du sérum sanguin confirmeraient le diagnostic.

La pathogénie est encore obscure. Il paraît produit par l'élimination au niveau de la peau des principes toxiques qui caractérisent les maladies par ralentissement de la nutrition, acide urique pour les uns, dérivés alloxuriques pour les autres.

M. Leullier appelle enfin les bases du traitement hygiénique et médicamenteux

M. Bargat, élève de Balzer a étudié avec soin les caractères cliniques et les lésions histologiques de la syphilis pigmentaire.

Pour lui, la production des îlots clairs semble manifestement post-éruptive et due à des lésions plus ou moins atrophiques du derme et de l'épiderme.

Cela est prouvé par leur configuration qui répond à celle des éléments éruptifs maculeux et papuleux dans la plupart des cas, leur apparence déprimée et quelquefois vergeturoïde, la persistance fréquente au centre de ces îlots d'une macule noirâtre, vestige d'un élément éruptif antérieur, la présence parfois constatée d'une zone achromique autour de papules en régression.

Il a d'ailleurs vu des macules roséoliques et des papules se transformer en leucodermie.

L'infiltration cellulaire qui caractérise la roséole intense et surtout les papules; l'atrophie de l'épiderme et l'oblitération des vaisseaux que révèlent les examens histologiques permettent de concevoir de la façon suivante le processus qui aboutit à la formation des îlots clairs.

En premier lieu, les nombreux leucocytes qui infiltrent le derme au niveau des macules et des papules dirigent leur action phagocytaire contre les matières colorantes provenant de la destruction des hématies et contre le pigment d'ancienne formation.

En deuxième lieu, le gonflement de l'endothélium vasculaire, l'infiltration cellulaire que l'on voit au niveau des éléments maculeux et papuleux peuvent évoluer vers l'oblitération des vaisseaux et la sclérose. Il en résulte des troubles de la nutrition des cellules mélanigènes (que celles-ci soient représentées par les mélanoblastes ou par les cellules de Malpighi). Ces troubles de nutrition se traduisent par la diminution ou l'arrêt de la production du pigment ainsi que par l'arrêt ou le ralentissement de la multiplication des cellules de Malpighi (amincissement de l'épiderme).

Quant à la production de pigment autour des îlots décolorés, elle est plus difficile à comprendre. Elle dépend peut-être de plusieurs causes et sa pathogénie appelle encore de nouvelles recherches. Mais elle paraît liée à une sorte de fluxion collatérale consécutive à la gêne circulatoire et à l'oblitération d'une partie des vaisseaux correspondant aux îlots atrophiques.

Cette fluxion collatérale agirait en déterminant l'issue des hématies hors des capillaires et de cette façon une surabondance de la matière colorante du sang que transformeraient les cellules mélanigènes surexcitées par la congestion.

M. Aunay conclut, en se basant sur des faits communiqués par Milian, que dans la cirrhose hypertrophique biliaire, l'albuminurie est constamment absente, même aux périodes terminales et la quantité de matériaux solides de l'urine reste normale lorsque la fonction hépatique n'est pas trop profondément atteinte.

La polyurie est la règle; le taux des urines oscille autour de deux litres en 24 heures. A l'autopsie les reins sont sains macroscopiquement et microscopiquement. Ils sont le plus souvent hypertrophiés, ce qui est sans doute en rapport avec la polyurie prolongée.

Le poison sclérosant qui atteint le foie ne paraît pas un poison sclérosant pour le rein, puisque le microscope ne révèle pas la moindre infiltration interstitielle.

L'endocardite aiguë doit occuper une place importante parmi les complications des infections biliaires. M. Reiss en retrace l'histoire et montre qu'elle peut être consécutive aux infections biliaires accompagnant : la cholélithiase, le cancer du hile hépatique primitif ou secondaire, les kystes hydatiques rompus dans les voies biliaires, l'ictère grave, etc.

La veine porte, la veine cave inférieure, et les veines sus-hépatiques, sont les routes que suit l'agent infectieux pour se rendre des voies biliaires à l'endocarde.

Les microorganismes de la bile infectée peuvent passer dans le sang, et déterminer une endocardite septique, avant qu'il y ait eu suppuration des voies biliaires.

La localisation valvulaire de l'infection sanguine est favorisée par les altérations antérieures des valvules : ancienne endocardite rhumatismale, ou dégénérescence athéromateuse.

L'endocardite par infection biliaire peut être simple, lorsqu'une seule valvule est atteinte, multiple, si plusieurs valvules sont atteintes à la fois. La valvule mitrale et les sigmoïdes aortiques, c'est-à-dire les valvules du cœur gauche, sont celles qui sont le plus souvent frappées.

Parmi les divers microorganismes rencontrés, le coli-bacille est celui que l'on trouve le plus souvent dans les endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires. La forme végétante ou ulcéreuse de l'endocardite doit être subordonnée au degré de virulence du microbe, plutôt qu'à sa variété morphologique.

L'endocardite passe souvent inaperçue pendant la vie du malade : les symptômes hépatiques sont prédominants, et les signes importants qui pourraient la faire rechercher, l'état typhoïde par exemple, lui sont communs avec les infections biliaires graves. L'endocardite, ne possédant qu'un minimum de symptômes, doit être recherchée systématiquement dans tous les ictères fébriles.

Le pronostic de l'endocardite consécutive aux infections biliaires est grave; l'embolie en est souvent la complication fatale. La lésion valvulaire peut cependant passer à l'état chronique. Aussi M. Riss rappelle-t-il qu'on doit par conséquent admettre la possibilité d'endocardites chroniques consécutives aux infections biliaires, et rechercher les infections biliaires dans les antécédents des malades présentant des lésions valvulaires chroniques.

La lésion valvulaire peut se propager au feuillet péricardique sous-jacent, et déterminer la production d'une péricardite sèche ou avec épanchement.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Les amibes dans la dysentérie épidémique. (Ueber Amoebenbefunde bei epidemischer Dysenterie), par H. Jaeger (*Berlin, Klin. Wochenschr.*, 1901, n° 36, p. 917. — Sur 30 cas de dysenterie dont l'auteur a examiné les selles, l'auteur a trouvé 23 fois des amibes qui disparaissaient après la guérison. Ces amibes avaient la propriété d'englober les hématies et étaient pathogènes pour les chats. Leur culture a échoué.

Terminaisons nerveuses dans la glande thyroïde (Terminazioni nervose nella ghiandola tiroïde), par A. Civalleri (*Giornale d. R. Accad. di med. di Torino*, n° 7, 1901, p. 523). — L'auteur conclut que d'après ses recherches : 1° les fibres nerveuses thyroïdiennes peuvent être considérées comme fibres vaso-motrices des fibres vraiment sécrétrices.

2° Les plus fines se comportent de deux façons : *a*) quelques-unes se terminent à la limite basale de la cellule; d'autres s'introduisent et se terminent entre les cellules.

3° Dans le parenchyme tyroïdien, il existe encore d'autres terminaisons nerveuses spéciales situées dans le tissu conjonctif interfalliculaire et regardées par Jacques, comme des fibres sensitives.

Radiographie des calculs biliaires (The demonstration of gall-stones by the Röntgen-Rays), par C. Beck (*Berlin. klin. Woch.*, 13 mai 1901). — Beck montre que la nature chimique des calculs influe beaucoup sur leur plus ou moins grande perceptibilité par la skiagraphie. Les calculs biliaires ordinaires composés d'un noyau mou et d'une coque périphérique dure sont d'autant plus visibles que la couche externe est plus épaisse.

Les calculs de cholesterine pure donnent une ombre très nette. Les pierres composées de bilirubine et de sels calcaires sont également très visibles.

Sur la lombricose à forme typhoïde (Sulla lumbricosi a forma tifoïdea) par F. Schuper (*Gazz. degli ospedali*, 1901, n° 57). — Les accidents fébriles à forme typhoïde d'origine ascaridienne sont connus. Chauffard en France, Dematter en Italie ont déjà traité ce sujet. Certains tendent à admettre que les échanges nutritifs des vers intestinaux sont cause de la fièvre. Dematters a montré que sous l'influence d'une température fébrile les ascarides ont une plus grande activité et peuvent produire des traumatines de la muqueuse intestinale. L'auteur rapporte un cas de pseudotyphus observé chez un malade de 23 ans. La réaction de Widal fut toujours négative. L'auteur admet que la lombricose à forme typhoïde est due à une virulence particulière du coli bacille, virulence qui se trouve augmentée par la présence des parasites intestinaux.

Du rhumatisme aigu (Acute rheumatism), par W. Watt Kerr (*Medical Rens.*, 5 oct. 1901). — L'auteur étudie la question du rhumatisme telle qu'elle se présente à l'heure actuelle. Au point de vue étiologique, il rappelle les expériences de Poyntou et Payne qui dans 12 cas ont isolé un diplocoque qui injecte dans les veines de lapins a produit de la polyarthrite, péricardite, inflammation valvulaire, pleurésie, pneumonie, chorée sans phénomènes suppuratifs. C'est à tort que dans la plupart des livres classiques, la lésion articulaire est mise au premier plan, alors que la pleurésie, l'endocardite, etc., ne sont regardées que comme des complications. Au point de vue thérapeutique, M. Kerr pense qu'on doit continuer le salicylate longtemps après la disparition de tous les phénomènes. Le citrate de potasse donne également de bons résultats.

CHIRURGIE

Anesthesie locale dans certains cas de chirurgie abdominale, par Thomas H. Morse (*Lancet*, 11 mai 1901). — L'auteur croit que l'anesthésie locale doit dans nombre de cas, être préférée à l'anesthésie générale. Elle n'expose pas au shock et augmente les chances de réussite dans les cas graves. Il rapporte plusieurs cas opérés par lui après une simple anesthésie locale.

Dans un cas, il s'agit d'une péritonite puerpérale chez une jeune femme de 19 ans, dans deux autres de rupture de grossesse extra-utérine, dans un cas il s'agissait d'obstruction intestinale, dans un autre d'étranglement herniaire.

Dans tous ces cas l'opération a réussi, l'anesthésie a été suffisante et l'auteur croit que le chloroforme ou l'éther eussent été dangereux.

Prolapsus de l'urèthre chez la femme (Ueber den Prolaps der Urethra beim weiblichen Geschlecht), par Glaevecke (*Münch. med. Wochensch.*, 1901, n° 22, p. 885). — Le prolapsus de la muqueuse uréthrale étant très rare, l'auteur publie un cas de ce genre qu'il a observé chez une fillette de 11 ans.

La muqueuse prolabée formait sur la ligne médiane, entre le clitoris et l'hymen, une petite tumeur rouge, grosse comme une cerise, qui gênait la miction et la rendait douloureuse.

La tumeur se réduisait facilement, mais se reproduisait aussitôt. L'essai de la maintenir en place à l'aide d'une sonde à demeure ayant échoué, l'auteur réséqua le prolapsus et sutura le moignon de façon à ne pas avoir de rétrécissement ultérieur. Le résultat fonctionnel fut excellent et le prolapsus ne se reproduisit plus.

Traitement des annexites suppurées (Beitrag zur Behandlung von Eiteransammlungen in den Anhangen der Gebärmutter), par Mandl et Burger (*Arch. f. Gynäkol.*, 1901, vol. LXIV, p. 1). — En s'appuyant sur l'étude de 273 cas d'annexite suppurée, observés à la clinique de Schauta (de Vienne) de 1888 à 1900 les auteurs préconisent la voie vaginale contre la voie abdominale et soutiennent qu'en principe l'opération radicale par la voie vaginale est l'opération de choix. L'ablation des annexes suppurées d'un seul côté ne doit se poser que si l'on est sûr que la lésion est strictement unilatérale.

L'incision simple n'a jamais donné de guérison définitive,

De l'infection de la vessie par le contenu de l'intestin (Weitere experimentelle Untersuchungen über die Infection der Harnblase vom Darm aus), par R. Faltin (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex. Appar.*, 1901, vol. XII, p. 465). — Les expériences faites par l'auteur sur des lapins l'amènent à formuler les conclusions suivantes :

1° Une coprostase provoquée par la ligature de l'anus pendant 36 à 48 heures ne suffit généralement pas pour provoquer l'envahissement de l'organisme par les bactéries de l'intestin ;

2° Lorsque la coprostase artificielle a duré un temps suffisamment long, il peut survenir dans l'intestin des modifications permettant aux bactéries de l'intestin de pénétrer dans la circulation générale soit directement soit par l'intermédiaire du péritoine. Dans ces conditions il peut se produire une élimination de bactéries par les reins, laquelle élimination doit être considérée comme un phénomène agonique au même titre que la bactérihémie ;

3° Après une coprostase suffisamment prolongée les bactéries intestinales peuvent paraître dans la vessie sans passer par la circulation générale. Mais dans ces conditions l'organisme a subi des altérations telles que très souvent il se déclare une infection générale dont le point de départ est la vessie ou l'intestin ;

4° Dans ces cas les bactéries pénètrent dans la vessie en suivant l'urèthre ou les lymphatiques, sans qu'il soit possible de dire si la porte d'entrée est dans les lésions de la muqueuse rectale ou de la muqueuse anale ;

5° En cas de coexistence d'une rétention de l'urine, la pénétration des bactéries intestinales se fait plus fréquemment et est suivie de cystite.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des brûlures du 2e degré et des brûlures mixtes des 2e et 3e degrés.

Les brûlures pour lesquelles le praticien est le plus fréquemment appelé, appartiennent au second degré ou sont une combinaison des 2e et 3e degrés. Dans le premier cas l'épiderme est soulevé, des phlyctènes remplies d'une sérosité claire, louche ou brunâtre se sont formées ; dans le second cas, la désorganisation du corps muqueux de Malpighi a été en quelques points plus complète et une partie superficielle et très localisée du derme s'est escharifiée. Ces brûlures doivent être traitées avec le plus grand soin, car, si elles suppurent, elles peuvent devenir la source de toutes sortes de complications prochaines (lymphangites, phlegmons, érisypèles) ou éloignées (cicatrices vicieuses) que le médecin soucieux de sa réputation, doit s'efforcer d'éviter. Quel est le procédé qui le mettra le mieux et le plus sûrement à l'abri de l'infection ?

Pour résoudre cette question, il faut considérer la brûlure comme *une plaie faite dans un milieu septique*. En effet si l'instrument de la destruction de couches plus ou moins profondes de la peau, en l'espèce le calorique, est aseptique, il exerce son action sur une peau non préalablement désinfectée. Il s'ensuit que l'effraction du tégument protecteur a lieu dans le voisinage immédiat d'une zone infectée et que la propagation plus ou moins atténuée de cette infection à la plaie elle-même va être la règle, même si la pellicule épidermique recouvrant la phlyctène paraît ne présenter aucune solution de continuité. En effet la sérosité plus ou moins claire de la phlyctène ne tarde pas, si elle reste exposée à l'air, à devenir louche, puis franchement purulente, tellement la barrière d'un épiderme mortifié est impuissante à s'opposer à l'immigration des microbes de la peau. Cette infection est encore plus à craindre si les bulles se sont ou ont été ouvertes pour une raison quelconque. Le rôle du médecin va donc consister à soustraire le plus rapidement possible la région brûlée aux causes multiples d'infection dont elle est entourée.

Ces considérations théoriques devront, en conséquence, dominer sa thérapeutique et lui faire adopter une ligne de conduite rationnelle.

Qui n'aperçoit déjà que l'application de corps gras, de pommades même surchargées de substances antiseptiques, ne résout en aucune manière le problème ? Qui ne comprend que l'application de pansements humides n'apporte qu'une solution incertaine, sans compter les inconvénients auxquels exposent les manipulations, répétées plusieurs fois par jour, de la partie malade ? Ni l'un ni l'autre de ces traitements ne suppriment les causes d'infection possible par le voisinage ou par l'air. Ils doivent donc, en principe, être rejetés de la pratique médicale.

Le seul procédé qui prévienne les complications septiques et conséquemment l'irrégularité des cicatrices consiste :

1° A faire la désinfection méthodique de la région brûlée et de la région immédiatement voisine ;

2° A appliquer sur la plaie ainsi désinfectée un pansement aseptique ou même antiseptique, autant que possible unique, sous lequel la réparation intégrale des tissus puisse s'effectuer.

La désinfection de la plaie et des régions avoisinantes est obtenue par les méthodes ordinaires employées en chirurgie générale. Il va sans dire que les précautions les plus minutieuses auront été prises pour assurer l'asepsie des mains du médecin et la protection du champ opératoire contre les contacts par des compresses convenablement disposées. Si la brûlure est étendue, s'il s'agit d'un enfant *l'anesthésie générale est indispensable* (1). Ce n'est qu'à ce prix qu'on peut faire un nettoyage suffisant de la partie malade. Ce nettoyage est fait d'abord au savon et à la brosse, comme pour une plaie ordinaire et il est suivi d'un frottage énergique avec une compresse trempée dans du sublimé au milième. On termine par un tamponnement minutieux des surfaces saignantes à l'eau oxygénée boriquée à 5 volumes (2). Il n'y a plus ensuite qu'à procéder au pansement.

Quelques chirurgiens s'efforcent de respecter l'intégrité de la pellicule épidermique de la phlyctène : ils se contentent d'en évacuer le contenu par une ponction et appliquent avec soin la membrane soulevée contre le derme.

Cette pratique, défendable immédiatement après l'accident, est difficilement compatible avec un nettoyage efficace. Elle ne trouve son application que dans les brûlures récentes, peu étendues, où dans celles affectant les régions où l'esthétique doit être ménagée. Mais si quelques heures, à plus forte raison, un jour et plus se sont écoulés depuis l'accident, pour peu que la sérosité, même dans les premiers moments, soit louche ou brunâtre, il ne faut pas hésiter à enlever la pellicule épidermique qui du reste, sauf dans les régions à peau très épaissie (paume de la main, plante du pied) sera aisément emportée par le frottage. Au pied et à la main, la résection de la pellicule sera faite aux ciseaux. On détergera ensuite soigneusement avec un antiseptique.

On appliquera enfin le pansement. En présence d'une plaie rendue aussi aseptique que possible, c'est exclusivement au pansement sec qu'il faut avoir recours. Ce pansement peut être fait soit simplement avec de la gaze aseptique, soit avec de la gaze iodoformée (3), si l'on croit devoir poursuivre une action antiseptique. Les résultats sont aussi excellents d'un côté que d'un autre : le pansement iodoformé semble cependant présenter quelques avantages, lorsque le médecin n'a été appelé que quelques heures ou le lendemain après l'accident.

On entourera ensuite le membre d'une couche de coton hydrophile aseptique, d'une couche plus épaisse de coton cardé ordinaire et on maintiendra le tout par une bande de tarlatane

1. Pour les brûlures des membres de l'abdomen ou même du thorax, on peut utiliser la rachicocaïnisation.

2. Il est bon de ne pas employer pour des plaies étendues, l'eau oxygénée du commerce qui est à base d'acide sulfurique ou chlorhydrique : l'oxygène est fixé dans l'eau que nous utilisons au moyen de l'acide borique, antiseptique inoffensif. Le titre de l'eau oxygénée est de 12 ou 15 volumes : la dilution au tiers avec de l'eau bouillie chaude a des propriétés antiseptiques et hémostatiques suffisantes dans l'espèce.

3. L'iodoforme est légèrement analgésique. On n'a pas à craindre l'intoxication iodoformée, même si les brûlures sont très étendues, l'exsudation très abondante des premières heures limitant l'absorption.

apprêtée et mouillée avec laquelle on ne craindra pas d'exercer une certaine compression de la périphérie au centre.

Les suites de ce pansement sont des plus simples : le malade éprouve, pendant les premières heures, au niveau de sa brûlure, une cuisson plus ou moins intense qui s'atténue progressivement, jusqu'à ce que la gaze aseptique ou iodoformée se soit suffisamment hydratée aux dépens des tissus sous-jacents. En général, toute douleur a cessé au bout de 6 à 8 heures; il ne reste plus qu'une sensation de lourdeur plus ou moins marquée. Le lendemain cette sensation elle-même a disparu et le malade n'éprouve plus que la gêne causée par la présence du pansement.

On continue cependant à surveiller les choses de très près, surtout dans les quatre premiers jours. On interroge la température, le pouls, les trajets lymphatiques sous-jacents. On examine le pansement qui ne doit en aucun point se laisser traverser par le suintement qui se fait au niveau de la plaie. Si cet accident se produit on peut aussitôt, l'état général restant bon, mettre sur le pansement une nouvelle épaisseur de coton cardé maintenu par une bande. S'il y a la moindre trace de lymphangite, s'il y a élévation du pouls ou de la température le deuxième jour, il faut enlever l'appareil et y substituer un pansement humide. Mais cette éventualité est des plus rares si la désinfection méthodique de la brûlure a été faite suivant les préceptes que nous avons exposés.

En règle générale, le pansement est parfaitement toléré. Dans les premiers jours, la gaze, après une première période d'hydratation aux dépens des tissus, épuise son action hydrophile, sèche et durcit. A ce moment, elle adhère fortement à la plaie. Cette adhérence se relâche progressivement, et entre le 15e et le 21e jour, on peut lever le pansement : la couche cornée est suffisamment reformée pour permettre à la gaze de se détacher facilement. La guérison est ainsi obtenue, dans la grande majorité des cas, en un seul pansement.

S'il y a des parties escharifiées — il est entendu que nous ne visons que quelques points de 3e degré dans une brûlure du 2e degré — la zone d'élimination est nettement tranchée, une croûte noirâtre ou grisâtre la recouvre et il suffit de quelques pansements vaselinés ou glycérinés, ici parfaitement indiqués, pour obtenir la chute de la croûte et la cicatrisation définitive.

G. Maurange.

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité des parents en cas de contamination d'une nourrice par leur enfant hérédo-syphilitique. — Jusqu'ici les tribunaux ne déclaraient les parents responsables que lorsque chez l'un des deux on relevait des signes manifestes de syphilis. Par exemple, le 27 novembre 1896 la Cour d'appel de Paris avait confirmé un jugement du tribunal civil de la Seine, avait débouté le mari d'une nourrice à laquelle son nourrisson avait communiqué la syphilis. L'arrêt déclarait que, l'expert n'ayant pu spécifier lequel, du père ou de la mère, aurait transmis à l'enfant la maladie que celui-ci avait communiquée à sa nourrice, la preuve manquait pour établir à la charge de l'un d'eux une faute personnelle.

Une instance de tous points analogue à la précédente s'étant depuis lors engagée devant le tribunal civil de Saint-Etienne, les juges, par les mêmes motifs indiqués dans l'arrêt de la Cour de Paris, déclarèrent l'action du mari de la nourrice et de la nourrice elle-même non justifiée. Les attendus du jugement de Saint-Etienne (17 novembre 1899) et ceux du jugement du tribunal de la Seine ainsi que de l'arrêt de la Cour de Paris sont pour ainsi dire superposables, tant ils sont conçus dans les mêmes termes.

Mais sur appel la Cour de Lyon a rendu un arrêt infirmatif que voici :

« Attendu qu'il résulte du rapport des experts commis par le tribunal de Saint-Etienne et des documents de la cause que, lorsque la femme D... a reçu des mariés M..., en qualité de nourrice, leur enfant nouveau-né, elle était saine de corps et n'avait aucune maladie ni vice constitutionnel, et que, dès le début de l'alimentation, l'enfant a été reconnu atteint de la syphilis;

Attendu qu'aux termes mêmes du rapport, il est un fait absolument certain, c'est que l'enfant M... ne peut avoir été contaminé par sa nourrice, la femme D... ;

Attendu que la femme D... a été, à son tour, peu de temps après, reconnue atteinte du même mal et qu'il est pleinement établi qu'elle l'a tenu de ce nourrisson;

Attendu que la syphilis dont celui-ci était atteint s'est révélée par des accidents généraux qui n'ont laissé aucun doute sur son caractère héréditaire et congénital;

Qu'il est, d'ailleurs, de principe, en médecine, que toute syphilis qui, au cours des deux premiers mois de la vie, se révèle par des accidents de cette nature provient de l'hérédité;

Attendu que, dans ces conditions d'origine présumée connue au moins de l'un des deux époux, l'état physique de l'enfant M... présentait le cas le plus digne de solliciter et d'éveiller l'attention de ses parents, encore que le nouveau-né, d'après les experts qui n'ont pas vu le sujet, parût bien portant et pesât son poids normal;

Attendu que l'enfant était à peine sorti de la maison paternelle, le 21 mars 1896, que sa santé donnait aussitôt des inquiétudes à la femme D..., et que, dans un laps de temps très restreint et très rapproché de sa mise en nourrice, trois médecins constataient successivement sur son corps les phénomènes caractéristiques de la syphilis, maladie dont il est mort âgé d'un mois environ;

Attendu qu'il est inadmissible, en l'espèce, que les époux M... ne se soient pas aperçus, au moment où ils l'éloignaient de leur maison, d'un trouble quelconque dans la santé ou la constitution de leur enfant, et qu'ils ne se soient pas préoccupés des éventualités à craindre;

Attendu que cette préoccupation était d'autant plus naturelle que les experts ont constaté sur la femme M... des marques d'adénopathie cervicale et inguinale, affection des glandes, d'origine suspecte (1), qui ne pouvait être ignorée du mari, et que cette particularité était de nature à mettre M... en garde au sujet de leur enfant;

Attendu qu'il était de leur devoir et qu'il leur était facile, vu leur situation de fortune, de se rendre compte, dès les premiers jours, de la santé de cet enfant, placé à Saint-Etienne, et qu'instruits promptement des graves symptômes qui s'étaient si rapidement révélés, ils auraient pu le reprendre avant qu'il eût contaminé sa nourrice;

Attendu qu'à raison de ces diverses circonstances, il leur incombait de garder l'enfant ou, tout au moins, de l'observer sans relâche et de le retirer à temps, et qu'ils ne sauraient exciper d'un cas fortuit ou de force majeure échappant à toute prévoyance;

Attendu que l'esprit de la loi et la nature même des choses attachent à cette prévoyance des parents un sens étroit et rigoureux qui permet au juge de leur imputer à faute le moindre défaut de prudence ou de vigilance;

Attendu, en conséquence, que les époux M... ont été justement appelés à répondre de la contamination reçue de l'enfant M... par la femme D... ;

Attendu que la Cour a les éléments nécessaires pour apprécier le montant du préjudice qui en est résulté;

Par ces motifs, dit mal jugé, bien et avec griefs appelé;

Met à néant le jugement rendu par le tribunal de Saint-Etienne, le 17 juillet 1899;

Condamne les époux M..., conjointement et solidairement, à payer à D..., 2 000 francs et aux enfants, ayants droit de sa femme décédée durant l'instance, 3 000 francs à titre de dommages-intérêts, avec les intérêts de droit; les condamne, en outre, en tous les dépens de première instance et d'appel. »

1. Or, il était dit, dans le jugement infirmé : « Attendu que l'examen des médecins experts n'a pas permis de retrouver sur les époux M... des traces anciennes ou récentes de maladies syphilitiques. »

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Travail de la Clinique de l'Hôpital Beaujon.

Fracture du crâne et méningite cérébro-spinale. Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien hémorrhagique.

Par MM. Paul Sainton et Jean Ferrand.

Dans diverses communications à la Société de Biologie (1), à la Société Médicale des Hôpitaux (2), à la Société de Chirurgie (3), MM. Tuffier et Milian ont insisté sur les indications que pouvait fournir la ponction lombaire dans les fractures du crâne. L'issue par l'aiguille d'un liquide jaunâtre, « couleur chair, » ou franchement hémorrhagique, contenant des globules rouges, retiré après un traumatisme cranien est pour eux pathognomonique; elle est l'indice d'un épanchement sous-arachnoïdien et par suite d'une fracture du crâne.

Chez un malade que nous avons observé, la constatation de ce signe nouveau nous a permis de porter le diagnostic de fracture du crâne, dans des circonstances où le problème clinique était particulièrement délicat. Voici dans quelles conditions celui-ci s'était posé.

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, entré salle Sandras, n° 25, le 30 juillet. Depuis l'âge de 7 ans, il était atteint d'un écoulement de l'oreille gauche qui persiste encore actuellement; cette otite purulente avait déterminé une surdité totale et une paralysie faciale gauche légère. Au dire du malade, l'oreille droite était intacte et il entendait parfaitement jusqu'au 28 juillet dernier.

Le dimanche 28 juillet, il fit une chute de bicyclette; il se rendit compte que sa tête avait porté par terre, mais il perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital Beaujon dans un service de chirurgie. Après ce traumatisme, il aurait perdu du sang par le nez et par la bouche, mais le fait n'est point absolument certain; en tous cas, il n'en a point perdu par l'oreille.

Revenu à lui, il s'aperçut qu'il était presque sourd de l'oreille droite et que tout le côté droit de la tête était douloureux. Mais comme il ne portait aucune trace de lésion du cuir chevelu, comme il présentait déjà quelques heures après son arrivée de la raideur de la nuque, on porta le diagnostic de méningite et on fit passer le malade en médecine dans le service du Professeur Debove.

A son entrée, c'est-à-dire deux jours après l'accident, le sujet ne se plaignait que de douleurs de tête vagues, plus intenses au côté droit de la tête et du cou. On ne notait qu'une légère raideur de la nuque et quelques vomissements alimentaires; le signe de Kernig manquait; il n'y avait pas de paralysie des membres, ni de troubles des sphincters; la constipation faisait défaut. Le pouls était à 80; la température un peu supérieure à la normale. Le malade répondait à toutes les questions, aussi bien que le lui permettait sa double surdité.

Les jours suivants la céphalée et la raideur de la nuque persistèrent; les vomissements avaient cessé.

Le 4 août la douleur de tête était devenue plus violente, le signe de Kernig était très net; la raideur de la nuque était plus accentuée, le malade avait poussé des cris toute la nuit. Malgré cela, la température était toujours peu élevée, le pouls battait à 80.

En présence de ces symptômes, deux hypothèses pouvaient être soulevées; l'existence d'une otite ancienne, la coïncidence avec des phénomènes méningés étaient en faveur d'une inflammation des méninges, d'origine otique; d'autre part, la notion d'une chute, l'apparition de signes cérébraux consécutifs évoquaient l'idée d'une fracture du crâne. Il n'existait aucun traumatisme superficiel susceptible de nous faire trancher la question.

La ponction lombaire fut donc pratiquée et ramena avec beaucoup de difficultés 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, absolument hématique. Le liquide fut, suivant la recommandation de M. Tuffier, recueilli dans trois tubes pour éviter toute cause d'erreur: le contenu des trois tubes était identique.

D'ailleurs l'examen histologique du liquide, sans aucune centrifugation, montra la présence des éléments figurés du sang, en proportion sensiblement égale à ce qu'elle est dans le sang normal. Des cultures faites sur les milieux usuels restèrent stériles. Nous conclûmes à l'existence d'une fracture du crâne.

Le lendemain, les signes méningitiques étaient plus apparents, la céphalée était plus forte, les pupilles étaient dilatées et réagissaient mal, les mouvements respiratoires étaient précipités. Une ponction lombaire pratiquée le 6 août nous permet de retirer quelques centimètres cubes de liquide très louche et très sale, mais sans coloration rouge. L'examen sur lamelles y décela une

1. Séance du 25 mai 1901.
2. Séance du 12 juin 1901.
3. Séance du 17 juillet 1901.

proportion notable d'hématies et de nombreux polynucléaires; les lymphocytes étaient peu nombreux. Le liquide ne fut pas ensemencé. Il résultait de cet examen qu'il existait vraisemblablement une méningite surajoutée.

La mort survint le 12 août dans le coma, au milieu des symptômes méningitiques, troubles respiratoires, cyanose, soubresauts des membres, raideur généralisée à la colonne vertébrale.

Pour des raisons médico-légales, l'autopsie ne put être faite que 60 heures après la mort. Un examen minutieux des téguments ne nous montra comme pendant la vie aucune trace de lésion traumatique. Le crâne fut scié avec soin de façon à éviter toute fracture accidentelle. Après section des méninges, la face convexe du cerveau apparaît très congestionnée au niveau du lobe temporal droit; la méninge y est un peu épaissie et adhérente. Le cerveau étant retiré, on constata alors sur sa face inférieure au niveau des scissures de Sylvius, du chiasma des nerfs optiques, de la face antérieure du bulbe, de la face inférieure du cervelet la présence de traînées purulentes épaisses. A la coupe le lobe frontal était le siège de lésions de ramollissement hémorrhagique post-traumatique; les ventricules étaient remplis d'un liquide louche de couleur chocolat.

Les méninges rachidiennes avaient pris part au processus inflammatoire; on constatait de place en place des îlots purulents ne laissant aucun doute sur l'existence d'une méningite spinale.

L'examen de la boîte cranienne révéla l'existence d'une fracture du crâne dont les traits revêtaient la forme d'un Y renversé : la grande branche située en haut était représentée par un trait de fracture occupant la partie moyenne de l'écaille du temporal, intéressant à la fois la table interne et la table externe; elle se bifurquait au niveau de l'empreinte de la branche postérieure de l'artère méningée moyenne en deux; le trait de fracture antérieur s'étendait jusqu'au petit trou rond, tandis que le trait postérieur allait rejoindre le trou condylien postérieur.

Les notions que nous a données la ponction lombaire et sur la fracture du crâne et sur la méningite consécutive ont donc été vérifiées en tous points par l'autopsie.

Doit-on cependant admettre que le liquide céphalo-rachidien hémorrhagique soit toujours l'indice d'une fracture du crâne et doive, par sa seule présence, faire porter le diagnostic? Tesson (1) a rapporté un cas dans lequel, quoiqu'il y eut fracture du crâne, une contusion cérébrale du côté opposé à la fracture était la cause de l'hémorrhagie. Il serait possible d'après lui qu'une contusion cérébrale seule soit l'origine de l'épanchement sanguin. D'autre part, l'un de nous dans deux cas d'hémorrhagie cérébrale typique chez des vieillards a retiré par ponction lombaire du liquide sanguinolent sortant avec force et en grande abondance. L'examen direct sur lamelles révéla la présence de nombreuses hématies dans cet exsudat. Les malades succombèrent dans le coma et à l'autopsie on trouva des hémorrhagies cérébrales énormes. Bard, à la Société de Biologie, cite deux cas où cette teinte du liquide céphalo-rachidien a été rencontrée; dans l'un il s'agissait d'une hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire; dans l'autre, d'un cas de méningite cérébro-spinale terminée par guérison. Il est donc téméraire de faire le diagnostic de fracture du crâne sur un sujet plongé dans le coma, si l'on n'a point de renseignements sur les circonstances dans lesquelles s'est produite la chute uniquement sur la constatation d'une coloration hématique du liquide retiré par ponction lombaire. Le signe décrit par Tuffier et Milian n'a toute sa valeur qu'en présence du commémoratif bien précis d'un traumatisme portant sur le crâne.

1. Tesson, *Gazette des hôpitaux*, 22 août 1901.

Il est un autre détail de notre observation sur lequel nous voulons attirer l'attention : c'est *la disparition presque complète de la teinte hémorrhagique quatre jours après l'accident*, de sorte que si nous avions pratiqué à ce moment la ponction lombaire pour la première fois, nous aurions méconnu la fracture. Histologiquement le nombre des globules rouges avait diminué. Cette particularité nous semble expliquer pourquoi dans un cas de fracture du crâne méconnue, publiée par MM. Rendu et Gérondel (1), ces auteurs n'ont retiré par la ponction faite 5 jours après la chute qu'un liquide à peine teinté ne renfermant point de globules rouges et ont conclu à une méningite, alors que l'autopsie démontra l'existence d'une fracture. Pour expliquer cette disparition de la teinte hématique et la diminution si rapide des globules, n'est-il point rationnel d'admettre avec M. Bard (2) que le liquide céphalo-rachidien a la propriété d'hématolyser les exsudats hémorrhagiques?

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 15 Novembre 1901.

Extirpation de phlébite variqueuse.

M. Péraire présente, au nom de M. Longuet et au sien, une phlébite variqueuse qu'ils ont récemment opérée. L'intérêt de cette présentation vient du volume énorme de la tumeur et de son ablation en pleine poussée inflammatoire. L'opération a évité à la malade une immobilisation prolongée et l'a mise à l'abri des poussées inflammatoires récidivantes et des accidents d'embolie toujours à redouter.

Cancer du foie à forme hématode.

M. Célos apporte un cancer du foie, secondaire à un petit néoplasme gastrique. La tumeur hépatique est très volumineuse, tout le foie semble détruit; le cancer affecte la forme hématode, à tel point que sur une coupe il semble constitué en majeure partie par du sang.

M. Cornil fait remarquer que ces tumeurs hématodes sont plus souvent en rapport avec le sarcome qu'avec le cancer.

Paralysie radiale consécutive à une fracture de l'humérus.

M. Bisch montre un petit fragment osseux provenant d'une fracture ancienne de l'humérus, enlevé par M. Quénu parce qu'il soulevait et tendait le nerf radial dans la gouttière dite de torsion et déterminait une parésie radiale.

Cancer du gros intestin.

MM. Duroisel et **Mathieu** présentent un cancer de l'angle colique droit, enlevé au cours d'une laparotomie pratiquée pour une obstruction intestinale. L'autopsie a montré une seconde tumeur, occupant l'S iliaque, et ayant amené une perforation et le passage des matières dans le petit bassin.

1. Rendu et Gérondel, A propos du cyto-diagnostic dans les méningites. Fracture du crâne méconnue pendant la vie; *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1901.
2. Bard, Du liquide céphalo-rachidien hémorrhagique, *Société de Biologie*, 6 juillet 1901.

Diverticule de Meckel.

M. Dujarier montre un diverticule de Meckel de 4 centimètres, implanté sur l'intestin grêle à 44 centimètres du cæcum et fixé au péritoine pariétal par un tractus assez résistant de 2 centimètres 1/2. L'axe de ce tractus est une artériole qui va se jeter dans la mésentérique supérieure.

Cancer du maxillaire inférieur.

M. Morestin présente deux cas de cancer du maxillaire inférieur, dans lesquels l'origine externe (muqueuse des gencives) est démontré par l'examen histologique (épithéliome pavimenteux avec globes épidermiques).

Pièce de luxation ancienne de la hanche.

M. Morestin montre une pièce de luxation de la hanche, très ancienne et vraisemblablement congénitale : la tête du fémur, atrophiée, est en rapport avec une cavité néoformée; les muscles périarticulaires sont déviés et rétractés; la capsule est à peu près méconnaissable.

ACADEMIE DES SCIENCES

Séances des 18 et 25 Novembre 1901.

Mesure de la pression du sang chez les aliénés.

MM. Ed. Toulouse et N. Vaschide. — Il résulte des mensurations nombreuses exécutées en de mêmes conditions sur des sujets tous adultes, d'âge compris entre 20 et 40 ans, les indications suivantes :

1° Il existe une certaine relation entre la pression radiale et la pression capillaire qui, considérées dans deux états différents de la même maladie, varient généralement dans le même sens. Ce fait, qui ne paraît pas avoir été encore signalé expérimentalement, est surtout net pour la mélancolie ou les deux pressions subissent, durant l'état de dépression une augmentation très grande;

2° L'hypertension accompagne les états d'agitation; l'hypotension, les états de calme ou de dépression. Cela est vrai surtout si l'on compare des états différents d'une même maladie.

Transformation de la glycérine en sucre.

M. Bertrand. — Au cours d'expériences déjà anciennes, M. Berthelot constata que si l'on vient à broyer de la glycérine avec des testicules frais, il se produit une certaine quantité de sucre, dont la formation lui parut avoir pour cause l'action des tissus vivants sur la glycérine.

Des recherches nouvelles ont montré à M. Bertrand qu'il en est tout autrement, la formation du sucre en telle circonstance étant en réalité le fait de certains microbes vraisemblablement préexistants dans le tissu testiculaire.

Théorie mécanique de la vision.

M. Antoine Pizon propose de remplacer la théorie actuellement admise de l'action chimique de la lumière sur le pourpre rétinien dont sont imprégnés les bâtonnets, théorie qui ne rend qu'insuffisamment compte de certaines particularités par une théorie mécanique.

Ayant remarqué que même dans les organes visuels réduits à quelques éléments, aussi bien chez les vertébrés que chez les invertébrés, les granules pigmentaires qui accompagnent toujours les cellules visuelles sont toujours animés de mouvements rapides comparables à ceux de quelconques microcoques, M. Pizon suppose que ces granules empruntent leur énergie à la lumière, sous la forme d'un mouvement vibratoire qu'ils transmettent à leur tour aux cônes ou aux bâtonnets avec lesquels ils se trouvent en contact ; l'ébranlement moléculaire ainsi reçu par les cellules visuelles n'a plus qu'à se propager le long du nerf optique, jusqu'aux centres nerveux encéphaliques.

Cette explication mécanique, qui enlève toute importance à l'existence du pourpre rétinien, rend pareillement inutile l'hypothèse formulée par Young et Bernard de diverses catégories de fibres nerveuses. En revanche, elle permet d'expliquer un certain nombre de phénomènes encore obscurs, tels que la vision des couleurs, le daltonisme, les phosphènes et la vision chez les albinos.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Novembre 1901.

Les modifications du sang aux hautes altitudes.

MM. Rémond et Portier ont pu, dans une ascension en ballon qui les a portés rapidement à 4500 mètres, constater que la quantité d'oxyhémoglobine de leur sang a passé en peu de temps de 12 à 14 et de 9 à 13, en même temps que l'activité de la réduction était doublée. M. Portier a dû respirer de l'oxygène pour éviter le malaise dû à la raréfaction de l'air. M. Rémond n'en a par respiré; le résultat a, cependant, été le même sur les deux expérimentateurs. Les animaux qu'ils avaient emporté avec eux ont présenté des variations analogues.

M. Henry a étudié les variations du nombre de globules rouges. Il a constaté sur 3 chiens que ce nombre augmente provisoirement à mesure qu'on s'élève et que cette augmentation est de 17 p. 100 à une hauteur de 3500 mètres. Le nombre d'hématies redevient normal aussitôt qu'on a atterri.

M. Laveran demande comment on explique cette brusque augmentation, suivie d'une diminution non moins brusque.

M. Hénocque. — Il ne s'agit sans doute pas d'augmentation réelle, mais de concentration du sang par diminution de sa partie liquide. On a, du reste, constaté sur les animaux une diminution de poids répondant à cette perte d'eau.

M. Malassez. — On comprend facilement que la raréfaction de l'air fasse perdre de l'eau ; l'organisme tend à se dessécher comme un corps humide mis sous la machine pneumatique. On s'explique moins le retour également brusque à l'état normal lorsque les aéronautes redescendent à terre. Il faut admettre que le sang se dilue en empruntant de l'eau aux tissus.

La concentration du sang n'explique peut-être pas, à elle seule, toutes les modifications constatées. On sait qu'il y a aussi une question d'adaptation. Les sujets habitués à vivre dans les hauteurs des Andes s'adaptent à la raréfaction de l'air par des modifications sanguines; on peut encore admettre, à la rigueur, une certaine adaptation dans les ascensions en ballon, cette adaptation serait bien brusque.

M. Chauveau relate les résultats des expériences faites en ballon par MM. Hallion et Tissot sur les gaz du sang chez les chiens.

Il en résulte que les échanges respiratoires varient très peu et qu'il y a une diminution du débit respiratoire que compense l'augmentation de l'oxygène et d'azote dans l'air expiré.

M. Jolly a étudié la morphologie du sang pendant l'ascension. Voici les faits qu'il a constatés :

Augmentation de 12 p. 100 des globules rouges, puis retour au chiffre primitif pendant la descente. A terre : 4760000; — à 4450 mètres : 5330000; — à 2600 mètres (descente) : 4800000. Variation parallèle de l'hémoglobine : 14 p. 100, 15 1/2 p. 100, 14 p. 100 donnant la valeur globulaire constante 29,1. Pas de globules rouges nucléés. Pas de leucocytose. Pas de modifications dans les variétés de leucocytes. Pas de poikilocytose, pas d'augmentation de nombre des microcytes, ni du nombre des granulations libres.

M. Pierre Bonnier a étudié les modifications de l'audition. Il a pu constater ce qu'il avait déjà montré, à savoir, que l'oreille n'est pas un appareil résonnateur, mais un enregistreur de variation de pression du milieu extérieur, qu'elles soient lentes ou irrégulières, ou rapides et périodiques. Le jeu des membranes de l'oreille exige que la pression labyrinthique et la pression tympanique fassent équilibre à la pression extérieure

et suivent ses variations; c'est le rôle de la compensation tympanique et de la compensation labyrinthique. Cette dernière ne s'accommode que difficilement dans la rapide variation d'altitude, M. Bonnier a noté acousmétriquement la diminution de l'auditeur et l'énorme augmentation de la paracousie.

Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorrhagies du névraxe.

M. A. Sicard. — Il est un aspect spécial que peut prendre le liquide céphalo-rachidien au cours des hémorrhagies du névraxe (hémorrhagie cérébrale, hématomyélie, fracture du crâne). Ce signe est caractéristique et se traduit par une coloration plus ou moins jaunâtre, ou jaune verdâtre.

Cette coloration doit certainement se faire aux dépens des hématies sous une influence isotonique probable. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'hémoglobine vraie, mais d'un chromogène spécial, n'impressionnant pas le spectre solaire au niveau de la raie de l'hémoglobine et ne salissant pas la réaction bleue d'oxydation indirecte par la teinture de gaïac et l'eau oxygénée.

La coloration peut apparaître dès le troisième jour à la suite de l'hémorrhagie (hémorrhagie cérébrale). Elle peut encore être constatée le dix-huitième jour après le début des accidents (hémotorachie).

Jusqu'ici, semblable aspect du liquide céphalo-rachidien n'a été rencontré qu'au cours des états ictériques. En dehors donc de l'ictère, le chromodiagnostic positif constitue un élément de certitude en faveur d'une hémorrhagie du névraxe ou de ses annexes immédiats (méninges).

Négatif, il n'implique nullement l'absence d'hémorrhagie.

Seule la réaction colorante jaunâtre spéciale et non l'aspect sanglant, sanguinolent du liquide est caractéristique d'un foyer hémorrhagique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 Novembre 1901.

Corps étrangers du tube digestif.

M. Rochard analyse une observation de **M. Mériel** (de Toulouse). Il s'agit d'un jeune homme atteint de troubles mentaux qui, deux mois auparavant, avait dû avaler une cuillère. Depuis ce jour, il n'avait accusé que quelques coliques et de légères douleurs. Au-dessus de l'arcade crurale, du côté droit, existait une tuméfaction.

M. Mériel fit une incision à ce niveau, traversa une couche de tissus indurés et pénétra ainsi dans un canal étroit, qui se dirigeait profondément dans l'abdomen. En avant de ce canal il sentit une masse dure allongée, rubanée, et une incision sur cette masse le conduisit sur deux manches de cuillères en fer, dont l'extraction fut facile. Le fond du canal était formé par une portion d'intestin appartenant ou au cæcum ou à l'intestin grêle. Pendant quelques jours les matières fécales s'écoulèrent par ce trajet, sans passer par la voie rectale, puis, peu à peu, le trajet se rétrécit et se ferma au bout de 18 jours.

M. Le Dentu voudrait revenir, en quelques mots, sur l'observation de corps étranger qu'il a autrefois rapportée et que l'on a rappelée dans la dernière séance. Le malade était un jeune homme de 21 ans, avaleur de sabres. Un jour il avala une cuillère en bois de 27 centimètres de longueur; elle avait été introduite le manche à bout arrondi le premier. Dans la soirée elle fut nettement sentie à gauche de l'ombilic; le lendemain le malade ressentit quelques douleurs et une atroce à deux heures dans la nuit. Le surlendemain ce corps étranger ne fut plus perçu. Le malade avait exercé des pressions pour le faire descendre et sortir par l'anus.

Trente-six à trente-huit heures après l'accident M. Le Dentu fit une incision au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac; celui-ci ouvert, on ne constata aucun corps étranger dans sa cavité, mais, au-dessus de la grande courbure, un épaississement épiploïque adhérent à l'abdomen. Cet épaississement fut dissocié et séparé de l'estomac sur lequel aucune trace de perforation ne fut aperçue. Et cependant la cuillère fut sentie derrière l'estomac et put être extraite par une incision faite sur la ligne médiane. M. Le Dentu a la conviction que cette cuillère, en pressant par son extrémité sur la grande courbure, a dissocié les fibres de la paroi stomacale, l'a traversée et est venue se placer là où elle a été trouvée. L'adhérence épiploïque plaide en faveur de cette explication, la seule qui paraît plausible.

Plaie pénétrante du canal rachidien par balle de revolver.

M. Walther a observé ces lésions sur une jeune fille, qui avait reçu une balle de revolver, tirée d'avant en arrière. Peu de temps après l'accident, elle avait été apportée à l'hôpital où l'on avait constaté l'orifice d'entrée sous la clavicule. De plus, il existait une paraplégie complète avec anesthésie du corps au-dessous de la ligne mamelonnaire. Le lendemain, on notait ces mêmes phénomènes et, en outre, une abolition de tous les réflexes et un hémopneumothorax communiquant. En quinze jours les accidents pleuro-pulmonaires disparurent, mais les accidents médullaires persistèrent et se compliquèrent d'eschares précoces du talon et du sacrum, d'œdème des membres inférieurs et de parésie intestinale rebelle.

Comme on avait affirmé que la malade avait marché après l'accident, on put, un moment, penser à une simple compression de la moelle par hémorrhagie. Les premières épreuves de radiographie indiquèrent le siège de la balle au niveau de la deuxième vertébrale, mais sans préciser son siège exact; une radiographie stéréoscopique le détermina exactement en montrant qu'elle paraissait plus rapprochée de la lame vertébrale. C'est ce que l'intervention a confirmé. Le projectile enlevé, on a trouvé la moelle complètement sectionnée, les deux bouts écartés de 10 millimètres environ. Il n'existait aucun épanchement de sang dans le canal rachidien. Aucune tentative de suture médullaire n'a été faite, et la malade a survécu environ un mois, en présentant dans les quinze derniers jours, de très vives douleurs dans les membres et dans le dos, et le retour de quelques réflexes.

M. Legueu rappelle une observation confirmant la difficulté de diagnostic des lésions médullaires. Elle a trait à une femme du service de M. Championnière, atteinte de paraplégie et de perte de la sensibilité, survenues à la suite d'une plaie intéressant la moelle.

Ayant remarqué, au bout de quelque temps, que cette femme n'était pas très déprimée, que des eschares avaient guéri spontanément, que les réflexes des membres inférieurs existaient, M. Legueu pensa qu'une compression seule pouvait être la cause des accidents. Il est donc intervenu, mais n'a pas trouvé d'épanchement sanguin ; la dure-mère était intacte. Quant à la moelle, elle n'était que partiellement sectionnée dans la partie correspondant aux cordons postérieurs. Une suture fut pratiquée sans aucun résultat, et la malade a succombé près de quatre mois plus tard.

Suture d'une plaie du cœur par instrument tranchant.

M. Fontan. — Il s'agit d'un jeune homme qui avait reçu un coup de couteau dans la région cardiaque; il n'avait pas perdu connaissance. Deux heures après l'accident le facies était pâle, les sueurs abondantes, le pouls à 125, imperceptible, la température à 35,5. On notait une petite plaie non saignante à un 1/2 centimètre en dedans du mamelon. La matité cardiaque n'était pas augmentée; les battements du cœur étaient lointains, réguliers; il y avait une douleur sourde rétro-sternale.

Une plaie du cœur paraissant probable, M. Fontan est immédiatement intervenu, le malade étant chloroformisé. Après avoir taillé un volet thoracique correspondant aux 4e, 5e et 6e côtes, il a d'abord constaté que le poumon était intact. Une anfractuosité médiastine étant remplie de sang, il l'a vidée, puis il a incisé le péricarde sur une longueur de 6 centimètres, et a saisi la pointe du cœur. Il existait une petite plaie sur le ventricule gauche qu'il n'a pas tout d'abord réussi à suturer, son fil de catgut ayant cassé. Un second fil a fermé la plaie, et après la toilette intra-péricardique, on a rapidement suturé le péricarde et les téguments, le tout ayant duré 15 minutes.

Pendant l'opération et les jours suivants des injections de sérum et de caféine furent pratiquées et pendant 5 jours rien de particulier ne dut être noté. Le 6e jour, le malade fut pris de défaillance, puis de point de côté, et des accidents de pneumonie et de pleurésie survinrent. Ils nécessitèrent une thoracotomie, qui fut suivie de guérison. Celle-ci paraissait définitive, lorsqu'à la fin d'octobre une phlébite du membre inférieur droit se montra. Ce fut la dernière complication. Actuellement le malade est guéri ; toutefois le fonctionnement du cœur n'est pas parfait.

Pneumothorax provoqué dans les interventions sur le poumon.

M. Delagénière rappelle qu'au dernier Congrès de chirurgie il a rapporté une observation montrant l'innocuité du pneumothorax provoqué dans les interventions sur le poumon, si on crée des adhérences. Il en a observé récemment un nouvel exemple.

Il s'agit d'une femme qui avait été opérée d'un volumineux chondro-sarcome du dos. La récidive s'étant montrée, M. Delagénière a dû réséquer les 7e, 8e et 9e côtes, pour isoler la tumeur du diaphragme, de la colonne vertébrale et du poumon vers lequel existait un prolongement de la grosseur des deux poings. Après son ablation, on a attiré le poumon en dehors et on l'a fixé à la plèvre costale par des sutures. Les suites de l'opération ont été très simples, et la guérison opératoire a eu lieu en 10 jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 Novembre 1901.

A propos de la mortalité par la fièvre typhoïde.

M. Duflocq critique les bases sur lesquelles M. Chantemesse a établi sa statistique de mortalité par la fièvre typhoïde à l'hôpital Tenon pour les cas traités autrement que par sa méthode. M. Chantemesse est arrivé, on le sait, au chiffre de 31,8 p. 100 pour cette catégorie de malades. M. Duflocq, lui, dit que pour l'année 1900, la mortalité globale de Tenon, pour fièvre typhoïde, a été seulement de 18,5 p. 100 (30 décès sur 162 cas) et dans sa statistique personnelle de 12,12 p. 100 (4 décès sur 33 cas).

Il faut, d'après M. Duflocq, pour avoir des chiffres exacts, arrêter les entrées à un jour donné et attendre le sort ultérieur des malades en traitement avant d'arrêter le pourcentage. C'est ce qu'a omis de faire M. Chantemesse.

Sur une nouvelle formule de solution injectable de benzoate de mercure.

M. E. Gaucher. — Depuis longtemps j'emploie les injections de benzoate de mercure, comme préparation de choix, dans le traitement des syphilis graves. Je me suis servi d'abord de la formule de Stoukowenkoff qui associait le benzoate de mercure à une petite quantité de chlorure de sodium et de chlorhydrate de cocaïne ; je l'ai ensuite remplacée par une autre préparation, due à M. Bretonneau, dans laquelle la dissolution du benzoate de mercure était effectuée par le benzoate d'ammoniaque associé au benzoate de cocaïne. Cette préparation est assez difficile à exécuter, car elle exige l'addition d'une petite quantité d'ammoniaque en excès. C'est pour obvier à cet inconvénient que j'ai eu l'idée de dissoudre le benzoate de mercure dans le sérum artificiel chloruré isotonique, pensant que cette préparation serait beaucoup mieux supportée que les précédentes par le tissu cellulaire.

J'ai fait préparer par M. le Dr Lafoye, pharmacien, et par mon interne en pharmacie, M. Gandillon, sous le contrôle de M. Lextrait, pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine, des solutions de benzoate de mercure dans un sérum artificiel contenant 7 gr. 50 de chlorure de sodium par litre. Cette préparation, qui est stable, doit être ainsi formulée :

Benzoate de mercure	1 gr.
Chlorure de sodium chimiquement pur.	0 gr. 75
Eau stérilisée.	100 gr.

La dissolution du benzoate de mercure s'opère ainsi très facilement, à condition qu'il soit fraîchement préparé. Il faut prescrire au pharmacien de ne pas employer le benzoate de mercure du commerce, qui est impur et très difficile à dissoudre, mais de préparer lui-même son benzoate de mercure de la façon suivante : traiter à chaud l'oxyde de mercure par l'acide nitrique à 1°,20, diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution de benzoate de soude à 1,88 p. 40. Cette préparation est longue, car le benzoate de mercure ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps à l'eau froide; elle exige 8 à 10 jours. Le sel préparé de cette façon peut se conserver 2 mois et même davantage.

La solution de benzoate de mercure au centième dans le sérum isotonique doit être injectée profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse (et non dans les muscles) à la dose de 2 centimètres cubes par jour. Elle est très bien supportée, bien qu'elle ne contienne pas de cocaïne, et n'occasionne qu'une douleur minime; souvent même elle est complètement indolore. Sous tous les rapports, cette nouvelle formule, très simple, me semble bien supérieure aux précédentes, et, actuellement, c'est celle que je conseille.

Syphilis cérébrale (syphilis ignorée) diagnostiquée d'après une leucoplasie linguale et guérie par les injections de mercure.

MM. E. Gaucher et **Lacapère.** — Le 14 novembre 1901, entre dans notre service, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de 60 ans, atteint d'une hémiplégie droite totale accompagnée d'hémichorée et de contracture. En l'absence de tout prodrome, il a été frappé brusquement d'un ictus. Au réveil, la paralysie est totale, occupant la face et tout le côté droit, elle s'accompagne d'hémichorée, d'hémi-anesthésie et de contracture. Le lendemain, l'état s'aggravant légèrement, le malade entre à l'hôpital.

En présence de ces symptômes nous songeons à une lésion organique localisée à la partie postérieure de la capsule interne; nous faisons appliquer quatre sangsues à la région mastoïdienne gauche et nous faisons à tout hasard une injection de 1 centigramme de benzoate de mercure. Le lendemain l'état est à peu près stationnaire. Les mouvements choréiques sont plutôt un peu moins marqués.

Nous examinons de nouveau le malade et nous constatons sur la langue deux plaques de leucoplasie fibreuse, qui nous avaient échappé le premier jour.

Malgré l'absence de tout autre symptôme de syphilis, nous instituons de suite un traitement mercuriel intensif consistant dans l'administration quotidienne d'une injection de 2 centigrammes de benzoate de mercure.

Deux jours plus tard, l'amélioration est flagrante; on adjoint aux injections mercurielles la médication iodurée et, le 21 novembre, le malade est métamorphosé (4 jours après la première injection). L'amélioration s'accentue encore les jours suivants, et, le 28 novembre, il ne persiste plus du côté malade que quelques mouvements chroniques, de l'exagération du réflexe patellaire et un peu d'hypoesthésie.

Le diagnostic de syphilis cérébrale s'impose ici. Ce diagnostic a été uniquement basé sur la constatation d'une leucoplasie linguale. Nous savons combien sont étroits les rapports de cette affection avec la syphilis acquise, conceptionnelle ou héréditaire. Nous n'hésitons pas à la considérer comme étant toujours d'origine syphilitique, bien que le traitement mercuriel reste souvent sans effet.

M. Merklen qui soigne, depuis longtemps, un malade qui a une leucoplasie buccale, se demandait toujours, malgré les dénégations, si son malade n'avait pas eu la syphilis et si telle n'était pas la cause de sa leucoplasie. Or, il a pris un chancre syphilitique il y a 6 mois. Ce fait serait de nature à prouver que la leucoplasie buccale n'est pas toujours et forcément d'origine syphilitique.

M. Gaucher. — Un syphilitique héréditaire peut parfaitement contracter la syphilis. Qui sait si la leucoplasie du malade de M. Merklen n'était pas sous la dépendance héréditaire?

De l'emploi de la ceinture cardiaque de Deschamps dans la dilatation hypertrophique du cœur.

M. Pierre Merklen. — J'ai fait porter par six malades de mon service, atteints de dilatation hypertrophique du cœur, la ceinture cardiaque de Deschamps. L'idée de la ceinture cardiaque qu'ont simultanément imaginée Abée et Hellendal, en Allemagne, Deschamps (de Riom), en France, est basée sur le mouvement instinctif qui porte les malades à appliquer une main sur la région précordiale, quand ils sont pris de palpitations et de dyspnée d'effort.

La ceinture cardiaque atténue ou supprime les troubles fonctionnels cardiaques mieux et plus commodément que la compression par la main. Je n'ai pu constater qu'elle fasse davantage, qu'elle élève la pression artérielle, favorise la diminution de volume du cœur et la diurèse, comme l'a dit Abée. Mais son action palliative est manifeste.

La ceinture de Deschamps est d'une application plus agréable et plus efficace que celle d'Abée. La forme trapézoïde de la pelote, sa concavité et l'épaisseur plus grande de son bord externe qui, permettant une exacte adaptation et une compression suffisante de la région précordiale de dehors en dedans, lui ont fait donner la préférence par les malades de mon service.

La ceinture cardiaque est indiquée dans les cas de palpitations avec ou sans dyspnée d'origine névrosique ou organique. Mes malades étaient tous atteints de dilatation hypertrophique (grand cœur rhumatismal ou myocardite chronique hypertrophique). Les résultats ont été favorables dans trois cas, imparfaits dans deux autres en raison de l'extrême hyperesthésie douloureuse de la région précordiale, nul dans un sixième, par suite d'une mauvaise adaptation, la malade étant une obèse.

La ceinture cardiaque demande d'ailleurs une disposition spéciale chez la femme pour éviter la compression du sein gauche : la pelote doit être moins haute et la bretelle qui la maintient passer sur l'épaule droite au lieu de l'épaule gauche.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 21 Novembre 1901.

Inversion utérine.

M. Bar n'a constaté ce grave accident de la délivrance que quatre fois depuis qu'il fait des accouchements.

Un fait sur lequel M. Bar insiste, c'est la fréquence de la mort subite qui peut survenir au moment même où se fait l'inversion, par syncope réflexe, ou plus tard quand on cherche à réduire l'organe retourné. Cette mort subite, d'ordre réflexe, est indépendante de la quantité de sang perdu par la malade. On doit bien la connaître, car on pourrait incriminer des manœuvres maladroites de réduction.

Un second point sur lequel M. Bar attire l'attention sur les ligaments d'arrêt dans l'inversion utérine. On a beaucoup discuté pour savoir quels étaient les liens qui empêchaient le col de suivre le retournement du corps. Pour les uns c'est le ligament rond, pour d'autres le ligament utéro-sacré, etc. Or, M. Bar vient d'observer un cas terminé par la mort dans lequel il a pu étudier très nettement ce point controversé. C'est le ligament de l'ovaire ou ligament infundibulo-pelvien qui est le principal ligament d'arrêt et c'est lui qui empêche le col de s'inverser. Ce ligament contient, chez la femme enceinte, des veines très volumineuses, véritable paquet variqueux; aussi quand il se tend sous l'influence du retournement utérin, les veines sont comprimées et l'on observe un gonflement très rapide de la tumeur constituée par l'utérus inversé.

De ces études anatomiques résulte un certain nombre de déductions thérapeutiques. Quand on veut réduire un utérus inversé, il faut d'abord repousser la paroi antérieure, car c'est elle qui se déroule le plus, puis si les difficultés sont trop grandes on attendra 12 ou 24 heures et l'on réussira généralement plus facilement. C'est qu'en effet, dans certains cas, le corps utérin se contracte et il existe une telle rétraction au niveau de l'anneau de Bandl qu'on refoule la tumeur en masse dans le segment inférieur sans pouvoir dérouler le corps intimement appliqué sur lui-même. En attendant un peu, le segment inférieur devient plus résistant, il s'allonge moins, et peut offrir un point d'appui suffisant dans les manœuvres de réduction.

Un placenta d'avortement.

MM. Chavane et **Nélis** ont observé une femme qui, à la suite d'un avortement, ayant eu une infection grave, redevint enceinte quelque temps après. Vers le 5e mois, les membranes de l'œuf se rompirent et l'écoulement, qui d'abord était séreux, devint purulent. La femme ayant avorté, on trouva entre les membranes, considérablement œdématiées, du pus crémeux très adhérent formant par places des fausses membranes. Au microscope, on trouve des lésions très nettes de prolifération cellulaire. Cette observation prouve que les membranes de l'œuf peuvent être atteintes par l'inflammation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 Novembre 1901.

Electrolyse d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

M. Bergonié présente une jeune femme atteinte de rétrécissement de l'œsophage à la suite de l'ingestion d'une solution de soude caustique, qu'il a traitée par l'électrolyse. L'œsophage de cette malade, au début du traitement et après une séance de 1 heure 1/2 à 2 heures, n'admettait qu'une bougie n° 7 de la filière Charrière. Au 5e jour, la déglutition était facile et la malade put retourner chez elle. De nouvelles séances furent faites pendant 3 mois consécutifs, et au mois de février dernier on passait aisément la bougie n° 30. La malade, dans un état de dénutrition profonde, a gagné 20 kilogrammes et la dilatation obtenue se maintient depuis 7 mois.

M. Villar, à l'occasion de cette présentation, rappelle le cas d'un malade atteint de rétrécissement œsophagien chez lequel il avait fait une gastrostomie et qui fut guéri par M. Bergonié à l'aide de la même méthode. La bouche stomacale fut refermée dans la suite.

M. Bégouin estime qu'il y aurait lieu de mettre en relief ces méthodes de traitement qui semblent être délaissées à Paris.

M. Moure se demande si le rétrécissement actuel était cicatriciel ou simplement inflammatoire.

M. Bergonié répond que tout dans l'histoire clinique de la malade parlait en faveur d'un rétrécissement cicatriciel.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. Villar rapporte les détails de cette opération qu'il a pratiquée ces temps derniers, pour la deuxième fois, chez une malade de 69 ans qui souffrait, depuis 40 ans, de névralgies du trijumeau et chez laquelle il avait déjà, à plusieurs reprises, sectionné divers rameaux nerveux.

La voie suivie est la voie temporo-basale. M. Villar insiste sur certains points de technique opératoire qui consistent à pratiquer :

1° Une large incision cutanée remontant assez haut et descendant au-dessous de l'arcade zygomatique;

2° Une large brèche osseuse;

3° La ligature systématique de la méningée moyenne pour éviter de la déchirer en soulevant le cerveau.

M. Pitres ne croit pas que la chirurgie doive se lancer dans cette voie. Un malade souffre d'une névralgie : on sectionne un rameau nerveux, puis un second, puis un troisième, avec plus ou moins de succès, pour arriver ensuite à l'ablation du ganglion de Gasser. Toutes ces interventions sont illégitimes, car, à l'heure actuelle, il existe des procédés d'investigation qui permettent de déterminer exactement le point de départ de la

douleur. Si des injections de cocaïne faites aux points douloureux sont suivies de la disparition de la douleur, alors on pourra sectionner le filet nerveux correspondant. Dans le cas contraire, cette section devient inutile. Si l'on n'use pas de tels contrôles, on pratique des sections au hasard. Mais en admettant même qu'on ait éliminé, par cette méthode, tous les filets périphériques et qu'on ait amené à conclure que la douleur est d'origine ganglionnaire, l'ablation du ganglion est-elle justifiée? M. Pitres ne le croit pas, car, sans compter la gravité et les insuccès de cette intervention, on doit se demander si d'autres méthodes ne devraient pas être tentées tout d'abord.

Dans toutes les biopsies, les examens anatomo-pathologiques n'ont pas révélé de grosses altérations cellulaires. Rien n'explique donc une conduite aussi radicale. La sympathectomie a donné des résultats et constitue une opération autrement moins grave. C'est un avantage, car on doit hésiter à faire une intervention très compliquée et très sérieuse pour des névralgies rebelles qui, on le sait, guérissent quelquefois, sans savoir pourquoi, à la suite d'un traitement anodin ou à la suite d'une cautérisation nasale.

La question des névralgies est encore entourée d'une grande obscurité. La névralgie n'est pas une maladie chirurgicale. Elle le deviendra lorsque le chirurgien pourra agir à coup sûr.

M. Villar reconnaît qu'il y a mieux à faire, mais que s'il a agi ainsi, c'est que, dans l'état actuel de la science, il n'existe rien pour remplacer cette opération.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 15 Novembre 1901.

Amputation congénitale de la main droite.

M. Bridoux relate l'observation d'une jeune fille de 18 ans, atteinte depuis 4 ans de névralgies rebelles dans le moignon d'une amputation congénitale de la main gauche. Différents traitements locaux, cataplasmes, baumes sédatifs, pointes de feu n'ayant déterminé qu'une amélioration très passagère. M. le professeur Duret pratiqua l'excision du nerf cubital sur une longueur de 2 centimètres dans la partie inférieure de l'avant-bras. La plaie opératoire se réunit par première intention et la malade ne ressentit plus aucune douleur après l'intervention.

M. Verstraete croit que l'atrophie du bras droit qui coexiste avec l'amputation congénitale de la main peut être en réalité plus grande qu'elle ne le paraît, par suite d'une pseudo-hypertrophie analogue à celle qui accompagne certaines formes d'atrophie musculaire progressive. Cette atrophie peut s'expliquer par des lésions nerveuses inhérentes à l'amputation congénitale.

M. Delobel ajoute que l'atrophie peut résulter pour une large part, de l'impotence fonctionnelle résultant de l'amputation congénitale de la main.

Bruits au cœur perceptibles à distance.

M. Besson relate un cas très intéressant de perception à distance, dans un rayon de 3 mètres, des bruits pathologiques du cœur dans un cas d'endocardite aiguë qui évolua en 3 semaines et se termina par la mort.

Il s'agissait d'une petite fille, d'une dizaine d'années, présentant depuis quelques jours un état fébrile, de l'inappétence, de la dyspnée, et qui à l'examen avait une température de 39°,2, au faciès pâle, hagard, des urines rares et albumineuses, une dyspnée très forte, des battements du cœur tumultueux, un pouls filant, extrêmement rapide et un souffle intense systolique localisé au niveau de l'orifice aortique. La petite malade fut soumise au régime lacté et au salicylate de soude; on fit de la révulsion au niveau de la région précordiale. Elle s'améliora pendant quelques jours, mais une infraction au régime alimentaire fit réapparaître tous les accidents, et l'enfant succomba au milieu de phénomènes asphyxiques. La veille de la mort, il fut possible d'entendre une sorte de bruit de drapeau, offrant son maximum d'intensité au niveau de l'orifice aortique, perceptible à distance, dans un rayon de 3 mètres et qui persista jusqu'à la mort.

M. Besson rappelle le cas publié par Launois, en 1896, dans lequel il s'agissait d'un malade présentant un souffle perceptible à distance dû à la rupture d'une valvule sigmoïde de l'aorte, et celui publié en 1901, par le même auteur, relativement à un syphilitique qui avait ressenti, à la suite d'une violente émotion, une douleur intra-thoracique intense et qui depuis offrait un souffle strident au niveau de l'orifice aortique, perceptible à 25 centimètres de la poitrine.

M. Besson rapporte à la rupture d'une valvule sigmoïde de l'aorte la cause du bruit de drapeau qu'il a observé.

Sur un cas d'ophtalmoplégie externe.

M. Couvreur relate l'observation d'une femme atteinte d'ophtalmoplégie externe et de ptosis. Dans les antécédents, on note une attaque apoplectiforme, suivie d'une déviation de la face; chez le père, il ne paraît pas exister de syphilis. En 1894, la malade commença à éprouver des maux de tête violents; il y a 2 mois, elle s'aperçut qu'il lui était impossible de relever la paupière supérieure droite.

A l'examen, on trouva les réflexes lumineux et accommodateur normaux, une vision intacte. Les globules oculaires occupaient une situation médiane, presque complètement immobiles. La malade fut soumise au traitement mercuriel, qu'elle interrompit au bout de quelques jours.

La céphalée augmenta; en même temps apparurent des troubles psychiques et la malade avala, sans s'en rendre compte, une pièce de prothèse dentaire. Le lendemain, elle présentait des mouvements convulsifs de l'orbiculaire et des muscles de la face du côté droit, qui s'étendirent bientôt au cou, au bras et au thorax du même côté, puis à la jambe droite. Les mouvements réapparurent à plusieurs reprises et la malade succomba sans connaissance plusieurs jours après.

A l'autopsie on trouva une voûte cranienne considérablement épaissie, atteignant en certains endroits plus d'un centimètre, des circonvolutions rolandiques gauches absolument saines et 4 exostoses à la base du crâne dans la région temporale. Au niveau de la protubérance annulaire existait une lésion gommeuse grande comme une pièce de 50 centimes, située à la face antérieure, à gauche de la ligne médiane. Les autres parties de l'encéphale étaient saines.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 6 et 13 Novembre 1901.

De l'intervention chirurgicale en cas de côte cervicale.

M. Borchardt rappelle que les côtes cervicales ne produisent que dans 5 à 10 p. 100 des cas des symptômes, lesquels consistent en une tumeur profonde, dure et mal limitée, de la fosse sus-claviculaire, souvent avec vives pulsations de l'artère sous-clavière, ainsi qu'en troubles circulatoires (thrombose et anévrysme de la sous-clavière) ou nerveux (névralgies, fourmillements du membre supérieur), dus à la compression du plexus brachial et des vaisseaux de la région; quand ces complications résistent aux moyens médicaux, il y a évidemment lieu de recourir à l'intervention chirurgicale. Jusqu'à ce jour, 15 opérations seulement de ce genre ont été pratiquées; l'orateur cite les observations de 3 malades opérés de la sorte : chez deux on obtint une guérison complète; dans le troisième cas, au contraire, il persiste une certaine faiblesse du bras.

Il montre, en outre, une femme de 34 ans, présentant une côte cervicale — qui déterminait depuis longtemps une pulsation de la sous-clavière, et, depuis peu, des paresthésies du membre supérieur — et chez laquelle apparut une paralysie du récurrent droit, ainsi qu'une diminution de la sensibilité non seulement dans le domaine du plexus brachial, mais aussi dans toute la moitié droite du tronc et de la face, avec perte du réflexe cornéen et paralysie du voile du palais. M. Oppenheim diagnostiqua une côte cervicale associée à de la gliose bulbaire, et déconseilla l'opération. Celle-ci ayant été néanmoins pratiquée, la malade en retira un certain bénéfice, mais la paralysie du récurrent ne disparut pas, non plus que les paresthésies.

Au point de vue de la résection des côtes cervicales, M. Borchardt préconise une incision longitudinale entre les bords postérieurs du sterno-cléido-mastoïdien et antérieur du trapèze, ce procédé permettant, plus facilement que l'incision transversale, d'atteindre les deux extrémités de la côte; la conservation du périoste lui paraît inutile.

M. J. Israël a opéré une femme, mais sans obtenir la guérison; bien au contraire, il s'est développé ultérieurement une paralysie du grand dentelé; il s'agissait là, sans doute, de phénomènes névritiques progressifs ayant envahi la sphère motrice; ce processus morbide était de nature familiale, car la sœur de la malade souffrait aussi de névralgies. L'orateur préfère la résection sous-périostée, qui permet d'éviter plus sûrement la blessure de la plèvre.

M. Oppenheim croit qu'on peut appliquer la coexistence de la gliose et de la côte cervicale, chez la malade présentée par M. Borchardt, par un vice congénital de développement; en effet, dans la syringomyélie, on observe souvent des altérations qui ont le caractère d'anomalies embryogéniques. Cela étant, il est permis de se demander si les troubles névritiques qui accompagnent les côtes cervicales sont toujours dus à ces os surnuméraires; ce qui laisse quelques doutes à cet égard, c'est que l'orateur a vu 2 cas où les troubles en question devaient être rapportés à une gliose, et 3 autres où il s'agissait d'hystérie ou d'hystéro-neurasthénie concomitante.

M. Bernhardt a observé des faits semblables, entre autres celui d'une femme qui avait eu une névrite optique avant l'apparition des douleurs brachiales imputables à la côte cervicale.

M. Landau demande si les troubles dont il s'agit ne sont pas plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

M. Borchardt déclare que, sur 6 cas, 4 concernaient des sujets du sexe féminin.

Cœliotomie vaginale pour hématosalpinx et hématomètre dans un utérus bipartite.

M. Abel montre une pièce provenant d'une femme qui avait un utérus double bipartite, et était atteinte d'un hématomètre avec hématosalpinx gauches; pour conserver à la malade la moitié saine de son utérus, l'orateur, au lieu de recourir à la laparotomie comme on le fait d'ordinaire en pareil cas, a pratiqué une cœliotomie vaginale. Cette intervention remonte à 6 mois, et, depuis lors, cette femme a des menstrues régulières et non douloureuses.

La dilatation pulmonaire avec ralentissement du cœur.

M. G. Zülzer attire l'attention sur un complexus morbide ayant pour substratum une névrose du pneumogastrique. On l'observe surtout chez l'homme, entre 18 et 50 ans, et il se caractérise par une dilatation du poumon, dont les limites atteignent la 7ᵉ ou la 8ᵉ côte à droite, la 5ᵉ à gauche — si bien que la sonorité pulmonaire peut arriver à se confondre avec celle de l'estomac — ainsi que par un ralentissement du pouls, lequel ne bat plus que de 52 à 60 fois à la minute. Les patients se plaignent d'ordinaire d'une sensation d'oppression pouvant aller jusqu'à l'angoisse, ce qui les fait souvent prendre pour des neurasthéniques ou des hystériques. L'auscultation de la poitrine révèle une respiration normale, sans bruits pathologiques, mais parfois légèrement accélérée; la matité cardiaque est peu étendue; le pouls, ralenti, est fort et plein, et ne présente que dans de rares cas quelques irrégularités.

Cette association d'une augmentation de volume du poumon et d'une diminution du nombre des battements du cœur pourrait être une simple coïncidence. Mais la sensibilité des pneumogastriques à la pression, dans la région du cou, et surtout les effets de l'atropine, dont une injection sous-cutanée de 0 gr. 004 suffit à dissiper les troubles, montrent clairement qu'il s'agit d'une névrose par excitation du pneumogastrique.

L'affection en question se développe le plus souvent à la suite d'efforts musculaires inaccoutumés; elle peut encore avoir pour causes des réflexes d'origine gastrique ou intestinale; dans certains cas enfin il paraît exister une prédisposition familiale; c'est ainsi que l'orateur a observé un malade dont le père et le grand-père présentaient les mêmes symptômes.

Habituellement, le traitement par l'atropine, continué une dizaine de jours, procura une guérison durable. Toutefois, de même que la glycosurie alimentaire est parfois un signe avant-coureur du diabète, la névrose par excitation du pneumogastrique peut conduire à l'asthme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séances des 4 et 18 Novembre 1901.

Sur l'obstruction intestinale par calculs biliaires.

M. Karewski est intervenu 5 fois (avec un seul décès), pour des symptômes d'iléus dus à la migration des calculs biliaires. C'est un accident assez rare, et dont le diagnostic offre des difficultés sérieuses, car la symptomatologie en est fort variable. En effet, les individus qui en sont frappés peuvent n'avoir pas eu de coliques hépatiques, ou n'en avoir eu que longtemps auparavant; d'autre part, l'obstruction n'est d'ordinaire pas permanente, mais laisse des périodes de bonne santé. Enfin, le calcul peut être expulsé par l'anus ou, au contraire, passer dans la cavité péritonéale, où il détermine des phénomènes d'inflammation avec adhérences. Au moment où l'obstruction se produit, il se peut que la concrétion soit depuis des années dans l'intestin. D'ailleurs, on sait que les gros calculs ne peuvent pas arriver dans le tube intestinal par le cholédoque, mais bien en déterminant, par compression, des adhérences entre la vésicule biliaire et l'intestin, puis la perforation des parois de ces deux organes. Si cette perforation se fait dans le côlon, l'occlusion est peu à craindre, quoiqu'on ait pu l'observer même en pareille occurrence; mais c'est le plus souvent dans le duodénum que passe le calcul, et là les dangers sont plus grands, le calibre de l'intestin grêle allant en diminuant jusqu'à la valvule iléo-cæcale. La circonstance adjuvante qui détermine habituellement la production de l'obstruction est — une disproportion entre le contenant es le contenu (calcul trop volumineux ou intestin rétréci) mise à part — l'existence de phénomènes inflammatoires, ayant pour conséquence la contracture de la paroi intestinale, et par suite l'enclavement de la concrétion.

Il est exceptionnel qu'on puisse porter un diagnostic de certitude; d'ordinaire, il n'existe que des présomptions, résultant de l'âge avancé des patients, de leur sexe — on sait que la cholélithiase est plus fréquente chez la femme que chez l'homme — des alternatives de période d'occlusion et de perméabilité de l'intestin, des symptômes traduisant un obstacle haut placé, etc.

En ce qui concerne le traitement, la question se pose de savoir s'il faut ou non intervenir. Il y a quelques années, les statistiques étaient favorables à l'expectation qui donnait une mortalité moins élevée que l'opération. Il ne semble plus en être de même maintenant, et pour sa part, M. Karewski croit qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer la laparotomie, quand les moyens médicaux n'agissent pas promptement.

Un cas de rhumatisme blennorrhagique avec présence du gonocoque dans le sang.

M. Unger relate l'observation d'un homme de 18 ans, chez lequel, à la suite d'un traumatisme de la hanche droite, apparurent de vives douleurs de cette articulation, avec fièvre; la

coexistence d'une blennorrhagie fit porter le diagnostic de coxite gonococcique, et le membre fut immobilisé dans un appareil; mais bientôt le coude et le poignet gauches furent pris à leur tour, en même temps qu'apparaissaient un léger souffle systolique à la pointe, et un souffle diastolique à l'orifice aortique. A ce moment l'ensemencement du sang permit d'en isoler le gonocoque.

Pour que cette recherche réussisse, il est nécessaire, d'après l'orateur, d'ensemencer au moins 10 centimètres cubes de sang, et de le diluer dans un milieu liquide assez abondant, afin d'annihiler l'action bactéricide du sérum sanguin; la sérosité d'ascite constitue un milieu des plus favorables.

M. F. Klemperer cite, comme localisation curieuse de la blennorrhagie, le cas d'un nourrisson atteint d'ophthalmie gonococcique, qui, quelques jours après sa naissance, eut un abcès à gonocoque dans la région dorsale; nul doute que l'agent pathogène n'ait été, dans ce cas, transporté par voie sanguine.

Présence de formes dégénérées du pneumocoque dans l'exsudat pleurétique séreux.

M. L. Michaelis communique les résultats de recherches lui ayant montré l'existence, dans 23 cas de pleurésie séreuse, de bâtonnets ne poussant sur aucun des milieux usuels; il s'agit là, pour l'orateur, de formes de dégénérescence du pneumocoque de Frankel. Deux de ces faits sont particulièrement démonstratifs : le premier concerne une pneumonie avec un léger exsudat pleural qui renfermait les bâtonnets en question, tandis que du foyer pulmonaire on isolait le pneumocoque normal; le second est relatif à une pleurésie double où la plèvre gauche contenait le pneumocoque typique, alors qu'à droite ce microorganisme était associé aux formes dégénératives. Ces dernières, d'après M. Michaelis, devraient être considérées comme la cause des exsudats pleurétiques séreux.

M. A. Fränkel rappelle qu'il a trouvé le pneumocoque dans le sang d'un quart des pneumoniques; ce fait explique les constatations de M. Michaelis.

Diarrhées à protozoaires.

M. Cohnheim montre quatre patients atteints de diarrhées causées par des protozoaires; dans 3 de ces cas, il s'agit du *Megastomum entericum*, dans le 4e — concernant une femme — d'un *trichomas*; chez ces malades, le taux de l'acide chlorhydrique du suc gastrique est fort abaissé, ce qui paraît constituer une circonstance favorable au développement des parasites en question; les lavements astringents ont donné d'excellents résultats.

M. Japha déclare avoir observé un garçon de 3 ans qui, depuis 2 années, souffrait de troubles intestinaux ayant fait soupçonner la tuberculose; mais les fèces contenaient en abondance des protozoaires, et les lavements astringents suffirent à amener la guérison. L'orateur croit que l'usage prédominant du poisson dans l'alimentation prédispose à ce genre d'artérite, ce petit patient — comme d'autres malades atteints de la même affection — habitant un pays maritime.

REVUE DES CONGRÈS

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Pise du 27 au 31 Octobre 1901.

Exhalation pulmonaire de substances toxiques d'origine intestinale.

M. Sanarelli (de Bologne) communique les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. Biffi, et qui démontrent que, pour l'étude de la viciation de l'air dans les milieux habités, il faut tenir compte, outre la teneur en acide carbonique, de la présence de principes organiques volatils, absorbés au niveau de la muqueuse intestinale, et parmi lesquels se trouve de l'ammoniaque.

Comment se disposent les épanchements aigus péricardiques.

M. F. Aporti (de Parme) a étudié la position des épanchements péricardiques; pour cela, il injectait de 50 à 700 centimètres cubes d'une solution de bleu de méthylène dans le péricarde de cadavres placés dans diverses positions. Un épanchement est diagnosticable quand il dépasse 120 à 150 centimètres cubes; la quantité maxima de liquide que puisse contenir le péricarde est de 650 à 700 centimètres cubes.

Dans le décubitus horizontal, la région cardiaque est agrandie dans sa totalité; dans la situation verticale, ce sont surtout la pointe et l'angle hépato-cardiaque qui augmentent d'étendue. Dans le décubitus latéral droit, les épanchements se réunissent dans l'angle hépato-cardiaque; en s'accroissant, ils atteignent le paquet vasculaire, mais la face antérieure du cœur n'est jamais complètement recouverte; dans la position assise avec forte inclinaison du corps en avant, l'épanchement se comporte à peu près comme dans la situation verticale; la seule différence est que le liquide remonte un peu plus haut, de façon qu'il recouvre toute la face antérieure du cœur et du faisceau vasculaire à son origine.

Le cœur dans le rhumatisme chronique déformant.

M. Roncagliolo (de Gênes) a étudié à ce point de vue une trentaine de cas de rhumatisme déformant (concernant des sujets âgés de 55 à 74 ans) sans aucun lien avec le rhumatisme aigu ou une lésion nerveuse manifeste. Deux de ces malades présentaient des lésions de l'endocarde, localisées dans les deux cas à l'orifice aortique; jamais on n'a pu constater une lésion de la mitrale. Il semble possible d'en conclure que le mécanisme des complications cardiaques du rhumatisme chronique doit être différent de celui des manifestations analogues du rhumatisme aigu.

De la myasthénie.

M. Massalongo (de Vérone). — L'amyosthénie ou syndrome myasthénique d'Erb Goldflam-Oppenheim, cliniquement caractérisée par l'affaiblissement musculaire, est une affection du système nerveux central, plus exactement du mésocéphale et de la moelle épinière. Ce trouble, en effet, ne tire pas son origine des muscles ni des nerfs, mais des centres moteurs du bulbe et de la moelle épinière. Ce sont les neurones moteurs de ce segment de l'axe cérébro-spinal qui s'affaiblissent dans leur fonction à la suite de la fatigue musculaire; aussi devrait-il être appelé avec plus de précision neurasthénie motrice.

Le syndrome en question rappelle la poliomyélite ou polioencéphalomyélite commune, et la majorité des auteurs le considèrent comme une variété de cette affection; mais cliniquement et nosographiquement il s'en différencie nettement; il s'en sépare aussi au point de vue anatomique, car les examens histologiques sont jusqu'ici restés négatifs. La myasthénie pseudo-paralytique, ou mieux hypokinésie fonctionnelle intermittente, est donc une affection autonome et indépendante de la poliomyélite et de la polioencéphalomyélite; et l'observation de cas où se trouvent réunis les symptômes des deux formes morbides ne suffit pas à modifier mon opinion sur ce sujet. La maladie d'Erb-Goldflam-Oppenheim n'ayant pas de substratum anatomique, doit être classée parmi les névroses et être appelée névrose myasthénique bulbo-spinale. Ce n'est qu'un simple trouble fonctionnel apparaissant chez des sujets morphologiquement prédisposés par le surmenage matériel ou cérébral, par une anomalie des échanges organiques, ou par une intoxication, et dont la source doit être recherchée dans la morphologie spéciale des neurones moteurs, dans leur petitesse et leur développement incomplet, dans leur faible nombre, dans la forme et la direction des prolongements et des contacts.

Le mécanisme du tremblement.

M. Boeri. — Les oscillations du tremblement, sauf dans les formes exceptionnellement désordonnées, obéissent à la loi de Galilée, c'est-à-dire que leur durée est indépendante de leur amplitude, comme c'est le cas pour le pendule.

En outre, ces oscillations ne dépassent jamais 10 à 12 par seconde ; leur fréquence correspond donc à celle des actes fonctionnels de l'écorce (mouvements volitifs, phénomènes sensitifs, idéatifs, etc.), tandis que rien de semblable ne s'observe pour les muscles, les nerfs, la moelle. La phase réfractaire ou d'inexcitabilité de l'écorce durant un dixième de seconde, d'après Broca et Richet, on s'explique parfaitement que le tremblement comporte 10 à 12 oscillations par seconde ; c'est encore une preuve de l'origine centrale de ce phénomène.

Traitement du diabète par le régime lacté.

M. Casaretti a traité deux cas de diabète sucré par le régime lacté, avec des résultats excellents. La quantité de glucose qu'éliminaient mes malades avec une nourriture ordinaire était considérable. Après 10 à 18 jours de diète lactée absolue (2 litres 1/2 à 3 litres de lait par jour), le sucre disparut complètement des urines, et malgré une alimentation légèrement hydrocarbonée on n'observa pas de rechute. Depuis deux mois, les patients ont repris un régime normal sans que le glucose ait reparu dans l'urine ; leur poids a augmenté respectivement de 3 et 4 kilogrammes.

Un sérum leucolytique spécial.

M. Lucatello a cherché à produire un sérum leucotoxique pour l'homme en employant le matériel d'injection fourni par trois cas de leucémie à forme surtout myélocytaire, avec participation de la rate.

Les leucocytes, séparés des globules rouges par la sédimentation du sang rendu incoagulable par l'oxalate neutre de potasse, ont été employés en injections intraveineuses chez la brebis et intrapéritonéales chez le lapin. Une fois en possession du sérum cytolytique, M. Lucatello en a étudié l'action *in vitro* en faisant des mélanges de ce sérum avec le sérum nouveau d'un sujet leucémique, et en mettant ce mélange en présence de leucocytes provenant d'exsudats humains, et de globules rouges de l'animal qui avait fourni le sérum.

Les altérations provoquées par ce sérum *in vitro* peuvent aller jusqu'à la destruction des leucocytes ; elles sont différentes selon la variété des globules blancs ; c'est ainsi que les lymphocytes et les polynucléés subissent l'effet toxique le plus énergique, tandis que les *mastzellen* restent presque inaltérées ; jamais l'auteur n'a constaté une véritable agglutination leucocytaire. Les noyaux des globules polynucléés perdent rapidement la propriété de se colorer, de sorte que la cellule offre une coloration homogène, et parfois une aréole incolore. Les dernières périodes de la destruction leucocytaire consistent en la déformation et la disparition des granulations protoplasmiques et nucléaires.

Eosinophilie des malades atteints de kystes hydatiques.

M. Memmi a observé chez 12 sujets atteints de kystes hydatiques du foie, une éosinophilie variant de 7 à 20 p. 100. Ce fait a une grande valeur au point de vue du diagnostic différentiel, car une éosinophilie aussi considérable ne se rencontre pas dans les affections qui peuvent être confondues avec les kystes hydatiques ; c'est ainsi que les éosinophiles faisaient défaut chez deux individus porteurs de tumeurs simulant des kystes.

Cette éosinophilie doit être mise en rapport avec les produits des échanges organiques du parasite. En effet, M. Memmi a pu la reproduire expérimentalement en injectant du liquide hydatique à des animaux.

LXXIIIe RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

Tenue à Hambourg du 22 au 28 Septembre 1091.

Du traitement de l'ulcère stomacal par le bismuth.

M. Fleiner estime que les services que le bismuth rend dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, consistent à former à la surface de la perte de substance une couche protectrice contre les aliments qui traumatisent les granulations. Le bismuth est donc indiqué dans les formes légères d'ulcère ayant une tendance spontanée à la guérison ; puis, quand chez ces malades on substitue l'alimentation solide à l'alimentation liquide, enfin dans des cas où on observe le retour des troubles pendant la convalescence.

Le bismuth doit être administré quand l'estomac est vide, c'est-à-dire à jeun. Le mieux encore, c'est de faire préalablement un lavage de l'estomac avec une eau minérale et donner une 1/2 heure après 5 à 10 grammes de bismuth délayés dans l'eau. On peut encore délayer cette dose de bismuth dans 150 grammes d'eau et l'introduire dans l'estomac au moyen de la sonde.

Ce traitement ne réussit que passagèrement dans les ulcères avec sténose secondaire du pylore. Il vaut donc mieux faire dans ces cas, de bonne heure la gastro-entérostomie qui favorise la cicatrisation de l'ulcère.

Le traitement par le bismuth est encore contre indiqué dans les ulcères avec diverticules de la paroi stomacale, dans les ulcères avec bords indurés et calleux, dans les ulcères ayant provoqué la formation des adhérences entre l'estomac et les organes voisins.

Diabète par artério-sclérose du pancréas.

M. Hoppe-Seyler a constaté, au cour de ses autopsies, l'existence d'une forme particulière d'artério-sclérose du pancréas dans le diabète.

Dans cette forme, il existe une prolifération du tronc conjonctif aboutissant à la rétraction de la glande. Les parois des artères sont épaissies et leur lumière oblitérée. Le pancréas est dur, diminue de volume et offre en même temps une augmentation du tissu adipeux, si bien qu'il ne reste presque plus de tissu pancréatique normal.

Ces lésions sont analogues à celles de la sclérose rénale qui, cliniquement, aboutit à l'urémie. Le diabète, lié à la sclérose du pancréas, se termine aussi souvent par le coma diabétique. Ce diabète débute généralement par une glycosurie légère, mais la tolérance de l'organisme pour les hydrates de carbone diminue peu à peu. D'un autre côté, quand on met ces malades au régime diabétique, on voit apparaître une série de phénomènes graves qui obligent de reprendre les féculents. Quelquefois on observe encore chez ces malades des aggravations brusques qui se terminent parfois par le coma.

Examen fonctionnel des reins.

M. Casper attire l'attention sur les services que peut rendre, au point de vue diagnostique, l'examen fonctionnel des reins en étudiant, dans l'urine recueillie séparément dans chaque uretère, le point de congélation, la proportion d'azote et la quantité de sucre après l'administration de la phloridzine. Les valeurs que donne l'étude de ces trois points sont les mêmes pour les deux reins quand ceux-ci sont sains. Dans le cas contraire, en obtenant des chiffres différant de la normale, on peut arriver à conclure à l'existence d'une lésion rénale.

C'est ainsi que le diagnostic exact de lésion rénale a pu être établi dans un cas où l'on avait pensé à des coliques hépatiques, dans un autre, où l'on croyait à l'existence d'un abcès péricæcal. Dans deux autres cas le même procédé a permis de dire que s'il existait une tumeur de la région rénale, cette tumeur avait laissé le rein intact. En effet, l'opération a montré dans un cas l'existence d'un adénome de la capsule surrénale, dans

un autre, l'existence de kystes qui ne communiquaient pas avec le bassinet.

L'opération césarienne.

M. Everke, après avoir analysé 29 cas d'opérations césariennes qu'il a eu l'occasion de faire, arrive aux conclusions suivantes :

1° La perforation de la tête chez un enfant vivant, est une opération à laquelle il faut renoncer à l'avenir.

Après l'opération césarienne, l'état ultérieur de la femme est meilleur qu'après toute autre intervention, telle que la céphalotripsie ou la symphyséotomie.

2° L'examen gynécologique de la femme avant l'accouchement ne constitue pas une contre-indication de l'opération césarienne. Le plus souvent une désinfection énergique préalable suffira pour faire disparaître les germes infectieux. Dans les interventions vaginales on crée plus de portes d'entrée à l'infection que dans l'opération césarienne.

3° La suture au catgut ne prenant que la membrane déciduale et la couche musculaire interne est une garantie contre l'infection généralisée et donne une cicatrice qui résiste en cas de grossesse.

4° L'incision longitudinale de la paroi antérieure est préférable à toutes les autres incisions.

5° Pour éviter une hémorrhagie notable, ainsi que l'atonie de l'utérus, il est indiqué de n'opérer qu'après travail commencé et d'introduire dans la cavité utérine un tampon de gaze iodoformée.

6° Dans certains cas d'éclampsie, l'opération césarienne permet de sauver la mère et l'enfant.

M. Küstner attire l'attention sur ce fait que lorsque l'opération césarienne est faite pendant la septicémie déclarée, elle se termine constamment par la mort.

M. Martin a eu quelques succès en faisant l'opération césarienne au cours de l'éclampsie grave.

Enucléation des fibromyomes.

M. Martin relate sa nouvelle statistique portant sur 50 énucléations de myomes pratiquées dans le courant des deux dernières années. Dans les 40 cas où l'opération a été faite par la voie vaginale, toutes les malades ont guéri. Sur les 10 cas où l'opération a été faite par la voie abdominale, il y a eu 3 morts par infection. Dans deux cas, il y a eu blessure de la vessie dont la position était anormale.

Les résultats tardifs sont très satisfaisants. Sur 260 énucléations — en comptant les séries antérieures — M. Martin n'a observé que 7 récidives. Toutefois le nombre des grossesses chez les femmes opérées n'est pas considérable.

Quant aux indications de l'énucléation, c'est généralement au cours de l'opération qu'on peut voir s'il reste ou non assez de tissu utérin faisant désirer la conservation de l'organe.

M. Hofmeier fait remarquer que l'énucléation facile en cas de myomes peu volumineux présente des difficultés considérables quand il s'agit de tumeurs volumineuses. D'une façon générale l'énucléation est indiquée quand il s'agit de femmes encore jeunes, pouvant devenir enceintes. Toutefois la récidive est toujours possible. La voie vaginale est rarement indiquée.

M. Thorn n'est plus partisan de l'énucléation dont il faut envisager les dangers justement en cas de grossesse. Quant à la récidive, il l'a observée 8 fois sur 28 énucléations faites par la voie vaginale.

M. Fränkel n'a jamais vu de récidive dans les cas qu'il a opérés.

Néphrite scarlatineuse.

M. Baginsky a observé 88 cas de néphrite sur 919 scarlatineux qui ont passé dans son service dans l'espace de ces dernières cinq années.

34 malades atteints de néphrite scarlatineuse sont entrés à l'hôpital de bonne heure. Chez eux, la néphrite s'était déclarée du 9e au 30e jour de la scarlatine. Il n'existait aucun rapport entre l'intensité de l'éruption et la néphrite. Le plus souvent la néphrite s'annonçait par une élévation de la température, et les cas les plus graves étaient justement ceux dans lesquels on avait noté une fièvre initiale très élevée. La quantité d'urine existe assez souvent normale au début, mais l'oligurie est la règle à une période ultérieure. L'existence ou l'absence d'une albuminurie au cours de la scarlatine n'a paru exercer aucune influence sur l'apparition ultérieure de la néphrite.

Une urine trouble, sale, couleur café, comporte un mauvais pronostic. A ce point de vue, l'hématurie a une signification moins mauvaise qu'on ne le pense généralement. L'apparition des œdèmes et de l'anasarque aggrave le pronostic.

Sur les 88 enfants atteints de néphrite scarlatineuse, 11 ont succombé. Chez 5, la néphrite est devenue chronique.

Le régime lacté absolu pendant 15 jours et le séjour au lit pendant 4 semaines constituent le traitement prophylactique de la scarlatine.

M. Pfaundler attire l'attention sur ce fait que la néphrite scarlatineuse débute souvent par de l'albumosurie.

Transmission de la tuberculose bovine.

M. Grünbaum a inoculé à des singes des cultures de tuberculose bovine. En sacrifiant les animaux 1 mois après, il a trouvé chez eux à côté des ulcérations, aux points d'inoculation, une tuberculose miliaire du foie et de la rate. L'inoculation de parcelles de ces organes faite à 100 cobayes et aux vaches a rendu tuberculeux ces animaux.

Comme les singes se rapprochent beaucoup des hommes, M. Grünbaum en conclut que la tuberculose bovine est inoculable à l'homme.

Affection cérébrale par décharge électrique.

M. Eulenburg. — Il s'agit d'un homme de 48 ans qui ayant touché par mégarde un fil conducteur tomba sans connaissance. En se réveillant, il se plaignit de céphalalgie et présenta une marche titubante. Quelques heures après survinrent des convulsions épileptiformes dans le bras et la jambe du côté droit qui finirent par se paralyser complètement, une cécité du côté gauche et une diminution de l'acuité visuelle à droite.

Le lendemain, des convulsions se manifestèrent dans les membres du côté gauche, qui à leur tour furent frappés de paralysie. Le malade présente enfin des troubles vésaniques.

C'est le second cas de ce genre que M. Eulenburg a l'occasion d'observer.

Luxation spontanée de la hanche au cours des maladies infectieuses.

M. Graff a observé un cas de luxations bilatérale de la hanche consécutivement à la fièvre typhoïde chez une jeune fille. La luxation était iliaque d'un côté et ischiatique de l'autre. Les tentatives de réduction ayant échoué, M. Schede a fait la réduction sanglante. Les cavités cotyloïdes n'existaient pour ainsi dire plus et étaient comblées par du tissu conjonctif. La tête du fémur présentait également des modifications profondes.

Six semaines après l'opération, un abcès se forma, d'un côté, au niveau de la cicatrice. Le pus examiné bactériologiquement renfermait une culture de bacilles typhiques virulents.

Dans un autre cas observé par M. Graff, la luxation se produisit aux premiers essais d'une marche faite pendant la convalescence d'une septicémie puerpérale. Dans ce cas encore la déformation de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde ressemblait à celle qu'on observe dans la luxation congénitale.

Chirurgie du poumon.

M. Garré, en se plaçant au point de vue du pronostic des interventions sur le poumon, a cité les statistiques suivantes :

Une autre communication que nous tenons à analyser est celle de **M. Garré** sur la chirurgie des poumons. Elle est surtout intéressante au point de vue pronostique de ces opérations.

Voici, en effet, les statistiques communiquées par M. Garré :

Sur 96 cas d'abcès du poumon qui ont été opérés, on compte 77 guérisons et 19 morts. Le pronostic est d'autant plus favo-

rable que l'opération est faite de meilleure heure. La terminaison mortelle est rarement amenée par la pleurésie purulente unilatérale, consécutive à l'abcès. Dans 75 p. 100 des cas, on trouve généralement des adhérences protectrices de la plèvre.

Le pronostic de l'intervention est moins favorable dans la gangrène du poumon. Sur 122 opérations, on compte 80 guérisons et 42 morts. Dans un grand nombre de cas, la cause de la mort est constituée ou par l'extension de la gangrène, ou par la méningite, ou par un abcès du cerveau, ou par une embolie, etc. Le foyer occupe ordinairement le lobe inférieur du poumon et consiste fréquemment avec un empyème enkysté. La pneumotomie en un seul, à moins que la gangrène n'occupe le sommet et que la plèvre ne soit intacte, est le procédé de choix.

Sur 57 opérations pour bronchiectasie, on compte 21 morts dans le courant des premiers 8 jours. La guérison est notée dans 46 cas, malheureusement il n'est permis de parler de guérison définitive que dans la moitié de ces cas.

L'intervention pour kystes hydatiques du poumon a été faite 79 fois, avec 71 guérisons et 8 morts. Dans ces cas, la pneumotomie est l'opération de choix, car la ponction est non seulement incertaine, mais encore dangereuse.

Les opérations pour néoplasmes sont très rares, car leur diagnostic, surtout au début et malgré l'emploi des rayons Röntgen, est difficile. Helferich a fait une pneumotomie pour sarcome, après avoir lié le hile du poumon droit. Le malade a succombé; néanmoins, ces opérations sont indiquées quand on peut enlever, avec la tumeur, tout un lobe du poumon.

Le sort des enfants trachéotomisés.

M. Trump a voulu vérifier l'opinion du professeur Landouzy, d'après laquelle ces opérés sont particulièrement prédisposés à la tuberculose. A cet effet, il s'adressa tout d'abord à l'autorité militaire de la ville de Munich afin de connaître le nombre des conscrits présentant des cicatrices de trachéotomie. Il reçut la réponse suivante :

Sur le nombre total de conscrits de la classe 1901, 49, soit 0,48 p. 1000, étaient d'anciens trachéotomisés. De ce nombre 20, soit 40,81 p. 100, furent reconnus bons pour le service militaire; 13, soit 26,53 p. 100, impropres par le fait des suites de la trachéotomie.

Parmi les volontaires qui se sont présentés du 1er avril 1900 au 31 mars 1901, 6, soit 0,77 p. 1000 étaient porteurs de cicatrices de trachéotomie : 3 furent reconnus propres au service militaire, 3 impropres.

En somme, sur 55 anciens trachéotomisés, soit 5 p. 1000. 23, ou 41,82 p. 100, furent reconnus propres au service militaire. 16 (ou 29,09 p. 100) impropres, 16 (ou 29,09 p. 100) furent ajournés.

Cette statistique n'indique malheureusement pas la proportion des trachéotomisés qui ont survécu. Pour tâcher d'avoir cette proportion, M. Trump fait le calcul suivant, quelque peu approximatif.

D'après les statistiques, on compte actuellement en Bavière 20 000 cas de diphthérie, garçons et filles. En admettant que la trachéotomie ait été faite dans 5 p. 100 des cas (1 000 cas), et que sur ces trachéotomisés 15 p. 100 (150 cas) aient guéri, on trouve alors qu'un tiers seulement des trachéotomisés a succombé avant d'arriver à l'âge adulte. Mais, dit M. Trump, il est à supposer que dans ce tiers il y en a certainement un grand nombre où la mort n'a pas été amenée par une affection résultant directement de la trachéotomie.

L'enquête personnelle de M. Trump semble confirmer cette supposition.

De 1886 à 1892 on compte, comme ayant quitté la clinique du professeur von Ranke, 45 trachéotomisés et 114 intubés, tous guéris. De ce nombre, M. Trump a pu avoir des nouvelles de 14 trachéotomisés et de 69 intubés.

Sur les 69 intubés, 7 sont morts au bout de 1 à 7 mois : 5 de pneumonie, 1 de suites de diphthérie, 1 seul (qui avait une hérédité tuberculeuse) de tuberculose. Sur les 62 qui sont encore en vie, 22 seulement présentent, d'après les parents, des troubles du côté du pharynx, du larynx ou des poumons (voix enrouée, tendance à la toux et aux rhumes, dyspnée à l'occasion des mouvements).

Sur les 14 trachéotomisés qui ont été retrouvés, on compte 1 qui a la voix enrouée, 1 bronchitique et pottique, 1 dyspnéique, catarrheux et chlorotique. Dans ces trois cas, la canule est respectivement restée en place pendant 11, 8 et 23 jours.

Pour compléter sa statistique personnelle, M. Trump s'est adressé à M. Siegert (de Strasbourg) et à M. Sigel (de Stuttgart) qui lui ont communiqué les documents suivants :

L'enquête faite à Strasbourg par M. Siegert a porté sur 194 enfants qui ont été trachéotomisés avec guérison de 1886 à 1896. Sur ce nombre 10 sont morts ultérieurement, 43 sont bien portants; parmi eux on compte 3 dont le développement laisse à désirer et 9 qui présentent des troubles du côté des voies respiratoires. Les 129 autres sont en vie, et c'est le seul renseignement qu'on a pu avoir.

A Stuttgart, sur 227 trachéotomisés, de 1888 à 1891, M. Sigel a pu en retrouver 74, qui se décomposent comme suit :

6 sont morts, dont 3 peu de temps après leur sortie de l'hôpital, et 3 autres au bout d'un temps plus long, d'affections pulmonaires. Sur les 68 qui sont encore en vie, 2 présentent des adénopathies cervicales, 3 du catarrhe des sommets, 30 des troubles respiratoires, quelques-uns des troubles de la phonation et cela alors que quatre années seulement, au maximum, ont passé sur la trachéotomie.

En réunissant toutes ces statistiques, M. Trump arrive à un total de 351 trachéotomisés (de 1886 à 1896) avec 23 morts et 328 survivants, dont 64 présentent des troubles du côté du pharynx, du larynx et des poumons. Ces chiffres, d'après lui, montrent que les choses ne se passeraient pas, en matière d'infection tuberculeuse chez les anciens trachéotomisés, en Allemagne du moins, comme M. Landouzy les a dites en France.

M. Pfaundler qui a fait une enquête analogue est arrivé à des résultats un peu différents.

Elle a porté sur 262 trachéotomisés ou intubés dans le service du professeur Escherich depuis l'année 1890. 173 ont pu être retrouvés, et, sur ce nombre, on en compte tout d'abord 8 qui ont quitté l'hôpital sans être guéris et ont succombé peu de temps après.

Les renseignemants relatifs aux 165 autres, que dix années seulement éloignent de leur trachéotomie, se réduisent à ceci :

137, soit 83,06 p. 100, sont bien portants ou présentent des affections qui n'ont aucun rapport avec l'ancienne trachéotomie ou intubation; 16, soit 9,70 p. 100, offrent des troubles très légers de la respiration ou de la phonation, lesquels troubles, au point de vue de l'influence de ces deux opérations se décomposent comme suit :

7,8 p. 100 chez les intubés;

12,5 p. 100 chez les trachéotomisés;

18,8 p. 100 chez les intubés et ultérieurement trachéotomisés.

Enfin, chez 12, soit dans 7,27 p. 100 des cas, il existe des troubles importants, à savoir : rancité permanente de la voix (3 cas) rétrécissement cicatriciel de la trachée (3 cas), sclérose pulmonaire avec bronchite chronique (3 cas), tuberculose pulmonaire (3 cas). Ces cas, au point de vue du rôle de la trachéotomie et de l'intubation, se divisent en :

3,5 p. 100 chez les intubés;

12,5 p. 100 chez les trachéotomisés;

31,3 p. 100 chez les intubés et secondairement trachéotomisés.

De ces faits, M. Pfaundler tire la conclusion que la proportion avec laquelle les troubles de la phonation et de la respiration se rencontrent chez les intubés est, à peu de chose près, la même que chez les enfants de deux à douze ans qui n'ont pas été trachéotomisés ni intubés. Par contre, il est certain que la trachéotomie et surtout l'intubation suivie de trachéotomie, créée, dans un certain nombre de cas, une prédisposition aux affections pulmonaires, ressortissant, tantôt avec certitude, tantôt seulement avec probabilité, à l'opération faite antérieurement.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Un cas de cystite à bacilles d'Eberth. Prophylaxie urinaire de la fièvre typhoïde.

Communication à la *Société médicale des hôpitaux*,

Par MM. Léopold Lévi et André Lemierre.

La présence du bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques n'est pas chose rare. Bouchard l'a signalée dès 1881 (1), puis Hueppe (2), Seitz (3), Chantemesse et Widal (4), Ribbert (5), Berlioz (6), Neumann (7), Karlinski (8), Enriquez (9). Plus récemment Petruschki (10), Richardson (11), Morton Smith (12) et Neufeld (13), mieux armés pour caractériser le bacille d'Eberth depuis la découverte de la séro-réaction, ont étudié soigneusement cette question et ont insisté sur son importance au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Mais la coexistence avec cette bactériurie typhique de signes de cystite est beaucoup moins fréquente. En 1893 Melchior signale un cas de cystite assez sérieuse à bacille d'Eberth (14); puis Blumer en 1895 (15). Dans les études de Morton Smith (16) et de Richardson (17), sur la bactériurie typhique, il est fait mention de quelques cas de cystite. Le premier travail d'ensemble sur cette complication a été fait par Curschmann (18). En se fondant sur trois cas observés par lui et sur les cas antérieurs, il a cherché à préciser la symptomatologie et l'étiologie de cette affection. Nous avons retrouvé un nouveau cas de cystite éberthienne dont Curschmann ne fait pas mention et qui est dû à Thomas R. Brown (1). Depuis lors, de nouveaux faits ont été apportés par Neufeld (2).

Enfin tout récemment, M. Vincent a fait connaître à la Société de biologie deux observations personnelles de cystite à bacille d'Eberth (3).

Pendant les vacances de 1901 nous avons pu étudier nous-mêmes dans le service de M. Mathieu, que l'un de nous remplaçait à l'hôpital Andral, un cas de cystite typhique. En voici l'histoire :

Observation. — Le nommé Ch..., âgé de 24 ans, maroquinier, entre à l'hôpital le 5 août 1901. Depuis 15 jours il se plaint de céphalée intermittente, d'insomnie, de perte d'appétit, d'affaiblissement et de fatigue générale. Il a quelques vomissements, pas de diarrhée, quelques légères épistaxis. Ces phénomènes ont augmenté peu à peu d'intensité et le malade s'est alité 6 jours avant son entrée à l'hôpital. A ce moment, la fièvre est apparue.

La femme du malade présentait les mêmes symptômes; elle s'était alitée avant lui et a été admise en même temps que lui dans le service.

Examiné à son entrée, le malade ne paraît pas abattu. Son intelligence n'est pas obnubilée. Il comprend bien les questions et y répond facilement. C'est un homme robuste, sans antécédents héréditaires remarquables; lui-même dit n'avoir jamais eu qu'une bronchite 3 ans auparavant; depuis cette époque, il lui arrive de tousser et de cracher quelquefois, surtout le matin; mais du reste il n'a pas maigri et son état général est resté bon. Il n'a pas eu de syphilis ni de blennorrhagie, pas de signes d'éthylisme.

Actuellement il se plaint de céphalée, sa température à l'entrée est de 38°,4, le soir elle s'élève à 39°,2. Le pouls est égal, régulier, assez ample; 96 pulsations par minute. La langue est un peu tremblante, humide, blanche au milieu et rouge sur les bords. L'anorexie est absolue, il n'y a pas de vomissements; le malade est constipé, l'abdomen est légèrement météorisé, il n'y a pas de douleur, mais il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Pas de taches rosées. La rate ne semble pas augmentée de volume.

Le malade tousse un peu; pas de signes de bronchite, seulement respiration un peu rude aux deux sommets.

Les urines sont un peu rougeâtres, elles ne contiennent ni albumine, ni pigments biliaires.

La femme du malade, admise le même jour, présente un état général encore moins atteint.

Le 6 août au matin le malade a une température de 38°,4. Mais à 3 heures de l'après-midi la température a 39°,8 et l'on commence à traiter le malade par les bains froids. Les taches rosées apparaissent sur l'abdomen.

Le 7 août, taches rosées sur l'abdomen et sur les reins. La céphalée diminue mais le malade est plus abattu.

Le 12 août, sérodiagnostic positif à 1/30°. Chez la femme du malade, le sérum agglutine très fortement au 1/100°. La température est tombée le matin à 38°,2. A midi et à 9 heures du soir, elle a pourtant remonté à 38°,7 et à 38°,9 et l'on a encore baigné le malade.

Le 18 août. Depuis le 13 août, cessation des bains. La température tombe en lysis. Aujourd'hui à 37°,2 le matin, et 37°,3 le soir. L'état général est bon, mais le malade se plaint d'un peu de douleur à la fin de la miction.

Un peu de sang également à la fin de la miction. Les urines sont uniformément troubles, mais elles sont sans odeur et res-

1. *Bull. Soc. clinique*. Paris, 1880; — *Transactions du Congrès de Londres*, 1881; — *Revue de médecine*, 1881.
2. Cité par Seitz.
3. Seitz, Bacteriol. stud. über Typhus Etiologie (*München*, 1886).
4. Chantemesse et Widal; *Arch. de physiol.*, 1887.
5. Ribbert, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n°s 806 et 807.
6. Berlioz, *Thèse* de Paris, 1888.
7. Neumann, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, 1889, 1890.
8. Karlinski, Cité par Neufeld.
9. Enriquez, *Thèse* de Paris, 1892.
10. Petruschki, *Centralblatt für Bacteriologie*, 1898, n° 14.
11. Richardson, *The Journal of experiment. Medicine. New-York*, juin 1898 et janvier 1899.
12. Morton Smith. *Lancet*, février 1897, mai 1899; — *British med. Journal*, 7 avril 1900.
13. Neufeld, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1900.
14. Melchior, *Cystitis und Urininfection. Kopenhagen*, 1893.
15. Blumer, *John's Kopkins Hosp. Reports*, 1895.
16. Morton Smith, *Loco citato*.
17. Richardson, *Loco citato*.
18. Curschmann, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 16 oct. 1900.

1. Thomas R. Brown, *Medical Record, New-York*, 10 mars 1900.
2. Neufeld, *Loco citato*.
3. Vincent, *Bulletin de la Société de biologie*, 9 mars 1901.

ent acides. Le procédé de l'ammoniaque permet de reconnaître a présence du pus dans l'urine.

Le 19 août, mêmes symptômes.

Le 20 août, on recueille l'urine du malade directement et dans des tubes stérilisés, après avoir lavé le gland et laissé s'écouler un premier jet d'urine.

On constate dans l'urine examinée directement la présence de bacilles très mobiles et très vivaces, aussi nombreux que dans un bouilon de culture. Si l'on agite le tube, on voit se produire dans l'urine des ondes moirées semblables à celles des cultures des bacilles d'Eberth en bouillon.

L'urine centrifugée laisse déposer un culot abondant constitué par des globules blancs, des cellules de l'épithélium vésical et des bacilles mobiles très nombreux ne prenant pas le Gram. Les urines ensemencées dans du bouillon et sur gélose donnent des cultures pures de bacilles d'Eberth; cultivé dans le lait, celui-ci ne se coagule pas. De plus, la séroréaction, pratiquée avec le sérum d'un autre typhique est positive à 1 p. 100.

Les douleurs en urinant restent vives. On constate un peu de sang à la fin de la miction.

Le malade se plaint de la fréquence de ses mictions. La température reste normale.

Le malade n'avait jamais, avant sa maladie, rien présenté d'anormal du côté de sa vessie, ni de son urèthre; jamais de blennorrhagie. Jamais d'hématurie, ni de troubles de la miction. L'examen de sa prostate, de ses vésicules séminales, de son canal déférent et de son testicule ne révèlent rien d'anormal. Le seul agent trouvé dans les urines est le bacille d'Eberth.

Le bacille de Koch, en particulier, recherché à diverses reprises, n'a jamais été constaté.

Le 21 août. Mêmes signes. On administre 4 grammes d'acide borique à l'intérieur. Température normale.

Le 24 août. Urine encore trouble. Encore un peu de douleur à la fin de la miction.

Le 27 août. Urines claires de nouveau. Plus de douleur à la miction. On commence à alimenter le malade.

Le 30 août. L'urine reste claire. Mais l'examen y dénote encore la présence de bacille d'Eberth.

Le 11 septembre, le malade quitte le service malgré les observations qu'on lui fait. En effet, ses urines examinées le 8 septembre contenaient encore du bacille d'Eberth.

Nous avons revu ce malade le 25 novembre 1901, plus de 2 mois après sa sortie du service. Son état général était excellent et il avait notablement engraissé. Il ne présentait aucun trouble du côté de la miction, mais ses urines étaient troubles. De nouveau nous les avons recueillies dans des tubes stérilisés. Leur réaction s'est montrée purement acide. Les urines examinées directement au microscope ont révélé l'existence de nombreux éléments cellulaires, et de bacilles mobiles, en moins grandes quantité néanmoins qu'au moment des accidents aigus de cystite. L'urine centrifugée a laissé déposer un culot abondant; l'examen de ce culot après coloration l'a montré composé de leucocytes, de cellules de l'épithélium vésical et de nombreux bâtonnets ne prenant pas le Gram. Les urines ensemencées dans du bouillon ont donné, au bout de 24 heures, une culture caractéristique de bacille d'Eberth, s'agglutinant par le sérum d'un typhique.

La cystite et l'existence de bacilles d'Eberth persistaient donc 3 mois après le début de la complication.

Le malade est soumis au traitement par l'urotropine à la dose de 2 grammes par jour.

1er décembre. Ch... a pris de l'urotropine pendant 6 jours. Ses urines sont claires, ne renferment plus d'éléments cellulaires. Il n'y a plus de bacilles d'Eberth à l'examen direct. Les cultures en bouillon restent stériles.

Il s'agit, en somme, d'un cas de fièvre typhoïde à évolution bénigne. Au dix-neuvième jour de la maladie, alors que la température oscille aux environ de 37°, apparaissent des phénomènes de cystite, douleurs en urinant, mictions fréquentes, un peu de sang à la fin de la miction, pyurie. Les urines sont du reste acides. L'examen bactériologique fait reconnaître dans l'urine des bacilles mobiles, ne prenant pas le Gram, aussi nombreux que dans un bouillon de culture. L'absence de coagulation du lait, du fait de ces microbes, leur agglutination par le sérum des typhiques, les caractères des cultures, démontrent que ce sont des bacilles d'Eberth. Plus de 3 mois après le début de la cystite typhique, l'urine contient encore des globules blancs et des bacilles d'Eberth en culture pure. Les éléments cellulaires et les bacilles d'Eberth disparaissent après l'ingestion de 4 grammes d'urotropine pendant 6 jours.

A propos de cette observation, il nous semble utile de reprendre l'étude des différents cas publiés de cystite éberthienne et d'insister sur quelques caractères particuliers de cette complication.

Si la bactériurie typhique, c'est-à-dire la présence en quantité innombrable de bacilles d'Eberth dans l'urine est relativement fréquente au cours de la fièvre typhoïde, la cystite éberthienne est rare, au contraire, au moins avec ses caractères cliniques au complet. Curschmann, qui a étudié avec soin les statistiques, note que la bactériurie se rencontre dans 15 à 30 p. 100 des cas de fièvre typhoïde, tandis que les cas de cystite se comptent. Et, de fait, les seules observations publiées en France sont dues à M. Vincent. Pourtant Morton Smith considérait comme équivalents la présence du pus dans l'urine et la cystite l'a observée 9 fois sur 17 cas de bactériurie.

Sur la date de l'apparition de la cystite, tous les auteurs sont d'accord. Elle se montre au déclin de la maladie, pendant la période de défervescence. Le plus souvent, la cystite est précédée, pendant la période d'état, d'une albuminurie légère restant toujours dans les limites de l'abuminurie fébrile, sans élimination de cylindres ni de cellules de l'épithélium rénal. Il en était ainsi notamment chez les 3 malades de Curschmann et chez les 2 malades de Vincent. Le fait n'est pas constant néanmoins. Et l'analyse de l'urine pratiquée presque journellement chez notre malade n'a jamais permis d'y trouver de l'albumine. La rétention d'urine, nécessitant le cathétérisme précède parfois la cystite (cas de Curschmann et de Brown).

La cystite à bacilles d'Eberth se manifeste sous des aspects différents. Le plus fréquemment, elle se traduit seulement par l'existence du pus dans les urines. On constate que celles-ci deviennent troubles; l'examen histologique décèle, en même temps que l'agent microbien, la présence de leucocytes et de cellules de l'épithélium vésical. C'est ainsi que se présentent la plupart des cas de Richardson et de Morton Smith; le malade de Neufeld a ressenti seulement une légère sensation de brûlure le long de l'urèthre au premier jet d'urine trouble qu'il émit. Enfin sur les trois cas de Curschmann, deux se sont réduits à l'élimination de pus par l'urine.

Bien plus rarement il y a un syndrome clinique net, des signes fonctionnels tels que le malade peut être le premier à s'apercevoir de la complication et à s'en plaindre. Horton Smith dit, sans insister, qu'il a observé chez quelques malades un peu de douleur, de la fréquence des mictions, une sensation de pesanteur dans le basventre, coïncidant avec la pyurie. Un malade de Curschmann commence par avoir de la rétention. On le cathétérise; la difficulté de la miction augmente lès jours suivants. On continue à cathétériser le malade; quelques jours après les urines deviennent troubles; le malade se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, de ténesme. On trouve dans l'urine du pus et du bacille d'Eberth en culture pure. Chez une femme soignée par Haouston et qui présentait depuis longtemps de la pyurie, des héma-

turies avec bacille d'Eberth à l'état de pureté, on a noté de temps à autre des périodes de douleur s'accompagnant de malaise général. Enfin dans les deux cas rapportés par Vincent, les symptômes consistaient en fréquence des mictions, ténesme, douleur pendant la miction, pesanteur vésicale, hématuries légères.

Le même tableau clinique s'est trouvé réalisé chez notre malade.

Tous ces signes, du reste, ne présentent pas, en somme, une grande intensité et ne causent pas de très grandes souffrances aux malades.

Un fait important à signaler, c'est la persistance de l'acidité de l'urine au cours de la cystite. Richardson et Curschmann la considèrent comme constante. Nous avons vérifié la même réaction chez notre sujet. Horton Smith va jusqu'à énoncer qu'une urine fraîchement émise, trouble et de réaction acide est toujours suspecte de contenir du bacille d'Eberth. Cependant la cystite éberthienne n'est pas la seule dans laquelle existe la réaction acide. On la constate aussi dans la cystite à colibacilles. Au reste, l'alcalinité n'est pas liée à la cystite, mais à la fermentation ammoniacale consécutive à la rétention d'urine qui le plus souvent favorise la cystite.

Nous avons vu que les troubles fonctionnels sont de peu d'intensité. De plus, ils ne résistent pas beaucoup aux traitements. Les deux malades de Vincent sont guéris en 4 ou 5 jours par des lavages. Notre malade voit en 4 jours disparaître ses symptômes pénibles simplement sous l'influence de 4 grammes d'acide borique par jour pris à l'intérieur. Mais si les signes fonctionnels semblent s'amender rapidement, la pyurie peut résister plus longtemps.

Chez notre malade, la cystite persiste plus de 3 mois après son début.

La cystite du premier malade de Curschmann dure 26 jours; celle de son deuxième malade plus de 2 mois; celle du troisième 4 mois 1/2.

Il est enfin des cas où la cystite s'est installée à demeure et a évolué pendant des années.

Un malade de Horton Smith conserve pendant 5 ans des urines troubles avec bacille d'Eberth en culture pure. Young cite un cas absolument semblable.

Du reste, il faut bien savoir que disparition du pus ne veut pas dire disparition du bacille d'Eberth dans les urines. Notre malade à sa sortie avait des urines parfaitement claires et pourtant elles contenaient encore en abondance du bacille d'Eberth. Horton Smith dit que souvent il a pu, en ensemençant l'urine, obtenir des cultures de bacille.

Enfin, il semble que parfois un autre microbe puisse prendre la place du bacille d'Eberth après la disparition de celui-ci. Le troisième malade de Curschmann bien guéri de sa cystite et de sa bactériurie est examiné une dernière fois avant sa sortie; son urine contenait du colibacille. On connaît du reste deux faits rapportés par Blumer, où coexistaient dans l'urine le colibacille et le bacille d'Eberth.

En résumé, la cystite éberthienne envisagée au point de vue clinique est une complication qui se montre au déclin de la fièvre typhoïde, souvent précédée pendant la période d'état d'une albuminurie purement fébrile; rarement consécutive à la rétention d'urine; elle se borne le plus souvent à la présence de pus et de bacille d'Eberth dans l'urine. Plus rarement elle donne lieu en même temps à des signes fonctionnels : ténesme, douleur, fréquence des mictions, pesanteur au niveau de la vessie, hématuries légères. Quelle que soit la forme, l'urine reste toujours acide. L'affection évolue parfois rapidement et cède facilement au traitement; d'autrefois elle prend l'allure chronique et peut se prolonger des mois et même des années. La bactériurie qui en général semble précéder la cystite, peut lui survivre très longtemps.

Le plus souvent, le bacille d'Eberth existe à l'état de pureté, dans les urines; dans quelques cas, on l'a vu coexister avec le colibacille.

Recherchons maintenant le mécanisme de la cystite à bacille d'Eberth.

On peut admettre, en général, que l'inflammation vésicale est due à l'apport à la vessie du bacille d'Eberth éliminé par le rein. L'élimination rénale est un fait aujourd'hui acquis. Nous savons de plus qu'il se produit des décharges bactériennes au moment de la défervescence. Or, la cystite apparaît à la même époque. Il est donc probable qu'il y a, en premier lieu, bactériurie et, secondairement, cystite. Plusieurs fois on a constaté la présence de bacille d'Eberth dans l'urine plusieurs jours avant l'apparition de la pyurie. Ainsi, dans un cas de Richardson, nous voyons noté que le bacille d'Eberth est décelé dans l'urine le douzième jour de la fièvre typhoïde et la pyurie ne se montre que le trente-huitième jour de la maladie.

L'infection par voie descendante, admise par la majorité des auteurs, ne s'applique peut-être pas à tous les cas sans exception.

Un fait de Haouston, d'ailleurs assez bizarre, le conduit à une autre conclusion sur la pathogénie de la cystite observée par lui. Il s'agit d'une femme qui aurait présenté depuis trois ans des signes de cystite avec présence de bacille d'Eberth à l'état pur dans les urines. Cette femme, trois ans auparavant, avait soigné des enfants atteints de fièvre typhoïde ; mais elle n'avait pas eu elle-même cette maladie. Dans ce cas, Haouston pense qu'il s'agit d'une infection venue de l'extérieur et qui s'expliquerait par la brièveté de l'urèthre chez la femme. Cette interprétation semble difficile à accepter. Il faut se demander si cette femme n'avait pas eu une fièvre typhoïde très légère peut-être. Cela paraît d'autant plus vraisemblable que son sérum sanguin agglutinait le bacille d'Eberth au 1/100°.

Dans le troisième cas qu'il apporte, Curschmann semble assez disposé à admettre la possibilité d'une infection venue de l'extérieur : son malade avait été cathétérisé pendant les jours précédant l'apparition de la cystite ; de plus, il présentait à cette même époque de nombreux furoncles disséminés sur les fesses et les cuisses, furoncles où l'on avait reconnu la présence de bacille d'Eberth et de staphylocoques mélangés. Mais nous verrons qu'on peut interpréter le rôle du cathétérisme dans ce cas d'une façon différente.

Brown (1) relate l'histoire d'une malade atteinte, 35 ans auparavant, d'une fièvre typhoïde et opérée en 1899, d'un gros fibrome de l'utérus. L'opération avait été difficile et la vessie fut plus ou moins traumatisée. L'urine examinée le jour de l'intervention était absolument normale. Dans les huit jours qui suivirent, la malade soumise à des cathétérismes répétés, présenta de la fièvre et se plaignit de vives douleurs dans la vessie.

1. Brown. Cystitis due to the typhoid bacillus introduced by catheter, etc. (*Med. record.*, New-York, 10 mars 1900, p. 405. Analysé par Noguès in *Annales des Mal. des org. gén. ur.*, août 1901, p. 1003).

L'urine était albumineuse et contenait du pus. La réaction en était franchement acide. L'examen de l'urine y fit reconnaître des hématies, des leucocytes, des cellules vésicales et enfin le bacille d'Eberth, présentant entre autres caractères celui d'agglutiner par le sérum des typhiques.

A moins d'admettre dans ce cas le réveil d'un bacille d'Eberth sommeillant dans l'organisme depuis 35 ans, c'est aux cathétérismes pratiqués chez la malade qu'il faut rapporter l'évolution de la cystite éberthienne. C'est à cette conclusion qu'aboutit l'auteur.

Il est une autre hypothèse proposée par Blumer : le microbe traverserait directement la cloison recto-vésicale au lieu d'être introduit par l'uretère ou par l'urèthre.

On voit donc que, certains cas exceptionnels mis à part, la bactériurie représente la première étape de la cystite éberthienne, mais la bactériurie éberthienne est fréquente et la cystite est rare. La première ne suffit donc pas à elle seule, à expliquer la seconde : il faut une cause adjuvante. Cette cause est difficile à établir ; on ne peut guère faire sur elle que des suppositions. Néanmoins, il est certains points qu'il faut noter et qui, dans quelques cas jettent une légère lueur sur l'étiologie.

La cause peut être locale et tenir à une infériorité de résistance de la vessie.

L'existence d'une cystite ou d'une uréthrite blennorrhagique antérieure pourraient prédisposer à une localisation du bacille d'Eberth sur la vessie. Mais ni Richardson, ni Horton Smith ne font mention de tels accidents observés antérieurement chez leurs malades, ni ceux de Curschmann, ni ceux de Vincent ne présentent de passé vésical. Notre malade n'avait jamais eu de blennorrhagie. Rien ne pouvait faire songer chez lui à une tuberculose uro-génitale.

Pourtant la 3e observation de Curschmann pourrait bien être la preuve qu'une irritation locale, et même une lésion antérieure de la vessie sont la cause prédisposante d'une cystite que le bacille d'Eberth venu du rein et passant par la vessie, détermine à son tour. Le cathétérisme que Curschmann tend à incriminer comme moyen d'apport de l'agent septique, n'a peut-être agi qu'en traumatisant légèrement la vessie et en la rendant plus apte à s'auto-infecter.

Une autre question se pose : on a vu que le premier phénomène observé dans le cas précédent a été la rétention et l'urine ne s'est troublée que quelques jours après. La rétention a-t-elle favorisé l'éclosion de la cystite et doit-on l'attribuer à l'état antérieur de la vessie et de la prostate de ce malade âgé de plus de 50 ans et plus suspect à ce point de vue que les jeunes gens.

Peut-on, d'autre part, faire entrer en ligne de compte le degré de virulence du bacille? Remarquons que les cas où la cystite a existé, la fièvre typhoïde a été très bénigne. Chez la malade de Haouston cette maladie a passé inaperçue. Les deux premiers malades de Curschmann ont eu des formes peu intenses de dothiénentérie, seul son troisième malade a été plus sérieusement atteint. Les deux sujets de Vincent présentaient également des formes atténuées. Quant à notre malade, l'atteinte a été chez lui très légère.

Une autre hypothèse mérite d'être discutée : la cystite pourrait-elle se développer sous l'influence d'une atteinte de la moelle due à la fièvre typhoïde. Un seul des cas cités peut donner lieu à cette hypothèse. C'est celui du malade déjà cité de Curschmann.

La rétention qu'il a présentée avant l'apparition de sa cystite pourrait être d'origine médullaire; mais Curschmann ne note pas dans son observation d'autres symptômes pouvant faire penser à une atteinte myélitique.

La cystite à bacille d'Eberth n'est pas en elle-même une complication bien grave de la fièvre typhoïde. Curschmann la considère à juste titre comme plus bénigne que celle que peuvent causer les autres microbes. Le malade de Melchior guérit spontanément en 22 jours. Les troubles fonctionnels chez les malades dont nous avons parlé ont peu résisté aux traitements divers qui leur ont été opposés. Si nous avons pu noter quelques cas de cystite typhique avec signes pénibles s'étant prolongés pendant des années, c'est que les malades avaient négligé de se faire soigner, ce qui prouve, d'ailleurs, qu'ils n'étaient pas très vivement incommodés.

Mais la cystite à bacilles d'Eberth prend une grande importance lorsque l'on considère l'étroitesse de sa parenté avec la bactériurie.

Elle n'est, somme toute, qu'un épisode de cette bactériurie ; et celle-ci persiste trop souvent après la disparition des signes fonctionnels et de la pyurie. Il est donc impossible ici de ne pas élargir la question et de ne pas dire un mot de ce phénomène au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

L'importance de la présence du bacille d'Eberth en grande quantité dans l'urine du typhique semble avoir été un peu négligée en France. En Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis de nombreuses recherches ont été faites pendant ces dernières années sur ce sujet, et les auteurs n'hésitent pas à faire jouer un grand rôle à l'urine de typhiques dans la dissémination de cette infection.

Petruschki a calculé qu'un de ses sujets présentait 170 millions de bacilles d'Eberth par centimètre cube d'urine.

Une malade vue par lui éliminait journellement avec son urine 200 milliards de bacilles d'Eberth.

Une goutte d'urine diluée dans 100 centimètres cubes d'eau contenait 2 000 germes par centimètre cube. Il y a là, dit Neufeld, de quoi contaminer plusieurs cours d'eau, et pour cet auteur ce mode de diffusion est beaucoup plus redoutable que celui joué par les matières fécales. Pour Richardson, l'urine des typhiques doit être surveillée et désinfectée pendant des mois, parfois même des années après la guérison de la fièvre typhoïde.

Pour Horton Smith la persistance de l'élimination des bacilles par l'urine fait courir des dangers au malade, d'abord, en l'exposant à la cystite, l'orchite, l'épididymite, et en second lieu, au public, car pour lui aussi l'urine est un moyen de dissémination bien plus actif que les matières fécales.

En effet, les recherches de ces auteurs abondent en faits où l'élimination du bacille d'Eberth par les urines se continuait longtemps après la guérison de la fièvre typhoïde. Nous avons vu que certains malades présentaient pendant 3 et même 5 ans des signes de cystite avec la présence de bacille d'Eberth en culture pure dans l'urine. Encore ceux-là avaient-ils des troubles pour lesquels ils se faisaient soigner à un moment donné. Mais combien y en a-t-il qui continuent à disséminer partout avec leur urine des bacilles typhiques; qui contaminent les puits, ainsi que Neufeld et Kubler en rapportent un exemple : témoin ce malade de Gwyn (1) soigné 5 ans auparavant à l'hôpital de Boston pour fièvre typhoïde et qui entre de nouveau à l'hôpital pour une affection tout

1. Gwyn, *John Hopkins Hospital Bulletin*, 1899.

à fait étrangère. On examine systématiquement son urine; elle contient du bacille d'Eberth en culture pure.

Un médecin de l'armée des Indes, H. L. Drake (1), qui a observé de nombreux cas de bactériurie persistante chez des soldats atteints de fièvre typhoïde, attache une grande importance à ce mode de dissémination de la maladie dans l'Inde, pays sec où les poussières entraînées au loin emportent avec elles les agents infectieux; il pense que c'est là aussi qu'il faut chercher l'explication de la grande extension qu'a prise la fièvre typhoïde pendant la dernière campagne dans l'Afrique Australe, pays où le sol est aussi sec et aussi poussiéreux que dans l'Inde.

En Allemagne les recherches des bactériologistes ont abouti récemment à un règlement édicté par le ministère de la guerre. Cet ordre prescrit, dans les corps de troupes, d'examiner à l'œil nu d'abord les urines de tous les soldats atteints de fièvre typhoïde et même l'ayant eue pendant les dernières années. Les urines reconnues troubles sont soumises à l'examen bactériologique.

On voit donc toute l'importance de cette question. Il est donc nécessaire de surveiller les urines de tous les typhiques. A défaut de recherches bactériologiques qui ne sont pas toujours praticables, il y a lieu de se comporter envers tous les malades atteints de fièvre typhoïde comme si leur urine contenait du bacille d'Eberth. Telle est la conduite que concilient Richardon, Horton Smith et Neufeld. Or, ces auteurs ont constaté tous les cas tant de bactériurie que de cystite éberthienne les bons effets de l'urotropine et estiment que 4 grammes de ce médicament font disparaître presque à coup sûr le bacille d'Eberth des urines. Aussi conseillent-ils d'administrer systématiquement l'urotropine, qu'ils ont reconnue absolument inoffensive, dans tous les cas de fièvre typhoïde. On prescrit soit 0 gr. 50 à 1 gr. d'urotropine par jour pendant toute la durée de la maladie, soit 2 grammes pendant dix jours, en commençant à la troisième ou à la quatrième semaine de la maladie, époque où l'élimination du bacille d'Eberth par l'urine est la plus habituelle. Chez notre malade, 12 grammes d'urotropine ont fait disparaître en 6 jours les bacilles d'Eberth de l'urine.

Néanmoins lorsque les urines sont devenues limpides et lorsque les bacilles ont disparu sous l'influence de l'urotropine; il faut continuer encore à surveiller l'urine pendant quelques jours. Un fait de Richardson corrobore cette affirmation. Chez un malade atteint de bactériurie avec cystite légère, l'urotropine fait disparaître très rapidement le pus et les bacilles de l'urine. On suspend alors le traitement. Les bacilles reparaissent trois jours après pour ne disparaître définitivement qu'après une nouvelle administration d'urotropine.

Du reste, d'autres modes de traitement sont peut-être applicables. Nous avons vu que, dans certains cas, de simples lavages de la vessie suffisent pour faire disparaître le bacille d'Eberth des urines. Le salol a donné quelques résultats satisfaisants. Quoiqu'il en soit de ces diverses médications, ce qu'il importe de mettre en lumière, c'est la longue durée possible de l'élimination de bacille d'Eberth par les urines.

Il y aurait lieu, croyons-nous, d'entreprendre de nouvelles recherches pour établir les dangers de la bactériurie typhique et prendre les mesures prophylactiques contre ce mode de dissémination de la fièvre typhoïde aussi fréquent qu'inattendu.

1. H. L. Drake. F. R. C. S. Edin-Capitanie Indian medical Service. Rajputana (*The Lancet*, juin 1900).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1900-1901

M. Napieralski (Th.). *Le vertige voltaïque dans les lésions de l'appareil auditif.* N° 475 (Boyer.)

M. Toulzac (Maurice). *Rire et pleurer spasmodiques.* N° 655 (Wilski.)

M. Hauser (Georges). *Études sur la syringomyélie.* N° 624 (Léon Roux.)

M. Vidal (Charles-Alphonse). *Etude sur les réflexes pupillaires.* N° 336 (Boyer.)

M. Carrière (P.). *De la précocité physique et intellectuelle chez l'homme.* N° 219 (Boyer.)

M. Duché (Émile). *De la précocité intellectuelle (Etude sur le génie).* N° 562. (Boyer.)

M. Mac-Auliffe (Léon). *La révolution et les hôpitaux (années 1789, 1790, 1791).* N° 161. (Lib. G. Bellais.)

M. Degris (Georges). *Étude sur Sénac premier médecin de Louis XV (1693-1770).* N° 458. (Boyer.)

M. Napieralski, élève de Babinski, rappelle que les lésions de l'appareil auditif exercent sur le vertige voltaïque une influence modificatrice remarquable.

Au passage du courant, dans la plupart des cas de lésions unilatérales, l'inclinaison de la tête et de la partie supérieure du corps se fait exclusivement du côté de la lésion ou bien prédomine de ce côté. Ce fait est conforme à ce que l'on sait déjà de l'augmentation de l'excitabilité auriculaire sous l'influence d'un état morbide de l'oreille : on sait aujourd'hui que tant que la réaction propre de l'oreille lésée n'est pas supprimée par une destruction complète de l'organe, c'est toujours ou presque toujours du côté de l'oreille atteinte ou la plus lésée que se manifestent l'ouïe douloureuse, les bourdonnements, la paracousie de Wéber, la paracousie de Willis, le vertige avec tendance à la chute de ce côté, etc., etc. Le signe auriculaire de Babinski semble donc démontrer que l'oreille malade présente au point de vue électrique la même excitabilité exagérée que la clinique lui attribue au point de vue fonctionnel.

L'on ne peut sans doute par l'intensité de l'inclinaison de la tête mesurer l'intensité de la lésion : le mouvement peut être très marqué dans une lésion superficielle : il peut être au contraire à peine ébauché dans les cas où la lésion est profonde. Les modifications que peut subir le vertige dans une lésion de l'oreille ne peuvent faire diagnostiquer le siège de cette lésion. Mais le signe auriculaire de Babinski, dans la plupart des cas où la lésion auriculaire se traduit par des caractères objectifs saillants, peut confirmer l'existence de cette lésion; de plus, dans les cas où la lésion est peu accentuée, dans les cas où elle ne se traduit que par des vagues troubles subjectifs, dans les cas où l'examen otoscopique ne donne pas de renseignements, la constatation d'une forme anormale du vertige peut devenir un signe objectif important.

Dans les lésions auriculaires bilatérales, si dans quelques cas seulement, le vertige n'est pas modifié dans sa forme, dans d'autres (et c'est semble-t-il le plus grand nombre) ou bien il n'y a pas de mouvement, ou bien il y a mouvement en arrière, ou bien il y a inclinaison latérale de la tête presque toujours beaucoup plus accentuée du côté de l'oreille la plus lésée.

Dans certains cas de lésions auriculaires, on peut par l'aération de la caisse modifier la forme du vertige.

C'est ainsi que dans certaines lésions unilatérales, catarrhe tubaire, catarrhe de la caisse, sclérose de l'oreille moyenne, on peut constater, après une insufflation d'air au moyen de la poire de Politzer, que le courant appliqué comme auparavant aux tempes « ne fait plus tourner la tête du côté de la lésion », mais que ce mouvement se dirige du côté du pôle positif comme chez les individus à oreilles normales.

Ce fait nouveau signalé par Babinski est en réalité la démons-

tration de l'action directe du courant galvanique appliqué aux tempes sur le labyrinthe hyperesthésié, hyperexcitable du fait d'une lésion optique et non pas sur les centres nerveux.

De plus, la grande facilité avec laquelle on peut déplacer dans certains cas le côté de la rotation céphalique, semble prouver dans ces cas le peu de gravité de la lésion otique et surtout l'absence de lésion du nerf labyrinthique. On comprend ainsi l'importance que peut prendre le signe de Babinski dans le pronostic d'une lésion auriculaire.

M. Toulzac rappelle que le rire et le pleurer sont des mouvements psycho-réflexes d'expression des sentiments; ils sont provoqués, sous l'influence de la volonté ou involontairement, soit par nos représentations, soit par nos émotions, de même que le sont chez les animaux les cris de douleur, l'horripilation des poils dans la peur, le goulgoul du pigeon, le couak de la grenouille, etc., tant qu'il servent uniquement à l'expression de ces états affectifs.

Les diverses observations cliniques, recueillies, comparées et coordonnées, unies à l'expérimentation chez les animaux, permettent une localisation centrale du rire et du pleurer dans la région thalamique.

La partie antérieure des couches optiques, centre de coordination des mouvements réflexes d'expression, est le centre de coordination du rire et du pleurer.

Le rire et le pleurer spasmodiques se produisent chaque fois que le malade ne peut plus inhiber les réactions de sa mimique émotive. C'est ce que l'on observe dans diverses affections cérébrales : hémiplégie de cause cérébrale, paralysie pseudo-bulbaire, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie de Charcot, dans les lésions intéressant la région thalamo-bulbaire.

Pour Bechterew, le rire et le pleurer spasmodiques se produisent lorsqu'il y a une lésion destructive du thalamus qui détermine la perte du pouvoir d'inhibition.

Brissaud fait remarquer que la destruction du centre du rire et du pleurer expliquerait mal le rire et le pleurer spasmodiques, et il attribue ce phénomène à une exaltation du pouvoir moteur, causée : soit par une lésion irritative du thalamus ou des voies de conduction cortico-thalamiques.

Les documents anatomo-cliniques recueillis dans le travail de Toulzac militent en faveur de l'hypothèse de Brissaud ainsi que le montrent les observations des différents auteurs.

Dans le rire et le pleurer spasmodiques, les couches optiques sont intactes et la lésion siège au voisinage du segment antérieur de la capsule et ne détruit pas la totalité des fibres de cette voie.

M. Hauser, élève de Dejerine, dans une très importante étude, rappelle que l'on ne s'entend guère sur le sens précis à donner au mot syringomyélie; on se demande si la syringomyélie n'est pas une simple modalité d'évolution de cavités d'autre origine, une réaction accidentelle développée à la faveur de lésions préexistantes d'hématomyélie ou d'hydromyélie. Après s'être livré à une étude très complète de l'anesthésie dans la syringomyélie, M. Hauser rappelle que les lésions de la syringomyélie atteignent presque tous les éléments constitutifs de la moelle (névroglie, vaisseaux, fibres nerveuses, tissus conjonctif), et ces altérations, étudiées individuellement, n'ont par elles-mêmes aucun caractère spécifique. Si, d'autre part, l'on essaye de synthétiser l'ensemble des lésions, on y reconnaît l'existence d'un processus à la fois irritatif et destructif, qui a pour dernier terme la fonte et l'élimination des tissus.

Ce processus et cette évolution sont-ils l'effet de troubles nutritifs banals survenus secondairement? Ou bien, au contraire, sont-ils assez constants et assez particuliers à cette lésion pour être regardés comme vraiment spécifiques?

Il est fort difficile de se prononcer à ce sujet, mais l'on ne saurait trouver dans l'examen histologique un critérium toujours suffisant de l'origine et de la nature véritable de chaque cas particulier, et juger, par suite, la part que peuvent prendre dans le développement de la syringomyélie, l'existence d'une hématomyélie antérieure, ou celle d'une hydromyélie congénitale?

Ne peuvent-elles être l'origine et la cause ignorée du processus? S'il en est ainsi, qu'elle est la filiation des lésions? M. Hauser pense que les cas où le processus syringomyélique complique des lésions préexistantes d'hématomyélie ou d'hydromyélie ne peuvent être regardés comme constituant une règle, et que, par suite, lorsque cette transformation intervient, elle n'est pas le fait de leur évolution naturelle; il s'agit bien d'un phénomène nouveau, se greffant peut-être avec prédilection sur un terrain préparé.

Le canal central n'est que la voie d'apport d'un agent morbide, étranger à l'organisme, et qui réagit par son intermédiaire sur les éléments névralgiques.

Ainsi, l'hématomyélie d'une part, les malformations congénitales de l'autre, ne sont pas des facteurs étiologiques suffisants du processus syringomyélique. On peut entrevoir que ce processus reconnaît des causes plus directes, mais il est impossible de préciser leur nature et leur mode d'action.

Dans une étude très complète sur les réflexes pupillaires, M. Vidal admet que la pupille est dilatée naturellement dans l'obscurité à cause de son élasticité propre. Sous l'influence de la lumière, par exemple, son sphincter se contracte proportionnellement à l'intensité lumineuse, et toujours, pour une quantité donnée de lumière ambiante, il y a une contraction donnée de la pupille. Le muscle dilatateur, lui, ne dilaterait surtout la pupille que sous l'influence des excitations sensitivo-sensorielles.

Les mouvements pupillaires sont généralement des mouvements réflexes purs. Néanmoins la pupille peut obéir quelquefois à des incitations purement psychiques. Certaines personnes paraissent même avoir la faculté de dilater volontairement leur pupille.

La pupille réagit, en outre, sous l'influence des moindres excitations extérieures, ce qui avait fait penser à Schiff qu'on pourrait l'utiliser comme esthésiomètre. Elle est, en effet, sensible à des excitations si délicates qu'elles n'ont aucune influence sur la pression sanguine dont on connaît l'extrême sensibilité de réaction pour les excitants les plus faibles.

Enfin les mouvements de la pupille sont associés à ceux des paupières. De plus, l'existence de ces deux réflexes permet de dépister une affection de l'encéphale chez les sujets paraissant sains, puisque, d'après les statistiques des expérimentateurs c'est, en effet, surtout chez les gens atteints de maladies nerveuses d'origine centrale qu'on les observe le mieux.

D'ailleurs, la pupille réagit de diverses façons sous l'influence du cerveau. Elle est dilatée dans les affections irritatives et rétrécie fortement dans la paralysie du cerveau : cette contraction exagérée est d'un sombre pronostic.

Mais à l'état normal la pupille doit présenter une certaine dilatation due à son élasticité propre et au tonus du muscle dilatateur.

Quand la pupille est complètement immobile, soit dans un seul œil, soit dans les deux yeux, on est en droit de craindre et souvent de prévoir de graves lésions du système nerveux : du système ganglionnaire central et médullaire quand les réflexes à la lumière, à l'accommodation, à la convergence ont disparu ou sont engourdis; du système nerveux sympathique et périphérique quand elle ne réagit plus sous les influences sensitivo-sensorielles.

M. Carrière appelle précoce tout organe ou toute fonction physique ou intellectuelle qui apparaît chez un enfant avant l'âge ordinaire dans un milieu donné. Il étudie la précocité physique (dentition précoce, menstruation précoce avec ou sans développement physique prématuré, puberté précoce chez l'homme). Après cette première partie, l'auteur passe en revue divers faits de précocité intellectuelle chez les peintres, les musiciens, les mathématiciens et calculateurs, etc. Il rapproche cette étude de la précocité chez l'homme, de la précocité chez les végétaux et chez les animaux et termine son œuvre très documentée en montrant que l'étude des relations de la mère et de l'embryon et des sécrétions internes transmises pendant la vie intra-utérine et après commence à peine à s'ouvrir. L'explication génétique de la précocité physique ou intellectuelle est donc encore lointaine.

M. Duché limite son étude à la précocité intellectuelle dans le génie et rapporte dans son intéressante thèse les nombreux

faits historiques, tels que ceux de Pascal, de Mozart, de Gœthe, Victor Hugo. Il conclut que les hommes de génie ont généralement donné des signes de supériorité intellectuelle et artistique dès leur enfance et rappelle la statistique suivante due à A. Fr. Chambertain.

Sur 40 musiciens, l'auteur en a relevé 90 p. 100 ayant marqué leur prédisposition d'une façon remarquable, avant 20 ans. Sur 58 peintres et sculpteurs, 89 p. 100 ont donné des marques de leur aptitude avant 20 ans; sur 52 poètes, 75 p. 100 avaient produit avant 20 ans, de même sur 36 savants, 25 p. 100 s'étaient montrés d'une anormale précocité; enfin sur 37 philosophes, 67 p. 100 avaient affirmé la force de leur esprit avant 20 ans. Ainsi c'est le génie musical dont la précocité est le plus constamment observée, et c'est à peine si l'on trouve 10 musiciens sur 100 qui n'aient pas donné dès l'enfance des signes de leurs prédispositions.

L'étude intéressante et documentée de M. Mac-Auliffe montre qu'en 1789, 1790, 1791, la Révolution réalisa d'immenses bienfaits au point de vue de l'assistance hospitalière. Elle supprima des administrations « gothiques » : le bureau de l'Hôtel-Dieu et le bureau de l'Hôpital-Général.

Cette suppression fut particulièrement heureuse, car la gestion des administrations qui disparaissent laissait beaucoup à désirer. En 1789, les hôpitaux de Paris possèdent 8 millions de livres de revenus affectés à 23 établissements et à une population de 50000 hospitalisés. Avec ces ressources relativement considérables, ils ne parviennent pas à faire face aux dépenses courantes. En 1895, l'Assistance publique, service qui dans son ensemble est établi d'après les doctrines de la Révolution, entretient avec 23 millions 1/2, 37 établissements hospitaliers qui comptent une population de 200000 malades ou secourus de toutes catégories. Cette administration réalise donc pour la gestion de ses affaires de très grands progrès sur celles de l'ancien régime.

De plus, la mortalité atteint des proportions considérables avec le système hospitalier de l'ancien régime. Elle est de 13,3 p. 100 à la Charité, de 16,2 p. 100 aux Petites-Maisons, et dans les hôpitaux bien tenus comme la maison des Hospitalières de Saint-Joseph, elle a pu s'élever à 33 p. 100 et même à 45 p. 100 (Hospitalières de la rue Mouffetard) sans qu'avant la Révolution personne ne s'inquiète de ces hécatombes.

En 1786, le Gouvernement s'empare du produit de la souscription ouverte pour la création et de l'édification de quatre nouveaux hôpitaux : personne n'élève la voix contre cette spoliation.

Les lits à plusieurs places ne soulèvent que des protestations académiques. Personne ne propose sérieusement de les supprimer. L'hygiène hospitalière est déplorable; personne ne s'en inquiète. Les médecins ne sont pas même appelés à titre consultatif dans les conseils d'administration.

Avec la Révolution, un immense travail d'enquête s'effectue. Les lois de l'hygiène sont prises en considération. Les malades sont couchés seuls; les médecins sont consultés; certains même deviennent administrateurs d'hôpitaux. Quelques-uns et non des moins célèbres (Guillotin, Thouret, Cabanis) sont chargés d'enquêtes sur les hôpitaux. Desault et Corvisart fondent les Cliniques assurant en même temps que le traitement véritablement scientifique des malades, la continuité de la tradition dans les études médicales.

Sous l'ancien régime, les hôpitaux sont administrés par un corps mal défini. Pendant la période révolutionnaire on voit par des étapes successives cette administration revenir à la municipalité, au directoire, au département et enfin à l'Etat. Seule l'administration financière des établissements hospitaliers prête à la critique. Mais jamais dans ces moments de troubles où le Gouvernement fut constamment à court d'argent les malades ne partagèrent les inquiétudes des administrateurs.

Sénac, premier médecin de Louis XV, fut un observateur scrupuleux et un savant qui sur bien des points a vu juste. Il a, dans son traité de la structure du cœur, essayé de fixer les bases d'un traitement rationnel. Les lignes qu'il consacre à l'utilité du lait et du régime alimentaire chez les cardiaques, aux indications de la saignée et de la paracentèse du péricarde sont d'un précurseur clairvoyant. Et dans sa thèse, M. Degris, en retraçant la vie et l'œuvre de Sénac, nous a donné une intéressante étude d'histoire médicale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Diagnostic clinique et expérimental des affections rénales (Klinischer und Experimentelles zur Nieven diagnostik), par Waldvogel (*Arch. f. experim. pathol. und pharmak.*, t. XLVI, f. 2). — L'auteur fait une étude critique de la cryoscopie dans les affections rénales, et conclut que la valeur du point Δ et les rapports de Δ, $\frac{\Delta}{NaCl}$ et $\frac{\Delta}{N}$ dans la néphrite ne sont pas typiques de l'inflammation rénale et sont inconstants. L'inanition, la suppléance qui survient au cours de l'hypertrophie compensatrice succédant à la néphrectomie donnent des résultats semblables. La saignée ou l'infection intraveineuse de sérum ne peuvent dans l'urémie relever le point de réfrigération.

Lorsque le rein sécrète peu, ou dans la pyonéphrose, on peut tirer de bonnes indications de la cryoscopie pour juger de la possibilité d'une néphrectomie et l'on peut aussi après l'opération, vérifier la valeur de la fonction rénale.

Le réflexe crémastérien, par A. Tozzi (*Riforma medica*, an XVII, vol. IV, nos 31 et 32, p. 362 et 374, 6 et 7 novembre 1901). — Chez les névropathes on rencontre assez souvent des modifications du réflexe crémastérien allant depuis l'absence totale jusqu'à l'exagération, sans qu'une maladie proprement dite du système nerveux puisse donner la raison de ces différences. C'est chez les individus dont le rapport entre la stature et le diamètre transversal du corps est approximativement égal à la proportion idéale qu'on a le plus de chances de rencontrer le réflexe crémastérien régulier, à la condition, bien entendu, qu'aucune influence perturbatrice n'entre en jeu. Il est rare toutefois que les réflexes crémastériens de l'un et de l'autre côté du corps de l'homme normal soient égaux.

Le réflexe crémastérien, chez la personne saine comme chez la personne malade, est en somme sujet à varier, et d'une façon considérable; les modifications ont toujours une cause, mais celle-ci est quelquefois difficile à déterminer.

Contrairement à ce qu'a dit Jastrowitz, ce réflexe peut exister dans l'hémiplégie aussi bien du côté sain que du côté paralysé; il peut aussi manquer. Sa présence ou son absence n'est d'ailleurs de quelque valeur que si on a éliminé toutes les causes pouvant avoir de l'influence sur sa production au moment où on le recherche; la valeur de ce signe n'est que relative dans les hémiplégies récentes; elle est plus restreinte encore dans les hémiplégies chroniques.

De la dysménorrhée membraneuse (Zur Lehre von der Dysmenorrhea membranacea), par Kollmann (*Münchener med. Woch.*, 1901, p. 1447). — L'auteur résume ainsi son travail : la dysménorrhée membraneuse n'a aucun effet sur la gravité de l'avortement. Elle n'est pas une cause de stérilité. Les membranes de dysménorrhéiques n'ont rien à voir avec une inflammation de la muqueuse utérine. Les membranes sont purement fibrineuses, elles peuvent être mélangées de sang et sont dues à une sorte de névrose des tissus par suite d'hémorrhagies ou d'exsudation. Les douleurs sont provoquées par l'expulsion des membranes.

Élimination des sels de potasse et de soude dans la cachexie carcinomateuse et la phthisie (Das Ausscheidungsverhältniss der Kalium und Natriumsalze bei Carcinomcachexie und Phtisie), par R. Meyer (*Deutsche med. Woch.*, 1901, n° 37). — Tandis qu'à l'état normal la quantité de soude éliminée est plus forte que celle de potasse, la propor-

tion dans les états cachectiques est ouverte. Dans 3 cas de cachexie carcinomateuse, le rapport de la potasse à la soude était 2 : 1. La même constatation fut faite dans deux cas de phthisie progressive, tandis que dans un autre cas de phthisie au début, le rapport était encore 1 : 3.

De l'amusie avec étude d'un cas d'amusie instrumentale au début d'une paralysie progressive (Beiträge zur Lehre von der Amusie nebst einem Falle von instrumentaler Amusie bei beginnender progressiver Paralyse), par J. Donath (*Wiener klin. Woch.*, n° 40, 1901). — L'amusie est l'analogue de l'aphasie et comprend les mêmes subdivisions. On peut distinguer une surdité musicale (amusie auditive), une acité musicale (alexie musicale), une amusie motrice (vocale ou instrumentale), une amusie amnésique. Ces différentes formes peuvent se combiner ou rester isolées. Le centre cérébral semble être dans la portion antérieure de la première et 2° circonvolution temporale gauche. Le cas observé par l'auteur est celui d'un musicien de profession pris d'amusie instrumentale subite avec aphasie motrice et qui de tout son répertoire ne pouvait plus donner qu'un seul morceau, toujours le même.

Les lymphocytes sont-ils doués de mouvements amœboïdes? (Sind die Lymphocyten amœboïder Bewegung fätig? par H. Hirschfeld (*Berliner klin. Woch.*, n° 40, 1901). — L'auteur a employé la méthode de Deetjen dans un cas de leucémie lymphatique et a pu nettement constater des mouvements amœboïdes non seulement sur les leucocytes polynucléaires, mais aussi sur les lymphocytes.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 Décembre 1901.

Influence des hautes altitudes sur la circulation et les échanges respiratoires.

M. Robin. — Les recherches faites au cours de l'ascension du ballon *Quo Vadis* ont montré que, sous l'influence des hautes altitudes, les échanges respiratoires, l'absorption d'oxygène et la quantité d'oxygène fixé par les tissus augmentent. On ne saurait donc, même en tenant compte des circonstances particulières dans lesquelles a été faite l'expérience, généraliser ainsi que l'a fait M. Chauveau, et soutenir que les hautes altitudes n'ont que peu d'influence sur la circulation et les échanges respiratoires.

M. Chauveau se défend d'avoir conclu d'une façon générale sur l'influence des hautes altitudes.

Action thérapeutique de la strychnine.

M. Fernet insiste sur les applications thérapeutiques de la strychnine dans l'alcoolisme, la tuberculose et les maladies infectieuses adynamiques.

Dans le traitement du *délirium tremens*, l'opium, le chloral, le sulfonal ne valent pas la strychnine; la thérapeutique rationnelle consiste dans l'isolement, l'alimentation, l'administration de la strychnine.

Dans la tuberculose, dans les formes adynamiques de la pneumonie, de la grippe, de la fièvre typhoïde, la strychnine donne aussi de bons résultats.

Elle peut être administrée, soit à l'intérieur, sous forme de sirop, soit en injections sous-cutanées, à la dose de 6 milligrammes.

Epilepsie jacksonienne et localisations cérébrales.

M. Lucas-Championnière fait remarquer, à propos des observations présentées au cours de la dernière séance par M. Raymond, que les néoplasmes du cerveau ont une symptomatologie beaucoup trop variable pour devenir le véritable objectif de la chirergie cérébrale. D'autre part, s'il fallait attendre, comme le soutient M. Raymond, que la paralysie fût définitivement installée pour intervenir, alors que la trépanation est d'ailleurs indiquée par une épilepsie partielle et par d'autres accidents aigus, on risquerait fort de n'arriver que trop tard.

En somme, l'épilepsie partielle ne justifie pas à elle seule la trépanation; il faut cependant reconnaître qu'elle fournit des renseignements utiles quand l'intervention est légitimée par les troubles qui accompagnent l'épilepsie dans la plupart des cas.

M. Laborde croit, comme M. Lucas-Championnière, que l'épilepsie jacksonienne peut servir à guider le chirurgien, mais qu'elle ne doit jamais être considérée par lui comme un véritable « signal-symptôme ».

HYGIÈNE PUBLIQUE

Des accidents consécutifs aux injections préventives du sérum antipesteux (1).

I

Les accidents qui suivent les injections de sérum antidiphtérique ou antistreptococcique sont assez connus; il n'en est pas tout à fait de même de ceux que provoquent les injections de sérum de Yersin contre la peste. Débarqué au Frioul avec les 173 passagers du *Sénégal*, qui pour la plupart ont été soumis à cette injection préventive, nous avons réuni quelques documents relatifs à ce sujet. Ordinairement les quarantenaires, aussitôt délivrés, se dispersent de divers côtés et il est difficile de connaître les suites éloignées de ces injections, au delà du dixième jour, terme ordinaire de la quarantaine. Or, nous avons pu suivre ou retrouver la plupart des passagers du *Sénégal* et faire parmi eux une enquête. C'est le résultat de cette enquête que nous résumons ici.

II

Sur 173 passagers, nous avons pu recueillir des renseignements assez précis sur 143 d'entre eux; quelques faits intéressants ont été observés par des médecins qui ont bien voulu nous les communiquer (2).

Sur les 143 personnes qui nous ont répondu, 133 ont été injectées de 7 centimètres cubes de sérum de Yersin, provenant de l'Institut Pasteur et datant de 2 mois environ pour la première série injectée le samedi 21 septembre; pour la seconde série, injectée le 22 septembre, le sérum était frais, arrivé le jour même ou la veille au soir. Cette question nous paraît du reste fort secondaire; il ne nous a point semblé en effet qu'il y eut de notables différences dans les résultats; les accidents ont été observés aussi bien sur les injectés du 22 que sur ceux du 21; sur ce point, du reste, l'enquête est incomplète, car nous n'avons pu savoir pour tous les passagers l'âge exact du sérum. L'enquête porte en bloc sur les deux sérums.

Un premier point à noter tout d'abord : 10 passagers ont été réfractaires et se sont refusés à toute inoculation. Aucun n'a présenté le moindre malaise, leur santé est restée parfaite.

Parmi les 133 passagers soumis à l'injection, 74 n'ont rien éprouvé, ni pendant les premiers jours (durant leur séjour au Frioul), ni ultérieurement.

60 personnes ont présenté divers accidents, bénins dans la grande majorité des cas, plusieurs sérieux, quelques-uns même très sérieux, soit une proportion de 44,7 p. 100. Nous divisons ces accidents en trois groupes :

A. accidents précoces survenus dans les 3 ou 4 premiers jours;

1. Voir notre article précédent *in Gaz. hebd.*, n° 85, jeudi, 24 décembre 1901.

2. Nous adressons tous nos remerciements aux confrères qui nous ont adressé des observations et aussi à tous les passagers qui ont bien voulu répondre à notre questionnaire.

B. Accidents tardifs survenus à partir du 10° jour;
C. Complication grave indéterminée.

A. *Accidents précoces.* — 20 inoculés ont été pris, ordinairement vers le 4° jour, de divers troubles, tous fort bénins, ayant duré de 1 à 3 jours et ayant disparu sans suites ultérieures. Parmi eux, 11 ont eu un simple malaise, accompagné d'embarras gastrique, de diarrhée brusque plus ou moins douloureuse, de courbature ordinairement sans fièvre, deux avec fièvre intense, céphalée, courbature, lassitude extrême, etc.

En voici le type : Mme A..., injectée le dimanche, a été brusquement, le mercredi, prise d'une diarrhée abondante, d'une véritable débâcle intense, avec céphalée violente, fièvre, courbature. Le jeudi, la diarrhée s'arrête au moyen de l'elixir parégorique; la fièvre tombe, mais la courbature persiste. Le dimanche suivant, au siège de la piqûre : gonflement, érythème avec adénite inguinale polyganglionnaire, très peu douloureuse qui dure 4 jours et disparaît. Pendant 15 jours, fatigue et lassitude extrême; puis guérison finale parfaite. Un seul passager a été pris de plusieurs crises de diarrhée qui ont persisté jusqu'au 10 octobre, pendant 20 jours environ.

Dans un second groupe (4 personnes), les accidents précoces ont consisté, vers le 4° ou 5° jour, en un prurit généralisé sans éruption (1 cas), ou en une éruption d'urticaire discrète, sous forme de papules ou de plaques d'érythème prurigineuses, disséminées sur l'abdomen, les cuisses, etc., sans autre malaise et de courte durée, de 24 à 48 heures (3 cas).

Enfin le troisième groupe (5 cas) comprend de légères adénites inguinales unilatérales du côté correspondant à l'injection pratiquée dans le flanc droit, adénite bénigne, peu douloureuse et de courte durée, n'ayant occasionné qu'un peu de gêne dans la marche. L'adénite coïncidait ordinairement avec un gonflement léger au niveau de l'injection et un érythème abdominal très localisé en ce point.

En somme, au Frioul, les accidents précoces ont été relativement rares et très bénins. Les adénites localisées, les éruptions dépendent évidemment du sérum. Les troubles digestifs pourraient en partie être mis sur le compte de l'alimentation défectueuse; cependant la soudaineté de leur apparition, la date presque uniforme du début, leur disparition fort rapide, et enfin l'absence de tout trouble digestif chez les 10 non injectés, permettent de penser qu'il s'agit nettement d'une crise réactionnelle due au sérum.

B. *Accidents tardifs.* — Nous rangeons ici les multiples accidents développés plus de 10 jours après l'inoculation; ils forment trois groupes distincts.

1° *Erythèmes tardifs* (13 cas). — Ces érythèmes se sont manifestés du 10° au 15° jour, rarement au delà. Ils ont consisté en une éruption ordinairement discrète, disséminée sur l'abdomen, les cuisses, les bras; sous forme de plaques d'urticaire, érythémateuses et prurigineuses, de roséole simple ou papuleuse, d'érythème noueux, quelquefois volumineux; avec ou sans fièvre légère, état gastrique, courbature, lombago, douleurs lancinantes des reins et des cuisses, surtout nocturnes, quelques douleurs articulaires. Ces éruptions, toutes bénignes, ont disparu en quelques jours, laissant un peu de courbature et quelques douleurs vagues. En voici un exemple des plus nets :

M. B... subit l'injection le dimanche matin (sérum frais) 22 septembre. Le 12 octobre, 20 jours après, vers minuit : malaise, sensation syncopale, troubles digestifs (pyrosis, gonflement abdominal, pesanteur épigastrique, état nauséeux).

Le dimanche 13, au réveil, prurit généralisé, avec éruption d'urticaire, énormes papules et nodosités de la grosseur d'un œuf de pigeon et siégeant au lieu d'élection : coudes, avant-bras, fesses, cuisses, face antérieure des jambes; vives démangeaisons à la paume des mains; doigts gonflés; extrémités des doigts froides, presque insensibles, avec un peu d'asphyxie. Le prurit est très vif, exaspérant.

Dimanche soir, fortes douleurs dans la nuque, rachialgie.

Cet état persiste 48 heures et s'améliore peu à peu, et le cinquième jour tout rentre dans l'ordre. Dès l'apparition des phénomènes, on applique un traitement rationnel : purgatif salin pendant 3 jours, régime lacté absolu.

Au bout de 5 jours, lait, fruits, légumes, et reprise du régime général le 7° jour.

Dans deux cas les éruptions ont été accompagnées de polyadénites inguinales légères et bénignes.

2° Dans ce second groupe sont réunis tous les cas d'arthralgies, de myalgies, de pseudo-rhumatismes infectieux. Il comprend 21 personnes. Ici encore, les phénomènes n'apparaissent que du 10° au 15° jour après l'injection.

Le début a lieu par un malaise, une sensation de froid dans les membres, une courbature avec rachialgie plus ou moins intense; puis apparaissent des douleurs aiguës, lancinantes (plusieurs disent « des douleurs à crier ») dans les genoux, les coudes, les épaules, dans les masses musculaires. Ces douleurs chez beaucoup s'exaspèrent pendant la nuit par le séjour au lit, d'où insomnie pendant 2 ou 3 nuits. Tantôt il y a apyrexie complète, tantôt on constate un notable mouvement fébrile. La crise dure de 5 à 10 jours; mais plusieurs souffrent de ces mêmes douleurs atténuées pendant trois semaines, sans que le traitement ait la moindre influence; elles finissent par disparaître spontanément.

Sur les 21 cas, 5 ont été accompagnés d'érythèmes variés et 2 de polyurie nocturne notable.

Voici, par exemple Mme D... qui, injectée le 21 septembre, est prise 15 jours après, dans la nuit, de douleurs violentes dans la nuque, les poignets, les genoux, les pieds, sans fièvre, sans troubles généraux. Ces douleurs sont très intenses la nuit au point de ne pouvoir tourner la tête sans pousser des cris.

Pendant 6 jours, ces douleurs sont très intenses, puis elles diminuent progressivement pour ne disparaître que 15 jours après.

Telle encore Mme E... qui éprouve le 12° jour une courbature intense avec rachialgie. Puis le lendemain, elle est atteinte d'une éruption d'urticaire, généralisée mais discrète, avec douleurs vives, sans gonflement ni fièvre, des genoux, des malléoles, des coudes, des poignets; douleurs assez vives pour l'obliger à garder le lit 4 jours. Le tout disparaît au bout de 10 jours; il ne reste qu'un peu de courbature et de fatigue.

Deux malades seulement ont eu un véritable rhumatisme infectieux, avec fièvre et gonflement douloureux de plusieurs jointures : poignets, pieds, genoux, etc. C'est ainsi que M. G..., très rhumatisant antérieurement, fut au 14° jour pris de malaise, de fièvre, de courbature, de lombago, de douleurs lancinantes dans le bassin et le long des membres inférieurs, avec sensation de chaleur et d'engourdissement. Le lendemain, gonflement douloureux des deux poignets et des articulations tibio-tarsiennes. M. G... dût garder le lit 5 jours. Rapidement, du reste, ce pseudo-rhumatisme s'est évanoui sans laisser de traces.

Citons enfin le cas de Mme K... que nous rangeons ici, bien qu'il soit fort complexe. Inoculée le dimanche, elle est atteinte 4 jours après, de violentes démangeaisons sur tout le corps, avec une légère poussée d'urticaire. Puis le 12° jour, gonflement douloureux des malléoles de courte durée, diarrhée sans troubles gastriques pendant 8 jours; enfin arythmie cardiaque passagère avec quinte de toux sans le moindre rhume. Vers le 20 octobre, tout est rentré dans l'ordre, sauf une démangeaison persistante sur diverses parties du corps. Mme K... est du reste une arthritique.

Il est bon, en effet, de faire remarquer que sur les 21 personnes de ce groupe, 8 se donnent comme des arthritiques ayant eu diverses manifestations antérieures. Il est certain que plus prédisposées que d'autres elles ont vu plus facilement leurs misères arthritiques se réveiller sous l'influence du sérum.

3° Nous arrivons au troisième groupe plus mal défini, dans lequel se trouvent 5 cas qui nous semblent relever de névrites infectieuses, d'intensité et de localisations variées. Nous exposons ces faits tels qu'ils nous sont communiqués presque tous, du reste, par des confrères qui ont suivi les malades.

M. J..., ancien paludique et dyspeptique, ayant eu déjà des névralgies et des rhumatismes vagues, est injecté le samedi 21 septembre. Vers le 4° jour, pendant son séjour au Frioul, il est pris d'un accès de fièvre brusque, avec céphalée intense, courbature, diarrhée douloureuse; guérison en 24 heures. Il va bien jusqu'au 1er octobre. A cette date, vers 9 heures du matin, douleurs vives au creux de l'épigastre et pituites acides muco-sanguinolentes pendant 2 heures; régime lacté.

Le mercredi 2 octobre, en voyage, vers 3 heures de l'après-

midi, apparition de douleurs suraiguës, lancinantes qui font gémir le malade et, douleurs continues et s'exaspérant par accès. Elles siègent symétriquement aux deux bras, partant des épaules et s'irradiant jusqu'aux extrémités digitales. Elles s'accompagnent d'une sensation de chaleur ou de froid alternativement et par plaques, et surtout d'un engourdissement complet des deux bras. Le moindre mouvement, surtout l'élévation des bras, l'extension des avant-bras déterminent des douleurs suraiguës; la douleur à la pression est fort vive le long du plexus nerveux du bras, dans la région du biceps. Ces douleurs persistent jusqu'à son arrivée à Paris, le soir même, et l'intensité en est telle qu'une piqûre de morphine arrive seule à les calmer.

Le lendemain jeudi, au réveil, les douleurs sont moins aiguës; M. J... accuse une lourdeur et un engourdissement notable des bras; certaines régions sont anesthésiées par plaques, l'épaule, l'avant-bras, les doigts. Les extrémités digitales sont insensibles, mais la pression est très douloureuse (anesthésie douloureuse des extrémités.

De jour en jour ces douleurs diminuent, et 15 jours après, il ne reste plus qu'un sentiment de douleur sourde, d'engourdissement du bras gauche. Le bras droit est indolent, mais il persiste une anesthésie des doigts avec sensation de chaleur cuisante qui gêne notablement le malade pour écrire. M. J... suit encore actuellement un traitement électrique.

Il n'est pas douteux qu'il s'agisse dans ce cas d'une névrite double symétrique des deux plexus brachiaux, qui a persisté pendant plus d'un mois. Ajoutons que depuis M. J... est resté très souffrant de troubles gastriques, de malaises divers et que sa santé n'est point rétablie de ces multiples accidents.

Le fait suivant reproduit, sous une forme un peu différente et atténuée, des troubles douloureux analogues. M. L..., quinze jours après l'inoculation atteint pris de douleurs vives dans tout le membre supérieur droit, sans fièvre, sans symptômes généraux. Ces douleurs ont débuté sourdement sur la face postérieure de l'avant-bras, puis ont gagné le bras et la région de l'omoplate. Très pénibles le jour, elles devenaient intenses pendant la nuit, provoquant l'insomnie. Pendant le jour les mouvements semblaient les diminuer. Elles s'accompagnaient d'une sensation d'engourdissement et de chaleur du bras et de l'épaule. Il y eut enfin pendant quelques jours une certaine faiblesse musculaire accompagnée dans les mouvements volontaires d'un tremblement de la main et du bras qui inquiétait fort le malade.

Les divers traitements employés : salicylate de soude, antipyrine, purgatifs, diurétiques, les applications locales très chaudes, le massage ont été d'un effet nul. Seul le temps a atténué les vives douleurs qui ont à peu près complètement disparu aujourd'hui (30 octobre).

Mme S... a été prise d'un engourdissement étrange de la jambe, mais surtout du pied qui paraissait « comme mort ». Il y avait une complète insensibilité; elle pouvait le piquer, le pincer sans rien sentir. Cette anesthésie n'était point douloureuse. Au bout de 15 jours la sensibilité reparut progressivement et actuellement il ne reste plus trace de cet incident.

Le fait suivant très bien observé me semble devoir être rattaché aux accidents du sérum, nous en donnerons les raisons après avoir résumé l'observation.

M. R..., jouissant d'une excellente santé, sauf une attaque de sciatique et quelques douleurs musculaires vagues. Il subit l'inoculation le 21 septembre; rien jusqu'au 1er octobre. A cette date apparition d'une légère oppression qui s'accentue le lendemain.

Dans la nuit du 2 au 3 octobre, il se réveille oppressé, « cherche sa respiration »; il est atteint d'une sorte d'accès pseudo-asthmatique qui dure près de deux heures, puis cesse progressivement.

Dans la journée du 3, oppression constante, s'exagérant par accès, surtout pendant la marche, l'ascension d'étages, la digestion. Des accès de palpitation accompagnent l'oppression, ils se produisent même au repos.

Le 4 octobre, la même oppression persiste, mais de véritables accès se développent et s'accentuent plusieurs fois dans la même journée. Quatre à cinq fois, dans les 24 heures survient un accès caractérisé par une sensation de chaleur épigastrique d'oppression vive, de palpitations.

En effet pendant la crise le pouls, bien que régulier monte à 90 et 96 pulsations par minute, il est fort bondissant; le cœur bat rapidement, les bruits sont claqués; il n'y a point d'intermittences, point de souffles. La respiration est difficile, pénible plutôt ralentie; « il a soif d'air »; elle est entrecoupée de grandes inspirations. Pendant toute la durée de la crise de tachycardie et d'oppression, il ressent une chaleur épigastrique notable, avec sensation de plénitude de l'estomac, sans douleurs, sans brûlures; l'estomac est douloureux à la pression. Il est indispensable d'ajouter que M. R... n'est point dyspeptique habituellement, et qu'actuellement il n'y a aucun signe d'état gastrique, la langue est bonne, l'appétit normal, les fonctions intestinales sont naturelles. Après une durée d'une heure, quelquefois plus, la crise cesse; les palpitations disparaissaient, l'essoufflement s'évanouit; quelques éructations se font et tout rentre dans l'ordre. Il reste cependant en permanence un peu d'oppression. Ces crises à répétiton ont aussi bien lieu pendant la période de vacuité de l'estomac que pendant la période digestive, et même au lit.

Pendant huit jours ces crises, sans être très intenses, sont assez développées pour obliger le malade à se reposer pendant leur durée; elles sont très pénibles et angoissantes, mais nullement douloureuses. Pendant les huit jours suivant elles diminuent d'intensité, mais en conservant les mêmes caractères. Sous l'influence de l'eau de Vichy et des diurétiques, mais surtout du temps, elles disparaissent et au bout d'un mois tout est fini. Actuellement (15 novembre) M. R... est en excellent état de santé.

Il est certain qu'il s'agit ici d'un cas un peu complexe, dont la localisation est difficile à préciser. Trois symptômes dominent: accès d'oppression pseudo-asthmatiques, palpitations avec tachycardie légère, troubles nerveux sensitifs de l'estomac.

Une irritation de pneumogastrique, probablement une névrite légère peut seule expliquer cet ensemble symptomatologique.

Nous ne croyons point qu'il faille attribuer ces symptômes à des accidents gastriques accompagnés de troubles réflexes du côté du cœur et des poumons; M. R... en effet n'a point souffert ni au Frioul, ni antérieurement du moindre malaise gastrique; il n'a présenté à aucun moment de symptômes du côté de l'appareil digestif, sauf ces troubles de sensibilité de l'estomac. Au contraire une névrite, si légère soit elle, du pneumogastrique explique bien les choses, par une sorte d'inhibition du nerf; d'où accélération des battements du cœur, respiration asthmatique, sensibilité douloureuse de l'estomac.

Quelle que soit l'interprétation des symptômes observés, il ne nous paraît pas douteux que le sérum soit la cause de ces accidents. Leur début au 13e jour, chez une personne parfaitement bien portante jusque-là, leur durée pendant 15 jours et leur disparition en 3 semaines sont autant de raisons qui nous permettent d'affirmer qu'il s'agit d'accidents secondaire au sérum; d'autant plus que le fait suivant, sous certains rapports se rapproche du précédent.

M. K... a été pris brusquement, dix jours après l'injection, de douleurs épigastriques avec oppression terrible qui disparaît le matin; le lendemain : courbature, douleurs dans les jambes, les reins, assez vives pour obliger le malade à se coucher, Ces douleurs persistent même au lit sans le moindre mouvement, durent huit jours, puis disparaissent, laissant une simple fatigue et un énervement général.

En somme, si dans ce groupe les faits sont moins nets et moins bien définis que dans les groupes précédents, il ne nous a point semblé douteux, en raison de l'époque de leur début, de leur évolution, de leur caractère, que tous ces accidents puissent être mis sur le compte de l'injection préventive de sérum antipesteux.

C. *Complication grave indéterminée : Peste atténuée ou accident du sérum.* — Nous rangeons à part le fait suivant dont la nature exacte est difficile à déterminer. Nous reproduisons du reste textuellement l'observation que nous a adressée le confrère qui a soigné Mme W..., sa femme, avec les remarques personnelles qui suivent l'observation.

« Mme W..., subit, le 21 septembre à 5 heures du soir, l'injection de sérum antipesteux dans le flanc droit (7 cent. cubes de sérum de Yersin).

« Dans la nuit suivante, sensation d'empâtement surtout le côté droit de l'abdomen et gêne assez grande pour troubler le sommeil.

« Dans les jours qui ont suivi, douleurs tolérables dans le ventre, mais faiblesse générale, particulièrement dans les jambes, ce qui rendait pénible la position debout; diminution notable des urines.

« Le vendredi 27, jour du départ du Frioul, douleur dans la région lombaire et dans le pli de l'aine du côté droit. Cette douleur est attribuée à la fatigue provoquée par la confection des malles. Dans l'après-midi du même jour, pendant les quelques heures passées à Marseille, douleurs pendant la marche et même dans la station assise, au niveau du flanc droit et de la fosse iliaque du même côté.

« Pendant la nuit suivante, durant le voyage de Marseille à X..., la douleur est assez vive, même dans la position étendue, avec la sensation nette d'une grosseur dans l'aine.

« Le lendemain samedi, quelques parents et amis sont frappés de la pâleur et de l'altération des traits de M[me] W... Je constate sur la peau de l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque, quelques rougeurs superficielles, sous forme de traînées transversales et obliques plus larges, moins régulières et moins rectilignes que celles qu'on voit habituellement dans la lymphangite. La pression est un peu douloureuse à ce niveau. Au-dessus, on voit la trace de la piqûre de l'injection non enflammée et ne paraissant pas être le point de départ direct des traînées rouges. Au-dessous, au niveau et vers le milieu de l'arcade de Fallope, on trouve un ganglion volumineux, gros comme un œuf de pigeon, à grand diamètre transversal, très douloureux à la pression; fièvre, peau chaude, malaise général.

« Traitement : grand bain prolongé, 0 gr. 50 de sulfate de quinine, repos absolu au lit.

« Le dimanche 29 septembre, la rougeur s'accentue et s'étend; les traînées s'élargissent; l'adénite persiste avec ses caractères; sulfate de quinine, repos au lit, bain au sublimé, poudre antiseptique à l'acide salicylique sur les points malades.

« Le lundi, la peau de la fosse iliaque droite est uniformément rouge, d'un rouge vif avec élévation sensible au-dessus du niveau normal; la rougeur envahit même un peu la hanche. La pression est douloureuse dans toute cette région, et elle l'est plus encore sur le ganglion engorgé de l'aine.

« Le mardi 1[er] octobre, les accidents commencent à s'atténuer, la rougeur de la peau pâlit, le gonflement du ganglion inguinal diminue, l'état général devient meilleur; et à la fin de la semaine, c'est-à-dire 15 jours après l'injection de sérum et 8 jours après l'apparition des premiers accidents, M[me] W... peut faire une petite sortie. Il lui reste seulement, pendant quelques jours, un air de fatigue et une pâleur qui frappent ses amis ».

Il est assurément regrettable que cette observation si bien prise n'ait pas été complétée par l'examen des urines et par le tracé de la température durant le cours de la maladie. Enfin l'examen bactériologique du sang recueilli par une ponction au niveau de la peau malade et surtout dans le ganglion enflammé, eut permis très probablement de fixer le diagnostic qui reste en suspend. Quelle est en effet la nature exacte des accidents dont M[me] W... a été atteinte? les réflexions de notre confrère que nous reproduisons en entier soulèvent diverses hypothèses.

1° « Tout d'abord, dit-il, je repousse l'idée d'une lymphangite et d'une adénite banales consécutives à la piqûre de l'aiguille. Outre que la petite opération a été faite par le D[r] Jacques avec toutes les précautions voulues, la rougeur de la peau n'a pas présenté les caractères si connus de la lymphangite chirurgicale, ni comme teinte, ni comme saillie de la peau, ni comme distribution géographique, ni comme direction des traînées et des plaques. Des examens soigneux et répétés faits à ce point de vue me permettent de formuler une opinion très nette et de repousser cette première hypothèse.

2° « Me suis-je trouvé en présence de ces accidents si souvent constatés après l'injection de tous les sérums thérapeutiques? C'est là la manière de voir carrément exprimée par tous les élèves de l'Institut Pasteur, à qui je me suis adressé, qui expliquent de la même manière les douleurs articulaires, les névralgies, etc., observées dans les mêmes circonstances. Pour eux, la question suivante n'est même pas discutable :

3° « L'injection de sérum de Yersin n'aurait-elle pas déterminé une peste atténuée? Ces Messieurs, si compétents dans la question, affirment que la chose est impossible. Et quand j'ai avancé timidement que peut-être on pourrait se croire autorisé à supposer que par hasard la préparation du sérum n'avait pas été parfaitement faite au laboratoire pour le flacon qui a servi dans le cas particulier, ils ont repoussé cette supposition qui n'avait d'ailleurs rien de malveillant. Admirateur très convaincu de toutes les merveilles de l'Institut Pasteur, je m'incline. Cela n'empêche point — pourquoi le tairais-je? — que l'aspect des traînées et des plaques rouges de la peau, que les caractères de l'adénite ressemblaient terriblement à ce que j'ai vu sur le pauvre matelot du *Sénégal*, mort au Frioul d'une peste incontestée.

4° « Enfin il y a lieu de se demander si la malade ne se trouvait point, au moment de l'injection, en état d'incubation de la peste, laquelle peste aurait été atténuée par l'injection de sérum. Ma femme se trouvait en effet dans des conditions favorables à l'infection, puisque, à deux reprises différentes, j'ai examiné le matelot malade à bord du *Sénégal*, que mes vêtements n'ont été que tardivement désinfectés (2 jours après), et que pendant tout ce temps j'ai partagé la vie commune dans une étroite cabine. »

Cette observation, on le voit, permet de soulever diverses hypothèses. A notre avis, deux seulement restent probables : ou bien il s'est développé chez M[me] W... un cas de peste atténuée, ou bien il s'est agi d'un accident grave dû au sérum. La première hypothèse justifierait nettement la pratique des injections préventives de sérum antipesteux; la seconde, au contraire, laisserait planer dans notre esprit un doute très sérieux sur la nécessité de ces mêmes injections, question que nous abordons plus loin. La seconde hypothèse nous paraît plus probable et nous croyons plus volontiers à un accident dû au sérum. Il semble en effet que le cas de M[me] W... se rapproche beaucoup, avec un degré d'intensité plus élevé, des faits d'accidents précoces caractérisés par une adénite inguinale, coïncidant avec un gonflement léger au voisinage de l'injection et un érythème abdominal localisé en ce point. Il s'agirait alors d'un accident local dû au sérum, mais non à la piqûre.

En résumé, notre enquête porte sur 133 injections préventives; elle démontre qu'il y a ultérieurement 44,7 p. 100 d'accidents : que ces accidents consistent en :

1° *Accidents précoces.* Troubles digestifs, diarrhée avec fièvre, courbature, etc. (11 cas); éruptions diverses, urticaire principalement (4 cas); adénites inguinales avec gonflement et rougeur au voisinage de l'injection (5 cas).

2° *Accidents tardifs.* Erythème variés (urticaire, érythème simple, érythème noueux) avec au sans fièvre, courbature pseudo-rhumatisme (13 cas); arthralgies, myalgies multiples (19 cas); pseudo-rhumatisme infectieux (2 cas); névrites diverses (5 cas dont un assez sérieux).

Enfin un cas indéterminé : soit peste atténuée, soit accident local grave (adénite et érythème inflammatoire du flanc droit).

Tous ces accidents, dans l'immense majorité des cas, ont été bénins, deux seulement ont été sérieux. Tous les malades ont parfaitement guéri.

III

En présence de ces résultats, il y a lieu de se poser plusieurs questions.

Est-il logique d'injecter uniformément à tous les quarantenaires la même dose de sérum : aux jeunes ainsi qu'aux personnes âgées, aux sujets sains et à ceux qui sont atteints de quelque affection antérieure (rhumatisme, névralgie, dyspepsie), en un mot d'une tare quelconque? Cette question que nous ne pouvons que poser serait à étudier. Il nous a semblé en effet que le sérum éveillait et surtout réveillait les anciennes tares.

Le mode de préparation du sérum a-t-il une influence sur la fréquence plus ou moins grande des accidents ultérieurs? Dans un article récent, la *Presse médicale*(1) nous fait connaître les résultats des inoculations préventives faites aux Indes suivant a méthode du D[r] Haffkine qui diffère de celle de Yersin. Cette dernière consiste, comme dans la sérothérapie antidiphtérique,

1. *Presse médicale*, n° du 13 novembre 1901.

dans l'injection d'une certaine quantité de sérum sanguin recueilli sur un animal immunisé contre la peste. Dans la méthode du Dr Haffkine, on inocule 3 à 5 centimètres cubes d'une culture de bacille antipestueux stérilisée et chauffée à 70° pendant une heure. L'immunité serait, suivant cette dernière méthode, de 6 mois au moins, de durée beaucoup plus longue que celle que donne le sérum de Yersin. Si on s'en rapporte aux résultats résumés dans une conférence faite par le Dr Haffkine à Bombay le 29 juin dernier, les accidents secondaires seraient très rares, et la santé des vaccinés aurait toujours été très bonne, quelquefois même meilleure après l'injection qu'elle ne l'était antérieurement. Bien que les observations portent sur plus de 77000 vaccinations, nous nous demandons s'il n'y a pas dans cette appréciation un optimisme bien exagéré. Notre enquête, bien que portant sur un chiffre fort modeste, signale une proportion d'accidents assez élevée pour en tenir compte, soit 44,7 p. 100. C'est exactement la proportion indiquée pour l'épidémie de peste de Glascow en 1900(1). Sur 70 personnes ayant été soumises aux injections préventives, 31 ont eu des accidents : éruption, arthralgie, fièvre avec courbature, etc.

Enfin, en cas de peste déclarée, faut-il imposer l'inoculation préventive ? Il est certain que, si nous nous en tenions à l'opinion des intéressés, la plupart de ceux qui ont été malades se refuseraient maintenant avec énergie à toute inoculation ; mais cette raison est scientifiquement insuffisante.

En considérant d'autre part que les non-inoculés n'ont pas éprouvé le moindre malaise ; que les passagers du *Laos*, si nos renseignements sont bien exacts, qui presque tous ont refusé l'injection préventive n'ont également rien éprouvé ; en tenant compte enfin des conditions hygiéniques fort différentes suivant la catégorie des quarantenaires, il y aurait certes lieu de faire de fortes réserves sur la nécessité d'imposer ces injections.

Il est encore d'autres raisons d'ordre plus scientifique qui militent en faveur de ces réserves. Ces raisons nous sont suggérées par la lecture de divers travaux récents et en particulier par un très intéressant travail de M. Edouard Rist (2), sur la peste en Egypte, d'après lequel nous résumons les considérations suivantes qui nous guiderons dans notre conclusion.

La peste ne paraît guère se propager d'homme à homme ; il semble démontré que ce sont les rats qui commencent à disséminer les germes ; que ces derniers se transportent avec les marchandises contaminées d'un pays à l'autre. Il s'ensuit que les mesures de défense prises contre les individus sont nettement insuffisantes et qu'il est plus utile de mettre en interdit les denrées et de détruire les rats que d'imposer des quarantaines aux individus. Les deux précautions se complètent.

La peste semble atteindre surtout les individus des classes pauvres, les sujets misérables, malpropres, ceux surtout qui marchent pieds nus au milieu des marchandises, des chiffons, des denrées diverses ; elle paraît pénétrer surtout par les inoculations qui se font à la surface de la peau, particulièrement aux membres inférieurs. C'est ainsi que cela s'est passé, dans plusieurs cas, à Alexandrie. Au contraire les classes moyennes et surtout les classes aisées ont été indemnes, même alors qu'elles restent dans la ville.

L'enquête d'Alexandrie a démontré de plus que les contacts d'homme à homme ont joué un rôle très peu important dans la propagation du mal et que les locaux d'habitation ont été rarement souillés. Le fait suivant cité par M. Edouard Rist en est la preuve. « Lorsqu'un pesteux était découvert, on isolait aussitôt dans un lazaret spécial tous ceux qui avaient été en contact avec le malade, tous les habitants de la maison. Or, sur 992 personnes isolées, 2 cas de peste seulement se produisirent : une proportion aussi minime est absolument incompatible avec l'idée d'une maladie se propageant surtout d'homme à homme. » Il résulte de ces faits que l'isolement suffit ordinairement à éteindre la maladie. Enfin si on se reporte, comme le dit M. Edouard Rist, à certaines épidémies déjà anciennes de Florence, de Londres, de Marseille et même aux épidémies très localisées qui ont existé ou qui existent encore actuellement à Glascow, à Naples, à Constantinople, etc., il n'est point douteux que la peste ne présente point grand danger de contagion et d'extension et que facilement les cas restent isolés. En somme, exception faite pour les Indes et Bombay, véritable foyer permanent où les épidémies ont un caractère de gravité tout spécial, il paraît démontré que toutes ces épidémies sont relativement bénignes et que l'extinction sur place est facile au début par l'isolement des pesteux et par la mise en observation des suspects, au moins pour les villes d'Europe.

La connaissance de ces caractères très précis nous permet de discuter et de déterminer les cas dans lesquels s'imposent les injections préventives.

Il nous semble nécessaire de distinguer deux ordres de faits suivant la gravité de l'épidémie.

Dans le premier, l'*épidémie est bénigne* ou mieux restreinte, il y a par exemple un ou deux malades seulement. Deux cas peuvent se présenter :

Ou bien, il est possible d'isoler du foyer pesteux les personnes indemnes, et alors, si l'isolement a pu être fait assez rapidement, si ces personnes se trouvent dans de bonnes conditions de santé et d'hygiène, il y a lieu de différer l'inoculation préventive et d'attendre, étant donné que, d'après les caractères de la peste, les chances d'infection sont réduites au minimum.

Ou bien, en raison des circonstances, les suspects ne peuvent s'éloigner du foyer pesteux (bateau, maison, port), et alors, les chances d'infection devenant plus grandes, il n'y a pas à hésiter, l'injection préventive doit être proposée et même imposée si l'épidémie menace tant soit peu de s'étendre.

Dans le second, l'*épidémie est d'emblée grave*, les cas se multiplient, ce qui d'après les récentes relations, paraît rare en Europe ; dès lors il y a lieu d'imposer l'injection préventive, d'autant que les résultats positifs très favorables obtenus aux Indes par les médecins sanitaires anglais, au point de vue de l'immunité conférée par l'injection, militent en faveur de cette pratique.

En effet, les statistiques fournies par les médecins anglais indiquent une diminution notable de la mortalité. Dans le village de Baroda très éprouvé par la peste en 1898, la moitié de la population fut vaccinée, l'autre resta intacte. Au point de vue de l'immunité contre la peste l'effet fut des plus nets, les vaccinés eurent une mortalité abaissée de 89,6 p. 100. Dans une autre statistique (épidémie d'Ahmednagar) il est démontré que sur une population de 11 287 habitants de plusieurs villages atteints de peste, en 1899, 5 648 personnes se sont fait inoculer et toute la population a été étroitement surveillée pendant la durée de l'épidémie. Dans ces conditions les non vaccinés eurent 563 malades avec 415 décès, et les vaccinés quoique plus nombreux de quelques unités ne comptèrent que 70 cas avec 31 décès ; ce qui constitue une diminution de 73,6 p. 100. Il ressort également de ces statistiques que les non-vaccinés, donnant plus de malades, sont un danger pour les vaccinés. Dans les lazarets, il serait donc indispensable de séparer les vaccinés des non-vaccinés.

Conclusion. — Nous croyons qu'il n'y a pas lieu de pratiquer d'office les injections préventives de sérum antipesteux dès qu'un cas de peste se déclare à bord d'un navire ou dans un port. Il y a lieu d'établir des distinctions basées sur les caractères de faible contagion habituels de la peste, sur les conditions spéciales de l'épidémie, et sur la situation des sujets qu'elle menace suivant qu'ils s'éloignent ou non du foyer et suivant leurs conditions de santé et d'hygiène.

Lorsque l'épidémie est légère et qu'il est possible dès le début d'isoler les sujets indemnes, il faut différer l'injection préventive.

Lorsque les sujets indemnes ne peuvent être éloignés du foyer d'infection ou que l'épidémie revêt des caractères graves dès le début, il y a lieu de proposer de suite l'injection et même de l'imposer.

Dr Charles Leroux.

1. Communication de notre ami le Dr Netter. Voir : Report on certain cases of plague occuring in Glascow in 1900 by the Medical officer of heath.

2. La peste en Egypte, de mai 1899 à juillet 1900, par Edouard Rist, ancien inspecteur général des services sanitaires maritimes et quarantenaires d'Egypte. *Presse médicale*, n° du samedi 25 mai 1901.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Deux cas de splénectomie,

Communication au *Congrès de chirurgie*. Séance du 21 octobre (Discussion).

Par M. le Dr BLANQUINQUE (de Laon).

Dans le courant de l'année dernière, j'ai eu l'occasion de faire deux splénectomies : chez un malade atteint de splénomégalie et chez un autre porteur d'une rate leucémique. Comme on peut le prévoir, les résultats ont été absolument opposés : le premier a parfaitement guéri et le second a succombé quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION I. — Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 62 ans, toujours bien portant, n'ayant jamais eu de fièvre ni de maladie sérieuse. Depuis 3 ans, il s'était aperçu qu'il avait une grosseur sur le côté, elle avait augmenté peu à peu. Un médecin consulté avait hésité entre une tumeur du rein gauche et une tumeur de la rate. Depuis 6 mois, il éprouvait des malaises, de légères douleurs dans l'hypochondre gauche, les digestions étaient difficiles et il avait maigri notablement.

Le 23 avril 1900, je constatais une vaste tumeur occupant l'hypochondre gauche en haut et s'avançant jusqu'au-dessous de l'ombilic en dépassant la ligne médiane; immobile en haut sous les fausses côtes et paraissant faire corps avec les parois, elle était légèrement mobile en bas. Il n'y avait pas d'ascite et pas de ganglions accessibles dans la cavité abdominale. Le foie n'était pas hypertrophié et aucun organe ne paraissait malade. Les splénomégalies essentielles étant très rares je me demandais si je n'étais pas en présence d'une tumeur kystique développée dans le tissu splénique.

Le 28 avril, je fis une longue incision médiane partant de l'épigastre pour aboutir au-dessous de l'ombilic et j'aperçus immédiatement la rate qui me parut très solidement fixée en haut : une ponction n'amena que du sang. Il n'y avait pas de cavité kystique. Après avoir fait sortir la partie inférieure de la tumeur, je pus la faire basculer, la faire tourner autour de son pédicule et amener la partie supérieure cachée sous les côtes, que je n'avais pu extraire directement. Le pédicule pris entre deux pinces adhère à l'intestin, un peu de sang s'écoule par déchirure des grosses veines spléniques, je me hâte de faire l'excision après avoir lié en chaîne avec un fort catgut.

Je glisse sur les accidents de la cicatrisation qui était complète au bout de 1 mois.

Cet homme se porte absolument bien à l'heure actuelle, il a bon teint, il a engraissé, l'examen des globules du sang pratiqué le 19 avril 1900 indiquait 5 280 000 globules rouges avec 16 250 globules blancs par centimètre cube, c'est-à-dire 1 pour 320.

On trouve dans le creux axillaire et dans les aines une série de petits ganglions qui existaient au moment de l'opération et qui n'ont pas augmenté depuis.

C'était bien un cas de splénomégalie; la rate avait sa consistance normale, peut-être était-elle un peu plus dense; elle pesait 2 kil. 150. On ne peut voir dans cette observation un cas de maladie de Banti puisqu'il n'y a pas eu d'ascite, pas d'ictère, pas de signes de cirrhose ou même d'insuffisance hépatique.

OBS. II. — Le second malade, âgé de 33 ans, toujours bien portant, a consulté son médecin pour la première fois en mars 1900, parce qu'il avait des vomissements fréquents et parce qu'il ne se sentait pas aussi fort qu'auparavant. Il a pu cependant travailler jusqu'au 10 janvier 1901, malgré l'enflure de ses jambes et la tension de son ventre qui a beaucoup grossi depuis 4 mois. Au niveau de l'appendice xyphoïde la circonférence est de 89 centimètres. Par la palpation on trouve une tumeur remontant jusqu'au niveau du mamelon gauche, descendant obliquement en bas pour atteindre la ligne médiane au niveau de l'épine iliaque supérieure. La matité occupe 17 centimètres de hauteur. Le foie est très hypertrophié surtout au niveau du lobe gauche.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu de Laon, ce malade ne peut plus marcher, ni même s'asseoir dans son lit : il est pâle, légèrement bouffi avec de l'œdème des jambes. Dans l'aisselle et dans l'aine se sont développés de petits ganglions.

L'examen du sang montre 1 globule blanc pour 10 globules rouges; ceux-ci sont au nombre de 2 000 000 par centimètre cube.

En juin 1900 j'avais refusé de l'opérer, mais cédant à ses instances, — il connaissait mon premier opéré, — je me décidai, le 21 janvier 1901, à faire la splénectomie.

La rate était adhérente sur toute sa face antérieure à la paroi chondro-costale. Ces adhérences, faciles à détacher saignent assez abondamment du côté de la rate. Celle-ci, bilobée, est friable, elle se déchire sous les doigts, elle présente des taches blanchâtres de dégénérescence amyloïde et pèse 3 kil. 200.

Je l'enlevai après avoir pratiqué une longue incision médiane et avoir écarté le lobe gauche du foie abaissé jusqu'à l'ombilic. Le pédicule a été lié (en chaîne) avec un fil de catgut.

Opéré à 9 heures du matin, il paraissait aller bien à 3 heures de l'après-midi. Vers 4 heures, des signes d'hémorrhagie interne nécessitent une injection de sérum de 500 grammes; M. Blet, mon assistant, rouvre la plaie et constate une inondation péritonéale produite par le sang décoloré qui s'échappe d'un vaisseau situé à 2 centimètres de la ligature. Le malade meurt à 5 heures, 8 heures après l'intervention.

L'opération avait été relativement facile, je n'avais pas été gêné par l'hémorrhagie. Pratiquée quelques mois plus tôt, peut-être aurait-elle été suivie d'un succès temporaire, bien que jusqu'ici la mort ait été presque la règle absolue dans ce genre d'opérations. Que celui qui n'a jamais risqué une opération me jette le premier la pierre!

Ces deux observations viennent corroborer les conclusions de M. le rapporteur; elles démontrent une fois de plus que, dans la splénomégalie, l'ablation de la rate est indiquée, puisqu'elle se fait presque toujours avec succès, tandis que les rates leucémiques, au contraire, doivent être respectées.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séances des 18 Novembre et 2 Décembre 1901.

L'augmentation des globules rouges du sang dans l'ascension en ballon.

M. J. Gaube. — On sait, par d'anciennes observations de Viault, observations renouvelées par de nombreux auteurs, qu'aux altitudes élevées, dans la montagne, les globules rouges augmentent notablement en quantité. Dans ses déterminations effectuées dans les Cordillères, Viault trouva, à 4000 mètres, 8 millions de globules. M. Gaube s'est préoccupé de rechercher si le phénomène se produisait sensiblement en ballon où l'ascension est rapide et n'exige plus d'efforts musculaires.

Des expériences répétées à deux reprises lui ont donné, entre 4 200 et 4 700 mètres, des chiffres dépassant, pour lui-même, 8 millions de globules.

De plus, M. Gaube ayant pris soin de faire, à plus de 4000 mètres d'altitude, des préparations de sang d'après la méthode d'Ehrlich a pu constater, après coloration à l'éosine et à l'hématoxyline, de très nombreux globules rouge contenant un noyau teint en bleu par l'hématoxyline. Ces noyaux étaient souvent en état de segmentation et on trouvait des groupes de 3 ou 4 corpuscules, comme si il y avait eu subdivision, toutes particularités que ne présentaient point les préparations de sang du même sujet effectuées dans des conditions semblables, mais avant l'ascension. M. Gaube conclut de ces remarques qu'il y a vraiment formation de globules rouges quand on arrive à de grandes hauteurs et que cette formation s'effectue avec une très grande rapidité.

Le venin de l'atrodectes tredecim guttatus.

M. Bordas. — Dans le midi de la France et en Corse, il est une sorte d'araignée, l'*Atrodectes tredecim guttatus*, communément désignée sous le nom de Malmignatte, dont la morsure a la réputation d'être fort venimeuse et de pouvoir entraîner la mort.

M. Bordas, maître de conférences à l'Université de Marseille, pour vérifier exactement quelle était la valeur toxique du venin de l'araignée suspecte, se fit piquer à la main. Cette expérience lui a montré que la réputation des Malmignattes était surfaite. Les suites de la piqûre, en effet, furent simples et consistèrent seulement en une légère paralysie de la région piquée, paralysie qui ne tarda pas à se dissiper. Le venin de cette araignée n'est vraiment très actif qu'à l'égard des insectes dont elle fait ses proies habituelles.

Les empoisonnements par l'oxyde de carbone.

M. N. Gréhant s'est occupé de déterminer comment l'on pouvait provoquer l'élimination de l'oxyde de carbone du sang des personnes asphyxiées par ce gaz.

Il a constaté que, durant les 20 premières minutes suivant l'intoxication, c'est sans résultat que l'on introduit et renouvelle de l'air dans les poumons. Pour déplacer l'oxyde de carbone de la combinaison qu'il forme avec l'hémoglobine, c'est de l'oxygène pur qui est alors indispensable.

Dystrophies osseuses et granulations tuberculiformes amicrobiennes dites héréditaires.

MM. Charrin et Gabriel Delamare. — On sait, par des expériences anciennes de l'un des deux auteurs, que, lorsqu'on soumet des générateurs à certaines intoxications, on peut, dans quelques cas, observer dans leur descendance des anomalies variées (avortement, mortinatalité, nanisme, rachitisme, malformations diverses, etc.). Or, en poursuivant de nouvelles recherches, MM. Charrin et Delamare ayant été conduits à injecter différentes substances (diastases digestives, sécrétions microbiennes) ont, chez des rejetons de ces femelles ainsi traitées, enregistré des lésions importantes et dont ils n'avaient encore pas trouvé d'exemple.

Un de ces rejetons présentait, au niveau des membres antérieurs, des courbures analogues à celles qui se voient chez les rachitiques; la déviation de la partie sacro-coccygienne de la colonne vertébrale, une sorte de torsion du pelvis autour de l'axe antéro-postérieur, rétrécissait singulièrement la moitié droite du bassin.

En outre, le membre postérieur droit se présentait dans une attitude rappelant ce qu'on peut constater chez les enfants atteints de luxation congénitale de la hanche. La dissection a montré que le fémur était pour ainsi dire tordu, et que la trochlée intercondylienne, au lieu d'être tournée en avant, regardait au contraire la ligne médiane.

Une autre portée engendrée par une lapine, également intoxiquée par des principes bactériens, comprenait 7 petits qui, tous, se sont incomplètement développés; leur poids, vers le sixième mois, oscillait entre 450 et 600 grammes, alors que, normalement, il aurait dû dépasser 1 200 grammes. Le membre postérieur droit de deux d'entre eux offrait aussi cette attitude analogue à celle qui se voit dans la luxation congénitale de la hanche; le genou, rapproché de la ligne médiane, présentait un angle obtus ouvert en dehors. Les fémurs avaient subi une torsion de dehors en dedans; on notait chez l'un et chez l'autre les mêmes déformations de l'extrémité supérieure du fémur (tête moins régulièrement hémisphérique, dépression entre les trochanters); de plus, la cavité cotyloïde droite était évasée et moins profonde.

Dans les poumons de l'un de ces animaux, enfin, on voyait des nodules bien distincts qui, à un examen superficiel, pouvaient être pris pour des tubercules. Il n'y avait ni bacille de Koch, ni aucun autre microbe.

SOCIETE ANATOMIQUE

Séances des 23 et 29 Novembre 1901.

Tuberculose rénale.

MM. Petit et Lorenzo présentent une pièce de tuberculose du rein, extirpée par M. Albarran. La masse pèse 875 grammes. A la coupe, on trouve de nombreux kystes, indépendants les uns des autres, et ne semblant pas communiquer avec le bassinet.

Coccidiose expérimentale.

M. Bruandet a injecté des coccidies de lapin dans les uretères de cet animal, et provoqué ainsi la formation de lésions très spéciales qui semblent être de nature épithéliale.

Epilepsie jacksonienne.

M. Célos relate deux observations d'épilepsie jacksonienne, l'une concernant un cas d'épilepsie post-traumatique de nature hystérique, l'autre demeurée de nature indéterminée, car l'autopsie ne permit de constater aucune lésion corticale.

M. Cornil dit qu'il est toujours difficile de savoir si les accidents hystériformes qui surviennent après un traumatisme sont dus au traumatisme lui-même, ou à l'état hystérique présenté antérieurement par le malade.

Lymphatiques du clitoris.

MM. Cunéo et Marcille ont étudié sur neuf sujets les lymphatiques du clitoris à l'aide de la méthode de Gérota. Les lymphatiques du capuchon clitoridien se rendent aux ganglions inguinaux superficiels. Les lymphatiques du corps et du gland du clitoris naissent d'un réseau muqueux. Ils forment plusieurs troncs qui cheminent sur la face dorsale du clitoris.

Souvent entrecroisés, ils s'anastomosent entre eux en avant de la symphyse, formant ainsi un plexus dans lequel on peut trouver de petits ganglions. De ce plexus partent : 1° des troncs s'engageant dans le canal inguinal et allant aboutir à un ganglion situé au niveau de l'origine de la circonflexe iliaque; sur le trajet de ces troncs, on peut trouver un petit ganglion placé à l'entrée même du canal inguinal; 2° des troncs cheminant au-dessous de l'aponévrose du pectiné et allant se jeter dans les ganglions inguinaux profonds, le ganglion de Cloquet et dans un ganglion intra-pelvien placé entre la veine iliaque externe et le nerf obturateur. Dans les cancers du clitoris, variété fréquente des cancers de la vulve, il faut donc s'attendre à trouver envahis non seulement les ganglions inguinaux superficiels et profonds, mais encore les ganglions de la chaîne iliaque externe.

Cyanose; persistance du canal artériel; inversion totale des viscères.

M. P. Lereboullet et Lemaire présentent les pièces d'un cas d'inversion viscérale totale observée chez un nouveau-né atteint de cyanose congénitale, mort à l'âge d'un mois aux Enfants-Assistés. Indépendamment de l'inversion totale des viscères, on constatait des anomalies cardiaques expliquant la cyanose : communication inter-auriculaire et persistance du canal artériel remarquablement volumineux, et se dirigeant de l'artère pulmonaire, dont il semblait une branche de bifurcation, vers l'aorte. La cyanose résultait donc certainement dans ce cas de la fusion du sang artériel et du sang veineux.

Phlegmon péri-anal.

M. Latruffe montre un fragment de noyau de pêche qui, après ingestion, détermina une perforation du rectum et un phlegmon péri-anal.

Corps étranger péritonéal.

M. G. Petit (d'Alfort) présente une aiguille fixée dans le grand épiploon d'un chien, à quelques centimètres de l'estomac. Sa grosse extrémité, saillante dans la cavité du péritoine, est entourée par un petit bourgeon de tissu inflammatoire de la grosseur d'une noisette. C'est la quatrième fois que le présentateur rencontre dans les organes du chien une aiguille d'origine certainement gastrique : une fois dans la rate, une autre dans le foie, puis dans l'épiploon gastro-hépatique et enfin dans le grand épiploon. Jamais la migration du corps étranger n'a donné lieu à des troubles appréciables.

Tuberculose du chien.

M. G. Petit apporte des pièces provenant de l'autopsie d'un chien tuberculeux et qui montrent : *a*) des reins farcis de tubercules de toutes dimensions répartis dans les deux couches corticale et médullaire, avec des ulcérations du bassinet; *b*) des ganglions trachéo-bronchiques énormes et conglomérés coexistant avec un tubercule unique du poumon de la grosseur d'une noisette; *c*) un péricarde et un cœur très envahis.

Le présentateur insiste sur la rareté des lésions tuberculeuses du myocarde chez le chien, par comparaison avec celles de la séreuse péricardique.

Appendicite.

MM. Ménétrier et Hébert présentent un cas d'abcès iliaque consécutif à une appendicite ancienne ayant déterminé la formation d'une cavité close, avec migration anormale du pus formé dans cette cavité.

Lymphatiques de la vessie.

MM. Cunéo et Marcille ont étudié sur 21 sujets les lymphatiques de la vessie à l'aide de la méthode de Gerota. Il y a lieu de distinguer les lymphatiques de la face antérieure et ceux de la face postérieure.

a) Les lymphatiques de la face antérieure forment eux-mêmes deux groupes : l'un inférieur, allant aboutir à un ganglion placé entre le nerf obturateur et la voie fémorale, à quelques millimètres en arrière de l'anneau crural; l'autre supérieur, croisant la veine ombilicale et allant se jeter dans un ganglion reposant sur le segment moyen de la veine iliaque externe. Sur le trajet de ces vaisseaux peuvent se trouver de petits ganglions, placés les uns sur la face antérieure de la vessie (ganglions prévésicaux), les autres au niveau de l'artère ombilicale (ganglions latéro-vésicaux).

b) Les lymphatiques de la face postérieure se rendent : les uns au ganglion déjà signalé sur le trajet de la veine iliaque externe, les autres à un ganglion placé également sur cette veine, mais situé immédiatement en avant de la bifurcation de l'S iliaque primitive; d'autres aboutissent à des ganglions placés sur le trajet des branches vésicales de l'hypogastrique; enfin un dernier groupe, émané du col vésical, croise les parties latérales du rectum, remonte sur la face antérieure du sacrum et se jette dans des ganglions placés dans l'angle de bifurcation de l'aorte abdominale, en avant du promontoire.

MM. Cunéo et Marcille insistent sur l'importance des ganglions prévésicaux qui peuvent être le point de départ d'adénophlegmons de la cavité de Retzius.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 Décembre 1901.

Analyse de l'air du Métropolitain.

M. Gréhant communique les résultats de nombreuses analyses qu'il a faites de l'air du métropolitain, recueilli soit dans les wagons soit dans les souterrains.

Toujours l'air du wagon a été trouvé plus vicié que celui du souterrain : ce sont les produits de la respiration des voyageurs qui ont causé cette différence.

La viciation de l'air est beaucoup moins grande qu'on n'aurait pu le supposer : le chiffre de l'acide carbonique a varié entre 60/10000 et 15/10000, c'est-à-dire de 20 fois à 5 fois le volume 3/10000 de l'acide carbonique contenu dans l'air pur.

Pour l'oxygène, le volume de ce gaz absorbé dans 100 centimètres cubes d'air était compris entre 0 cc. 45 et 0 cc. 1.

Action physiologique de l'ibogaïne.

M. C. Phisalix. — L'ibogaïne, alcaloïde nouveau, retiré par MM. Dybowski et Landrin d'une plante que les Indigènes du Congo désignent sous le nom d'iboga, peut être rangé parmi les agents modificateurs du système nerveux. Son action porte tout d'abord sur les centres, et en particulier sur le cerveau. A faible dose, il provoque une ébriété légère, active les fonctions circulatoire et respiratoire, augmente la pression sanguine, favorise la diurèse et excite les sécrétions. Par suite de l'activité des échanges, la température du corps s'élève de plusieurs degrés. A doses plus fortes, il produit une véritable ivresse hallucinatoire avec parésie et incoordination des mouvements. Enfin, si la dose est excessive, la respiration est atteinte, les muscles se paralysent, la température s'abaisse; il survient une dépression générale et l'animal meurt dans le collapsus et l'algidité.

De la réalité et du mode de production de substances toxiques dans la digestion des viandes.

MM. E. Cassaët et G. Saux. — Ayant déjà établi, dans des communications antérieures, la mesure de la toxicité de la macération de viande, du suc gastrique normal et du produit de la digestion des viandes, nous voulons démontrer aujourd'hui que, dans cette dernière, les substances toxiques ne sont pas artificiellement produites par les manipulations, comme on l'a cru longtemps, mais qu'elles prennent naissance dans les processus intimes de l'acte digestif.

Bouveret et Devic et différents auteurs, après eux, ayant affirmé que la peptoxine de Brieger et les substances analogues, qu'ils avaient eux-mêmes préparées, n'étaient qu'artificielles et dues au contact prolongé des peptones et de l'acide chlorhydrique, puis de l'alcool absolu, nous nous sommes condamnés à éliminer tout d'abord l'alcool absolu de nos manipulations et nous avons néanmoins obtenu dans nos digestions une substance convulsivante, extrêmement toxique et analogue comme effet à la peptoxine.

De même, ayant substitué l'acide lactique à l'acide chlorhydrique dans nos digestions, nous avons encore développé une substance toxique convulsivante, mais d'une activité sensiblement plus grande que celle que donnait l'acide chlorhydrique.

Il en résulte que cette substance, se produisant dans toutes les digestions de viande, avec ou sans adjonction d'alcool et indépendamment de la qualité de l'acide nécessaire à la digestion, n'est pas due à la présence de ces agents, mais aux formations intimes de la viande elle-même. La constance du pouvoir convulsivante, déjà démontrée par l'un de nous, fait servir de certitude à l'étude de la pathogénie de certains accidents d'origine gastrique, tels que la tétanie.

Le ferment amylolytique du sang chez les enfants normaux.

MM. P. Nobécourt et Sevin. — Chez les enfants au-dessous de 2 ans, le pouvoir amylolytique du sérum est tel que 1 centimètre cube produit le plus habituellement, avec l'empois d'amidon (en 24 heures à 37°,5), une quantité de glucose qui varie entre $0^{gr},005$ et $0^{gr},0199$: au-dessous de 2 mois, le pouvoir amylolytique peut être plus faible et même nul; à toutes les périodes, il peut être plus fort, la quantité de glucose produite ne dépassant pas toutefois $0^{gr},0299$. Chez les enfants plus âgés et chez les adolescents, la moyenne du pouvoir amylolytique est plus élevée, et la quantité de glucose produite est comprise entre $0^{gr},02$ et $0^{gr},0299$; les chiffres les plus faibles trouvés sont encore supérieurs à $0^{gr},01$; ce pouvoir reste dès lors constant, et il n'y a plus à tenir compte de l'âge.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 Décembre 1901.

Sur les plaies de la moelle.

M. Tuffier revient sur les faits rapportés dans la dernière séance par MM. Walther et Legueu, pour citer l'observation suivante :

Un jeune homme entre à l'hôpital pour une plaie de la moelle par balle de revolver ; la blessure siégeait au niveau de la 10° vertèbre dorsale. Le blessé présentait, à son entrée, les signes d'une paraplégie qui se compliqua, au bout de 3 jours, de phénomènes d'irritation spinale : contracture, etc. Le diagnostic porté par les neuropathologistes est : section de la moelle avec corps étranger irritant les racines postérieures au niveau de la blessure. M. Tuffier intervient par une trépanation du canal rachidien et trouve, au niveau de la 10° dorsale, la dure-mère ouverte, la moelle coupée et les racines postérieures à moitié sectionnées ; la balle était restée à cet endroit. Il suture les enveloppes médullaires et établit un drainage. Pas d'amélioration, ni dans la motricité, ni dans les troubles des réservoirs. Au bout de 5 mois son malade succombe avec des signes de péritonite aiguë. A l'autopsie, on trouve une perforation de la vessie au contact de la sonde à demeure en caoutchouc, perforation évidemment due à des troubles trophiques.

Complications de l'otite moyenne suppurée.

M. Broca analyse une observation adressée par **M. Sébileau** et relative à une thrombose du sinus, suite d'otite moyenne suppurée.

Une malade est amenée à l'hôpital au 8° jour d'une mastoïdite. Elle est manifestement en état de pyohémie avec frissons répétés, gonflement au niveau du cou, liquide sanguinolent et infect sortant de l'oreille. L'opération fait voir une perforation spontanée du sinus obturé à ses deux extrémités. Elle montre, de plus, un gros foyer gangreneux dans lequel s'était fondue la paroi de la veine jugulaire thrombosée également. A la suite de l'intervention, l'état de la malade s'améliore un peu ; mais, au bout de 8 jours, survint une gangrène pulmonaire avec pleurésie putride déterminée par une embolie gangreneuse partie de la jugulaire.

La ponction lombaire comme moyen de diagnostic d'une fracture de la base du crâne.

M. Poirier communique l'observation d'un malade entré dans son service le 16 septembre dernier, souffrant des suites d'une chute sur la nuque. Il a des douleurs de tête, des vomissements incessants ; on constate une érosion de la peau au niveau de la région occipitale. La température est de 37°,2 ; le pouls bat à 110 ; les jours suivants, on constate de la torpeur, le cri hydrencéphalique; mais pas de phénomènes de paralysie. On pense à une méningo-encéphalite. L'interne du service fait une ponction lombaire qui donne issue à un jet de liquide céphalo-rachidien teinté de sang ; 30 à 40 grammes de ce liquide sont ainsi évacués. Cette petite opération eut un effet thérapeutique immédiat et vraiment surprenant. Dans les heures qui suivent, la torpeur, la céphalée, les vomissements disparaissent, si bien que le lendemain (4° jour du début des accidents), le malade parlait de quitter l'hôpital ; l'amélioration continue dans les jours qui suivent bien que le malade présente successivement pour confirmer le diagnostic, une paralysie du droit interne et des ecchymoses conjonctivales de l'un et de l'autre œil. Il quitte l'hôpital le 11° jour quoi qu'on ait pu faire pour l'en empêcher et est perdu de vue.

Dans cette observation l'embarras du diagnostic a été levé par la ponction lombaire, de plus, l'évacuation du liquide semble avoir eu un rôle curatif extraordinaire.

M. Rochard rapporte 3 cas de ponction lombaire ayant eu un effet thérapeutique certain.

Dans une première observation, il s'agit d'un enfant chez lequel M. Rochard retira, à la suite d'un traumatisme cranien très violent, 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ; l'amélioration fut rapide et considérable.

Dans un autre cas de fracture du crâne avec symptômes pathognomoniques, on ponctionne le canal rachidien au bout de 15 jours à cause d'une céphalée persistante ; l'opération, répétée le lendemain, fit disparaître complètement la douleur.

La troisième observation est superposable aux précédentes.

M. Tuffier a déjà attiré l'attention de la Société sur la valeur de la ponction lombaire dans les fractures du crâne au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Pour ce qui est de la technique, il considère qu'il est nécessaire de recueillir le liquide dans trois tubes afin de s'assurer que la coloration rouge vient bien du liquide lui-même et non d'une veine du canal rachidien.

Le liquide peut être de coloration rouge vif, moins teinté ou bien jaune et sans globules sanguins. Peut-on se baser sur la coloration plus ou moins foncée du liquide pour porter un pronostic? Un gros épanchement sanguin fournit un liquide beaucoup plus rouge.

Au point de vue diagnostic on ne peut inférer de la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien, qu'il y ait nécessairement fracture du crâne.

On trouve du liquide teinté également dans la contusion cérébrale et dans l'hémorrhagie cérébrale avec ictus apoplectique.

Au point de vue du traitement des fractures du crâne, la ponction lombaire, en faisant décompression, peut amener une grande amélioration, comme l'observation de M. Poirier le montre avec netteté.

M. Guinard estime que l'observation de M. Poirier montre la relation qui existe entre la céphalée et la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien. D'après les expériences que M. Guinard a faites, c'est en agissant comme corps étranger que le sang épanché dans le liquide céphalo-rachidien donne de la céphalée.

M. Kirmisson croit pour sa part que la céphalée, dans ces cas, est due à l'hypertension.

M. Guinard. — Le corps étranger amène l'hypertension, mais l'hypertension est due à la pluie leucocytaire, à l'exsudation de défense de la pie-mère contre le corps étranger.

M. Hartmann pense que la cause de la céphalée est bien l'hypertension, mais l'hypertension causée par une irritation banale, et non par le corps étranger. Une simple piqûre de la dure-mère suffit pour donner de la céphalée, même le fait de laisser écouler du liquide céphalo-rachidien.

Splénectomie pour rupture traumatique de la rate.

M. Richelot analyse une observation de **M. Cornil**, ayant trait à une femme de 75 ans qui avait fait une chute sur le côté droit. Elle se relève seule et peut vaquer à ses occupations. Le lendemain, douleur sourde dans l'hypochondre gauche. Dans les 15 jours qui suivent, apparaît, en augmentant graduellement, une tuméfaction du même côté. La malade entre dans le service de M. Cornil qui fait une ponction exploratrice ramenant du sang, et pense à une vieille hydronéphrose. L'incision lombaire montre un petit rein à sa place. On ferme la plaie postérieure et on pratique la laparotomie, qui fait tomber sur un épanchement sanguin collecté entre l'épiploon et le péritoine pariétal; la rate est grosse avec des adhérences; on parvient à la libérer, et on l'extrait; drainage de la cavité, fermeture. M. Cornil trouve sur le bord postérieur de la rate une déchirure tapissée de caillots. L'état pathologique de l'organe, très augmenté de volume, permet seul de comprendre comment une petite chute a pu le rompre. Quant à la durée si longue de l'hémorrhagie, on peut l'expliquer par les adhérences antérieures du bord déchiré; à moins, toutefois, que ces adhérences ne se soient constituées secondairement à l'épanchement.

L'auteur insiste encore sur le fait suivant : les urines ne contenaient que 1 gr. 90 d'urée par litre. C'est cette faible quantité d'urée qui fait penser à l'hydronéphrose.

M. Brun présente un petit malade atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avec cal vicieux; les nerfs médian, radial et cubital sont intéressés.

M. Tuffier présente un malade opéré de gastrostomie.

M. Reclus présente un malade atteint de lipomatose diffuse symétrique.

M. Mauclaire présente un malade qui porte une bague incluse dans les téguments d'un doigt, sans gangrène consécutive.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 29 Novembre et 6 Décembre 1901.

Astasie-abasie à début sénile.

M. P. Marie présente deux malade atteints d'astasie-abasie ayant débuté à un âge avancé. Chez l'un, âgé de 72 ans, l'affection s'est montrée à 65 ans. L'autre, âgé de 80 ans, a présenté les premiers symptômes d'astasie-abasie à 68 ans. Chez les deux malades, les troubles de la marche sont demeurés invariables.

M. Marie rappelle qu'un abasique de Charcot avait 75 ans, un autre de Ballet 69 ans.

Chez les deux malades présentés à la Société, il n'y a aucun stigmate hystérique actuel, sauf l'abolition du réflexe pharyngé. On peut donc se demander s'il s'agit là d'une affection hystérique. D'autre part, il ne semble pas qu'on puisse invoquer l'artério-sclérose pour expliquer ces troubles, car si elle était en jeu, l'état des malades ne serait pas resté le même, ainsi que leur santé générale, pendant 7 ans chez l'un, pendant 12 ans chez l'autre.

M. Widal a observé récemment, chez un vieillard de 68 ans, un cas typique d'astasie-abasie développé brusquement plusieurs mois auparavant. On n'observait aucun autre stigmate hystérique. L'astasie-abasie apparaissait donc chez ce vieillard comme une manifestation mono-symptomatique de la névrose. Le malade a succombé à une attaque d'urémie. A l'autopsie on a trouvé de petits reins granuleux et on n'a constaté aucune lésion appréciable des centres nerveux.

Hystérie à début sénile.

M. Achard présente un homme de 64 ans, chez lequel on constate plusieurs stigmates d'hystérie : hémiparésie avec hypoesthésie, anesthésie pharyngée, rétrécissement du champ visuel, zones hyperesthésiques. Ce malade est, de plus, sujet à des attaques convulsives au cours desquelles il fait de grands mouvements d'ensemble et même l'arc de cercle. La première attaque eut lieu à 61 ans, jusque-là le sujet était d'un caractère nerveux et impressionnable, mais l'hystérie ne s'était révélée chez lui par aucun trouble apparent.

Infection à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde, décelée par le séro-diagnostic de Widal; cholécystite.

MM. Fernand Bezançon et **A. Philibert.** — L'application au diagnostic des méthodes bactériologiques, telles que la recherche du microbe ou la séro-réaction agglutinante de Widal, permet de rattacher au cadre des infections à bacille d'Eberth des manifestations infectieuses bien distinctes de la fièvre typhoïde. C'est ainsi que nous avons observé une localisation tout à fait anormale du bacille d'Eberth sur l'appareil biliaire, qui a évolué sans symptômes de fièvre typhoïde, et dont la nature exacte ne nous a été révélée que par le séro-diagnostic.

Il s'agissait d'une femme de 28 ans qui, au cours d'un état infectieux indéterminé, présenta les signes d'une cholécystite catarrhale, traduite par des douleurs vives au niveau de la vésicule et par une tuméfaction considérable de celle-ci. La courbe thermique fut celle d'une fièvre thyphoïde, à laquelle aurait manqué la période d'état : ascension en escalier, défervescence en lysis, mais absence de plateau ; il n'y eut ni céphalée, ni douleur iliaque, ni diarrhée, ni tuméfaction de la rate, ni taches rosées ; à aucun moment la malade ne présenta le facies typhique. La maladie évolua en quelques jours vers la guérison, sans qu'il y eût d'ictère et de passage de pigment biliaire dans les urines ; la défervescence fut seulement précédée d'une débâcle biliaire considérable, qui donna aux selles l'aspect purée de pois; les urines présentèrent la diazo-réaction d'Ehrlich; le sérum de la malade agglutinait le bacille d'Eberth à 1 p. 600; la bénignité de l'affection a rendu inutile toute intervention chirurgicale.

Cette manifestation locale de l'infection éberthienne, évoluant sans fièvre typhoïde, est à rapprocher des observations analogues de pleurésie à bacille d'Eberth, signalées par Charrin et Roger, Kelsch, etc., et du cas de cholécystite de Longuet.

Ces faits montrent que le bacille d'Eberth, malgré des allures habituelles de microbe spécifique, est cependant susceptible de déterminer quelquefois de simples affections organiques et de se comporter, comme les microbes saprophytes vulgaires, commensaux habituels de notre économie, tels que le staphylocoque et le streptocoque.

Sur un cas de paralysie diphthérique avec présence du bacille dans le bulbe.

MM. H. Barbier et **Zacchiri.** — Nous avons repris l'étude de la généralisation du bacille diphthérique dans les viscères. Parmi les faits recueillis à l'hôpital Hérold depuis quelque temps, le suivant nous a paru digne d'être mis à part.

Un enfant de 26 mois entre au pavillon de la diphthérie avec

une diphthérie associée, caractérisée par une angine intense, du croup et de la trachéo-bronchite membraneuse accompagnée de broncho-pneumonie. Sous l'influence du sérum tous les symptômes s'amendent, et le malade peut se passer de sa canule le 6e jour. Cependant le pouls reste accéléré et, le 8e jour, les signes de l'intoxication diphthérique reparaissent. Le 9e jour, on voit apparaître une paralysie pharyngée, la broncho-pneumonie s'aggrave et le malade meurt le 10e jour.

A l'autopsie on fit des examens bactériologiques complets, et le bulbe donna, associée à du streptocoque, une culture de bacilles diphthériques virulents.

Un cas d'aphasie motrice due à un ramollissement exactement localisé au pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

MM. A. Chauffard et **F. Rathery.** — La malade, âgée de 61 ans, entre à l'hôpital avec tous les signes cliniques d'une aphasie motrice corticale datant de 2 jours; il n'y a pas de surdité verbale, mais, vu l'état de shock, il est impossible, malgré des examens réitérés, d'être affirmatif quant à la cécité verbale et à l'agraphie. On pose le diagnostic d'aphasie motrice par ramollissement siégeant au pied de la troisième circonvolution frontale gauche. L'autopsie vint pleinement confirmer l'examen clinique et montra un ramollissement siégeant au pied de la troisième frontale gauche et au niveau de l'opercule rolandique. Il existe également un petit foyer au niveau du pied de la deuxième frontale et de la circonvolution antérieure de l'insula. On peut constater également l'existence d'un caillot bien visible sur les coupes histologiques siégeant exactement sur la branche de la sylvienne irriguant la troisième frontale. La coupe du cerveau, passant par le pied de la troisième frontale et les deux extrémités du corps calleux, permet de vérifier l'intégrité absolue de la capsule interne, des noyaux opto-striés et des faisceaux blancs. Il s'agit donc bien ici d'un cas d'aphasie motrice corticale due à un ramollissement siégeant au pied de la troisième frontale.

M. P. Marie. — Dans un nombre considérable de cas d'aphasie motrice observés à Bicêtre, les lésions cérébrales ont présenté, généralement, plusieurs localisations disséminées autour du pied de la troisième frontale. Aussi, l'observation de MM. Chauffard et Rathery offre-t-elle un intérêt tout particulier par la localisation exclusive à la circonvolution de Broca.

Maladie de Basedow chez un enfant de quatre ans et demi.

MM. Variot et **Pierre Roy** présentent un enfant âgé de 4 ans et demi qui offre un cas type de maladie de Basedow et qui a, du reste, été montré déjà à la Société de pédiatrie. Coqueluche antérieure. Début il y a 6 mois. La maladie est manifestement en voie de régression. C'est l'âge du petit malade qui fait de ce cas une observation exceptionnelle. A noter aussi que seules les préparations de corps thyroïde semblent avoir amené l'amélioration constatée; mais M. Variot insiste sur ce fait qu'on les a administrées à très petites doses (pilules de corps thyroïde des hôpitaux, de 0 gr. 10 chacune; une tous les 3 jours).

M. Marie dit que si les préparations de corps thyroïde donnent souvent de bons résultats dans les goîtres basedowifiés, c'est le contraire dans la vraie maladie de Basedow.

M. Joffroy a toujours vu des accidents formidables survenir chez les malades de ce genre auxquels il avait cru pouvoir donner ces préparations thyroïdiennes. Et cependant d'autres observateurs s'en sont très bien trouvés.

M. Rendu cite le cas d'une de ses clientes, jeune fille de 24 ans, atteinte de maladie de Basedow depuis l'âge de 15 ans. Le traitement classique ayant échoué, M. Rendu essaya, il y a 4 ou 5 ans, les préparations thyroïdiennes, mais à très faible dose (2 pastilles par semaine). Or, à sa grande surprise, une amélioration notable et progressive se produisit à la suite et continue.

M. Rendu ajoute que, comme dans le fait de MM. Variot et Pierre Roy, sa malade avait eu une coqueluche. Peut-être — c'est une simple supposition — les préparations thyroïdiennes réussissent-elles quand une maladie infectieuse peut avoir causé le Basedow, et échouent-elles quand l'étiologie est purement nerveuse. C'est une question à étudier.

Hémiplégie incomplète avec épilepsie jacksonienne.

M. Fernet présente un malade âgé de 44 ans qui, il y a 4 ans, 6 mois après une fièvre typhoïde ordinaire, a été pris d'hémiplégie gauche très incomplète (persistant encore). 6 mois après, attaques d'épilepsie jacksonienne du même côté, qui se renouvellent 8 ou 10 fois par an. Pas de syphilis, suivant toutes vraisemblances. Il est probable que la fièvre typhoïde est la cause de ces accidents vu qu'on ne peut trouver d'autres causes. Le malade prend presque sans discontinuer de l'iodure de potassium. Aucun résultat. A ce propos, M. Fernet pense qu'on a tort, en présence d'accidents cérébro-médullaires quelconques, d'instituer systématiquement un traitement antisyphilitique alors que tout est contre l'hypothèse d'une syphilis antérieure. On ne devrait le faire que lorsque la syphilis est probable.

M. Marie pense qu'une lésion organique est incontestable, car les réflexes sont manifestement exagérés. Il croit peu probable l'étiologie de fièvre typhoïde, car, en pareil cas, les accidents se produisent beaucoup plus rapidement. Peut-être s'agit-il d'un gliome.

Pour ce qu'a dit M. Fernet du traitement antisyphilitique, M. Marie croit que, en raison de l'impuissance des autres traitements, on est, non seulement autorisé, mais on a le devoir de le tenter, alors même que le malade nie la syphilis et qu'on n'en trouve pas de stigmates.

M. Siredey partage cette opinion et cite deux observations très caractéristiques à l'appui.

Du pouls lent post-diphthérique.

M. H. Barbier. — L'accélération avec faiblesse du pouls est un signe constant de l'intoxication diphthérique, soit dès le début de la maladie, soit dans les formes prolongées ou à rechute; aussi l'apparition du pouls lent dans cette maladie est-elle un phénomène tout à fait anormal. J'en ai observé 3 cas depuis le commencement de l'année, dont deux à l'hôpital Hérold sur 300 malades environ. C'est donc un phénomène rare, et un phénomène, souvent précoce, de la convalescence. Les malades ne semblent pas en ressentir de troubles fonctionnels; à l'auscultation, cependant, on peut constater un bruit de galop, et une légère dilatation du cœur droit. Le pouls est surtout ralenti, quelquefois avec irrégularité, et le ralentissement qui a oscillé, dans un cas, entre 50 et 60 pulsations par minute, est descendu jusqu'à 42 — passagèrement il est vrai — dans un autre cas : il a duré quelquefois plus de 15 jours.

Les malades sont sortis en apparence bien portants, ce qui pourrait faire penser que le pronostic n'a pas de gravité.

Comme traitement, on a prescrit le repos, les injections faibles de sérum artificiel et le sulfate de spartéine.

M. Troisier dit que la bradycardie est un phénomène général dans toutes les pyrexies pendant la convalescence; elle est, du reste, en général, un symptôme favorable alors même qu'elle s'accompagnerait d'intermittences. On pourrait l'appeler pouls de la « défervescence » à meilleures raisons que pouls de la « convalescence », qu'elle annonce.

La tachycardie des nouvelles accouchées « pouls puerpéral », a la même signification pronostique favorable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 29 Novembre 1901.

De l'emploi de l'adrénaline en oto-rhino-laryngologie.

MM. Moure et **Brindel** présentent à la Société le produit en question qu'ils ont expérimenté déjà à plusieurs reprises.

L'adrénaline, principe actif de l'extrait de capsules surrénales, jouit de propriétés vaso-constrictives très nettes.

Employée en Amérique dans diverses affections oculaires, nasales, buccales, laryngées et auriculaires, les résultats signalés ont toujours été extrêmement satisfaisants.

MM. Moure et Brindel ont contrôlé les propriétés de l'adrenaline : 1° dans les lésions inflammatoires aiguës ou chroniques (coryza aigu, abcès péri-amygdalien, curettage d'ulcérations bourgeonnantes dans un cas de laryngite tuberculeuse); 2° dans les lésions congestives par vaso-dilatation (coryza spasmodique avec hydrorrhée, rétrécissement tubaire congestif); enfin dans l'hémostase pour les interventions sur les muqueuses nasale, buccale, laryngée et auriculaire, et dans les épistaxis. Le pouvoir vaso-constricteur de l'adrenaline s'est toujours montré constant, et l'on peut dire que l'adrenaline est à l'extrait de capsules surrénales ce que la cocaïne est à l'extrait de coca; elle est appelée à rendre de grands services en oto-rhino-laryngologie.

Traitement de la dysenterie aiguë des enfants par les lavements d'eau oxygénée.

M. Rocaz fait remarquer que les médications internes préconisées (purgatifs, ipéca, opium) réussissent généralement dans les cas légers, mais échouent dans les formes graves, dans lesquelles on a surtout conseillé les lavements médicamenteux destinés à agir sur les ulcérations du gros intestin. Le nitrate d'argent est encore en vogue, mais il est d'un maniement difficile. M. Rocaz a employé, dans une épidémie grave de dysenterie aiguë qui a sévi dans les environs de Bordeaux, l'eau oxygénée en deux ou trois lavements quotidiens pratiqués avec une sonde longue.

Sur une dizaine de malades de 2 à 12 ans, les bons effets du traitement se sont fait sentir dès les 2 ou 3 premiers jours. Les selles ont vite changé d'aspect, renfermaient moins de pus et de sang; elles étaient de moins en moins fréquentes et le sphincter reprenait sa tonicité. Pour être sûr de la guérison, il est nécessaire de continuer la médication quelques jours après la disparition des accidents.

Thérapeutique minima de la fièvre typhoïde.

M. Mongour. — La récente communication de Chantemesse place au premier plan de l'actualité le traitement de la fièvre typhoïde. Pour apprécier à sa valeur la nouvelle méthode, il est désirable que le plus grand nombre de médecins fournissent les résultats de sa pratique en indiquant la thérapeutique suivie. M. Mongour expose la conduite qu'il a tenue vis-à-vis des typhiques. Le traitement de l'hyperthermie ne lui paraît pas justifié et il combat, après discussion, la méthode de Brandt.

M. Mongour prescrit d'emblée la diète liquide et non le régime lacté absolu que peu de malades supportent et qui aboutit, dans la majorité des cas, à une constipation opiniâtre. Dès le début, il mélange des œufs, soit au lait, soit aux potages. Il recommande d'absorber, sans fatiguer leur estomac, la plus grande quantité de liquides sous forme de tisane sucrée ou d'eau pure. Il assure l'évacuation régulière de l'intestin par des purgatifs légers administrés, suivant les cas, tous les 3 ou 4 jours. L'huile de ricin constitue le purgatif de choix. Enfin, l'aération constante de la chambre, jour et nuit, fait l'objet du plus grand soin.

Sur 107 malades ainsi traités, il n'y a eu que 5 décès.

La méthode n'a pas la prétention d'être nouvelle : c'est, en somme, de l'hygiène qui a le grand avantage de n'être pas nuisible comme la grande majorité des traitements préconisés et acceptés généralement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 26 Novembre 1901.

Tumeur graisseuse du col.

M. Fieux a communiqué l'observation d'une femme enceinte de 9 mois environ et sur le point d'accoucher. C'est une femme obèse, dont l'utérus remonte à 44 centimètres au-dessus du pubis, mais dont la paroi abdominale, très œdématiée, empêche toute manœuvre de palpation et d'auscultation. Au toucher vaginal, on trouve la tête mal fléchie au-dessus du détroit supérieur, ne pouvant pas s'engager. Le promontoire est très éloigné et difficilement accessible.

Après avoir vainement essayé de terminer l'accouchement par la version, M. Fieux fit la basiotripsie et pratiqua la manœuvre de Ribemont pour ramener un enfant qui pèse 5 kilog. 190, moins la substance cérébrale. Il fit ensuite la délivrance artificielle, et retirant la main de l'utérus, il ramena une petite masse qu'à son grand effroi il reconnut pour une masse adipeuse. Il pensa tout de suite à une déchirure de l'utérus avec issue de frange épiploïque. Mais mettant la main dans la cavité utérine, il ne sentit rien. Appliquant alors deux larges valves, il vit que la petite tumeur avait un pédicule venant s'insérer sur le col, à 2 centimètres de l'orifice externe; elle se détacha facilement. Cette tumeur avait le double du volume d'une noix environ. La femme guérit très bien.

L'examen macroscopique, complété par l'examen microscopique le plus minutitieux, ne permit de reconnaître autre chose que du lipome absolument pur tant au niveau de la tumeur que du pédicule.

C'est la première fois que M. Fieux trouve une tumeur de cette nature au niveau du col, et il se demande s'il ne s'agit pas là d'une tumeur fibreuse dégénérée.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MEDECINE DU NORD

Séance du 22 Novembre 1901.

Arrachement du tendon rotulien gauche et fracture transversale de la rotule.

M. Druchert présente un malade âgé de 57 ans, qui, en 1879, s'est fait un arrachement au tendon rotulien gauche, puis, quelques années plus tard, en 1892, une fracture de la rotule avec cal fibreux du côté opposé. Actuellement, la marche est possible.

M. Gaudier a vu dernièrement un malade atteint de fracture de la rotule, qui avait fait 12 kilomètres à pied. Ici, les ailerons latéraux étaient conservés; cette circonstance, peut-être, joue un rôle important dans la conservation des mouvements du membre.

Orchite tuberculeuse chez un enfant de 3 semaines.

M. Ausset rapporte l'observation d'un petit malade, âgé de 3 semaines, atteint d'une orchite, probablement tuberculeuse. L'enfant était bien développé, mais présentait quelques signes de rachitisme : facies vieillot et ventre tendu, douloureux, parsemé de veines très développées. Quoique nourri au sein, il avait une diarrhée et, depuis quelques jours, l'appétit avait disparu, et une tuméfaction était apparue au niveau du scrotum.

L'épididyme n'était pas délimitable, le cordon était gros, le testicule peu douloureux.

Il n'y avait pas de stigmate de syphilis, ni aucun signe d'uréthrite. Très rapidement, l'état général s'altéra et l'enfant succomba.

Plaie du diaphragme.

M. Lambret rapporte l'observation d'un blessé ayant reçu un coup de couteau dans le 6e espace intercostal gauche, qui avait déterminé une plaie transversale parallèle aux côtes, par laquelle sortait un morceau d'épiploon qui fut réséqué. Puis, la plaie pansée, le malade présenta très rapidement un état général mauvais : facies grippé, pouls fréquent, avec submatité au niveau du flanc gauche.

M. Lambret, appelé en consultation, fit la laparotomie; il ne trouva pas d'estomac tout d'abord. Puis, la main introduite dans la poitrine par une plaie existant au niveau du dia-

phragme, il en retira l'estomac, qui fut amené très difficilement dans le ventre. Il y avait, d'autre part, des signes de péritonite avec fausses membranes. Pendant l'opération l'estomac était toujours inspiré dans la poitrine par le vide thoracique.

M. Lambret mit un point de suture sur le diaphragme, mais l'estomac fut encore aspiré. Il songea à faire la thoracotomie, mais à cause de l'état de faiblesse du sujet, il se contenta d'obturer la plaie diaphragmatique avec un tamponnement. Le malade mourut 2 jours après, de péritonite généralisée. L'autopsie médico-légale montra que l'estomac et le tamponnement avaient été de nouveau aspirés dans la poitrine et qu'il existait une péritonite.

M. Le Fort rappelle que dans un cas analogue de Tuffier, l'intestin grêle était remonté dans la poitrine.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 20 Novembre 1901.

Tumeur du médiastin d'origine thymique. Trachéotomie d'urgence.

M. Dervaux lit l'observation d'un malade de 23 ans, entré dans le service de M. Desplats, pour une angine gangreneuse. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, le malade avait commencé à ressentir des douleurs rétro-sternales, de l'oppression; puis, à la suite d'une légère excoriation, il avait fait un phlegmon du pied. A l'examen, le sujet offrait une température de 38°,4, de l'oppression et du tirage, de l'extinction de la voix. La région cervicale, de volume très exagéré, d'une dureté presque ligneuse, avait un aspect étrange, et les veines cutanées étaient très développées.

Il existait un léger œdème de la base de la langue, qui était noire, fuligineuse; le pharynx était un peu sensible et les amygdales avaient une teinte rouge, noirâtre, et présentaient quelques petites ulcérations, mais pas de fausses membranes. Il y avait des streptocoques et des staphylocoques.

Les jours suivants, l'oppression augmenta, la teinte sombre des amygdales gagna le voile du palais. Il n'y eut pas de fièvre. On dut pratiquer d'urgence la trachéotomie, à cause des phénomènes asphyxiques.

Après une chloroformisation légère, vite arrêtée par les progrès de l'asphyxie, et l'incision de la peau, il se produisit une hémorrhagie veineuse considérable, qui ne s'arrêta pas après l'incision de la trachée et la pose de la canule. Le malade fit quelques mouvements respiratoires, mais l'asphyxie persista, l'hémorrhagie augmenta. L'exploration de la trachée fit découvrir un rétrécissement. Puis l'hémorrhagie s'arrêta; le sujet fit encore quelques inspirations et la mort survint quelques instants après.

L'autopsie montra, derrière le sternum, l'existence d'une tumeur du volume des deux poings, située au niveau de la loge du thymus, d'aspect lardacé, blanchâtre, cordiforme, semblant encapsulée. Au niveau du cou il y avait une infiltration œdémateuse et de gros ganglions qui descendaient jusqu'à la tumeur.

La tumeur était limitée latéralement par la plèvre médiastine; elle comprimait la trachée dans le sens antéro-postérieur, sur une longueur de 5 centimètres, et en diminuait le calibre au point que celui-ci admettait à peine le petit doigt, elle avait refoulé le cœur et les gros vaisseaux en bas et en arrière, et rejeté le pneumogastrique à droite. Elle mesurait 20 centimètres dans le sens vertical et 8 dans le sens horizontal.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 25 Novembre 1901.

Sur l'obstruction intestinale par calculs biliaires.

M. Gans relate, à propos de la communication faite par M. Karewski dans la dernière séance, un fait démontrant bien les difficultés que peut présenter le diagnostic de l'iléus calculeux. Il s'agit d'un médecin qui, après de violentes douleurs étendues à tout l'abdomen, eut de l'ictère; on porta le diagnostic de coliques hépatiques. Une cure hydrominérale amena une certaine amélioration, mais les douleurs reparurent bientôt et il survint des vomissements fécaloïdes; l'opération permit de reconnaître qu'il y avait invagination de 50 centimètres d'intestin.

M. Albu fait remarquer que les vomissements fécaloïdes peuvent faire défaut en cas d'obstruction intestinale par calcul. C'est ainsi qu'il a observé un homme de 70 ans ayant eu par intervalles de l'ictère avec phénomènes douloureux peu marqués; on avait pensé non à la cholélithiase, mais à un ictère catarrhal; soudain l'ictère reparut, envahissant tout le tégument, en même temps que la fièvre s'allumait et que le pouls devenait petit et mauvais; le patient succomba en deux jours, sans qu'on eut osé l'opérer, à cause de son âge avancé et de l'état de collapsus dans lequel il se trouvait. Bien qu'on n'ait pu faire l'autopsie, l'orateur estime que les accidents avaient été causés par l'enclavement d'un calcul dans le duodénum; l'ictère peut manquer en pareille occurrence; s'il se produisit chez cet homme, c'est sans doute par suite de la compression de l'ampoule de Vater.

M. A. Fränkel attire l'attention sur certains cas d'iléus où il existe des vomissements fécaloïdes sans aucun autre symptôme d'interruption du cours des matières. Il rappelle, à titre d'exemple, l'observation d'une femme âgée qui fut prise subitement de vomissements fécaloïdes profus; l'orateur fit le diagnostic de communication entre le côlon et l'estomac; or, il s'agissait du passage d'un calcul biliaire dans le duodénum; les vomissements peuvent s'expliquer par l'irruption du contenu stomacal dans la vésicule, où il se putréfie.

M. Karewski déclare que les faits analogues à celui que vient de relater M. Fränkel doivent être très rares; presque toujours les vomissements fécaloïdes survenant sans météorisme et avec conservation des selles sont sous la dépendance d'une obstruction calculeuse. Pour que le météorisme se produise, il faut qu'il y ait péritonite, soit d'origine intestinale, soit par perforation de la vésicule et passage de la bile dans l'intestin, ce qui fut sans doute le cas chez le malade de M. Albu. L'orateur cite à ce propos l'observation d'un homme porteur d'une hernie et ayant eu plusieurs années auparavant des coliques; des accidents d'obstruction ayant éclaté, M. Karewski, contrairement à d'autres médecins qui croyaient à un étranglement herniaire, admit l'existence d'une perforation de la vésicule biliaire : l'opération fit découvrir, en effet, de la bile dans le sac herniaire.

Gastrectomie totale datant de plus de neuf mois.

M. F. Krause présente une femme chez laquelle il a dû, au commencement de l'année, réséquer tout l'estomac et aboucher directement le duodénum à l'œsophage pour cancer gastrique diffus ayant envahi la région pylorique et les deux courbures de l'estomac. Neuf mois et demi se sont écoulés depuis l'opération; la patiente, qui peut manger toute sorte d'aliments, a augmenté de 33 livres.

L'orateur montre une autre femme qui avait une gastrectasie considérable, consécutive à une tumeur circonscrite du pylore ; une résection pylorique typique, faite au mois de mai dernier, a également donné les meilleurs résultats, puisque cette malade a repris 34 livres de poids.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 12 Novembre 1901.

Traitement chirurgical de l'ascite.

M. Kümmel a montré un homme atteint de cirrhose du foie avec ascite auquel il a fait, après la laparotomie suivie d'évacuation du liquide, la suture de l'épiploon à la paroi abdominale afin d'établir une circulation collatérale entre le système porte et la veine cave inférieure. Le résultat a été satisfaisant comme dans 5 autres cas opérés par lui de la même façon.

Sur 15 cas de ce genre publiés dans la littérature médicale, on compte 5 guérisons, 4 améliorations considérables et 2 améliorations peu marquées. Les autres opérés sont morts ou ont été perdus de vue.

Chirurgie du cerveau.

M. Saenger a relaté 3 cas de chirurgie du cerveau.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 2 ans qui est tombé d'une fenêtre du 3e étage. Il fut relevé sans connaissance et à l'hôpital où il fut apporté on trouva une hémiplégie, un écoulement séro-sanguinolent par l'oreille droite, une dépression du pariétal. Les symptômes ont paru s'améliorer pendant les 48 heures suivantes, mais au troisième jour l'enfant tomba dans le coma et présenta de nouveau une hémiplégie droite avec convulsions épileptiformes. On fit la trépanation et on trouva une hématome sous la dure-mère, au-dessus de la circulation centrale. L'enfant guérit en conservant une faiblesse dans le bras droit.

Le deuxième cas relaté par M. Saenger est celui d'un homme de 21 ans auquel il a fait en 1899 la trépanation palliative pour une tumeur du cervelet dont les symptômes ont été une double stase papillaire, un ralentissement du pouls, une démarche cérébelleuse, des vomissements, de la céphalalgie.

Ces symptômes qui ont disparu à la suite de la trépanation, sont revenus en mars 1901 et ont persisté pendant 5 jours. Actuellement le malade est dans un état relativement satisfaisant.

M. Saenger recommande ces trépanations palliatives dans les tumeurs inopérables du cerveau, dans le but de faire disparaître ou d'améliorer les symptômes de compressions cérébrales, et plus particulièrement la cécité qu'on observe fréquemment chez ces malades.

Le troisième malade, présenté par M. Saenger, est un homme de 60 ans qu'il a opéré 12 ans auparavant d'un abcès otique du cerveau. Il existait à ce moment à côté d'une otite ancienne, une aphasie sensorielle, du ralentissement passager du pouls, un début de la stase papillaire à gauche. Le malade à complètement guéri.

Gliosarcome du cerveau.

M. Michael a communiqué l'observation d'un enfant de 7 ans qui, pendant la vie, a présenté successivement une paralysie du moteur oculaire et du facial de l'amaurose, des attaques passagères de coma, de la parésie des membres inférieurs, des vomissements, de l'incontinence de l'urine, etc.

Il succomba au bout de 2 mois; à l'autopsie on trouva un gliosarcome qui comprimait le plancher du quatrième ventricule. Des noyaux métastatiques existaient dans la moelle épinière.

Pseudo-myxome du péritoine.

M. Mond présente les préparations provenant d'une femme de 50 ans qui entra à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen. La laparotomie montra que la cavité abdominale était remplie de masses gélatineuses provenant d'un kyste rompu de l'ovaire. Le poids de la masse retiré était de 14 livres. On pratiqua en même temps l'amputation de l'utérus myomateux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE WURTZBURG

Séance du 29 Octobre 1901.

De l'albuminurie cyclique.

M. Edel a eu l'occasion d'étudier en détail la question de l'albuminurie cyclique chez trois sujets : un jeune chimiste de 28 ans, un médecin de 25 ans et un commerçant de 30 ans, présentant tous les symptômes de ce désordre : minime quantité d'albumine, variant avec la position du corps, maximum le matin, absence de symptômes de néphrite, organisation générale faible, insuffisante.

L'auteur a obtenu des échantillons d'urine émises à des moments assez rapprochés. Les résultats sont consignés dans des tableaux très démonstratifs; les sujets ont déplacé l'heure des repas à divers jours d'expériences, se sont même prêtés à un jeûne complet pendant une journée. Pour étudier l'influence de l'augmentation de la quantité d'urine, M. Edel administra à ses sujets de l'acétate de potassium. Il a trouvé que l'augmentation de la diurèse s'accompagne de la disparition de l'albumine urinaire et que même aux heures correspondant aux urines ordinairement les plus chargées d'albumine, ce corps faisait défaut après l'administration d'un sel diurétique. Le même résultat fut obtenu au moyen de bains chauds (33° R.).

La position horizontale a une influence favorable sur l'albuminurie. Enfin, les repas n'ont pas pour effet d'augmenter celle-ci, ils ont une action tout à fait opposée.

Il y a lieu de remarquer que chez les sujets atteints d'albuminurie cyclique, des fatigues, des excès n'agissent pas de la même façon s'ils se produisent à des moments différents de la journée. Il existe un rapport certain entre l'albuminurie et le pouls; plus celui-ci est petit, plus les conditions sont défavorables. Afin de s'en convaincre, M. Edel fit accomplir par ses sujets, sans les fatiguer, certains mouvements de nature à renforcer l'action du cœur, et il parvint à obtenir alors des échantillons d'urine normaux.

L'effet contraire se produisait naturellement après des efforts exagérés.

Au point de vue du traitement d'états semblables, on pourrait donc recommander un exercice systématique du cœur et une alimentation forte et abondante. L'expérience prouve le bien fondé de ce traitement. Ce traitement, non médicamenteux, est donc tout à fait du ressort de la thérapeutique par les méthodes physiques et diététiques : bains gazeux, gymnastique Zander, etc.

Chez les néphritiques vrais, on ne retrouve pas le cycle d'une manière constante, sauf chez ceux dont le cœur laisse à désirer : ici aussi il ne faut pas oublier qu'un exercice modéré et prudemment dirigé peut amener le cœur à une plus grande force et améliorer l'état général.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LONDRES

Séance du 26 Novembre 1901.

Obstruction intestinale par diverticule de la vessie.

M. Bryant a relaté l'observation d'un homme de 67 ans atteint d'angine de poitrine et qui, depuis 5 jours, présentait des symptômes d'obstruction avec vomissements fécaloïdes survenus datant de 24 heures. Il y a 2 ans, le malade a constaté

qu'il avait dans la fosse iliaque droite une tumeur qui n'occasionnait aucune gêne.

A l'examen on trouva le ventre tuméfié, mais non tendu. La palpation permit de constater l'existence d'une tumeur allongée occupant la fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'à l'ombilic. L'urine était normale et le cathétérisme de la vessie n'avait pas fait diminuer les dimensions de la tumeur.

La laparotomie montra qu'une anse de l'intestin était comprimée contre la colonne vertébrale par une tumeur rénitente, allongée, qui semblait faire partie de la vessie. En comprimant cette tumeur, on fit passer son contenu dans la cavité vésicale. Bien que l'obstacle à la circulation des matières fût ainsi levé, la malade succomba 24 heures après. L'autopsie n'a pas été faite.

D'après M. Bryant, il s'agissait ici d'une compression de l'intestin par un diverticule de la vessie.

M. Harrison a observé deux cas analogues. Dans le premier, le diverticule comprimait le rectum et était la cause d'une constipation opiniâtre. Dans le second cas, dans lequel il existait une suppuration du diverticule, on trouva à l'autopsie, qu'il comprimait une anse de l'intestin.

Alkaptonurie.

M. Garrod cite un certain nombre de cas tendant à prouver que l'alkaptonurie s'observe chez les enfants dont les parents sont des cousins germains. Ce fait a pu être noté dans 4 familles, dont 11 membres étaient atteints d'alkaptonurie. Dans 3 de ces familles, le père et la mère étaient cousins.

Dans un cas observé par M. Garrod, l'alkaptonurie est survenue 22 heures après la naissance.

M. Osborne a observé l'alkaptonurie chez un frère et une sœur dont les parents étaient cousins germains.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 29 Novembre 1901.

Eléphantiasis de la moitié inférieure du corps et symphyse cardiaque.

M. H. Favarger a présenté un homme de 26 ans, qui est atteint d'un épaississement considérable de la peau des membres inférieurs, des organes génitaux et de l'abdomen. On ne constate chez lui ni chylurie, ni ectasie des vaisseaux lymphatiques; mais la pointe du cœur est le siège d'un souffle systolique, le foie est gros et il existe des stases veineuses dans presque tous les organes. L'orateur croit que ces troubles circulatoires sont en rapport avec une symphyse cardiaque et que l'éléphantiasis des membres inférieurs a été la conséquence d'érysipèles à répétition que le malade a eus autrefois.

De l'examen histologique des selles.

M. W. Zweig a proposé, pour se rendre compte du fonctionnement du tube digestif, de faire prendre au malade 100 grammes de viande crue le soir au moment du coucher, puis d'examiner après filtration la selle qui suit ce repas d'épreuve. Lorsque les matières renferment des fibres de tissu conjonctif, ce serait, d'après l'orateur, la preuve qu'il s'agit d'une affection gastrique; au contraire, la présence de fibres musculaires indiquerait que c'est l'intestin qui est en cause.

Hypertrophie du cœur avec aortite aiguë, d'origine traumatique.

M. Benedikt a relaté l'observation d'un homme de 59 ans qui, à la suite d'une chute sur le dos, fut pris de douleurs dans la moitié gauche de la poitrine et d'essoufflement. Le malade put retourner à son travail sept semaines environ après l'accident, mais au bout de deux mois et demi, il dut se faire admettre à l'hôpital; il présentait alors de la cyanose et sa respiration était saccadée; le cœur se montrait abaissé, la pointe refoulée au voisinage de la ligne axillaire; l'aire de matité cardiaque était énorme, les bruits du cœur normaux. L'auscultation des gros vaisseaux révélait un second bruit dangereux, perceptible jusqu'à la cinquième côte; la percussion permettait de reconnaître une dilatation de l'aorte avec participation de l'artère pulmonaire. L'examen radioscopique confirma les résultats fournis par la clinique, et l'on porta le diagnostic d'hypertrophie cardiaque avec aortite aiguë.

A l'autopsie, on put constater, en effet, une hypertrophie véritable du muscle cardiaque, accompagnée d'aortite et d'une dilatation énorme de l'artère pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE

Séance du 21 Novembre 1901.

Rein kystique bilatéral.

M. Nothnagel a montré un homme de 45 ans qui a été atteint à deux reprises d'hématurie dans ces derniers temps. On constate la présence chez ce malade, au niveau de la région rénale, de deux volumineuses tumeurs, bosselées mais non douloureuses; dans l'urine, il existe des traces d'albumine, des cylindres hyalins et quelques leucocytes. De plus, le cœur est hypertrophié et la pression artérielle exagérée. En présence de ces symptômes, on peut affirmer qu'il s'agit d'une dégénérescence kystique des reins, affection qui offre souvent un tableau clinique analogue à celui de la néphrite interstitielle.

M. Weichselbaum fait remarquer que, dans les cas de rein kystique, on trouve fréquemment des kystes dans le foie.

M. Neusser a observé un malade porteur d'un double rein kystique avec hypertrophie du cœur, qui a succombé à des accidents urémiques; il existait aussi une cavité kystique dans le foie.

Myiase intestinale chez l'homme.

M. H. Schlesinger a communiqué l'observation d'un homme de 23 ans qui fut atteint, il y a environ 18 mois, d'une hémorrhagie intestinale accompagnée de diarrhée dysentériforme, sans fièvre ni ténesme; cette hémorrhagie se renouvela un certain nombre de fois. L'examen des selles, pratiqué à différentes reprises, permit d'y constater une grande quantité de larves de mouches. Peu à peu ce malade présenta tous les signes d'une sténose progressive de l'intestin; il finit par succomber aux progrès de l'inanition.

La conclusion qui se dégage de ce fait, c'est qu'en présence d'une diarrhée dysentériforme on doit toujours penser à la possibilité d'une affection due à la présence dans les voies digestives de larves de diptères; l'élimination de ces larves étant intermittente, il importe de répéter l'examen des selles un grand nombre de fois avant de conclure à leur absence. Au point de vue de la prophylaxie de cette affection, il faut recommander de s'abstenir de manger de la viande crue; pour la combattre quand elle est déclarée, on peut s'adresser à tous les médicaments en usage contre les parasites intestinaux.

M. Weichselbaum dit avoir constaté à l'autopsie du malade de M. Schlesinger, outre une dégénérescence graisseuse des reins, trois vastes ulcérations du gros intestin qui était rempli de bols fécaux. L'examen histologique et bactériologique de ces ulcérations a montré qu'elles ne reconnaissaient pour cause ni la syphilis, ni la tuberculose, ni la dysenterie; seules les larves de diptères pouvaient les avoir déterminées grâce aux crochets dont elles sont munies, crochets qui, en pénétrant dans la muqueuse, donnent lieu à des hémorrhagies d'abord, et ensuite à une mortification des tissus; on s'explique assez bien, de cette façon, les principaux symptômes qui caractérisent la myiase intestinale.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE VIENNE

Séance du 12 Novembre 1901.

Tumeur du pédoncule cérébelleux moyen.

M. Linsmayer présente une tumeur de la dimension d'une noix, située à la face ventrale du pédoncule cérébelleux moyen et qui n'avait provoqué aucun symptôme de tumeur cérébrale (ni céphalalgie, ni convulsions, ni vomissements, ni lésions ophthalmoscopiques); le diagnostic clinique avait été « syringomyélie », par suite d'une atrophie musculaire concomitante du grand pectoral, de l'exagération des réflexes et des contractions fibrillaires présentées par le sujet, et malgré le manque de troubles de la sensibilité.

Sclérose en plaques.

M. Sölder présente une jeune fille de 15 ans et demi, atteinte depuis 4 mois de sclérose multiple médullaire et cérébrale : début brusque, en juillet 1901, par de la diplopie qui subsiste encore; en août, hémianopsie transitoire de l'œil droit; en octobre, accès de vertige et hémiparésie faciale qui a rétrocédé. Actuellement, il subsiste un ptosis léger à gauche avec parésie des deux oculo-moteurs; pupilles et fonds de l'œil normaux, rétrécissement léger du champ visuel, nystagmus passager; pas de déviation de la langue ni de troubles de déglutition; bradyphasie légère, sans bégaiement; parésie du bras droit, Romberg négatif; vessie normale; réflexes patellaires exagérés; clonus très net au pied gauche.

La polymorphie des symptômes et leurs fluctuations, ainsi que l'âge de la malade, imposent le diagnostic, malgré des troubles curieux de la sensibilité : hyperesthésie du bras et de la moitié gauche du tronc, s'étendant à la moitié gauche de la nuque et de la tête et entreprenant circulairement la jambe droite; le sens articulaire est faussé aux doigts de la main gauche et du pied droit, dont la malade ne perçoit ni la position ni les mouvements passifs.

Ces troubles de sensibilité revêtent assez bien l'aspect métamérique de la théorie de Brissaud (syringomyélie?), quoique l'auteur les considère comme plutôt segmentaires, et la diversité des symptômes pourrait faire croire à de l'hystérie conformément à la théorie de Oppenheim et de Freud; c'est l'avis de plusieurs membres de l'assemblée, mais, en l'absence de tout stigmate, l'auteur préfère admettre l'hypothèse de scléroses multiples dans les centres nerveux.

Voies motrices cérébro-spinales.

M. Pilez résume l'état actuel de nos connaissances sur les voies motrices cérébro-spinales. Jusqu'il y a quelques années, il était admis que les impressions motrices sont transmises de l'écorce aux cornes antérieures par les pyramides : mais depuis que Redlich a montré, en 1895, que la transmission des excitations motrices chez le chat ne provoque pas de paralysie définitive, une série d'observateurs (Wagner, Starlinger, Hering, Rottman, Hrobst, etc.) sont venus confirmer cette donnée nouvelle de voies motrices extrapyramidales chez le chien, le chat et le singe.

Chez l'homme, des voies descendantes autres que les pyramides nous sont bien connues par l'anatomie, et Hering avait déjà demandé que l'on recherchât si des lésions unilatérales des voies pyramidales produisaient ou non des désordres durables de la motilité.

M. Pilez s'est chargé de cette recherche; il a trouvé dans l'énorme bibliographie des affections bulbaires 6 cas seulement de lésions localisées exclusivement aux pyramides d'un côté; dans 4 cas, la lésion a été accompagnée d'hémiplégie; dans un cas, il y avait compression d'une pyramide sans paralysie, et dans le 6e (de Senator), il y avait hémiplégie sans lésion des pyramides, mais avec lésion d'une olive. Les quatre premiers cas tendraient donc à faire considérer les pyramides comme les seules voies motrices chez l'homme, et les deux dernières feraient admettre l'hypothèse contraire. Mais une critique attentive démontre qu'aucun de ces six cas — les seuls que présente la bibliographie de ces cinquante dernières années — n'offre des garanties suffisantes d'exactitude.

L'auteur pense donc que chez l'homme la question de voies extra-pyramidales motrices reste ouverte et que de nouvelles recherches s'imposent.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 23 Novembre 1901.

La statique vésicale en gynécologie opératoire.

M. Desguin (Anvers). — Chez les femmes qui présentent du prolapsus utérin, la vessie entraînée par le vagin et la matrice se mobilise de plus en plus et peut se trouver partiellement expulsée du bassin. Elle fait un angle avec l'urèthre et devient incapable de se vider complètement. Dans ces conditions, si l'on injecte une quantité d'eau suffisante dans ce réservoir, on le verra remonter dans le petit bassin d'abord, puis reprendre dans l'abdomen la même place qu'une vessie normale distendue. Le bas-fond reprendra sa place physiologique, l'angle avec l'urèthre disparaîtra. Le doigt poussé dans le cul-de-sac vaginal antérieur perçoit la vessie en avant et l'utérus en arrière; la paroi vésicale se sépare plus nettement de la paroi vaginale et l'on a ainsi des données très précises sur la liberté de la vessie relativement à l'utérus et relativement au vagin.

Cet expédient, consistant à distendre au préalable la vessie, pourra être utile pour l'exécution de certaines opérations : ainsi dans les cas d'hystérectomie avec tendance au prolapsus, il permettra d'inciser l'insertion antérieure du vagin sur le col sans danger d'ouverture de la vessie; dans les cas de colporraphie antérieure, il facilitera la dissection du lambeau vaginal et offrira le grand avantage de laisser la vessie dans des conditions parfaites d'expansibilité.

La vessie de la femme admet ordinairement 1 litre à un 1/2 litre de liquide, avec narcose; il est suffisant d'employer un liquide faiblement bactéricide, comme l'acide borique à 3 p. 100, le sublimé à 1/4 000 ou même la solution phisiologique de chlorure de sodium.

La femme étant prête pour l'opération, on introduit dans l'urèthre une canule conique adaptée à un irrigateur de 2 litres, disposé à la hauteur de 75 centimètres environ. On laisse couler doucement le liquide; on suit de l'œil et du doigt les progrès de l'ascension de la vessie pour se rendre compte du degré de tension de cet organe, et l'on arrête l'injection lorsque l'on a obtenu un résultat suffisant.

Il arrive, surtout si la narcose n'est pas complète, qu'au moment où l'on retire la canule, le liquide commence à être rejeté. Un doigt appliqué sur le méat aura aussitôt raison de ce désagrément. La vessie sera vidée, au cours de l'opération, dès que sa distension cessera d'être utile.

Corps étrangers de la vessie.

M. Delétrez (Bruxelles) rapporte l'observation très intéressante d'une malade chez laquelle, au cours d'une hystérectomie vaginale, un tampon tombé dans le ventre, par suite de la « désarticulation » accidentelle d'une pince montée, dut être abandonné, l'état précaire de la patiente ne permettant pas de faire sur-le-champ une laparotomie. La malade guérit normalement; 6 semaines plus tard, elle éprouva subitement une grande difficulté d'uriner et des symptômes de cystite se manifestèrent. Appelé aussitôt à examiner sa cliente, M. Delétrez aperçut, venant poindre au méat urinaire, le tampon qu'il retira sans difficulté. Ce corps étranger, qui avait été abandonné dans le ventre a donc pénétré dans la vessie et a été éliminé par l'urèthre sans provoquer d'autre phénomène inflammatoire qu'une cystite.

M. Jean Verhoogen (Bruxelles) a retiré plusieurs fois de la cavité vésicale des ligatures qui avaient été abandonnées dans le ventre lors d'une hystérectomie abdominale. Le processus de migration de ces corps étrangers doit être semblable à celui qui s'est produit dans le cas rapporté par M. Delétrez.

Luxation congénitale de la hanche. (Radiographie).

M. Hannecart (Bruxelles) présente la radiographie d'une luxation congénitale et unilatérale de la hanche. Avant de tenter la réduction, il a pu se rendre compte, par la radiographie, de la position qu'il faut donner au membre pour mettre en contact les contacts articulaires; une seconde épreuve, faite en maintenant la cuisse en rotation interne, montre fort nettement les ombres de la tête, du col et du grand trochanter qui paraissent se trouver en « direction » normale. Il est donc indiqué, dans le cas présent, de maintenir la réduction en rotation interne, se réservant, ainsi que le conseille Schede de pratiquer ultérieurement si la chose est nécessaire, une ostéotomie sus-condylienne pour corriger la position vicieuse donnée au membre.

M. Hendrix (Bruxelles) emploie actuellement la méthode de Schede d'une façon courante; il est très satisfait des résultats qu'il a obtenu par la réduction en rotation interne, pratiquée dans des cas semblables à celui qui vient d'être exposé.

REVUE DES CONGRÈS

LXVIII° RÉUNION DES MÉDECIN ET NATURALISTES ALLEMANDS

Traitement chirurgical des tumeurs de la moelle épinière.

M. Schede communique 4 cas de tumeurs de la moelle épinière dans lesquels il est intervenu avec succès.

Le premier cas est celui d'une couturière, âgée de 49 ans, sujette depuis 9 ans à des douleurs névralgiques, et qui, depuis 17 mois, présente une paraplégie spasmodique avec paralysie vésicale et exagération des réflexes rotuliens.

Après avoir établi le diagnostic de tumeur de la partie moyenne de la moelle dorsale, M. Schede enleva l'arc de la 5° vertèbre dorsale et tomba sur l'extrémité supérieure de la tumeur. Pour enlever celle-ci, il a fallu encore faire la résection des arcs des deux vertèbres sous-jacentes. La tumeur, qui était extra-durale et mesurait 4 centimètres de longueur sur 2 1/2 de largeur et 1 1/2 d'épaisseur, fut facilement extirpée. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Les suites opératoires n'ont présenté rien de particulier. Au bout de 6 mois, la malade pouvait exécuter, dans le lit, tous les mouvements avec ses jambes. Au bout d'un an, elle a pu se lever et marcher en s'aidant d'un bâton.

La seconde observation a trait à un jardinier de 28 ans. Depuis 3 ans, il éprouvait des douleurs névralgiques le long du rebord costal du côté droit. Dans la suite, il est survenu une paraplégie totale avec clonus du pied, absence du réflexe abdominal, paralysie du sphincter vésical, diminution de la sensibilité au niveau des membres inférieurs et de l'abdomen jusqu'à l'ombilic.

On diagnostique une tumeur à la hauteur de la 7° vertèbre dorsale. Après résection de l'arc des 6° et 7° vertèbres, on trouve sous la dure-mère une tumeur dont l'ablation se fait aisément. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibro-myxosarcome.

Suites opératoires simples. Au bout de 6 mois, le malade peut reprendre ses occupations.

Le troisième cas se rapporte à un étudiant en médecine chez lequel la paraplégie est précédée de mêmes symptômes que dans les deux observations précédentes. On diagnostique une tumeur entre la 9° et la 10° vertèbre dorsale. L'opération, faite comme précédemment, permet de retrouver cette tumeur située sous la dure-mère. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Les suites opératoires furent compliquées d'une suppuration de la plaie et d'un écoulement de liquide cérébro-spinal. Le malade finit pourtant par guérir complètement. Au bout de 7 mois, il a pu se lever, marcher et reprendre ses occupations dans un laboratoire.

Le quatrième cas est celui d'un homme de 47 ans, qui avait contracté la syphilis à l'âge de 20 ans. Il y a 16 ans, il a éprouvé des douleurs dans les jambes, lesquelles douleurs furent attribuées à une sciatique. Un an plus tard, il présenta des phénomènes paralytiques dans la jambe gauche, et, 5 ans après, dans la jambe droite.

L'examen du malade et surtout la distribution irrégulière de la paralysie font penser à une tumeur de la queue-de-cheval ou du conus terminal. On resèque l'arc de la première vertèbre lombaire et l'on tombe sur le sommet de la tumeur qui avait repoussé en haut la moelle épinière. On arrive à réséquer une partie seulement de la tumeur. Le malade succombe au bout de 11 jours, après avoir perdu une quantité énorme de liquide cérébro-spinal.

A l'autopsie, on trouve une dilatation énorme du canal sacré, occupé par une tumeur, un angio-myxosarcome, qui mesurait 13 centimètres 1/2 de hauteur, sur 9 1/2 de largeur et 8 d'épaisseur, et avait envahi le psoas iliaque. Pas de métastases.

Les alexines du lait de femme et du sérum des nourrissons.

M. Moro a notamment trouvé, par la technique usuelle, que ni le lait de vache ni le lait de femme ne possèdent des bactéricides manifestes. Mais d'un autre côté, une série de recherches lui ont montré que le sérum des nourrissons alimentés artificiellement est moins bactéricide que le sérum des nourrissons au sein, et que chez ceux-ci le pouvoir bactéricide du sérum diminue quand on les met à une alimentation artificielle. Cette différence, M. Moro n'hésite pas à l'attribuer à la présence d'alexines dans le lait de femme, laquelle présence ne peut probablement être démontrée par notre technique actuelle.

Les matières fécales des nourrissons alimentés avec du lait de vache.

M. Heubner a remarqué — fait bien connu — qu'au moment du passage à l'alimentation, par le lait de vache, les selles du nourrisson deviennent sèches, terreuses et fétides. On attribue ordinairement ces modifications à la présence de quantités de caséine non digérée; l'examen chimique démontre pourtant que la quantité d'azote qu'on y retrouve est très minime. Or, si l'on brûle une petite portion de ces matières sur une lame de platine, on voit qu'il reste une beaucoup ptus grande partie de cendres lorsqu'on expérimente au moyen de selles provenant d'un enfant nourri au lait de vache que lorsqu'il s'agit d'un enfant nourri au moyen de lait de femme. Bendix avait trouvé 15 à 22 p. 100 de cendres dans le premier cas, 3 à 6 p. 100 dans le second. Le sel minéral le plus abondant, c'est la chaux. Il est évident qu'une alimentation qui augmente la quantité de sels augmente le travail des organes digestifs.

M. Baginsky fait remarquer que des selles analogues, riches en calcaire, se retrouvent chez les enfants rachitiques. Il est impossible de savoir si l'organisme du nourrisson se ressent du fait qu'il n'absorbe pas la chaux, car nous ne savons pas si des processus de sécrétion de la chaux ne compliquent pas ces phénomènes.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

La solidarité des organes et son rôle en pathologie.

Par M. Ch. Achard,
Agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon.

Vous connaissez le célèbre apologue de Ménénius Agrippa, raconté par Denys d'Halicarnasse et Tite-Live, mis en fable par Esope et La Fontaine, et commenté plaisamment par Rabelais : les membres, ayant refusé de servir l'estomac, furent bientôt réduits eux-mêmes à l'impuissance. Cet apologue antique exprime une idée dont la physiologie moderne confirme pleinement la justesse. On a comparé maintes fois l'organisme à une communauté, dans laquelle l'individu est représenté par la cellule, les groupes et les classes d'individus par les organes et les systèmes anatomiques. A l'état de santé, chacun des organes et des éléments est servi par l'organisme entier, et le sert à son tour, de même que, dans une société bien ordonnée, chacun tire profit de la force commune, mais sait en retour se plier aux exigences de l'intérêt général, en sorte que l'activité de chacun s'emploie au bien de tous.

Ce n'est pas seulement le maintien de la santé dans son ensemble qui réclame le concours harmonique de la plupart des grands appareils : il n'est pas de fonction ni d'organe en particulier qui puisse se passer du concours des autres. On peut dire que dans toute fonction interviennent le système nerveux et l'appareil circulatoire. Ces deux appareils, à l'état normal, servent d'intermédiaire entre les différents points de l'organisme. Ils représentent le grand réseau des communications de l'économie. A l'état pathologique, c'est aussi par eux que les troubles d'un organe retentissent sur un autre. La dilatation du cœur et la congestion du poumon qui s'observent dans les affections du foie et des voies biliaires sont des exemples classiques de ce retentissement, déjà bien connu des anciens qui le désignaient sous le nom de *sympathie*. Tantôt c'est par le système nerveux que s'exerce l'action à distance d'un organe sur un autre, par le mécanisme de l'action réflexe et des phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires. Tantôt c'est par la voie vasculaire qu'un organe malade répand au loin sur divers points de l'économie les substances nuisibles qui résultent de son fonctionnement troublé. Il semble que l'on ait quelque peu abusé naguère des actions réflexes dans l'interprétation de ces troubles éloignés ; peut-être abuse-t-on de même aujourd'hui des poisons, car l'opinion médicale a ses engouements et ses variations. Mais quelles que soient les fluctuations de la théorie, la solidarité nécessaire des fonctions et des organes n'en ressort pas moins avec évidence.

En dehors même du rôle du système nerveux et de l'appareil circulatoire dans le jeu de la plupart des organes, il est des fonctions qui, pour s'exercer normalement, exigent l'action successive d'une série d'organes très différents. La digestion, par exemple, réclame l'intervention préalable de la mastication, de l'insalivation, qui préparent l'action des sucs de l'estomac et de l'intestin. Dans la respiration, l'échange pulmonaire, qui est l'essence même de la fonction, ne peut avoir lieu que si l'action mécanique des muscles permet l'entrée de l'air et sa sortie.

Les exemples de synergies viscérales sont nombreux et je n'ai que l'embarras de choisir pour vous en citer quelques-uns.

Telle est, entre autres, l'action de la rate sur les fonctions du pancréas. La trypsine, d'après les expériences de Schiff (1863), n'apparaît dans le suc pancréatique que 4 heures après le repas, en même temps que survient la congestion de la rate ; elle disparaît quand cesse la congestion splénique ; elle fait défaut chez les animaux dératés. Herzen a précisé ce mode d'action de la rate : le pancréas forme un ferment générateur de la trypsine, un proferment ou zymogène (trypsinogène ou protrypsine), et le produit splénique le transforme en trypsine ; cette transformation peut même être réalisée en dehors de l'organisme, si l'on ajoute à une solution de zymogène pancréatique soit une infusion de rate congestionnée, soit le sang veineux splénique.

Vous connaissez les mémorables recherches de Cl. Bernard sur la glycogénie hépatique et son expérience célèbre de la piqûre du bulbe, qui montre l'influence du système nerveux sur cette fonction du foie. Mais il est un autre organe qui intervient aussi dans cette glycogénie, c'est le pancréas, dont le rôle a été mis en lumière par les expériences de MM. Chauveau et Kauffmann. D'après ces auteurs, la sécrétion interne du pancréas, outre son influence sur la nutrition générale des tissus, exerce particulièrement sur la glycogénie hépatique une action modératrice. La suppression de cette sécrétion interne serait, par suite, l'un des facteurs (mais non le seul) du type de diabète dit pancréatique.

Le foie subit également l'influence de la rate, au moins à l'état pathologique. On connaît depuis peu une affection singulière, qui a été observée et décrite sous divers noms et qui est caractérisée à l'origine par une hypertrophie de la rate, accompagnée d'anémie : c'est la maladie de Banti ou splénomégalie primitive. Or, après une seconde phase où dominent des troubles digestifs et

quelques signes d'insuffisance hépatique, surviennent de l'ascite et les symptômes d'une cirrhose atrophique. La lésion du foie semble donc bien être la conséquence de celle de la rate et les bons effets obtenus de la splénectomie dans certains de ces cas prêtent leur appui à cette interprétation pathogénique.

Peut-être convient-il d'expliquer par une action du même genre le développement des lésions hépatiques, allant de la congestion simple à la cirrhose, que l'on observe dans le paludisme chronique avec hypertrophie considérable de la rate. Il y a dans ces cas, ainsi que l'ont observé MM. Kelsch et Kiener, une abondance remarquable de leucocytes mélanifères dans la veine splénique et l'on a pensé que les pigments, les débris hématiques et les toxines provenant de la rate étaient la cause des altérations du foie.

De même encore, c'est à une transmission au foie par la veine splénique et la veine porte que l'on a proposé d'imputer le développement de nodules leucocytaires dans les espaces portes du foie au cours des leucocythémies spléno-hépatiques et aussi la tuberculisation hépatique à la suite de la splénomégalie tuberculeuse primitive.

M. Chauffard, qui a donné beaucoup d'extension à ce mécanisme pathogénique, pense également que la splénomégalie des ictères infectieux pourrait indiquer l'origine splénique de l'infection hépatique, d'autant plus que l'on voit, dans la forme spéciale étudiée par M. Hayem, sous le nom d'ictère chronique avec splénomégalie, l'hypertrophie de la rate persister même pendant les rémissions de l'ictère.

On a pu songer encore à une origine splénique pour les cirrhoses infectieuses qui s'accompagnent d'une hypertrophie marquée de la rate, comme le type décrit par MM. Gilbert et Fournier sous le nom de cirrhose hypertrophique biliaire avec splénomégalie. Quelque incertaine que soit cette hypothèse, vous voyez que les rapports de la rate et du foie à l'état morbide méritent d'être discutés et réclament l'attention des pathologistes.

Le fonctionnement du foie se ressent aussi de l'état des reins. L'insuffisance de l'émonctoire rénal peut avoir pour conséquence la rétention dans l'organisme des principes plus ou moins nuisibles qui sortent du foie. Ce retentissement des troubles rénaux sur le foie s'observe surtout, il est vrai, lorsque cet organe est lui-même altéré dans son fonctionnement, car c'est surtout dans ces conditions pathologiques qu'il laisse échapper des substances toxiques, provenant d'une fixation imparfaite ou d'une élaboration défectueuse. C'est sur ces données que reposait la théorie rénale de l'ictère grave, et il n'est pas douteux que l'insuffisance du rein s'ajoutant à celle du foie en aggrave singulièrement le pronostic.

Réciproquement l'action du foie se fait sentir sur les fonctions du rein. Non seulement il n'est pas rare d'observer des lésions rénales coexistant avec des lésions du foie, — ce qui pourrait s'expliquer par une atteinte simultanée de ces deux organes sous la même influence pathogène, — non seulement dans les désordres hépatiques la composition de l'urine change en ce qui concerne l'urée, les matières extractives, les pigments, — ce qui tient à ce que la composition du sang qui parvient au rein est elle-même modifiée par l'état du foie, — mais encore il se produit, sous l'influence de l'insuffisance hépatique, des troubles fonctionnels de la sécrétion rénale.

M. Chauffard et ses élèves ont montré que le foie malade exerce sur le rein une sorte d'inhibition, qui peut aller jusqu'à l'anurie mortelle, mais qui, dans le plus grand nombre de cas, se traduit simplement par des intermittences de l'élimination rénale. Ces intermittences se constatent aussi bien pour les substances normales de l'urine, comme l'urée, que pour les substances étrangères, comme le bleu de méthylène, qui rend le phénomène aisément visible.

Vous voyez donc combien ces deux importants organes, le foie et le rein, sont solidaires l'un de l'autre et combien la pathologie doit tenir compte de leur synergie fonctionnelle.

Vous n'ignorez pas l'importance que présente en clinique l'hypertrophie du cœur dans le mal de Bright. Or cette hypertrophie résulte d'un retentissement des troubles rénaux sur l'appareil circulatoire. De nombreuses théories ont été proposées pour en expliquer le mécanisme. Les expériences de Grawitz et Israel ont établi que l'ablation d'un rein, suivie chez l'animal jeune d'une hypertrophie compensatrice de l'autre rein, entraîne chez l'animal vieux, dont le rein opposé ne peut suffire à remplir ce rôle, une hypertrophie du cœur. Et comme l'a montré Straus, il s'agit bien, dans le cas de suppression de l'irrigation vasculaire d'un rein, d'une hypertrophie vraie, d'une augmentation de l'élément musculaire du cœur, et non pas de la sclérose du myocarde qui, chez l'homme, en raison des conditions étiologiques de la maladie, accompagne ordinairement l'hypertrophie cardiaque et la néphrite interstitielle.

Mais je ne veux pas multiplier outre mesure ces exemples de retentissement d'un organe sur un autre. Je me contenterai de vous rappeler seulement l'influence si connue du testicule sur le larynx et de l'utérus sur la mamelle.

Ces liens multiples, qui unissent entre eux les divers organes et font participer aux souffrances de l'un toute une série d'autres, permettent par contre des suppléances utiles.

Les fonctions rénales deviennent-elles insuffisantes, on voit, tout au moins dans les cas les plus favorables, s'établir une sorte de mécanisme compensateur. Des modifications circulatoires se produisent : la tension artérielle s'élève, le cœur s'hypertrophie, conditions qui facilitent la dépuration rénale. Des éliminations supplémentaires ont lieu par le tube digestif, par la peau.

Lorsque la fonction du corps thyroïde est insuffisante, le corps pituitaire, selon quelques auteurs, tendrait à remplir un rôle de suppléance à son égard. On a signalé dans l'ictère chronique une augmentation de la matière colloïde des vésicules épithéliales du corps thyroïde, lésions dans lesquelles on a cherché l'expression d'une suppléance antitoxique.

Dans le même ordre d'idées, la réviviscence d'organes atrophiés concourt peut-être à la compensation de certaines fonctions devenues insuffisantes. Vous savez qu'on a prêté ce rôle au thymus, qui se développe parfois après la disparition du corps thyroïde. Dans les organes préposés à la formation des globules blancs, on a signalé des réviviscences de même genre : des organes à structure lymphocytique, comme la rate, subissent, dans certains états pathologiques, une transformation myéloïde, par suite du réveil d'éléments myélogènes qui subsistaient à l'état latent dans leur tissu.

L'enchaînement de toutes les fonctions et la répercussion plus ou moins lointaine de leurs troubles entraînent des conséquences intéressantes à la fois pour l'étude théorique des maladies et pour la pratique de la médecine.

Tout d'abord cette donnée implique la nécessité d'envisager la fonction indépendamment de l'organe, et de ne pas confondre le trouble anatomique avec le trouble physiologique, puisque la fonction résulte du jeu de plusieurs organes et que l'organe peut remplir des fonctions multiples. Or c'est une notion qui n'occupe peut-être pas toujours la place qu'elle mérite dans les raisonnements cliniques. Il règne encore en médecine une tendance un peu excessive à localiser étroitement chaque fonction dans un organe et par suite à rapporter à un organe déterminé chacun des troubles morbides révélés par l'examen clinique. C'est à cette tendance que la classification des maladies a dû de conserver de nos jours une base principalement anatomique. Il est d'ailleurs facile de l'expliquer. Pendant longtemps, alors que la physiologie, la chimie et la physique biologiques n'étaient qu'ébauchées, c'est de l'anatomie seule que la médecine tirait des notions précises. De plus, l'exploration anatomique de l'organisme malade est bien plus aisée que l'exploration physiologique. Outre que, sur le cadavre, les lésions des organes peuvent être étudiées directement et à loisir, sur le vivant même, les méthodes fort simples du palper, du toucher, de la percussion, de l'auscultation — sans parler de la radioscopie plus récente et de technique plus compliquée — permettent d'acquérir des notions instructives sur l'état anatomique des organes. Par contre, l'examen des fonctions, qui ne peut se faire d'ailleurs que sur le sujet vivant, porte souvent sur des phénomènes mobiles et transitoires; il nécessite parfois une véritable expérience, et comme le sujet en est un être malade, sa réalisation est des plus délicates. Pourtant la médecine a tout à gagner à introduire de plus en plus la physiologie dans l'examen clinique, car la maladie est un trouble des fonctions bien plus qu'une lésion des cellules, et l'on pourrait dire que la pathologie n'est autre chose que la physiologie troublée.

Une autre conséquence des connexions fonctionnelles qui unissent les divers organes est la difficulté d'interpréter certains syndromes complexes. L'urémie en est un des exemples les plus saisissants. Vous savez qu'elle est généralement attribuée aux lésions des reins, et à l'intoxication résultant de ce que ces lésions empêchent l'élimination des substances nuisibles qui devraient passer dans les urines. Sans doute ces lésions existent dans la majorité des cas; mais elles ne font pas à elles seules toute l'urémie et elles peuvent exister sans que ce syndrome apparaisse. En effet, le parenchyme rénal peut être histologiquement altéré sans avoir perdu pour cela toute faculté d'éliminer certaines substances, et parfois même il en élimine plus qu'à l'état normal : c'est ce qu'a bien montré l'exploration du rein par l'épreuve de l'élimination provoquée, faite par exemple avec le bleu de méthylène. D'autre part, la circulation rénale peut être entravée, alors que le parenchyme sécrétant reste en état de fonctionner, ce qui entraîne à peu près, au moins passagèrement, le même résultat fonctionnel que l'insuffisance dépuratrice par lésion matérielle : ainsi des troubles fort voisins de l'urémie s'observent dans certaines asystolies.

De plus, le rôle du rein ne se borne pas seulement à séparer telles quelles les substances que le sang lui apporte : sans parler de la sécrétion interne qu'on lui a prêtée, mais dont la nature est encore ignorée et l'existence même douteuse, le parenchyme rénal exerce une action chimique sur certains corps, qu'il transforme. Il fait, par exemple, la synthèse de l'acide hippurique au moyen du glycocolle de l'organisme et de l'acide benzoïque provenant des aliments. Il transforme la créatine en créatinine. Reçoit-il de la phloridzine, c'est du glycose qu'il élimine. Peut-être le défaut de ces transformations encore peu connues contribue-t-il à produire quelques uns des troubles dits urémiques.

Puis, l'insuffisance rénale n'est pas toujours brusque ni d'emblée complète. Le plus souvent même, elle s'installe insidieusement et elle se développe d'une façon lente et graduelle. La compensation dont je vous parlais tout à l'heure a donc le temps de s'établir, grâce à certaines modifications circulatoires, et à des suppléances éliminatrices, si bien que, souvent, les accidents urémiques éclatent non pas tant par suite d'une aggravation du trouble rénal, qu'en raison du dérangement du mécanisme compensateur.

Enfin l'insuffisance de la dépuration urinaire entraîne des troubles de la nutrition générale, en modifiant les conditions physiques et chimiques du milieu dans lequel vivent les éléments anatomiques. Ces effets généraux ont été imputés surtout à des poisons que l'obstacle rénal accumulerait dans l'organisme.

On a souvent cherché ces poisons dans le sang, mais il s'en faut qu'on les y ait toujours trouvés, car en vertu d'un mécanisme régulateur que j'ai étudié avec M. Lœper, la composition du sang tend à rester fixe, et à défaut des émonctoires, les substances en excès passent dans les tissus. Le sang, il est vrai, s'en débarrasse, mais elles n'en exercent pas moins une action fâcheuse sur la nutrition cellulaire.

Il en résulte un trouble général, une dystrophie de tout l'organisme, qui contribue pour sa part à compromettre l'existence et qui facilite, suivant les prédispositions particulières de chaque organe, la manifestation des multiples symptômes de l'urémie.

Je vous disais que la répercussion du trouble d'un organe sur plusieurs autres, pouvait avoir des conséquences intéressantes non seulement en théorie, mais en pratique. En effet, le clinicien peut rencontrer des difficultés réelles pour établir son diagnostic parce que le même organe malade remplit des fonctions multiples, ou parce que plusieurs organes interviennent dans l'accomplissement d'une même fonction.

Prenons par exemple le foie, qui est le type des organes à fonctions complexes. Frappé par la maladie, il peut donner lieu à des troubles digestifs : les uns tiennent à ce que la sécrétion biliaire est troublée et que la bile fait défaut dans l'intestin ou que sa composition est altérée; d'autres à ce que certaines substances alimentaires, comme le glycose, les albumines et les peptones, sont insuffisamment fixées et élaborées par la cellule hépatique. Des troubles de la nutrition générale découlent de cette élaboration anormale : l'albumine étant mal transformée, l'urée est produite en moindre proportion et d'autres corps plus nuisibles sont versés dans le sang. En outre, le foie n'arrêtant plus qu'imparfaitement les poisons digestifs, ceux-ci passent dans la circulation générale. Si la bile est résorbée dans les voies biliaires, elle imprègne les tissus, produit l'ictère et trouble le fonctionnement des cellules. Sous ces multiples influences toutes les grandes fonctions sont plus ou moins atteintes : des désordres nerveux apparaissent, certains phénomènes cardio-vasculaires peuvent se manifester, le purpura et les hémorrhagies ne sont pas rares, des troubles se produisent dans l'élimination rénale. Bref, l'organisme entier prend sa part à la souffrance du

foie, et l'on pourrait appliquer bien plus justement à cet organe ce que le fabuliste disait de l'estomac :

S'il a quelque besoin, tout le corps s'en ressent.

Si bien qu'au milieu de troubles si variés, l'origine hépatique de la maladie risque d'être méconnue.

De même, les affections rénales peuvent s'accompagner de désordres circulatoires et les néphrites chroniques peuvent se terminer par une véritable phase cardiaque. Comme, d'autre part, les affections du cœur peuvent elles-mêmes entraîner des troubles des fonctions rénales, il est souvent fort difficile, en présence d'accidents cardio-rénaux, de démêler avec certitude si l'origine du mal doit être placée dans le cœur ou dans le rein.

L'intervention de plusieurs organes dans l'accomplissement de certains phénomènes biologiques peut rendre difficile et incertaine l'exploration clinique des fonctions. Par exemple, l'épreuve de la glycosurie alimentaire, destinée à explorer les fonctions du foie et étayée sur des expériences solides, comporte chez l'homme malade des causes d'erreur, parce que de nombreux facteurs, autres que l'état du foie, interviennent dans les différentes phases du phénomène biologique provoqué par le clinicien. Ainsi, le sucre ingéré peut être plus ou moins mal absorbé et parvenir en plus ou moins grande quantité au foie ; sorti du foie, il peut, en circulant dans les tissus, s'y fixer en proportion très variable suivant les malades ; enfin lorsqu'il parvient au rein, l'état de la dépuration urinaire vient encore influer sur la quantité qui pourra en être décelée dans l'urine. Et si l'épreuve, au lieu d'être faite avec du glycose, est pratiquée avec du saccharose comme on l'a fait le plus souvent en France, l'inversion du saccharose dans l'intestin ajoute encore au phénomène un élément variable, qui rend le résultat final bien difficile à apprécier d'une façon quelque peu précise.

Ces causes d'erreur ne sont pas spéciales à l'épreuve de la glycosurie alimentaire ; elles existent aussi, du moins certaines d'entre elles, pour d'autres procédés d'examen fonctionnel du foie. Par exemple l'urobilinurie, l'indicanurie dépendent non seulement de l'état du foie, mais des quantités d'urobiline, d'indican ou de leurs générateurs, qui se forment dans l'intestin, qui sont retenus dans les tissus et qui traversent le rein.

L'examen des fonctions rénales comporte lui aussi des causes d'erreur qui tiennent à l'intervention d'autres facteurs dans les recherches cliniques. L'exploration est-elle faite par l'analyse des substances normales de l'urine, la quantité de ces substances qui est sortie du rein dépend forcément de celle qui est entrée avec le sang dans cet organe et qui reste ignorée du clinicien.

L'urée excrétée varie non seulement suivant l'obstacle que lui oppose le rein malade, mais encore suivant l'état du foie où elle se forme en grande partie et suivant l'alimentation qui fournit les matériaux de sa formation. Les chlorures, alors même que l'on connaîtrait exactement la quantité qui en pénètre journellement dans l'organisme, sont fréquemment retenus dans les tissus au cours de divers états morbides et ne peuvent par conséquent nullement servir à mesurer la valeur de la dépuration urinaire. C'est pourquoi il est bien préférable de s'adresser à des substances étrangères à l'organisme normal, comme le bleu de méthylène, les iodures, le salicylate de soude, au lieu de se contenter de simples analyses chimiques de l'urine. Encore faut-il, avec ces substances étrangères, tenir compte dans une certaine mesure de l'absorption et aussi de la rétention qui peut se faire dans les tissus, et enfin ne pas interpréter le résultat de l'épreuve comme exprimant l'état anatomique du parenchyme rénal, alors qu'il traduit la valeur physiologique de la fonction dépuratrice.

Le pronostic doit aussi prendre en considération les liens fonctionnels des divers organes. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce point, qui est la conséquence naturelle de ce que je vous ai dit sur les phénomènes de compensation, sur le rôle de l'élément rénal dans l'évolution de l'insuffisance hépatique.

La thérapeutique enfin doit également compter avec les données que je viens de vous exposer, et cela sous plusieurs rapports.

En premier lieu, les suppléances fonctionnelles permettent de retrancher certains organes sans abolir la fonction ni causer un dommage irréparable. Ainsi l'on peut extirper complètement l'estomac, la rate, non seulement sans compromettre la vie, mais encore sans porter une atteinte sérieuse à la santé.

En second lieu, ces suppléances imposent, en cas de lésion grave d'un organe, le devoir de respecter avec le plus grand soin ceux dont le fonctionnement concourt à maintenir la compensation.

Enfin le retentissement pathologique d'un organe sur un ou plusieurs autres oblige encore le praticien à élargir sa thérapeutique, à ne pas se contenter de viser un organe, mais à porter aussi son attention sur tous ceux qui participent secondairement à la souffrance du premier atteint.

Vous voyez que, sous bien des rapports, il y a un réel intérêt pour le médecin à ne pas perdre de vue les relations mutuelles des organes et des fonctions. Ce n'est pas qu'en médecine, d'ailleurs, qu'il importe de considérer les choses sans les séparer de leur milieu. Car rien n'est absolument isolé dans la nature, et cette dépendance mutuelle de tous les organes n'est, en somme, qu'un des multiples aspects de la solidarité universelle qui unit toutes choses.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Sur un cas de spina bifida occulta, avec troubles trophiques unilatéraux, et hypertrichose lombaire, à distribution métamérique.

PAR MM.

GANGOLPHE, Professeur agrégé, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

et

PINATELLE, Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de spina bifida latent, remarquable à divers points de vue, sur un malade entré dans notre service pour l'extirpation d'une balle logée à la face antérieure de la cuisse droite. L'ensemble des troubles qu'il présentait antérieurement à sa blessure incommodait fort peu le malade qui ne songeait nullement à attirer sur eux notre attention.

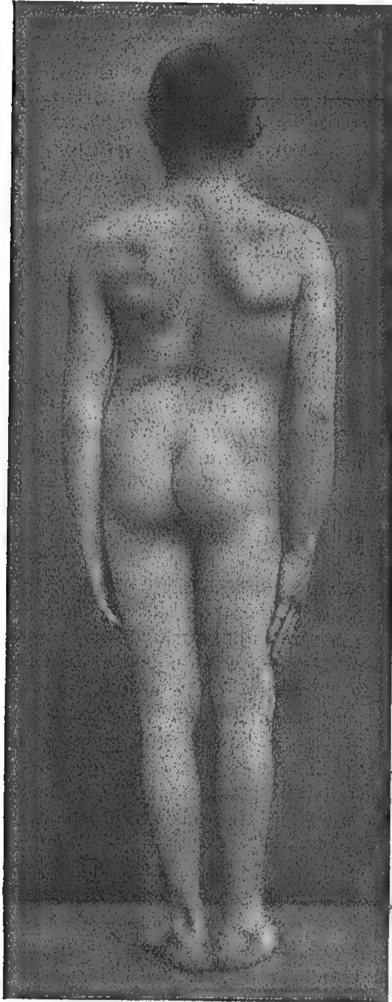
OBSERVATION. — Victor C..., journalier, 27 ans.

Père et mère vivants et bien portants, paraissant exempts de

tare éthylique ou névropathique; une sœur morte de pleurésie à 20 ans.

Dans les antécédents personnels, pas d'affection pathologique à signaler. Né en Savoie, le malade habite Lyon depuis l'âge de 3 ans. Il a marché à l'âge normal, toujours facilement et n'a jamais eu de paralysie.

A l'âge de 4 ans ont apparu, pour la première fois, une série de phlyctènes sur la face dorsale du pied droit; elles auraient mis plusieurs mois à se cicatriser complètement,



L'hypertrichose est beaucoup plus marquée que ne l'indique la figure ci-contre.

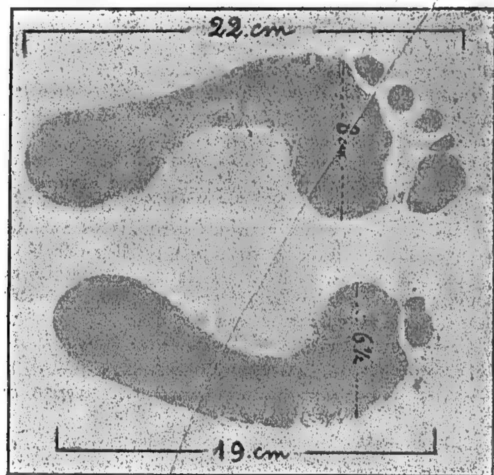
pour ne plus reparaître pendant les 6 années suivantes. Mais, depuis lors, les troubles trophiques persistent d'une façon à peu près continue, sous forme, non plus de bulles, mais d'ulcérations tenaces. Peu à peu les dernières phalanges de trois derniers orteils se sont atrophiées, sans qu'il y ait jamais eu d'élimination de séquestres. La lésion s'est déplacée peu à peu, et, presque éteinte à l'extrémité des orteils, est actuellement en activité du côté de la plante, où il existe deux maux perforants. Toujours ces ulcérations restèrent unilatérales et indolentes, c'est à peine si le malade boite; il a parfois un peu de douleur et de l'œdème transitoire après des marches prolongées.

Aussi bien, n'est-ce point ce qui l'amène à l'hôpital; il entre pour subir l'extirpation d'une balle de revolver logée dans le quadriceps crural droit depuis 3 jours, et il ne songe point en même temps à attirer l'attention sur l'état de son pied.

Actuellement, on constate, au niveau du pied droit, un mal perforant siégeant à la face plantaire de la tête du 1er métatarsien; il a 5 à 6 millimètres de profondeur et le diamètre du petit doigt; un autre débute au point symétrique, en dessous de la tête du 5e métatarsien. L'extrémité de l'orteil médian est renflée et s'exulcère sur sa face d'appui. Les phalangettes des 3 premiers orteils, surtout celle du premier, ont subi une atrophie et une usure manifestes; elles sont de plus déformées, dépouillées de leurs ongles et plaquées d'une peau précaire, mince, violacée, adhérente.

Dans son ensemble, le massif osseux du pied est profondément modifié. Le pied droit, comme tassé dans son ensemble, est plus court que le gauche, plus creux et plus cambré; il présente de plus un léger degré de varus. Toutes ces déformations sont très apparentes sur le tracé des empreintes plantaires (fig. 2).

Au-dessus du pied, les 2 membres inférieurs redeviennent sensiblement égaux, ils ont une longueur identique de 75 centimètres des trochanters aux malléoles externes; la mensuration de leurs circonférences maxima donne une différence de 1 centimètre au niveau des jambes (28 1/2 et 29 1/2), 1/2 centi-



mètre seulement au niveau des cuisses (41 1/2 et 42) au profit du côté sain. Le malade accuse un peu d'œdème intermittent après la marche et une sensation presque constante de chaleur, sans trouble de la sudation au niveau du pied droit.

La sensibilité ne paraît intéressée que sur une zone assez restreinte, d'ailleurs parallèlement suivant tous ses modes, sans dissociation. En dehors du cercle calleux qui entoure les maux perforants, et où l'anesthésie est complète, le malade perçoit mal les excitations tactiles et douloureuses sur la partie antérieure du pied lésé (dos et plante); il n'a pas de réflexe plantaire. La dysesthésie thermique se superpose à la dysesthésie générale; et quand on explore la sensibilité du malade à la chaleur, il ne se trompe jamais à gauche et assez souvent à droite, au niveau de la plante et du bord externe du pied.

Aucun trouble d'ordre moteur à signaler, ni parétique, ni atrophique. Les réflexes rotuliens sont presque abolis et également des deux côtés. Enfin, il n'existe aucun trouble sphinctérien. Aucune lésion articulaire.

Au niveau de la région lombaire inférieure, on constate une bande transversale d'hypertrichose à distribution métamérique manifeste et que les parents du malade disent avoir toujours observée. Cette bande mesure 3 centimètres de hauteur et ses deux moitiés latérales, parfaitement symétriques et obliquement inclinées en bas et en dehors, courent le long du bord supérieur de l'os iliaque depuis la 4e ou 5e lombaire jusqu'à la partie supéro-externe de la région fessière, à 14 centimètres de la ligne médiane (fig. 1). Les poils, rudes et assez fournis, atteignent 4 à 5 centimètres de longueur maxima. A leur niveau la peau n'est nullement modifiée, ni dans son épaisseur, ni dans sa coloration.

Il n'existe pas de spina bifida apparent; ni tumeur, ni iastasis sensible; mais les apophyses épineuses des dernières ver-

tèbres lombaires sont moins nettes et paraissent élargies et comme tassées. Celle de la 5e lombaire est un peu sensible à la palpation. Dans son ensemble, la colonne est très déformée, on constate une lordose lombaire et une scoliose dorsale inférieure droite très prononcée, avec courbures supérieure et surtout inférieure de compensation. Aucun signe de mal de Pott antérieur, ni de syringomyélie.

La taille du sujet ne mesure que 151 centimètres avec une envergure de 160 et un périmètre mamelonnaire de 82. Le tronc contraste singulièrement avec les membres inférieurs, bien plus développés proportionnellement : la hauteur de l'ombilic atteint en effet 92 centimètres pour une taille de 151 centimètres. Le thorax, outre la scoliose susdite, présente un aspect globuleux et élargi.

Les organes génitaux et le larynx semblent normalement développés.

En examinant le malade, on est frappé à première vue, par un élargissement manifeste de la face; les pommettes sont en effet saillantes et le front fuyant. Il existe de plus un léger degré de prognathisme supérieur; l'oreille est mal ourlée et le lobule rudimentaire. Quant au crâne, il est d'une régularité et d'une symétrie presque trop absolues. Son contour tend à se rapprocher de la circonférence. Il est très brachycéphale : 187 millimètres dans le diamètre maximum antéropostérieur, 161 millimètres dans le diamètre maximum transverse, soit un indice céphalique de 86. (Cette brachycéphalie n'est d'ailleurs pas exagérée pour un Savoyard).

Les fonctions intellectuelles sont à peu près normales.

Le malade a été soumis à l'examen radiographique de MM. Destot et Chanoz, et plusieurs clichés ont été tirés en positions ventrale et dorsale, avec des inclinaisons variables du tube. Aucune fissure longitudinale n'a pu être décelée; mais les vertèbres lombaires, à partir de la 2e, y apparaissent toujours étalées, tassées, indistinctes, sans disques intervétébraux nets. Ces caractères constants sur les diverses épreuves permettent d'affirmer l'existence d'une malformation rachidienne, différente d'ailleurs radiographiquement des effondrements pottiques.

Cette observation nous paraît intéressante à divers points de vue : la réunion de nombreux stigmates anatomiques de dégénérescence, l'unilatéralité des troubles trophiques, la distribution métamérique de l'hypertrichose, la latence absolue du spina bifida.

1° *Stigmates anatomiques de dégénérescence.* — Et tout d'abord, notre malade est un dégénéré. Sans doute, notre enquête est assez muette sur les antécédents héréditaires du sujet; sans doute ses facultés intellectuelles paraissent à la hauteur de son éducation et de son milieu, mais dans l'ensemble de son développement somatique, la dégénérescence apparaît manifeste, sinon par l'intensité, du moins par la variété de ses manifestations. Nous rappellerons ici, en effet, la brachycéphalie, le prognathisme supérieur, le front fuyant, les pommettes saillantes, l'atrophie de l'hélix et du lobule de l'oreille, la petitesse de la taille, l'arrêt de développement proportionnel du tronc, les malformations thoraciques. Aussi cette observation vient-elle à l'appui de la théorie rappelée et soutenue par Mayet dans un récent article de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (1901), considérant l'hypertrichose associée ou non au spina bifida, comme un stigmate anatomique de dégénérescence.

2° *Unilatéralité des troubles trophiques.* — Les troubles trophiques associés au spina bifida sont fréquents et variés; et, depuis longtemps, Reklinghausen et Kirmisson (*Bull. méd.*, 1886) ont insisté sur leur importance pour le diagnostic du spina bifida latent; mais ils sont à peu près constamment, sinon symétriques, du moins bilatéraux. Nous n'avons même trouvé mention que de deux cas avec troubles trophiques franchement unilatéraux : celui de Conrad Brünner (*Virchow's Arch. f. Path. anat.*, 1887), où il s'agissait d'un pied bot varus et de maux perforants du pied droit qui nécessitèrent une amputation de Pirogoff, et celui tout récent de Katzenstein (*Soc. méd.*, Berlin, mai 1901, voir *Sem. méd.*, juin 1901), relatif à une fillette de 3 ans qui présentait une paralysie de la jambe droite avec pied varus, simulant la paralysie infantile. Ces cas sont intéressants à connaître, car cette unilatéralité, en l'absence d'autres signes de spina bifida, pourrait égarer le diagnostic, surtout dans l'éventualité d'un traumatisme du côté atteint, comme dans notre cas, et en l'absence de notions étiologiques précises.

3° *Distribution métamérique de l'hypertrichose.* — Ici nous avons en plus un signe important : l'hypertrichose lombo-sacrée, dont la valeur diagnostique est bien connue à l'égard du spina bifida latent. Tous les auteurs ont en effet insisté sur l'association si fréquente de ces deux lésions, malgré quelques exceptions à cette règle. Le spina bifida existe en effet souvent sans hypertrichose, beaucoup plus rarement l'hypertrichose sans spina bifida. Mayet (*loc. cit.*) n'en a réuni que 6 cas, auxquels il ajoute une nouvelle observation du professeur Renaut. Dans ces cas d'hypertrichose sans tumeur ni fissure appréciable, il serait intéressant de savoir à l'avenir l'avis de la radiographie sur l'état des vertèbres.

4° *Latence absolue du spina bifida.* — Les cas de spina bifida latent ou occulta sont bien connus depuis Reklinghausen et déjà assez nombreux; mais l'on décrit souvent sous ce nom les cas de spina bifida sans tumeur, mais avec diastasis plus ou moins appréciable. Nous croyons que, même en l'absence de toute déhiscence vertébrale cliniquement constatée, on sera autorisé à porter le diagnostic dans un cas comme le nôtre, où l'on trouvera associé à des troubles trophiques divers, l'hypertrichose que l'on sait à peu près pathognomonique de cette lésion. La radiographie a donné tout récemment à Kellner (*Centralbl. f. Chir.*, juin 1901), un contrôle en pareil cas, en révélant une déhiscence qui avait échappé à l'examen clinique. Elle n'a pu nous démontrer ici qu'une malformation de la colonne lombaire consistant, comme nous l'avons déjà signalé, en un tassement des corps vertébraux qui paraissent à ce niveau comme soudés entre eux, et un étalement des apophyses transverses, sans trace sur le cliché d'une fissure dans le sens vertical.

N.-B. — Nous ne croyons pas devoir intervenir en aucune façon sur ce malade. Sans être, en thèse générale, tout à fait opposés aux interventions sur les ostéo-artropathies trophiques, nous pensons qu'elles doivent être réservées à des cas plus sévères. D'autre part et pour les mêmes motifs, nous sommes également opposés à toute opération rachidienne qui pourrait consister *a priori* dans une libération d'adhérences médullaires. Telle a été en effet l'aspiration de trois opérateurs dans des cas où il ne s'agissait effectivement ni de réduction de tumeur, ni d'ostéoplastie rachidienne. Dans les 3 cas, l'intervention a consisté dans la section de brides fibreuses comprimant la moelle et trois fois l'on a obtenu la guérison de certains symptômes.

Dans le premier en date, celui de Jones (*Brit. med. Journal*, 1891), la section d'une bande fibreuse transversale comprimant la queue-de-cheval aurait été suivie d'une guérison sur laquelle nous n'avons aucun détail.

Maas opéra dans ces conditions un enfant de 7 ans, qui présentait des troubles spasmodiques et trophiques des membres inférieurs avec abolition des réflexes. Il trouva une fissure légère occupée par un petit lipome,

au-dessous duquel une plaque fibreuse attestait la compression médullaire. Il la sectionna et obtint la cessation des troubles spasmodiques sans aucune amélioration des troubles trophiques. Enfin, tout dernièrement, Katzenstein (*Soc. méd.*, Berlin, mai 1901) a rapporté l'observation d'un jeune homme de 17 ans, qui présentait des troubles trophiques anciens : (pieds bots, hypertrichose, troubles trophiques cutanés), et, depuis quelque temps, de l'incontinence d'urine. La section d'un cordon fibreux vertébro-médullaire, constaté pendant l'intervention, fit disparaître seulement l'incontinence d'urine.

Si peu nombreux que soient encore ces cas, leur rapprochement tendrait à prouver que seuls les symptômes récents, parétiques ou spasmodiques, imputables à la compression ou à l'irritation médullaires, puissent être améliorés par ces interventions, et que l'on ait peu à en attendre l'atténuation de troubles d'âge ancien et d'ordre trophique, qui plus probablement relèvent de malformations médullaires contemporaines de celles du rachis. Dans notre cas, le peu de troubles fonctionnels déterminés par les lésions trophiques, nous est une raison de plus de nous abstenir d'une intervention aussi aléatoire.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1901-1902

M. Lejeune (Marcel). *L'enseignement de l'hygiène dans les écoles et les lycées.* N° 9. (Carré et Naud.)

M. Dousset (Gratien). *Le dispensaire antituberculeux.* N° 8. (Carré et Naud.)

M. Cadet (E. J.). *Contribution à l'étude clinique de l'ostéite déformante de Paget.* N° 1. (L. Boyer.)

M. Coussieu (Henri). *Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës.* N° 13. (Carré et Naud.)

M. Pitois (Alexandre). *Essai de classification étiogénique des balano-posthites et opportunité opératoire du phimosis dans le traitement des diabétides génitales, chez certains neurasthéniques.* N° 6. (Maloine.)

M. Dionis du Séjour (Pierre). *Contribution à l'étude des contusions profondes du thorax.* N° 3. (Boyer.)

M. De Montville (Lucien). *Contribution à l'étude des hernies adhérentes inflammatoires et de leur traitement.* N° 4. (Boyer.)

M. Chardin (A.). *Des éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen.* N° 5. (Carré et Naud.)

M. Caudegabe (M. O.). *Des néoplasmes prérotuliens.* N° 2. (Imprimerie de la Faculté.)

M. Gauthier (M.). *Fractures du calcanéum par écrasement.* N° 12. (Boyer.)

M. Lepinay (François). *Essai anatomo-pathologique sur l'étude du lobe frontal en dehors de la région motrice.* N° 11. (Roux.)

M. Chomet (Jean). *Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu.* N° 10. (Jules Rousset).

M. Degrais (Paul). *Des rayons chimiques et de leur emploi dans la thérapeutique des affections cutanées.* N° 7. (G. Steinheil.)

M. Lejeune estime que pour réaliser les bienfaits individuels et généraux qu'on est en droit d'attendre de l'hygiène, il est nécessaire avant tout d'instruire et d'éduquer le public dans ses principes.

Le moyen le plus sûr et le plus rapide pour arriver à ce résultat est de faire de l'hygiène un objet d'enseignement dans les écoles, à tous les degrés.

Depuis longtemps déjà, la nécessité d'instruire la jeunesse dans la science sanitaire a été reconnue et proclamée par les hygiénistes, mais la réalisation pratique de cet enseignement, à l'Etranger comme en France, a été mal organisée. Tel qu'il est donné à l'heure actuelle dans nos écoles, nos lycées et nos collèges, l'enseignement de l'hygiène est inefficace par l'absence de toute sanction ; sa méthode, son programme, la valeur de son personnel enseignant sont insuffisants. Aussi l'auteur propose-t-il de l'établir sur de nouvelles bases. Les programmes doivent être plus développés, mieux adaptés à l'âge, au degré de culture intellectuelle des élèves, et au milieu social dans lequel ils seront appelés à vivre ; il est nécessaire d'employer plus largement la méthode intuitive, surtout chez les jeunes enfants. Enfin, c'est à des médecins qu'il faut confier le nouvel enseignement qui trouvera une sanction dans une interrogation d'hygiène figurant au programme des examens primaires ou secondaires.

Étudiant le rôle social du dispensaire antituberculeux, M. Dousset montre qu'il n'a pas pour but immédiat la cure de la tuberculose, mais la diffusion des notions prophylactiques dans le peuple obtenue par l'enseignement gratuit de l'hygiène antituberculeuse, le traitement des tuberculeux et l'assistance donnée aux indigents. C'est sur ce plan qu'ont été institués les dispensaires de Lille, de Liège, de Montmartre. M. Dousset expose en détail la méthode à la fois simple et pratique qui préside à l'examen des tuberculeux et au traitement surtout hygiénique qui leur est prescrit dans ces établissements ; il montre enfin par de nombreuses observations suivies d'une note relatant les résultats thérapeutiques obtenus, tout le parti qu'on peut tirer des dispensaires. Leur utilité et leur efficacité sont en raison directe du nombre des visiteurs, de la multiplicité des établissements, des fonds dont ils disposent, de la simplicité de leur administration. L'auteur, en maintenant, fait appel à l'initiative et à la générosité privée pour soutenir et multiplier les dispensaires antituberculeux.

M. Cadet a eu l'occasion de prendre l'observation d'un malade atteint de déformations osseuses appartenant au type de celles qui constituent la maladie de Paget et il en fait le point de départ de sa thèse.

Une série de radiographies accompagne la description de son malade dont les lésions asymétriques, les membres inférieurs indemnes, l'axe rachidien et le thorax sensiblement normaux ne permettraient pas d'affirmer la maladie de Paget si l'allure générale, la marche de l'affection, les déformations des membres supérieurs n'étaient caractéristiques. De ce cas particulier, l'auteur conclut qu'il y aurait lieu de décrire à côté de la forme classique des formes plus ou moins effacées de la maladie de Paget.

M. Coussieu a pratiqué l'examen bactériologique chez 12 malades atteints d'otite moyenne aiguë survenue en dehors de toute maladie infectieuse.

Il insiste sur la technique qu'il a employée pour recueillir aseptiquement le liquide en remplissant le conduit avec un mélange d'alcool et d'éther, en le lavant ensuite avec une solution chaude d'oxycyanure de mercure à 2 p. 1 000 et en le séchant au moyen de tampons d'ouate stérilisée. Le streptocoque pur a été trouvé 2 fois, le staphylocoque 3 fois, 2 fois le pneumocoque et 5 fois il y a eu associations microbiennes ; au point de vue clinique, il faut remarquer que l'otite monomicrobienne suppure peu ou point, que l'otite polymicrobienne tend à la chronicité ; la thérapeutique préventive des otites réside dans l'aspesie nasale et pharyngée réalisée par les moyens ordinaires.

Après avoir tenté d'établir une classification étiogénique des balanoposthites, d'après les malformations préputiales, les causes traumatiques, médicamenteuses, parasitaires, infectieuses, vénériennes, urinaires et diasthésiques, M. Pitois met en lumière le rôle important du diabète dans quelques balanoposthites.

Il montre que par leur ténacité, les diabétides génitales, déjà étudiées par Fournier, sont susceptibles d'engendrer un type

clinique de phobie particulièrement grave dans les pays chauds, chez les alcooliques, et chez certains malades dont l'hérédité nerveuse est chargée ; ces raisons militent en faveur de l'intervention chirurgicale précoce faite sous la sauvegarde d'une asepsie rigoureuse.

Le mécanisme des déchirures pulmonaires reposait pour Gosselin dans l'obstacle opposé à la sortie rapide de l'air inspirée par la fermeture de la glotte. Pour Peyrot, il réside dans l'incompressibilité de la masse sanguine incapable, sous l'action du traumatisme, de refluer brusquement hors du poumon. Dans sa thèse, M. DIONIS DU SÉJOUR conteste ces deux théories : il se passe, admet-il, un phénomène analogue à celui qui se produit lorsqu'on veut vider d'un seul coup l'air contenu dans un récipient librement ouvert, à parois souples et élastiques mais à ouverture étroite. Le reliquat de l'air qui demeure dans la poche peut avoir sa pression suffisamment accrue par une pression extérieure pour en rompre les parois. C'est aussi à son avis, que doit être compris le mécanisme des déchirures pulmonaires.

En fait, les altérations préalables du tissu pulmonaire favorisent singulièrement la déchirure, l'augmentation de la pression sanguine, le rétrécissement de la lumière de l'arbre aérien agissent dans le même sens.

Cliniquement, il y a lieu de distinguer deux groupes de cas : dans les uns, il y a simple déchirure du parenchyme, dans les autres, ruptures de la plèvre viscérale, d'où pneumothorax ou hémothorax. Au point de vue thérapeutique, ces derniers seuls commandent l'intervention : ponction pleurale et trocart à demeure ou pleurotomie large et drainage lorsqu'il y a pneumothorax étendu. En cas d'hémothorax abondant, expectation si l'état du malade le permet et ponction lorsqu'on juge les vaisseaux oblitérés par des caillots ; en dernier ressort, il faut tenter l'hémostase directe du parenchyme pulmonaire.

Dans une première partie de sa thèse, M. DE MONTVILLE étudie l'anatomie pathologique et la pathogénie des hernies adhérentes inflammatoires qu'il sépare nettement des hernies adhérentes par glissement.

Ce sont de grosses hernies, anciennes, mal soignées, mal réduites, qui sont le siège d'adhérences lâches ou serrées, dures, fibreuses ou molles, et présentant parfois une fusion intime et totale du sac et du contenu. Leur diagnostic se fait par la constatation d'accidents légers au début : tiraillements et douleurs vagues dans la station debout et pendant la marche, troubles digestifs passagers ; seul, le diagnostic du mode d'adhérence (inflammatoire ou par glissement) présente parfois des difficultés. Une série d'observations nous montre les accidents graves d'occlusion et d'étranglement que ces hernies peuvent provoquer.

Aussi les hernies adhérentes relèvent-elles, sauf les contre-indications habituelles (âge avancé, mauvais état général) de l'intervention chirurgicale. Il faut aller lever l'obstacle et faire la cure radicale, avec résection épiploïque, ce qui constitue l'opération de choix : en cas d'adhérences rebelles, pratiquer l'entérorrhaphie circulaire ; dans les cas graves avec altérations profondes des parois intestinales et état général inquiétant, le chirurgien doit par mesure de prudence, ouvrir, ne fût-ce que provisoirement, un anus iliaque.

M. CHARDIN définissant avec Boyer et Duplay, sous le nom de hernies ventrales celles qui se font en un point de l'abdomen ou n'existent pas normalement d'orifices ou de points de moindre résistance, présente en premier lieu, un très sommaire aperçu des hernies spontanées relevant d'un effort ou d'une rupture musculaire.

Il s'attache plus spécialement ensuite à l'étude des hernies ventrales traumatiques consécutives à une plaie ou à une contusion. S'appuyant sur 8 observations, il établit qu'elles peuvent apparaître suivant les modalités. Dans un premier groupe de cas, le traumatisme surprend la paroi en état de contraction musculaire et la hernie apparaît immédiatement après l'ouverture de la paroi par le corps contondant s'il est tranchant, ou après une simple contusion s'il est mousse et de dimensions restreintes.

Dans un second groupe de cas, le traumatisme crée simplement un point faible ou une cicatrice et la hernie ne se montre que quelques mois et même quelques années plus tard.

Quoi qu'il en soit, ces éventrations constituent une infirmité très pénible et peuvent être le point de départ de phénomènes d'étranglements, elles sont donc justiciables du traitement chirurgical : suture des bords de la perforation.

Après avoir rappelé la constitution anatomique de la région prérotulienne, M. CAUDEGABE étudie dans une thèse très complète plusieurs variétés néoplasiques développées aux dépens de la bourse prérotulienne ou siégeant dans la même région.

Le papillome est une rareté pathologique inconnue avant l'observation de Dollinger. L'épithéliome est rare aussi et résulte généralement de la transformation maligne d'un kyste sébacé : un cas de Quénu, dans lequel l'examen histologique a été positif, en fait foi. Ranke a rapporté un cas authentique d'angiome et il existe deux observations de chondrome, toutefois. Reclus fait remarquer qu'il s'agit généralement en pareil cas d'une tumeur mixte ou l'élément cartilagineux est entouré de noyaux sarcomateux ou épithéliaux. Le myxome, tumeur bénigne, indolente, et limitée est le plus souvent consécutive à un hygroma. Enfin, dans un cas personnel, le sarcome s'est présenté comme une tumeur à cellules fusiformes circonscrites par du tissu fibro-cartilagineux. Après avoir invoqué dans leur étiologie le traumatisme professionnel, M. Caudegabe établit avec soin le diagnostic différentiel des tumeurs prérotuliennes, reposant sur les données de la clinique et un large emploi du microscope, car il estime qu'en présence d'une de ces tumeurs il faut toujours songer à la possibilité d'un néoplasme malin. Le traitement de choix est l'extirpation.

Trois fractures du calcanéum que M. GAUTHIER a eu la bonne fortune d'observer, ont appelé son attention sur le pronostic grave de ces fractures.

Traçant à grands traits l'historique, l'anatomie pathologique et la symptomatologie des fractures du calcanéum par écrasement, il rappelle que la diversité des lésions osseuses, la rapidité d'extension de l'œdème consécutif, l'impotence fonctionnelle absolue dont elles sont la cause suffisent à leur donner une physionomie toute spéciale. Le pronostic en est grave, car, même consolidées, elles laissent après elles des douleurs et des ankyloses qui font des malades de véritables infirmes. Enfin les méthodes de réduction récemment proposées semblent bien illusoires, la multiplicité des fragments osseux est un obstacle à toute tentative de réunion directe, si bien qu'actuellement l'immobilisation et le massage, l'hydrothérapie et la mécanothérapie sont les bases les plus sûres de leur traitement.

Les données de la médecine expérimentale sont impuissantes à apporter, au moins à l'heure actuelle, quelque lumière sur l'étude du lobe frontal. Seuls, au dire de M. LEPINAY, les agénésies les ramollissements étendus, les atrophies et les lésions traumatiques peuvent nous renseigner sur les fonctions de cette partie de l'encéphale. C'est dans ce but que l'auteur expose 29 observations avec constatations anatomo-pathologiques. Il conclut que les troubles de la sensibilité de la motricité, les phénomènes convulsifs ou mentaux ne correspondent pas à une lésion frontale ou ne permettent pas de localisation frontale exclusive. Il n'y a donc pas de syndromes propres aux lésions préfrontales et le diagnostic ne peut être fait avec certitude que dans les lésions traumatiques qui guérissent généralement sans laisser de tares ni physiques ni psychiques.

Se basant sur les communications de MM. Teissier, Barié et Merklen et sur quelques observations personnelles, M. CHOMET admet l'existence de dilatations aiguës du cœur survenant au cours du rhumatisme articulaire aigu en dehors de toute endopéricardite cliniquement appréciable. Au point de vue symptomatique, elle se différencient de la myocardite rhumatismale par une élévation thermique moindre, par l'absence de phénomènes généraux d'asystolie ; le bruit de galop lié à l'augmentation de la matité est en pareil cas un symptôme capital. La pathogénie de cette affection est absolument incertaine, la grande similitude clinique avec la myocardite peut faire admettre une atteinte myocarditique ; l'hypothèse d'un simple

trouble fonctionnel par défaut d'innervation ou de circulation intracardiaque peut prendre rang à côté de la précédente. D'un pronostic moins sombre que celui de la myocardite ces dilatations cardiaques aiguës relèvent de la médication spécifique antirhumatismale associée à l'emploi de la digitale de la caféine et au régime lacté absolu.

Dans une thèse très complète, M. Degrais expose les propriétés biologiques considérables qui appartiennent aux rayons chimiques de la partie violette et ultra-violette du spectre émis par l'arc voltaïque. Sur la surface cutanée, ils provoquent une véritable inflammation dont une phagocytose exagérée et une réorganisation cellulaire rapide sont la traduction; mais pour pénétrer profondément dans les tissus, les rayons doivent agir sur une surface exsangue, ce qu'on obtient par la compression.

La photothérapie repose sur ces données.

L'auteur, après avoir décrit les appareils employés s'attache à montrer les résultats obtenus dans 15 cas de lupus tuberculeux, qu'il a observés. Les guérisons ont été d'autant plus brillantes qu'aucun des autres traitements préalables n'avait apporté d'amélioration.

La méthode de Finsen ne doit cependant pas être exclusive : l'extirpation au bistouri, les scarifications peuvent avoir leurs indications formelles, et il faut encore savoir que le lupus érythémateux résiste souvent à la photothérapie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Le ganglion ciliaire est le centre du sphincter de l'iris, par A. Marina (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 10 novembre 1901, n° 135, p. 1465). — On a localisé un centre du sphincter irien dans la région antérieure du noyau du moteur oculaire commun (tubercules quadrijumeaux antérieurs); mais l'étude des ophthalmoplégies fait présumer de l'existence d'un autre centre du sphincter, plus voisin de la périphérie.

En effet, on a observé des cas où le noyau tout entier de l'oculomoteur commun était détruit par une tumeur ou une hémorrhagie, et où il n'y avait cependant pas eu, pendant la vie, de paralysie du sphincter de l'iris. On voit des paralysies complètes et totales des muscles extrinsèques de l'œil dans des affections chroniques des centres, alors que l'intégrité de l'innervation de la musculature interne est conservée.

De plus, des névrites de l'oculomoteur commun laissent la pupille intacte; dans la tabes et la paralysie générale, affections où sont si souvent atteintes les neurones périphériques, le sphincter irien est d'ordinaire paralysé.

Le centre du sphincter ne saurait être que le ganglion ciliaire. Une première série d'études expérimentales et histologiques permit à l'auteur de constater des altérations profondes du ganglion ciliaire après blessure ou extirpation de l'iris chien, singe). Ensuite, la nicotine est un poison paralysant le sympathique, mais pas les nerfs rachidiens; lorsqu'elle est injectée dans l'œil à la dose de 6 millimètres, elle ne produit autre chose que la paralysie du sphincter de l'iris.

L'auteur a étudié aussi le ganglion ciliaire de beaucoup de tabétiques et de paralytiques généraux; toutes les fois qu'on avait noté pendant la vie l'intégrité des réactions pupillaires, le ganglion ciliaire fut trouvé normal; toutes les fois qu'on avait noté des réactions défectueuses, le ganglion était altéré histologiquement. Enfin, dans un cas de rage avec pupilles immobilisées en mydriase, les ganglions ciliaires furent trouvés lésés alors que l'origine de l'oculomoteur était intacte.

S'appuyant sur cet ensemble de faits tirés de la clinique, de la physiologie, de l'anatomie pathologique, l'auteur conclut d'une façon ferme à l'existence d'un centre d'innervation du sphincter irien, centre situé en dehors de l'axe cérébro-spinal : c'est le ganglion ciliaire.

CHIRURGIE

Recherches anatomiques sur l'hypertrophie de la prostate (Anatomische Untersuchungen über dei sogennante Prostatahypertrophise und verwandte Prozesse), par S. Ciechanowski (*Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir.*, 1900, vol. VII (tir. à part). — Dans ce travail, basé sur des recherches personnelles et une bibliographie des plus complètes, l'auteur montre que le point de départ de l'hypertrophie de la prostate est une prolifération du tissu conjonctif du stroma de la glande, laquelle prolifération se fait sous forme de foyers, principalement sous l'épithélium glandulaire. Quand cette prolifération se fait dans les parties centrales de la glande et autour des principaux canaux excréteurs, la lumière de ceux-ci se rétrécit; il se fait alors une accumulation des sécrétions qui distendent les ramifications de la glande. Cette distension provoque un processus intra-glandulaire caractérisé par une prolifération et une desquamation de l'épithélium se compliquant parfois de processus de suppuration.

De cette façon, le rôle principal dans l'hypertrophie de la prostate appartient bien moins à la prolifération du tissu conjonctif qu'à la dilatation des espaces glandulaires. Dans les cas où il n'existe pas de véritables myomes, la participation des fibres musculaires au processus de l'hypertrophie est très douteuse.

Lorsque la prolifération du tissu conjonctif se fait au niveau du fond des culs-de-sac glandulaires situés à la périphérie, le processus aboutit à l'atrophie de la glande. Du reste les deux localisations du processus peuvent évoluer parallèlement dans la même glande, et le résultat définitif dépend de la prédominance de chacun de ces deux processus.

Opérations plastiques sur le pénis en cas de destruction des téguments (Ueber plastische Operationen am Penis nach Zerstörung seiner Hautbedeckungen), par Colmers (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXV, p. 57). — L'étude de ses observations personnelles, ainsi que de celles qui ont été consignées dans la littérature, amène l'auteur à conclure que dans les destructions étendues de la peau du pénis — que ce soit par traumatisme ou par gangrène — il ne faut pas attendre la guérison spontanée, mais faire une opération plastique aussitôt que la plaie s'est nettoyée.

Les lambeaux nécessaires à cette opération doivent être pris au scrotum, car la peau du ventre et moins encore la peau des cuisses, donnent des lambeaux satisfaisants. Ce lambeau doit toujours être à pédicule.

Traitement du sarcome par les rayons Röntgen (On a case of sarcoma treated by the Röntgen Rays), par Carl Beck (*New-York Medical Journal*, 1901, p. 906). — Un homme de 36 ans, de bonne constitution, sans antécédents personnels ou héréditaires chargés, se présente à l'hôpital porteur d'une tumeur de la malléole externe gauche qui s'est développée en un an. L'examen montre qu'elle a la grosseur d'une pomme; un aspect verruqueux, une consistance assez dure, une coloration grisâtre; elle commence à s'ulcérer.

En outre elle est accompagnée d'une tuméfaction ganglionnaire inguinale du volume d'une noix. Le diagnostic de lymphosarcome est posé, mais le malade refusant l'amputation, on se borne à une large extirpation intéressant même une zone de périoste sain. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome mélanique, forme particulièrement maligne; successivement, en effet, se produisent deux récidives, l'une 6 semaines après la première intervention, l'autre 4 semaines après une deuxième opération, caractérisée par la présence d'une tumeur inguinale grosse comme la tête d'un nouveau-né, et la prolifération d'une multitude de noyaux néoplasiques au niveau du mollet. Renonçant à toute intervention, s'appuyant sur quelques succès obtenus dans le lupus et l'épithélioma palpébral par l'application des rayons Röntgen. M. Beck soumet son malade à des séances d'irradiation de 20, 30 et même 35 minutes; après 7 séances, les noyaux néoplasiques du mollet ont les uns disparu, les autres régressé; enfin des rayons ont été dirigés sur la plaie opératoire faite par l'ablation de la tumeur inguinale, et de rapides résultats ont été obtenus.

Ces faits, étant donnés, l'action bactéricide des rayons Röntgen

militent en faveur de l'origine parasitaire du sarcome : il y a lieu d'en multiplier les applications avant de poser des conclusions définitives.

MÉDECINE

Influence de la rétention de bile sur les sécrétions de la muqueuse stomacale (Ueber den Einfluss der Gallenretention auf die sekretorische Thätigkeit der Magendrüsen), par SIMNITZLY (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 43, p. 1077). — En examinant les sécrétions gastriques chez 12 individus présentant de la rétention biliaire, l'auteur a constaté dans ces cas l'existence d'une hyperacidité du contenu stomacal due à une augmentation de HCl libre et des chlorures.

Cette influence de la rétention biliaire sur la sécrétion du suc gastrique a pu être confirmé directement, par voie expérimentale, sur des chiens. Quand chez ces animaux on enlevait l'obstacle à l'écoulement de la bile, le suc gastrique redevenait normal.

La physostigmine dans l'atonie de l'intestin (Das Physostigmin gegen Erschlaffung der Darmes), par C. v. NOORDEN (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 42, p. 1057). — L'auteur publie 5 cas de tympanisme abdominal soit par atonie primitive de l'intestin soit au cours de la fièvre typhoïde, traitée avec succès par la physostigmine qui, comme on sait, est couramment employée en médecine vétérinaire.

La dose employée par l'auteur était de 1 à 2 milligrammes de physostigmine, 3 fois par jour, mélangés avec du sucre de lait. L'effet de cette substance se manifeste par une émission abondante de gaz suivie d'affaissement de l'abdomen.

La dysenterie aux Philippines (Dysentery in the Philippines), par H. BOWMAN (*New-York med. Journ.*, 17 août 1901). — L'auteur conclut de ses recherches que la dualité de la dysenterie est prouvée. La dysenterie aiguë est le résultat de l'infection par le bacille de Shiga.

L'infection se fait par la même voie que celle du bacille typhique. La dysenterie amœbique est causée par un amœba. Or il y a deux amœba : l'un pathogène, l'autre non pathogène, et ce fait a jusqu'ici produit une certaine confusion dans l'étude étiologique de la dysenterie amœbique. Les lésions de la dysenterie amœbique diffèrent de celles produites par le bacille de Shiga. Au point de vue thérapeutique, l'auteur insiste particulièrement sur l'emploi du sulfate de magnésie.

Contribution à l'étude du diabète rénal (Beiträge zur Frage der renalen Diabetes), par LÜTTRJE (*Münchener med. Woch.*, 1901, n° 38). — La question du diabète rénal, depuis Klemperer, est encore très discutée.

S'agit-il d'une sorte de perméabilité passive pour le sucre de l'épithélium rénal, ou au contraire, les cellules rénales jouent-elles un rôle actif dans la sécrétion du sucre ? En d'autres termes la question se pose ainsi : peut-on voir survenir de la glycosurie chez un homme possédant seulement une lésion rénale ?

L'observation rapportée par l'auteur semble en faveur de cette hypothèse, car elle remplit les conditions fondamentales de ce qu'on peut appeler le diabète rénal, à savoir : 1° absence de glycosurie avant l'affection rénale ; 2° apparition de la glycosurie dès le début de l'affection rénale ; 3° indépendance entre le sucre éliminé et la quantité de matières hydrocarbonées absorbées ; 4° diminution du sucre contenu dans le sang.

La rumination chez l'homme, par F. CASULLA (*Riforma medica*, an XVII, vol. IV, n° 26, p. 302, 30 oct. 1901). — Le méricisme chez l'homme, qu'il soit un symptôme morbide ou seulement un mouvement réflexe qui par sa répétition arrive à pervertir la série normale des actes digestifs, est toujours l'expression de l'atavisme ; on l'observe surtout chez les individus richement pourvus de stigmates de dégénérescence.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 Décembre 1901.

L'alimentation hydrocarbonée par les pommes de terre dans le diabète.

M. Mossé (de Toulouse). — On savait déjà que la pomme de terre pouvait être administrée aux diabétiques ; mais jusqu'ici on n'avait donné la pomme de terre qu'à très faible dose.

Je donne la pomme de terre de façon à remplacer la ration alimentaire du pain supprimé, c'est-à-dire trois fois plus de pommes de terre que le pain en poids, c'est-à-dire de 500 grammes à 2 kilogrammes de pommes de terre par jour.

L'observation suivie des malades montre bien la diminution du sucre lorsqu'on remplace le pain par la pomme de terre. Et cependant, ainsi que l'examen chimique des urines et des matières l'a prouvé, les hydrates de carbone de la pomme de terre sont absorbés et utilisés.

Les résultats paraissent aussi bons dans les diabètes maigres que dans les diabètes gras. La raison est probablement dans la composition chimique des pommes de terre, qui contiennent deux fois plus d'eau que le pain et des sels très utiles à l'économie ; ces sels sont surtout des sels de potassium, peu de sels de sodium (4 gr. 9 de potasse combinée aux acides organiques pour 1 000 grammes de pommes de terre). Or, suivant M. Bouchard, la potasse est très utile dans le traitement alcalin du diabète. L'alimentation par les pommes de terre est donc, en résumé, un moyen simple d'administrer les alcalins dans le diabète.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie.

M. Champetier de Ribes communique l'observation d'une femme de vingt-six ans, chez laquelle — l'accouchement par les voies naturelles étant impossible, en raison de la présence, dans l'excavation pelvienne, d'un très grand nombre de kystes hydatiques — on eut recours à une opération césarienne complétée par une hystérectomie. Cette intervention fut suivie de la guérison de la mère et de la survie de l'enfant.

Rapprochant ce fait de plusieurs cas semblables recueillis dans la littérature, l'orateur estime qu'en présence d'une parturiente chez laquelle des tumeurs kystiques ne pouvant être attaquées qu'à travers le péritoine obstruent le petit bassin, il est plus dangereux de vider ces tumeurs que de les extirper après avoir ouvert la voie à l'enfant par l'opération césarienne, suivie ou non d'hystérectomie.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des « règles douloureuses » chez les jeunes filles.

Le praticien est souvent consulté par les mères de famille sur le meilleur moyen de calmer les douleurs, souvent très vives, éprouvées par leurs filles pendant la période menstruelle. Les règles sont régulières, ni insuffisantes ni trop abondantes : il n'y a ni anémie, ni chlorose, pas de leucorrhée intermenstruelle. Mais, dès la veille de l'époque, la jeune fille est prise de douleurs plus ou moins sourdes dans le bas-ventre (coliques utérines) qui peu à peu s'exaspèrent, atteignent leur degré maximum d'acuité le lendemain, durent tout le premier jour, s'atténuent le second pour disparaître généralement le 3e ou le 4e jour. Dans quelques cas le facies est altéré, le teint prend

une coloration verdâtre. D'autres fois il y a des nausées qui peuvent aller jusqu'au vomissement, des garde-robes répétées, diarrhéiques ou non, du ténesme rectal.

Il est à remarquer que ce tableau clinique se présente plus fréquemment chez les jeunes filles dont l'hérédité est chargée au point de vue névropathique et plus spécialement chez les neuro-arthritiques. Les poussées congestives auxquelles elles sont exposées par leur tempérament, se manifestent quelquefois avec intensité du côté de l'appareil génital, surtout dans les premières années de la formation, et sont, le plus ordinairement, l'origine de ces phénomènes douloureux. Bien d'autres causes peuvent encore les provoquer, et au premier rang les malformations congénitales de l'utérus (ante ou rétroversions ou flexions) et divers accidents inflammatoires développés à la puberté (métrites virginales, etc.). Il va sans dire que le traitement étiologique, toutes les fois qu'il pourra être appliqué, constitue dans tous les cas la thérapeutique de choix. Mais, en pratique, ce que l'on demande au médecin, c'est de soulager, par un moyen médicamenteux d'emploi facile, les douleurs du moment, sans que la question de la cause soit posée.

Voici quelques indications à ce sujet.

Dès l'apparition des signes précurseurs, ou mieux 3 à 5 jours avant la date de l'époque présumée, on doit s'adresser aux substances dites emménagogues. On prescrit habituellement *l'apiol*, liquide oléagineux extrait des semences du persil. Ce produit est administré en capsules dosées à 20 centigrammes. La dose courante est de 1 à 3 de ces capsules par jour. L'usage de ce médicament peut être poursuivi jusqu'au deuxième jour des règles.

Nous préférons à l'apiol, souvent inefficace, *l'extrait fluide des parties souterraines du senecio vulgaris* que nous prescrivons à la dose de 15 gouttes, trois fois par jour, dans une infusion chaude de tilleul, 5 jours avant la date des règles. Dès l'apparition des premières gouttes de sang, on cesse les gouttes. Nous avons obtenu par ce procédé des résultats assez constants, caractérisés par la suppression à peu près complète des douleurs, l'établissement plus facile du flux menstruel et sa régularisation.

Si ces précautions préliminaires n'ont pas été prises, ou bien lorsqu'elles auront été inefficaces, il faut combattre les douleurs dès leur apparition. On ne négligera point en premier lieu les soins classiques : repos au lit, cataplasmes chauds, fomentations chaudes avec des serviettes, infusions chaudes aromatiques (mélisse, tilleul, armoise), etc. Mais dès que cela sera nécessaire, on y adjoindra une médication plus énergique; les remèdes auxquels nous avons le plus ordinairement recours et dont l'action est la plus fidèle, sont *l'antipyrine*, la *teinture de viburnum*, le *chanvre indien*.

Le mode d'administration qui paraît le meilleur pour l'antipyrine est la voie rectale. On prescrit :

Antipyrine	1 gr.
à dissoudre dans	
Eau bouillie chaude	100 gr.
Ajoutez	
Laudanum de sydenham	X gouttes

pour un lavement.

Le rectum est préalablement vidé et on introduit ensuite la solution médicamenteuse au moyen d'une poire de 120 grammes munie d'une canule en caoutchouc rouge souple.

Si un lavement ne suffit point à atténuer les douleurs, on peut le répéter une seconde et même une troisième fois, à 1 ou 2 heures d'intervalle, sans qu'il soit nécessaire de le faire précéder d'un nouveau lavage évacuateur.

L'antipyrine peut également être donnée par la bouche : mais il est bon, dans ce cas, de la prescrire toujours en solution et non en cachet.

S'il n'y a pas d'état nauséeux, la *teinture de viburnum* est le médicament de choix à administrer par la voie stomacale. Nous lui associons généralement la teinture de chanvre indien, selon la formule suivante :

Teinture de viburnum prunifolium	2 gr.
Teinture de chanvre indien	XX gouttes.
Alcool de mélisse	10 gr.
Elixir de garus	60 gr.
Sirop simple	30 gr.

1 cuillerée à dessert, toutes les 2 heures, dans une petite tasse d'infusion chaude, jusqu'à 4 cuillerées, toutes les 3 heures à partir de la 5e cuillerée.

On peut encore ajouter dans la même formule 1 à 2 grammes d'antipyrine, mais l'efficacité du viburnum est généralement suffisante.

Nous n'avons qu'une médiocre confiance dans les préparations à base de valériane et de bromures, dont l'action n'est ni élective ni prompte, et qui pourraient tout au plus être employées à titre d'adjuvant dans la période intermenstruelle : et même à ce moment, nous préférons de beaucoup un traitement hydrothérapique raisonné. Quant au chloral et à la morphine, nous conseillons de n'y avoir recours qu'exceptionnellement et seulement après échec des moyens que nous avons indiqués.

G. Maurange.

Traitement du goître par les injections de teinture d'iode (1),

D'après M. Lenormand.

Les injections interstitielles médicamenteuses dans le traitement du goître remontent à plus de quarante ans déjà; un grand nombre de liquides furent employés, et parmi ceux-ci le perchlorure de fer semble être celui auquel on eut recours tout d'abord. Erichsen, puis un peu plus tard Alquié de Montpellier, signalèrent plusieurs cas de goîtres parenchymateux guéris grâce à l'injection de perchlorure de fer. D'autres substances furent alors mises en honneur, l'alcool, le chlorure de potassium et de sodium; mais le liquide auquel les opérateurs donnèrent la préférence fut la teinture d'iode.

Si Velpeau et Bouchacourt en firent usage les premiers, c'est sans contredit à Luton que revient l'honneur d'avoir vulgarisé la méthode, de l'avoir appliquée et d'en avoir publié les résultats.

Sous ce titre : « *La médication substitutive* », Luton publie un premier mémoire *in Archives générales de médecine* (octobre 1863, 285) et il définit ainsi sa méthode : « La substitution parenchymateuse consiste, comme son nom l'indique, dans la production artificielle d'un travail de substitution que l'on détermine au sein des tissus malades par le dépôt d'une substance de la matière médicale, opéré à l'aide de moyens particuliers. »

A la suite de l'instigation, il faut bien le dire, de Luton, Bertin de Gray expérimente ces injections interstitielles, mais il s'adresse à la solution iodée étendue de la moitié de son volume d'eau. Il publie, en avril 1868, dans les *Archives de Médecine*, ses premiers résultats.

Billroth emploie lui aussi la teinture d'iode pure. Il obtient, dit-il, une action plus efficace et une irritation moins forte des tissus malades; les solutions iodo-iodurées exposent davantage à l'intoxication iodique et aux accidents de thyroïdite suppurée.

M. Morell Mackenzie, en 1874, sur 73 observations qu'il réunit, compte 59 guérisons, 9 améliorations, 3 résultats nuls, 2 terminaisons inconnues.

M. le Dr Duguet, depuis 1874, a employé cette méthode de traitement et à l'heure actuelle la grande pratique de ces injections qu'offre le service du Dr Duguet, peut permettre à son élève, M. Lenormand, d'en tirer les conclusions les plus satisfaisantes sur l'efficacité de ces piqûres.

Technique opératoire. — Rien n'est plus simple et ne demande moins d'apprêts que le manuel opératoire de l'injection.

Le liquide employé par le Dr Duguet n'est autre chose que la teinture d'iode, la teinture d'iode du Codex, pure, bien entendu, et préparée avec les précautions aseptiques d'usage. Il n'est nullement nécessaire de lui faire subir une manipulation quelconque; le liquide étant par lui-même antiseptique et stérile, il n'y a aucune crainte à avoir quant à l'infection par cette voie. De fait, nous n'avons vu dans aucune des observations mentionnées, de cas de thyroïdite suppurée et pourtant le cou des malades n'a même pas subi les apprêts fort longs d'une minutieuse asepsie.

La seringue employée est simplement l'ordinaire seringue de Pravaz, L'on vérifiera évidemment avant l'injection son bon

1. *Thèse* de Paris, 1901.

fonctionnement, condition indispensable, car parfois le liquide devra être poussé avec une certaine force. Seringues et aiguilles seront aseptisées. A la consultation de Lariboisière, où dans la matinée M. Duguet pratique jusqu'à 50 injections successives, voici comment les instruments sont préparés, afin de rendre la perte de temps insignifiante entre chaque opération, en s'entourant du maximum de précautions. L'on prépare 5 à 6 seringues aseptisées par le passage successif de liquides antiseptiques (sublimé, eau boriquée). Les seringues reposent ensuite dans un bassin préalablement rempli d'eau alcoolisée, ce qui a le double avantage de les laisser aseptiques tout en maintenant leur piston en bon état de fonctionnement. Les aiguilles sont flambées puis plongées dans la solution alcoolisée. Un aide remplit les seringues de teinture d'iode, les passe à l'opérateur et lui remet l'aiguille. L'injection terminée, l'aiguille est replongée dans un petit récipient contenant de l'huile stérilisée, prête ainsi à resservir pour une prochaine injection. De la sorte, avec 4 seringues et autant d'aiguilles, les 40 injections en moyenne, y compris la mesure des circonférences du cou des sujets, ne prennent que 3 quarts d'heure à 1 heure environ.

L'injection ne doit se faire que sur le sujet assis, le malade se trouvant face à l'opérateur; ce dernier reconnaît d'abord la tumeur, ce détail paraît tout d'abord suranné, mais en pratique il faut parfois une grande habitude pour reconnaître certaines tumeurs thyroïdiennes fort légères, se confondant, surtout chez une femme ayant un certain embonpoint, avec le tissu graisseux. Pour la mettre bien en évidence, il suffit d'ordonner au sujet un mouvement de déglutition; le larynx grâce à ce mouvement, remonte sur la base du maxillaire inférieur entraînant avec lui la tumeur qui lui est solidement attachée. Celle-ci est alors saisie entre le pouce et l'index de la main gauche, comprimée légèrement de façon à l'énucléer un peu et à lui faire projeter une saillie. De la main droite l'aiguille saisie par l'embout est franchement et perpendiculairement enfoncée. C'est là un temps qui, très facile pour les hypertrophies volumineuses, demande un certain doigté que l'habitude donne rapidement, lorsqu'il s'agit des légers goitres dont nous parlions tout à l'heure.

La grande, la seule précaution presque à prendre, consiste à ne jamais enfoncer l'aiguille surmontée de la seringue, mais toujours à n'ajuster la seringue qu'une fois l'aiguille bien en place.

De la sorte, on évite l'injection dans un vaisseau; dès que l'aiguille en effet aura perforé la paroi d'une veine thyroïdienne, l'on verra perler une goutte de sang à l'orifice; rien ne sera plus facile que de retirer l'aiguille et de pratiquer l'injection en quelque autre place.

Elle devra être poussée très lentement, en ne cessant de regarder le visage du sujet; ce dernier exprime-t-il une souffrance trop vive, l'on arrêtera l'opération. La plupart du temps, les malades reçoivent sans inconvénient la seringue entière de liquide, seules les tumeurs légères ne recevaient qu'une demi-injection ou qu'un quart de seringue. Le premier effet de l'injection est de provoquer une toux sèche et opiniâtre, une toux réflexe; pour combattre ce réflexe, à la consultation de Lariboisière, le sujet reçoit à boire immédiatement après l'injection un quart de verre de vin sucré, ce qui forçant à la déglutition empêche par un réflexe surajouté le réflexe de la toux de se produire.

Assez fréquemment, le sujet ressent au moment de l'injection et subsistant quelques minutes après une douleur assez vive avec irradiation fort nette à l'oreille du côté où l'on a pratiqué l'injection. Cette douleur aiguë cède assez rapidement; elle n'est d'ailleurs aucunement comparable aux souffrances sourdes et diffuses ressenties parfois par le malade le lendemain de l'injection et les jours suivants, indice du processus inflammatoire que celle-ci détermine dans l'intimité du tissu.

Quant aux accidents plus graves dont on a parlé et dont on fait autant d'objections à la méthode, l'auteur n'en a jamais constaté à la consultation du Dr Duguet et nous n'en trouvons relaté aucun dans ses observations.

La simple précaution qui consiste à enfoncer l'aiguille avant d'ajuster la seringue évite de pousser le liquide dans un vaisseau. L'issue par l'orifice d'un liquide citrin, colloïde, indiquant un kyste, ne constitue aucunement une contre-indication; seule, la présence du sang doit arrêter l'opérateur.

L'on a signalé des cas de perforation de la trachée et d'injection de teinture d'iode dans les voies aériennes. C'est là, il faut en convenir, un danger facile à éviter; il faut vraiment peu d'expérience pour ne pas reconnaître la présence des anneaux cartilagineux du conduit respiratoire et ne pas avoir la sensation d'une aiguille arrêtée par une surface dure et lisse; nous n'avons aucune connaissance de faits semblables.

Parfois nous avons eu des sujets d'une extrême nervosité, pris d'étourdissements, de nausées, de crises même; la simple position horizontale suffit à dissiper ces légers accidents. Quelques observateurs néanmoins citent des cas de mort subite par syncope; ils doivent être d'une excessive rareté.

Plus éloignés de l'injection peuvent survenir quelques symptômes dont il ne faut pas s'alarmer. Nous avons déjà signalé les douleurs sourdes et gravatives, il n'est pas rare également de voir se produire un torticolis assez douloureux durant un ou deux jours, parfois accompagné de courbature fébrile, puis tout rentre dans l'ordre; d'autres fois la voix s'enroue, la déglutition devient un peu pénible, troubles essentiellement passagers. Le larmoiement, l'éruption de vésicules et de papules sur le visage indiqueraient un léger degré d'intoxication par iodisme, c'est là un fait rare. Quant aux accidents infectieux, la thyroïdite suppurée, les moindres précautions d'asepsie suffisent à les éviter; nous n'en avons que de très rares exemples dans la statistique que nous possédons. Le traitement est donc d'une bénignité parfaite; toutefois il est quelques circonstances qu'il faut connaître et qui doivent, passagères ou non, servir de contre-indications à l'injection.

Toute affection intercurrente, aiguë ou chronique et surtout celles qui s'accompagnent de production d'albumine, devra autant que possible servir de contre-indication à l'injection. Il y a plus; nous avons vu les rapports étroits qui unissent chez la femme la tumeur thyroïdienne et la vie génitale. Le goitre apparaît parfois à la suite d'une grossesse; les menstrues produisent aussi une congestion passagère de la glande; l'on devra donc éviter de pratiquer l'injection chez une femme enceinte surtout pendant les derniers mois de grossesse, de même à l'époque des règles s'abstiendra-t-on de toute opération.

Enfin constate-t-on chez un goîtreux l'existence de troubles nerveux ou circulatoires pouvant éveiller l'idée d'une maladie de Basedow, la contre-indication formelle est une règle absolue. En s'entourant des précautions décrites, avec les contre-indications indiquées, les injections iodées pourront être pratiquées sans crainte d'amener une complication quelconque et suivies de résultats positifs dans certaines conditions que nous allons passer en revue.

Le traitement peut être employé contre toute espèce de goître. Non seulement il diminue la tumeur, mais encore il agit sur les accidents que sa présence détermine sur les voies respiratoires et digestives.

Le goître kystique est un de ceux qui regressent le plus vite sous l'influence de la teinture d'iode.

Le traitement est toujours long pour les autres variétés. Il est d'autant plus long que le goître est plus volumineux et ancien.

La teinture d'iode agit en déterminant la formation de tissu fibreux dans l'intimité des tissus. Aussi reste-t-elle sans action sur les tumeurs fibreuses et à plus forte raison, calcifiées. Toute dégénérescence du goître est donc un obstacle à l'efficacité de la méthode.

Les autres moyens thérapeutiques tels que pommade, iodure de potassium, teinture d'iode à l'intérieur, demeurent le plus souvent sans résultat.

En conclusion : la méthode des injections a pris rang dans la thérapeutique du goître. Efficace dans tous les cas de tumeurs jeunes, de dimensions moyennes, elle doit toujours être employée avant d'avoir recours à d'autres traitements, qui, pour être radicaux et rapides, ne laissent pas moins d'entraîner avec eux, outre une cicatrice disgracieuse, des troubles de l'économie parfois fort graves.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas de phlébite puerpérale remarquable par des rechutes lointaines et une localisation insolite.

Par M. Pinatelle,

Interne des hôpitaux de Lyon.

La phlébite puerpérale est si exceptionnelle en dehors des membres inférieurs, elle est si rarement suivie de rechutes et de réveils à distance; qu'une observation faisant exception à cette double règle nous paraît digne d'être publiée. Tel est le cas suivant qu'il nous a été donné d'observer tout récemment dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

C. C..., 35 ans, revendeuse.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires : a eu un frère et une sœur morts en bas âge. Pas de maladie antérieure. Réglée régulièrement depuis 18 ans et mariée à 20, la malade eut à 22 ans un accouchement normal à terme. C'est de là que date son histoire pathologique.

Elle commença en effet dès le 3e jour à souffrir des jambes, et vers le 8e ou 9e jour, elle présentait tous les signes d'une *phlébite double des membres inférieurs*. Les douleurs étaient devenues très vives; la fièvre revenant par accès vespéraux. Enfin le gonflement progressant rapidement apparaissait aux malléoles, remontait symétriquement et simultanément aux deux cuisses, envahissait même la *paroi abdominale*. Quelques douleurs erratiques, mais sans œdème aux membres supérieurs.

Pendant 2 mois, la malade fut fébrile, les accès revenant presque tous les soirs; pendant 4 mois, elle dut rester alitée. Puis le gonflement disparut peu à peu de haut en bas; elle put bientôt progresser avec des béquilles, mais elle ne marcha qu'*au bout de 6 mois*. Son poids et ses forces revinrent alors rapidement, mais elle conserva dans la suite de l'*œdème malléolaire* revenant après la marche et, pendant 3 ans, un *ulcère variqueux* ouvert par un traumatisme léger et dont on voit la cicatrice sur la face interne de la jambe gauche.

De plus, sans fausses couches, ni grossesse nouvelle, sans infection intercurrente quelconque, la malade a eu, à deux reprises et à grande distance, deux nouvelles poussées de phlébite.

La première date de 2 ans et eut lieu, par conséquent, 11 ans après la première atteinte; elle nécessita un séjour de 3 mois 1/2 à l'hôpital, pendant lequel la malade eut plusieurs poussées fébriles. La douleur et le gonflement se limitèrent au côté gauche de la paroi abdominale où se dessinaient de gros cordons noueux, rouges et très sensibles au palper.

Quant à la *deuxième et dernière poussée*, pour laquelle la malade rentre de nouveau à l'hôpital, elle remonte à une quinzaine de jours. Elle aurait débuté par un accident brusque. Sous le coup d'une oppression subite, la malade serait tombée en perdant connaissance et aurait dû être relevée; la perte de connaissance et la dyspnée furent très transitoires; pas de point de côté, ni d'hémoptysie consécutivement. S'est-il agi d'une embolie? Il est difficile de le dire, et peut-être faut-il faire quelque part à la névropathie du sujet. En tous cas, le lendemain, la malade qui n'avait plus souffert depuis 2 ans, vit apparaître une nouvelle poussée de sa phlébite, localisée cette fois à la moitié droite de l'abdomen, qu'elle parcourut en remontant de la racine de la cuisse à l'appendice xyphoïde. Elle dut s'aliter au début, mais elle put marcher quelques jours après, pour entrer à l'hôpital.

Depuis son entrée, la température à peine subfébrile, se maintient au-dessous de 37°,9.

La phlébite a suivi une marche régulièrement ascendante, depuis les vaisseaux sous-cutanés abdominaux et épigastriques droits jusqu'aux origines des mammaires internes du même côté.

L'ensemble dessine une chaîne verticale étendue, de l'appendice xyphoïde au milieu de l'arcade de Fallope droite, et formée de gros cordons sinueux et bosselés, rampant et s'entremêlant sur une largeur de deux travers de doigt. En certains points, leurs nourres apparaissent sous forme d'ampoules veineuses; ailleurs, elles ne sont perceptibles qu'au palper; au creux épigastrique, elles se fondent en un plastron sensible au plus léger frôlement, et au niveau duquel la peau prend une teinte rosée.

Ce cordon veineux engorgé se continue à ses extrémités par un réseau de circulation collatérale formé, en bas, des honteuses externes et des veines superficielles de la face antérieure de la la cuisse; en haut, des veines de la face antérieure du thorax, de part et d'autre de la ligne médiane; en dehors, de celles des lombes.

Les douleurs spontanées accusées par la malade sont très variables; certains jours, elle ne souffre pas; d'autres fois, elle accuse de vives douleurs, qu'elle localise le plus souvent aux espaces intercostaux, parfois à l'abdomen des deux côtés, hier au mollet gauche. Il n'existe toutefois pas d'autre cordon actuellement thrombosé et perceptible.

Les membres inférieurs ne sont pas sensibles (en dehors de la cicatrice de l'ulcère de la jambe gauche) ils n'ont pas d'œdème

périphérique et la malade pourrait marcher; pas de troubles sensitifs, moteurs ou thermiques. Pas d'œdème de la face ni des bras.

L'examen viscéral est à peu près négatif.

Le palper de l'abdomen, en dehors des cordons veineux de la paroi, est douloureux profondément. Le ventre est souple. La malade a vomi une ou deux fois au début de sa dernière poussée; la langue est humide, anorexie et constipation, ni ascite, ni ictère.

Au cœur, la pointe bat dans le 5e espace, en dessous du mamelon; les bruits sont bien frappés et absolument normaux; le pouls, régulier, bat à 82.

Du côté de l'appareil respiratoire, la malade accuse parfois des sensations dyspnéiques qu'elle définit mal.

Objectivement, on ne constate ni toux, ni expectoration, ni accélération du rythme respiratoire, ni rien d'anormal à l'auscultation.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Depuis son accouchement, la malade a conservé des règles irrégulières et prolongées; mais elle ne souffre pas du ventre, elle n'a pas de pertes blanches et l'on ne constate rien au toucher.

Enfin, nous avons dit que nous la considérions comme un peu névropathe dans sa façon de réagir à l'exploration des régions très à distance des points malades; elle ne présente, pourtant, aucun stigmate précis.

Cette phlébite ascendante du tronc, quoique presque apyrétique, nous paraît d'un pronostic très sévère, et la malade a été mise au repos absolu. M. Gangolphe lui fait également porter une ceinture de flanelle légèrement compressive contre la douleur et les dangers des mouvements du tronc, des secousses de toux. Peut-être pourrait-on songer à une ligature d'arrêt placée préventivement en aval du cordon thrombosé ou mieux à une extirpation de celui-ci? M. Gangolphe croit que l'étendue de phlébite contre-indique ici ces interventions.

Revue deux mois après son entrée (6 décembre 1901), la malade quitte le service, considérablement amélioré; grâce à un maillot en tissu élastique occupant les deux tiers du tronc, et maintenu par des sous-cuisses, elle ne souffre plus et se déclare très satisfaite. Les veines, bien qu'indurées, ont considérablement diminué de volume.

Ce cas est absolument insolite, soit par localisation, soit par les rechutes lointaines de la phlébite :

1° *Localisation aux épigastriques et mammaires internes.* — Les phlébites, surtout les phlébites puerpérales, sont d'une grande rareté en dehors des veines utérines et des membres inférieurs. On en a publié quelques cas aux *membres supérieurs*, et dernièrement il nous était donné d'en observer un exemple remarquable avec notre maître, M. Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne.

Dans une observation de Mac Clintok (*Dublin Journ.*, 1856, voir *Arch. gén. méd.*, 1857), la thrombose occupait les veines axillaires, innominées, jugulaires et sous-clavières. Exceptionnellement, on a signalé la *thrombo-sinusite* puerpérale, avec œdème de la face et troubles céphaliques. *Au tronc*, les divers auteurs, Troisier en particulier, dans sa thèse d'agrégation de 1880, ne décrivent que l'engorgement des sous-cutanées abdominales secondaires aux thromboses fémorales. Mais on n'a pas encore observé, à notre connaissance, de phlébite puerpérale étendue au réseau des épigastriques et mammaires internes;

2° *Rechutes répétées et lointaines.* — Si l'on connaît bien les *récidives* de la phlébite puerpérale qui la prolongent souvent par multiples poussées successives, si les *complications emboliques lointaines* (plusieurs mois, voire 1 an après la guérison apparente), sont bien décrites; on est en revanche moins bien fixé sur la possibilité de *rechutes à distance*. *A priori* et se plaçant sur le terrain anatomique, Vaquez et Vidal tendent à nier les rechutes locales, la phlébite guérissant presque toujours pour eux par transformation fibreuse, mais ils admettent la possibilité d'une rechute portant sur les troncs voisins. En fait, les rechutes à distance de la guérison confirmée ne sont pas signalées par les classiques, et notre cas reste, encore à ce point de vue, un fait assez isolé. Il nous est pourtant difficile de ne pas chercher un lien entre la phlegmatia ancienne et les poussées phlébitiques qui lui succédèrent, même de si loin, 11 et 13 ans plus tard, en l'absence de tout autre facteur étiologique connu, rechutes ou réveils d'infection latente sous une cause indéterminée. Ce n'est certes qu'avec réserve que nous formulons un diagnostic aussi exceptionnel.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 2 et 9 Décembre 1901

Les modifications de l'hémoglobine du sang sous l'influence de la dépression atmosphérique.

M. J. Vallot a poursuivi depuis 1899 une série de recherches expérimentales relatives aux modifications que subit l'hémoglobine sous l'influence de la dépression atmosphérique dans l'habitation des lieux élevés.

Les phénomènes étudiés par lui l'ont été dans les circonstances suivantes : 1° dépression atmosphérique avec montée fatigante; 2° mal de montagne; 3° acclimatement par séjour à grande altitude; 4° recompression par la descente; 5° dépression atmosphérique sans fatigue.

Enfin M. Vallot a encore fait des recherches analogues sur des sujets élevés en ballon. Ces dernières expériences lui ont montré que, en ballon, contrairement à ce qui se passe en montagne, la durée de la réduction diminue avec une grande rapidité à mesure que l'on s'élève.

En définitive, les recherches de M. Vallot ont permis à cet auteur de tirer les conclusions suivantes : la raréfaction dans l'air produit sur l'homme une augmentation immédiate de l'activité des échanges, destinée à compenser la diminution de l'oxygène. La fatigue s'oppose à cette augmentation d'activité bienfaisante, et, poussée jusqu'à l'épuisement, produit même la diminution de cette activité qui accompagne le mal de montagne. Mais le repos prolongé, à une grande altitude, est favorable au rétablissement des fonctions physiologiques; l'activité des échanges augmente alors et ne s'arrête qu'à un taux assez élevé pour produire l'acclimatement. Enfin, à la descente, le retour à la normale semble ne se produire que dans un temps d'autant plus long que le séjour aux grandes altitudes a été plus prolongé et l'acclimatement plus complet.

L'inoculation du cancer de l'homme aux animaux.

M. Mayet fait remarquer que parmi les expériences tentées en vue de réaliser la transmission directe par inoculation du cancer de l'homme aux animaux ont donné des résultats incertains. M. Mayet, à la suite d'expériences prolongées durant plusieurs années, a constaté que cette transmission pour se faire exigeait un temps considérable.

Dans ses différents essais positifs, c'est en effet au bout de 18 mois seulement qu'il a pu constater le développement du cancer sur l'animal inoculé.

La défense de l'organisme des animaux à sang froid contre les élévations de la température.

M. Langlois. — Quand des animaux à sang froid sont exposés à des élévations de température capables de mettre leur existence en danger, le système nerveux de ces animaux intervient pour trouver des régulateurs thermiques. Ainsi, chez des lézards servant à ses expériences, M. Langlois a constaté que lorsque la température vient à s'accroître au delà des limites normalemeut compatibles avec l'existence régulière de l'animal, la fréquence de la respiration s'accroît notablement, circonstance qui a pour effet, en augmentant sensiblement l'évaporation pulmonaire, de régulariser la température.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er Décembre 1901.

Action du suc gastrique sur les bacilles de la tuberculose.

M. Carrière (de Lille), après Fask, Wesener, Strauss et Wurtz, Sabrazès étudie l'action du suc gastrique sur le bacille de Koch, mais en complétant ces recherches. Il étudie le suc gastrique artificiel, celui de l'homme, celui des animaux et cela *in vitro* et *in vivo*.

De ses expériences, il résulte :

1° Le suc gastrique artificiel est sans action sur les bacilles de Koch, le lait, la viande bacillifère si le contact est de moins de 12 heures.

Après 12 heures, la virulence des bacilles est atténuée, mais non supprimée.

2° Le suc gastrique de l'homme n'agit pas davantage *in vitro*.

3° *in vivo*, le suc gastrique n'agit pas mieux sur les bacilles ou les produits bacillifères.

L'estomac ne protège donc que fort imparfaitement les parties sous-jacentes du tube digestif. Le suc gastrique ne les protège pas contre le bacille de Koch.

Le pouvoir amylolytique du sérum après ligature du pédicule rénal.

MM. Ch. Achard et **A. Clerc.** — Nos expériences ont porté sur 7 lapins que nous avons sacrifiés 24 heures après l'opération; nous avons évalué l'activité du ferment en considérant le nombre de centimètres cubes de la liqueur sucrée suffisant à réduire exactement 5 centimètres de liqueur de Fehling.

De ces expériences, il résulte que la ligature du pédicule rénal est suivie d'une augmentation notable du pouvoir amylolytique du sérum sanguin. Ce fait peut s'expliquer si l'on considère que l'urine normale contient de l'amylase (Béchamp, Dubourg). Mais nos expériences indiquent, de plus, que l'amylase circulant dans le sang paraît destinée à être au moins en partie éliminée par l'urine et se rapproche, par suite, des autres substances excrémentitielles. Rappelons aussi que dans certaines intoxications où le pouvoir amylolytique augmente dans le sang, il augmente aussi dans l'urine, ainsi que l'a déjà montré M. Lépine à propos de la vératrine.

Nous ferons aussi remarquer qu'au bout de 12 heures, le pouvoir amylolytique, dans deux expériences, était une fois supérieur et une fois égal au pouvoir constaté au bout de 24 heures; ce fait est à rapprocher des variations qui s'observent dans les mêmes circonstances pour la rétention de l'urée et des chlorures.

Nous avons également recherché si la lipase sanguine se comportait comme l'amylase. Mais, bien que nous ayons constaté dans certains cas une légère augmentation du pouvoir lipasique, les différences trouvées sont trop faibles et trop inconstantes pour que nous puissions nous montrer affirmatifs. Cet échec peut tenir à différentes causes : ou bien la lipase ne serait pas destinée à être éliminée par le rein (l'urine normale en est à peu près dépourvue), ou bien le ferment serait détruit dans cet organe.

Hématolyse expérimentale.

MM. Lesné et **Ravaut** communiquent leurs recherches qui montrent que la destruction des hématies peut, suivant les doses de substance globulicide, déterminer à petites doses de l'urobilinurie seule, à doses plus élevées de l'urobilinurie et de la cholurie celle-ci disparaissant la première, à très fortes doses enfin de l'hémoglobinurie suivie du stade précédent.

Injection de sérum dans les scléroses de l'oreille.

MM. Léopold Lévi et **Pierre Bouvier.** — A propos de recherches thérapeutiques sur le traitement de symptômes de l'otite scléreuse (bourdonnements, vertiges, surdité) ont étudié les réactions immédiates de l'appareil de l'ouïe sous l'influence d'injection de sérum inorganique.

Ils ont employé les sérums de Trunecek, de Hayem, une solution de chlorures à 60 p. 100.

Avec les sérums concentrés, ils ont noté l'amélioration de l'acuité auditive comme fait général, en même temps que la diminution paracousie.

Par contre le sérum de Hayem a donné une assez forte proportion de cas où l'audition a diminué. La paracousie a peu varié en général.

Il s'agit d'une action vaso-motrice sur les vaisseaux du labyrinthe, action dépressive, car les scléroses de l'oreille s'accompagnent en général d'augmentation de la pression.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 Décembre 1901.

La ponction lombaire dans les traumatismes craniens.

M. Reynier communique un cas de traumatisme cranien où le diagnostic était difficile à faire entre une hémorrhagie médicale ayant précédé le traumatisme et une fracture du crâne. Il fit la ponction lombaire et put conclure en faveur d'une fracture. Le diagnostic fut confirmé 48 heures après l'autopsie. Toutefois M. Reynier avoue que les faits signalés par M. Tuffier dans la séance précédente, et qui prouvent que les hémorhagies médicales peuvent également s'accompagner d'épanchement de sang dans le liquide céphalo-rachidien ont ébranlé sa confiance dans la valeur diagnostique de la ponction lombaire.

Quant à sa valeur thérapeutique, elle a toujours paru à M. Reynier des plus contestables : après un traumatisme cranien même très grave, il arrive parfois que les blessés sortent rapidement du coma où ils étaient plongés, sans aucune intervention. Il est probable que les malades, ponctionnés soi-disant avec succès par MM. Poirier et Rochard, seraient revenus à eux sans le secours de la ponction.

M. Tuffier voudrait insister sur un point qu'il n'a pas assez mis en lumière dans la dernière séance. Il dit que la coloration du liquide céphalo-rachidien, dans les cas d'épanchement hémorrhagique intra-cranien, pouvait varier du rouge cerise au jaune pâle en passant par le rose chair, et que l'intensité de cette coloration était probablement en rapport avec l'intensité du traumatisme ou plutôt avec l'étendue des lésions, peut-être avec la nature des lésions. Une coloration franchement rouge ou rose d'emblée indique, à n'en pas douter, une hémorrhagie assez rapide et abondante. Il n'en est pas de même lorsque, après une ponction pratiquée dans les premières heures qui suivent le traumatisme, on ne recueille qu'un liquide légèrement jaunâtre. Cette teinte, qui peut être très atténuée et à peine perceptible, tient non pas à la présence de globules rouges dans le liquide céphalo-rachidien, mais à celle d'un pigment spécial du sérum sanguin (séro-chrome de Gilbert), pig-

ment qui diffuse plus facilement et plus rapidement que les globules rouges. En sorte que si la coloration jaune est toujours l'indice d'une hémorrhagie intra-cranienne, elle indique en outre une hémorrhagie lente à se produire; ce n'est qu'à la deuxième ou même à la troisième ponction, faites plusieurs heures après la première, que les globules rouges indiquent leur présence dans le liquide céphalo-rachidien en lui donnant une coloration rosée ou rouge franc

Il en était ainsi dans un cas de traumatisme cranien que M. Tuffier a eu l'occasion d'observer cette semaine : l'opération montra qu'il existait une fracture de la table interne de la voûte, avec vaste épanchement sous-dure-mérien. Il est donc permis d'espérer qu'il y a là peut-être un moyen de diagnostic différentiel entre ces épanchements et les épanchements sous-dure-mériens, ceux-ci devant s'accompagner d'une coloration rouge d'emblée du liquide céphalo-rachidien.

Valeur diagnostique de l'abolition des réflexes dans les plaies de la moelle.

M. Pierre Delbet revient à propos de la récente communication de M. Walther, sur la question des réflexes après les traumatismes médullaires. On a prétendu dans ces dernières années à la suite de Bastian, que le centre des réflexes se trouvait non pas dans la moelle, comme le voulait la théorie ancienne, jusqu'alors universellement acceptée, mais dans l'encéphale, et que, par conséquent, la section de la moelle, doit être suivie de l'abolition totale des réflexes; d'après la théorie ancienne, au contraire, le cerveau ne jouant vis-à-vis des réflexes qu'un simple rôle frénateur, la section de la moelle devait avoir comme conséquence une exagération des réflexes. M. Delbet pense que de ces deux théories, l'ancienne, celle qui place le centre des réflexes dans la moelle est la vraie. Les faits expérimentaux et cliniques sont là qui la confirment. Après une section de la moelle, les différents réflexes (réflexe rotulien, réflexe des orteils, réflexe à la douleur) peuvent être abolis pour un temps; ils finissent toujours par reparaître et parfois même par s'exagérer. L'abolition des réflexes constatée après un traumatisme médullaire, en même temps, bien entendu, que l'abolition de la motricité et de la sensibilité, n'est donc pas un signe sur lequel on puisse s'appuyer pour diagnostiquer une section complète de la moelle et contre-indiquer une intervention.

La duodénostomie.

M. Hartmann. — Il s'agit d'une femme qui, à la suite de l'ingestion d'un liquide caustique, présenta tous les signes d'une sténose pylorique absolue avec des symptômes d'une intolérance gastrique exceptionnelle. M. Hartmann songea d'abord à faire une gastro-entérostomie, mais il trouva un estomac absolument rétracté, cartonné, sur lequel il était impossible de trouver le moindre endroit sain pour placer la nouvelle bouche gastro-intestinale. Il eut alors l'idée d'attirer au dehors la première portion du duodénum, qui était parfaitement mobile, et y pratiqua une ouverture suivant les règles employées pour la gastrostomie. La malade guérit de son opération, mais succomba quelques temps après à une septicémie généralisée dont le point de départ était l'estomac. A l'autopsie la face interne de celui-ci n'offrait, en effet, qu'une vaste plaie suppurante causée ou aggravée probablement par les imprudences de la malade qui chez elle, continua à se nourrir par la bouche.

Quoi qu'il en soit du résultat final, il n'en reste pas moins acquis que la duodénostomie est une opération possible, en raison de la mobilité de la première portion de ce conduit. La technique opératoire est facile. Il reste à fixer ses indications qui sont celles de la jéjunostomie, mais peut-être plus restreintes.

Corps étranger de l'appendice.

M. Félizet présente l'appendice d'un enfant, enlevé à froid après une crise d'appendicite qui céda aux moyens médicaux. Cet appendice, au contact duquel se trouvait un gros ganglion, était occupé par une épingle de 32 millimètres de long, à tête dirigée par en bas. Il n'y avait aucune ulcération de la muqueuse.

Hernie embryonnaire ombilicale contenant le foie et l'intestin.

M. Hue (de Rouen) présente le moulage et les pièces d'une hernie ombilicale observée chez un nouveau-né. La volumineuse hernie contenait une grande partie de l'intestin grêle, et le foie presque en entier.

Phlébite thrombosée de la veine poplitée.

M. Ricard présente une tumeur qu'il a enlevée. Du volume d'un œuf d'oie, et indolore, elle datait de deux mois et se trouvait située dans le creux poplité, exactement sur la ligne médiane; ce fait, joint à cet autre que nulle part ailleurs il n'y avait traces de varices, avait fait porter le diagnostic de kyste poplité. L'extirpation fut d'ailleurs des plus faciles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 6 et 13 Décembre 1901.

Deux cas de leucémie myélogène.

MM. Triboulet et Lippmann. — Le premier de ces cas concerne une femme de 43 ans souffrant, depuis 1 an, de troubles gastro-intestinaux et qui, il y a 3 mois, s'aperçoit d'une volumineuse tumeur qu'elle porte à l'hypochondre gauche. Celle-ci, formée par une énorme hypertrophie de la rate, s'étend du 6° espace intercostal à l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle dépasse la ligne ombilicale de deux travers de doigt. Pas de ganglion. Rien aux organes. Fatigue, oppression, amaigrissement.

L'examen du sang montre une leucémie intense (268 000 globules blancs) et une leucémie que les préparations de sang diversement coloriées prouvent être d'origine myélogène. En effet, il s'y trouve des polynucléaires et des myélocytes (neutrophiles et basophiles) en quantité énorme; quelques hématies nucléées; beaucoup d'éosinophiles; par exception seulement, de très rares lymphocytes. L'on en a fait le pourcentage afin d'établir une formule hémoleucocytaire.

Le second cas, calqué sur le premier, a été observé sur une malade de la salle Bernutz, service du Dr Duguet. La rate offre un diamètre vertical de 24 centimètres et un diamètre transverse de 31 centimètres. Pas de tuméfaction ganglionnaire. La numération globulaire donne un chiffre de 365 000 leucocytes caractérisés par les mêmes formes que ci-dessus, c'est-à-dire polynucléaires, myélocytes neutro et basophiles, hématies nucléées, éosinophiles, rares lymphocytes. C'est encore là une leucémie purement myélogène.

Les auteurs insistent sur la notion étiologique infectieuse absente dans ces deux cas; néanmoins faut-il voir dans les troubles gastro-intestinaux, présentés par les deux malades avant l'hypertrophie splénique, une nouvelle preuve à l'appui de la théorie infectieuse d'origine intestinale de la lymphadénie splénique.

Les complications de l'angine de Vincent, leur pathogénie.

M. Simonin a observé un certain nombre de malades chez lesquels des lésions ulcéro-membraneuses bucco-pharyngées (amygdales, gencives, muqueuse buccale, langue), créées par l'association du bacille fusiforme et du spirille, furent suivies d'accidents secondaires variés : les uns cutanés (éruptions polymorphes, purpura hémorrhagique), les autres intéressant les séreuses (arthralgies, pleurésies), ou les grands parenchymes (broncho-pneumonies, néphrite, myocardite). Ces diverses complications paraissent dues à l'intervention de microbes pyogènes banals, et principalement du streptocoque.

L'association fuso-spirillaire se borne à créer la lésion locale ulcéreuse, porte d'entrée plus ou moins largement ouverte aux

infections secondaires; l'expérimentation (inoculations variées tentées sur les animaux) prouve, en effet, que bacille fusiforme et spirille sont incapables de se généraliser. Les lésions ulcéro-membraneuses de la langue ou de la bouche, territoire moins bien défendu au point de vue lymphatique, que les amygdales, semblent surtout prédisposer aux accidents secondaires multiples et graves. Il peut enfin arriver que la complication, par l'objectivité de ses symptômes ou leur intensité, occupe toute l'attention de l'observateur, au point de lui faire méconnaître la lésion primitive dont il est cependant essentiel de provoquer au plus tôt la cicatrisation par des moyens appropriés (iode, eau oxygénée, bleu de méthylène, nitrate d'argent).

Pleurésie diaphragmatique et tuberculose du diaphragme.

MM. H. Claude et **P. Armand-Delille.** — Un homme âgé de 61 ans, après une période de troubles généraux de quelques jours, présente un hoquet incessant pour lequel il entra à l'hôpital. Pendant plusieurs jours, ce symptôme persiste sans atténuation et sans qu'on puisse relever aucun autre phénomène, notamment aucun signe d'irritation du phrénique. Puis un léger épanchement apparut à la base du thorax et en arrière, qui permit d'affirmer l'existence d'une pleurésie diaphragmatique. Sa ponction ne donna que 350 grammes de liquide ayant les caractères des épanchements bacillaires, et le hoquet persista après la ponction; le liquide se reproduisit lentement, mais resta toujours peu abondant. Le malade succomba à une méningite tuberculeuse qui évolua en quelques jours. L'autopsie montra que cette pleurésie diaphragmatique mono-symptomatique était en rapport avec une tuberculose du muscle diaphragme. Cette lésion était la cause du hoquet, et la faible quantité de l'épanchement non enkysté, constaté pendant la vie et après la mort, explique l'absence des symptômes ordinaires de la pleurésie diaphragmatique.

La médication thyroïdienne dans le goître épidémique.

M. Ferrier (Val-de-Grâce). — Nous avons eu l'occasion, il y a quelques années, de traiter par la médication thyroïdienne un certain nombre de sujets atteints de goître aigu. Bien que la médication fut instituée d'une façon intensive, nous n'avons observé aucun accident. Le goître épidémique n'est d'ailleurs pas caractérisé seulement par l'hypertrophie de la glande tyroïde, il s'accompagne de ralentissement souvent marqué du pouls, d'hypothermie, d'abaissement du taux de l'urée et des phosphates; sa symptomatologie est, en un mot, l'inverse de celle de la maladie de Basedow. Les sujets porteurs de cette variété de goître sont donc en état d'hypothyroïdisation, ce qui justifie, chez eux, l'emploi de la médication thyroïdienne.

Endocardite infectieuse suraiguë et endocardite infectieuse chronique.

M. Claude. Les localisations infectieuses sur l'endocarde se manifestent généralement par un ensemble de symptômes bien connus, mais quelques formes sont d'un diagnostic difficile, parce que leur évolution diffère de celle que l'on décrit généralement.

Notre première observation est relative à un homme qui fut pris brusquement d'une dyspnée qui progressa rapidement, s'accompagnant de cyanose, transpirations profuses, albuminurie. La fièvre s'éleva à 40 et 41°. Aucun symptôme cardiaque. Le tableau fut celui d'une septicémie aiguë. Mort en moins de 8 jours.

Dans le second cas, au contraire, la maladie dura 9 mois; elle débuta peu de temps après une atteinte de rhumastisme infectieux. Pendant plusieurs mois les seuls symptômes furent la faiblesse, l'anorexie, quelques poussées fébriles; puis survint de la diarrhée, des douleurs abdominales et des hémorragies intestinales. Pendant 4 mois les accidents aigus persistèrent et lorque la malade entra à l'hôpital on notait un état cachectique prononcé, une diarrhée intense et des hémorrhagies répétées, un souffle diastolique de la base ne se modifiant pas. On ne constata jamais de fièvre. La malade succomba et l'on trouva une endocardite végétante des valvules aortiques. Dans une de ces végétations était creusé un abcès du volume d'une noisette. Les reins et le foie étaient le siège de lésions cellulaires et interstitielles comme on en voit dans les intoxications lentes.

Si le premier cas peut être considéré comme un type de septicémie suraiguë à point de départ endocardique, le second est un exemple de toxi-infection, de toxhémie due à l'endocardite des valvules aortiques.

M. Béclère a vu un malade de ce genre chez lequel, pendant des mois, une endocardite infectieuse subaiguë ne se traduisit que par des accès semblables à ceux de la fièvre paludéenne et qui égarèrent assez longtemps le diagnostic. La mort survint à la suite de crises de collapsus cardiaque avec arythmie.

M. Gouget, dans un cas analogue à ceux de M. Claude, dit qu'il n'a pu mettre en évidence le streptocoque caractéristique qu'à l'aide de cultures anaérobies et recommande leur emploi dans les recherches microbiennes portant sur ces faits d'endocardite infectieuse.

Le suicide dans la fièvre typhoïde.

MM. Souques et **Ribierre** attirent l'attention sur la nécessité de surveiller les typhiques délirants, attendu qu'ils peuvent parfois, comme dans un cas qu'ils ont observé, commettre des tentatives de suicide et même d'homicide.

M. Chantemesse rappelle que cette forme de délire n'est pas rare dans la fièvre typhoïde. Une surveillance étroite s'impose donc pour ces malades.

M. Moutard-Martin a vu un exemple de ce délire chez un interne des hôpitaux qui, heureusement, échappa au coup de revolver qu'il s'était tiré.

M. Antony (Val-de-Grâce) dit que souvent le délire, chez ces malades, prend la forme lypémaniaque; dans la convalescence, l'inanition paraît jouer un rôle dans la production.

M. Joffroy a vu, dans un cas de fièvre typhoïde, un délire de ce genre qui sembla manifestement provoqué par une alimentation exagérée pendant la convalescence. Le fait est que ce délire disparut avec le régime lacté, légèrement mitigé. Conclusion: il ne faut donner ni trop, ni trop peu à ces malades, même à ce point de vue particulier.

Paralysie familiale périodique.

MM. Oddo et **Audibert** (de Marseille), envoient une observation de paralysie familiale périodique, maladie rare, qui se rapproche des myotonies familiales et qui, d'après MM. Oddo et Audibert, devrait être dénommée myoplégie familiale.

C'est un état le plus souvent héréditaire, caractérisé par une perte transitoire, périodique, plus ou moins généralisée des mouvements volontaires, avec suppression des réflexes tendineux et troubles profonds des réactions électriques, sans atteintes de la sensibilité et de l'intelligence.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 9 Décembre 1901.

Inconvénients de la pratique de certaines opérations chez des hystériques en dehors de la présence d'un tiers.

M. Granjux. — Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, probablement hystéro-épileptique, qui contracta une syphilis grave, pour laquelle un médecin lui fit des injections sous-cutanées à la fesse, suivies du massage de la région. Un jour, après une de ces séances, il revint dans un état extrême d'agitation et raconta que le médecin s'était livré sur lui à des attouchements et à des manœuvres coupables.

La personne qui avait reçu ces confidences vint me consulter au sujet des mesures à prendre; je pus, en analysant le récit même du malade, en démontrer les invraisemblances, ainsi que l'impossibilité matérielle des faits dans les circonstances relatées.

Cette personne, convaincue à son tour qu'il s'agissait de troubles imaginatifs, put calmer le malade qui, au début, ne parlait que de déposer une plainte ou de se faire justice lui-même.

Il me semble, autant qu'on peut juger d'un cas médical sur lequel on possède des renseignements aussi vagues, qu'il s'agit, dans l'espèce, d'une auto-suggestion dont le point de départ aura été le massage prolongé de la fesse, le terrain étant préparé par la névrose dont cet homme est atteint, par le décubitus abdominal qu'il conserva durant les manœuvres du massage et peut-être par la substance injectée.

Quoi qu'il en soit de cette explication et bien que l'affaire n'ait pas eu de suite, elle n'en démontre pas moins que les hystériques mâles doivent grossir la liste des malades chez lesquels le médecin ne doit jamais pratiquer certains examens, certaines opérations, dans son cabinet, sans la présence d'un tiers.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 Décembre 1901.

Un cas de lèpre.

M. Darier communique l'observation d'un homme arrivé depuis 6 mois de la Nouvelle-Calédonie avec ses enfants et sa femme, et qui est venu le consulter pour cette dernière, qui présentait depuis quelques mois une éruption généralisée et divers troubles sur lesquels il est inutile d'insister. Il s'agissait, en somme, d'un cas typique de lèpre; ni l'un ni l'autre des époux ne se doutant de la vérité, nulle précaution n'a jamais été prise, et, malgré l'intimité de la vie commune, le mari et les enfants sont restés absolument indemnes. Le plus jeune enfant, né 2 mois après l'apparition des premières manifestations chez la mère, est actuellement nourri au sein par elle.

Or, le mari est obligé, par son métier, de retourner à la Nouvelle-Calédonie, mais on sait que le séjour dans un pays où la lèpre est endémique est toujours défavorable aux malades atteints de cette affection : la santé de la femme s'oppose donc à son retour en Nouvelle-Calédonie; d'autre part, quel conseil doit-on donner au point de vue de l'enfant? Bien qu'on n'ait jamais vu, à Paris, un lépreux transmettre son mal dans son entourage, ce nourrisson, en contact continuel avec sa mère atteinte de lésions lépreuses ulcérées, n'est-il pas exposé à contracter la maladie à son tour? Quelle est, en cette circonstance délicate, le devoir du médecin?

M. Barthélemy fait remarquer qu'au point de vue de la contagiosité de la lèpre, les cas négatifs de ce genre ne sont pas rares. Il a vu en Norvège un lépreux dont la femme et les enfants étaient absolument sains, malgré la cohabitation continuée sans la moindre précaution; mais de ce que fréquemment la transmission ne s'exerce pas, il ne s'ensuit pas qu'elle soit impossible; il est donc nécessaire de prescrire des mesures prophylactiques. M. Barthélemy estime donc que la malade de M. Darier ne doit pas être autorisée à vivre de la vie ordinaire. Pour ce qui est de l'allaitement de l'enfant, la mère peut le continuer. En effet, bien que cet enfant ne présente actuellement aucun signe de lèpre, nous ne savons pas, en somme, ce qu'il adviendra de lui ultérieurement; il est donc impossible de le confier à une nourrice. D'autre part, en le soumettant à l'allaitement artificiel, on mettrait peut-être sa vie en danger, pour éviter le danger d'une contagion problématique.

M. Veyrières a vu à la Bourboule, pendant plusieurs années, un lépreux marié et père de famille; quoiqu'il ait continué à habiter la Havane, ni sa femme, ni ses enfants n'étaient contaminés.

M. Thibierge trouve que la question est encore bien obscure. Ainsi, dans l'Europe centrale où la transmission ne s'observe pas, c'est une tradition maintenant établie que la lèpre n'y est pas contagieuse; mais qui oserait affirmer qu'il en sera toujours ainsi et que la contagion ne se réalisera jamais dans ce pays où on a pu l'observer autrefois? Quant à l'enfant, on peut admettre que, de par son hérédité, il est plus prédisposé que tout autre à contracter la maladie; il y a donc lieu de prendre pour le protéger des mesures particulièrement rigoureuses. M. Thibierge pense pour sa part qu'il faut le séparer de sa mère et le nourrir au biberon.

M. Sabouraud. — Dans aucune maladie infectieuse les microbes ne fourmillent en aussi grand nombre que les bacilles de Hansen dans la lèpre; il ne serait donc pas bien étonnant qu'il y en eut aussi dans le lait, mais nous n'avons jusqu'ici aucune espèce de renseignements précis sur ce sujet.

M. Besnier. — Le problème que soulève le cas de M. Darier met le médecin dans un embarras extrême : d'une part il faut tenir compte de ce fait considérable que, à l'hôpital Saint-Louis, depuis un siècle il y a des lépreux parfois nombreux, qu'ils ont toujours été maintenus dans les salles communes, sans mesures restrictives d'aucune sorte et que pas un seul cas de contagion n'a jamais été observé. Nous savons aussi qu'un certain nombre de lépreux viennent s'installer à Paris avec leur famille, et qu'on n'a jamais rapporté un exemple de transmission dans leur entourage. Mais il est évident que nous ne pouvons aller plus loin, ni affirmer que, même à Paris, cette transmission ne pourrait pas s'effectuer.

En ce qui concerne le cas de M. Darier la question est des plus complexes, et demande à être étudiée mûrement avant de formuler une réponse ferme et définitive sur tous les points. La question de l'allaitement, par exemple, ne comporte pas, d'emblée, une solution uniforme. Si la mère n'avait pas de lésions ouvertes, si elle n'avait pas de coryza, d'ulcérations nasales, etc., peut-être pourrait-elle allaiter sans danger.

C'est surtout par ses caresses, ses baisers, qu'elle risquerait de contaminer son enfant.

Accessoirement, et en dehors des conditions particulières au cas de M. Darier, se place une question délicate : Avons-nous le droit, public ou privé, de dénoncer un cas de lèpre? La législation allemande actuelle en fait un devoir public, mais non la législation française; et, au titre privé, pour la lèpre comme pour les autres maladies, nous nous considérons comme liés par le secret professionnel.

M. Darier avoue que, quand le mari est venu lui demander conseil, et s'est enquis de la maladie de sa femme, il a cru devoir lui révéler la vérité, et cela dans son intérêt et dans celui de toute sa famille.

M. Besnier. — Dans les conditions particulières du cas de M. Darier, et pour les mêmes raisons, chacun eût répondu comme lui à la demande du chef de famille.

M. Leredde. — La question ne se pose pas pour la lèpre comme pour la syphilis; d'après les idées reçues dans la société actuelle, la syphilis d'une femme entraîne toujours l'idée d'une faute grave; cela est très injuste, mais cela est ainsi; la lèpre, au contraire, ne peut être considérée que comme un malheur; il n'y a donc pas le même inconvénient à la révéler.

M. Fournier dit que quand une femme syphilitique vient le consulter accompagnée de son mari, il use toujours d'un subterfuge. Il ne se prononce pas sur le diagnostic, prétextant de la nécessité de revoir une autre fois la malade, mais a soin de dire au mari que la nature de la maladie étant incertaine, il est plus prudent de se conduire comme si elle était contagieuse. Puis, il fait en sorte de revoir la femme seule et de la confesser, pour savoir si elle est ou non coupable. Il est, d'ailleurs, assez facile de sauver la situation vis-à-vis du mari, en arguant d'une contagion banale par l'intermédiaire d'un verre sale, d'une domestique, etc.

Pelade à point de départ gingival.

M. L. Jacquet a présenté, en mai 1901, un jeune malade chez qui l'irritation gingivale, produite par l'évolution tardive de la deuxième molaire inférieure gauche, avait provoqué un syndrome complexe, constitué par les éléments suivants : épistaxis de la narine gauche, névralgie faciale latente gauche, érythème auriculo-facial gauche, hyperthermie faciale gauche, et, enfin pelade de la nuque à gauche, avec extension ultérieure mais restreinte du côté droit.

M. Jacquet annonçait que le débridement de la dent en évolution serait opéré, et que, selon toute apparence, il entraînerait la rétrocession des divers éléments du syndrome réflexe. Ce débridement a été effectué du 4 au 11 mai, à l'aide du galvanocautère.

Les résultats ont été les suivants : dans une première phase, il y a eu aggravation notable et extension, au côté droit, de tous les symptômes : douleur, érythrose, hyperthermie, et enfin de la pelade, qui a doublé de surface en 10 jours.

Dans une deuxième phase (de 8 à 20 jours après la cautérisation), il s'est fait une régression et une disparition parallèle de tous les phénomènes. Aujourd'hui, l'aire peladique est complètement recouverte de cheveux drus, colorés, soyeux, longs de 6 centimètres ; on peut donc l'estimer guérie depuis 3 mois environ. Cette estimation réduit la durée totale de la dermatose à 6 mois, délai fort court pour une pelade de cette région, et dont la marche était rapidement extensive.

M. Jacquet ajoute que, depuis il a étudié avec grand soin l'influence de l'évolution et des troubles dentaires dans la production de la pelade, et qu'il croit pouvoir admettre que, dans le tiers des cas environ, cette influence est en cause.

Chancre syphilitique de l'œil.

M. Gaucher présente un jeune garçon atteint d'un chancre syphilitique de l'angle interne de l'œil. L'enquête la plus minutieuse n'a pas permis de retrouver l'origine de l'infection.

M. Fournier fait remarquer que c'est en effet là un caractère presque constant des chancres du visage ; il est presque toujours impossible de remonter à la source de la contamination ; il est probable que ces chancres ont souvent pour origine une parcelle de salive, comme beaucoup de personnes en projettent involontairement en parlant.

Ulcère annamite.

M. Gaucher présente un nouveau cas d'ulcère des pays chauds, car l'affection a les mêmes caractères dans toutes les régions tropicales. La particularité la plus intéressante de ces ulcères, c'est leur ressemblance objective avec une lésion syphilitique tertiaire. Le traitement mercuriel est absolument inefficace. Au point de vue thérapeutique il convient d'insister sur ce fait que tous les antiseptiques, quels qu'ils soient, donnent des résultats défavorables, ils irritent la lésion au lieu de la guérir. Le seul procédé recommandable est l'emploi exclusif des pansements à l'eau bouillie pure.

Incrustation de carbonate de chaux sous l'épiderme.

M. Du Castel. — Il s'agit d'un homme qui, à la suite de pansements à l'eau de chaux appliqués sur la face pour le traitement d'une brûlure, présente une véritable incrustation de sels de chaux (probablement du carbonate de chaux) sur le front, le nez et la joue droite. Ce dépôt est assez profond, car, par le grattage à la curette, on n'a pas pu l'atteindre. Il faudrait pouvoir solubiliser le carbonate de chaux par un acide non irritant pour venir à bout de cette sorte de tatouage.

M. Oudin pense qu'on pourrait arriver à faire pénétrer sous la peau un dissolvant de la chaux, par le moyen de l'électrolyse.

Pseudo-rhumatisme déformant chez une hérédo-syphilitique.

M. E. Fournier présente une fille de 16 ans chez laquelle il existe un certain nombre de stigmates d'hérédo-syphilis ; parmi ceux-ci un des plus importants est un pseudo-rhumatisme déformant que l'auteur a déjà observé dans d'autres cas analogues, et qu'il considère comme une conséquence directe de l'infection hérédo-syphylitique.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 10 Décembre 1901.

Cirrhose infantile anictérique avec ascite.

MM. Variot et Roy. — Un enfant de 8 ans, sans antécédents morbides, ni alcoolique, ni paludéen, fut amené dans le service avec une ascite considérable, de la circulation collatérale, un gros foie lisse débordant les fausses côtes ; pas d'hypertrophie de la rate, pas d'ictère. Le diagnostic fut hésitant entre une cirrhose et une tuberculose hépato-péritonéale. M. Avragnet pratiqua une injection de 5 milligrammes de tuberculine sans obtenir une élévation de la température de plus de 1/2 degré. Il semblait donc s'agir de cirrhose non tuberculeuse ; l'enfant avait, du reste, été mise, dès son arrivée, au régime lacté absolu. Néanmoins, le ventre augmenta ; sa circonférence passa de 60 à 81 centimètres ; des ponctions successives permirent de retirer 5,6, puis 7 litres de sérosité claire, contenant surtout des cellules épithéliales et de rares lymphocytes. Le liquide se produisait en quelques jours après la ponction. L'enfant paraissant perdu, pour lui laisser encore une dernière chance de salut, une laparotomie exploratrice fut tentée, mais sans résultat, et l'enfant mourut peu après l'intervention. Le foie présentait des lésions de cirrhose d'origine biliaire ; les voies biliaires extra-hépatiques étaient manifestement malades, la vésicule rétractée et épaissie ; sur les préparations microscopiques du foie, la sclérose partait manifestement des canalicules biliaires. Il s'agissait donc de cirrhose biliaire, mais à forme clinique bien particulière, puisqu'il n'y avait ni ictère, ni grosse rate, ni hypertrophie notable du foie.

Emphysème sous-cutané dans la broncho-pneumonie.

MM. Richardière et Delherm. — Un enfant de 2 ans 1/2 fut atteint d'emphysème sous-cutané dans le cours d'une broncho-pneumonie, suite de rougeole. L'emphysème, appréciable au cou tout d'abord, gagna toute la face et la presque totalité du tronc. L'enfant mourut 3 jours après la constatation de cet emphysème. A l'autopsie, en plus des lésions de broncho-pneumonie, on constata l'emphysème inter-lobulaire des deux poumons et l'emphysème du médiastin causé par la rupture des vésicules pulmonaires dilatées.

Contrairement à ce qui se passe généralement, l'apparition de l'emphysème sous-cutané ne fut pas précédé pas l'augmentation de la dyspnée ni par les troubles cardio-vasculaires. L'emphysème sous-cutané, sans aggraver par lui-même la gêne respiratoire, est toujours l'indication d'un état très grave, car il implique une dyspnée excessive. Il est presque toujours suivi d'une mort rapide.

Des adénopathies trachéo-bronchiques anciennes dans la méningite tuberculeuse.

M. Comby présente à la Société un travail de **MM. Haushalter** et **Fruhlingsholtz**, de Nancy, sur l'adénopathie tuberculeuse. Dans 74 cas, sur 76 autopsies de méningite tuberculeuse infantile, ces auteurs ont trouvé des ganglions trachéo-bronchiques la plupart du temps caséeux, parfois coexistant avec des lésions tuberculeuses anciennes, en un point du poumon, mais parfois aussi indépendants de toute lésion pulmonaire visible.

Pour sa part M. Comby a toujours constaté, aux autopsies de méninge tuberculeuse, des lésions caséeuses anciennes, siégeant le plus souvent dans les ganglions trachéo-bronchiques, et il adopte pleinement toutes les conclusions de M. Haushalter. En particulier, il est arrivé à M. Comby, comme à M. Haushalter, de rencontrer des ganglions trachéo-bronchiques tuberculeux, sans qu'il ait pu trouver, malgré de soigneuses recherches, aucun point de départ pulmonaire. Il semble donc que le bacille tuberculeux puisse traverser le parenchyme pulmonaire sans y laisser de trace, de même qu'il peut traverser la paroi intestinale sans l'altérer, pour aller caséifier les ganglions mésentériques.

Chorée électrique.

M. Variot montre une petite malade qui présente des secousses convulsives intermittentes, dans les muscles du bras, du cou et de la face du côté droit. Elles se succèdent à intervalles variables. Il ne s'agit nullement de mouvements comparables à ceux de la chorée, mais de contractions brusques et intermittentes de certains groupes musculaires. Cela ressemble beau-

coup plus à des tics qu'à de la chorée. La malade est, du reste, manifestement névropathe ; elle présente des zones hystérogènes très nettes et de la diminution de la sensibilité sur le côté droit du corps. L'affection est apparue à la suite d'une peur. Il s'agit donc d'un simple tic chez une hystérique.

Si, cependant, l'on se reporte à la description que donne Henoch de la chorée électrique, on voit que les symptômes présentés par cette enfant concordent exactement avec ceux que l'auteur attribue à cette affection. Cette expression de chorée électrique employée pour désigner des manifestations de ce genre, est des plus malheureuses, car elle éveille l'idée de toute autre chose que les manifestations que présentent ces malades.

Éléphantiasis congénital.

M. Guinon présente une enfant de 2 mois qui offre un œdème congénital du membre inférieur remontant jusqu'au-dessus du mollet. L'enfant est née ainsi ; il s'agit d'un de ces cas que l'on qualifie d'éléphantiasis congénital, et sur la pathogénie desquels nous n'avons que bien peu de données.

Sarcome de la pie-mère bulbo-protubérantielle et spinale simulant la méningite tuberculeuse.

M. P. Lereboullet rapporte l'observation d'une enfant de 4 ans, chez laquelle le tableau ordinaire de la méningite tuberculeuse fut simulé par la propagation à la pie-mère bulbo-protubérantielle et spinale d'un sarcome ayant vraisemblablement pris naissance au niveau du nerf acoutisque gauche. L'enfant avait d'abord été traitée pour un polype de l'oreille qni récidiva après ablation, en même temps que se manifestaient les signes d'une tumeur sarcomateuse secondaire développée aux dépens des ganglions cervicaux correspondants. Puis apparurent progressivement des symptômes méningés : céphalée, vomissements, constipation, rétraction de l'abdomen, etc.

A l'entrée, à part l'apyrexie constante, les symptômes étaient ceux d'une méningite tuberculeuse avec raideur de la nuque, signe de Kernig, irrégularité du pouls, etc. Mais, outre les antécédents étiologiques, les indications fournies par la ponction lombaire permirent d'éviter l'erreur : il n'y avait ni lymphocytose, ni abaissement du point cryoscopique, ni perméabilité à l'iodure. La mort survint 15 jours après le début des accidents méningés, 2 mois 1/2 après l'apparition des symptômes auriculaires.

L'autopsie montra que le nerf acoustique très volumineux était le point de départ vraisemblable du sarcome. Par lui, le sarcome s'était propagé à la région bulbo-protubérantielle, envahissant le trijumeau très volumineux également, englobant les origines des divers nerfs craniens ; de là, le sarcome ne paraît pas avoir gagné l'encéphale et le cervelet, mais il a fusé sur toute la hauteur de la moelle, la pie-mère sarcomateuse formant à la moelle un manchon continu et complet, surtout épais au niveau des renflements cervical et lombaire, points où le cordon antérieur est légèrement aplati. Mais le sarcome ne pénètre pas la moelle elle-même, pas plus que les racines rachidiennes qu'il englobe à leurs origines.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire typique ; il a révélé en outre une infiltration glycogénique extrêmement marquée de tout le tissu sarcomateux, dont le degré s'expliqne d'ailleurs par la rapide généralisation de ce sarcome.

M. Netter a observé deux cas de sarcome de la protubérance et des pédoncules cérébelleux avec symptômes méningitiques où la ponction lombaire avait donné issue à un liquide contenant une quantité appréciable de sucre.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 4 Décembre 1901.

Alimentation des dyspeptiques.

M. Bardet — Des observations personnelles me font penser qu'il est possible d'obtenir chez des dyspeptiques une augmentation de poids sans les suralimenter. Chez un malade qui, pendant 7 mois, a reçu chaque jour une alimentation lactée représentant 2 grammes d'albumine par kilogramme de son poids, je n'ai constaté aucun embonpoint ; par contre, pendant 3 mois, ce malade a été soumis à un régime lui fournissant 0 gr. 9 à 1 gr. 1 d'albumine et il a vu, dans ce laps de temps, son poids s'accroître de 4 kilog.

J'estime donc qu'il ne faut pas donner à un dyspeptique une ration alimentaire supérieure à celle qu'il peut consommer.

M. Morel. — Je me rallie d'autant plus volontiers à cette opinion que de nombreuses observations que j'ai déjà rapportées en 1882 me font admettre comme ration alimentaire pour un homme de 60 kilogrammes menant une vie active, une quantité de lait de 2 litres 1/2. Avec 3 litres il peut augmenter de poids.

En pratique, un malade sucre généralement un litre de lait avec 50 grammes de sucre, ce qui équivaut à 1 000 calories ; or, si l'on fixe à 2 400 calories la quantité nécessaire à un adulte de 60 à 65 kilogrammes, 2 litres 1/2 constituent une ration très suffisante. Enfin, chez les individus qui sont soumis à un travail physique pénible et qui, comme on le croit généralement, perdent une demi-calorie par gramme de sueur, 3 litres 1/2 de lait seront nécessaires, alors qu'avec 3 litres on suralimentera des malades d'hôpitaux.

Ce problème de la suralimentation des malades m'a conduit à rechercher s'il y avait grand avantage à employer chez les tuberculeux la suralimentation azotée, principalement sous forme d'aliments carnés.

En effet, s'ils n'assimilent pas entièrement la quantité de viande ingérée, le reliquat en est non seulement inutile, mais nuisible, car il devient l'origine de phénomènes d'infection intestinale et constitue ainsi un obstacle absolu à la suralimentation. Il est du reste facile de prévenir cette éventualité si fâcheuse en pratiquant une analyse d'urine. En effet, le chiffre d'urée qui doit être éliminé après l'ingestion d'un poids donné d'azote étant connu, on peut conclure, au cas où ce chiffre est normal, que l'entière absorption de l'aliment azoté a eu lieu, dans le cas contraire qu'elle a été incomplète et restreindre l'alimentation carnée.

Effets de l'aspirine chez les tuberculeux.

M. Hirtz. — MM. Rénon et Latron, et plus tard M. Carré, ont étudié l'action de l'aspirine chez les tuberculeux ; ils ont admis que, dans la majorité des cas, ce médicament était un antithermique puissant, qu'il procurait aux malades une sensation de bien-être marquée et que, même lorsque son action était contestable, il restait un agent thérapeutique d'une innocuité absolue.

J'ai repris leurs expériences chez une série de tuberculeux aux trois périodes :

Dans un premier groupe de cas, 2 grammes d'aspirine chez des malades présentant une température vespérale de 40°, ont brusquement fait descendre la colonne mercurielle à 37° ou à une température très voisine, mais au bout de quelques jours les oscillations thermiques allant jusqu'à 39° ou 40°, se sont reproduites : la médication n'a donc pas donné d'effet durable.

Dans une seconde série où les résultats n'ont pas été meilleurs, des sueurs profuses, incessantes, épuisant les malades, m'ont forcé, sur la demande instante de ceux-ci, à renoncer au médicament.

Enfin, en troisième lieu j'ai vu, chez une tuberculeuse au début, ayant une température de 38°, l'ingestion de 3 grammes d'aspirine produire une chute de la fièvre, mais causer, au bout de 9 jours, des phénomènes toxiques : bourdonnements d'oreilles troubles de la vue, nausées, etc., si inquiétants que j'ai dû suspendre au plus vite l'emploi de l'aspirine.

En résumé, jamais je n'ai obtenu de défervescence thermique durable ; chez un même sujet, à intervalles différents, l'aspirine m'a donné des résultats très variables, le plus souvent elle n'a agi qu'aux prix de sueurs profuses intolérables ; enfin elle a parfois été le point de départ d'accidents toxiques ; aussi l'ai-je écartée de ma pratique.

M. Robin s'associe aux conclusions de M. Hirtz et préfère à l'aspirine le camphorate de pyramidon qui lui a donné d'heureux résultats.

De l'influence de l'altitude sur les échanges respiratoires.

M. Albert Robin. — M. Binet et M. Dupasquier mon interne, ont fait des expériences sur les échanges respiratoires à diverses altitudes et obtenu des résultats très différents de ceux qu'ont rapportés MM. Chauveau, Tissot et Hallion. En effet, alors que ces expérimentateurs constatent que l'altitude n'apporte que des modifications inappréciables dans les échanges respiratoires, M. Dupasquier trouve que la fréquence du pouls et le nombre des mouvements respiratoires ont augmentés, que surtout la fixation de l'oxygène et le rejet de gaz carbonique se sont élevés, particulièrement au niveau des tissus où le chiffre d'oxygène fixé a augmenté de 3 centimètres cubes par kilogramme de poids et par minute, à une altitude de 3 000 mètres.

Les conditions expérimentales ayant été identiques dans les deux cas, j'estime qu'il y aurait lieu d'attribuer la divergence des résultats obtenus à un coefficient individuel propre à chaque expérimentateur.

Si cette hypothèse était confirmée, elle modifierait singulièrement les indications de la cure d'altitude dans les affections des voies respiratoires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 6 Décembre 1901.

Traitement de la dysenterie par les lavements d'eau oxygénée.

M. Saint-Philippe revenant sur la communication faite par M. Rocaz dans la séance précédente présente les observations suivantes : d'abord, l'eau oxygénée est souvent douloureuse et les lavements sont quelquefois difficilement accueillis par les enfants. La dysenterie de nos pays s'accompagne d'ulcérations superficielles et peut se passer de topiques de cette nature. M. Saint-Philippe emploie, dans le traitement de cette affection, la poudre de Guarana, qui agit par ses huiles essentielles, peut-être aussi par le tanin qu'elle contient. Cette poudre, administrée en macération à froid à la dose de 0 gr. 50 à 2 grammes pour 24 heures, produit les meilleurs résultats.

M. Courtin rapporte, à propos de l'eau oxygénée, les bons effets qu'il en a obtenus dans le traitement des engelures.

Depuis 3 ans, il fait usage des bains locaux pour les engelures des extrémités, ulcérées ou non. Chez les petits enfants, on réduit l'eau oxygénée du commerce de 12 à 3 volumes par addition d'eau bouillie chaude. Les extrémités sont plongées dans ce mélange pendant une demi-heure chaque jour. Chez l'enfant au-dessus de 3 ans et chez l'adulte, la solution est réduite à 6 volumes. Si les malades présentent des engelures ulcérées, on fait mélanger à l'eau oxygénée une solution saturée de borate de soude pour en réduire l'acidité et diminuer la douleur de l'application.

Les pieds et les mains, bleuis par les engelures, deviennent rouges après quelques instants d'immersion. Les plaies à fond grisâtre et blafard, recouvertes d'un pus sanieux ou sanguinolent, se détergent vite. Après un ou deux bains, on voit des bourgeons charnus rosés apparaître au fond des plaies, et la cicatrisation s'effectue rapidement. Trois bains d'une demi-heure suffisent en général pour guérir les engelures non ulcérées. Un plus grand nombre est nécessaire dans les autres cas, suivant la plus ou moins grande infection des plaies, leur étendue et leur profondeur.

Traitement de la fièvre typhoïde.

M. Davezac, à propos de la dernière communication de M. Mongour sur la thérapeutique minima de la fièvre typhoïde, dit que cette thérapeutique, presque exclusivement hygiénique, a été très heureuse, à en juger par les résultats fournis.

Peut-être pourrait-on invoquer une série heureuse en raison du petit nombre des cas mortels. Cette communication nous montre qu'on peut faire bien avec un minimum de traitement; elle a de plus l'avantage de nous mettre en garde contre l'abus des médicaments.

M. Saint-Philippe fait remarquer que M. Mongour, par ses résultats heureux, a montré qu'il y avait avantage à ne pas contrarier la nature par une médication à outrance. C'est surtout en thérapeutique infantile qu'on doit avoir ce précepte présent à l'esprit.

La guérison est presque la règle dans la fièvre typhoïde de l'enfant : mais si le traitement presque exclusivement hygiénique est suffisant dans la majorité des cas, il n'en est pas de même dans les formes compliquées.

C'est une erreur, comme le dit M. Mongour, de poursuivre la fièvre ; mais l'hydrothérapie, froide ou tiède, agit non seulement contre l'hyperthermie, mais aussi contre l'infection. M. Saint-Philippe proscrit les bains froids chez l'enfant ; le bain tiède, et même très chaud dans les cas graves, lui semble de beaucoup préférable et par le résultat thérapeutique et par la façon dont il est accepté.

Incision de l'iris pour kératite centrale.

M. Lagrange présente un homme qui, à la suite d'un traumatisme, a perdu l'œil gauche et dont l'œil droit offrait une kératite centrale ayant abaissé l'acuité visuelle au-dessous de 1/10. L'iridectomie donnant dans ces cas un résultat médiocre, M. Lagrange a pratiqué un procédé qu'il a imaginé, après Vincentiis, et qui consiste non à exciser l'iris, mais à l'inciser. Ainsi l'on obtient une fente aussi droite que possible. L'acuité du malade est à présent de 1/5.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 4 Novembre 1901.

Sérum antistreptococcique.

M. Verdelet, qui a eu l'occasion d'employer le sérum de Marmorek dans nombre de ces cas relevant de ces infections puerpérales, mentionne deux cas où le sérum semble avoir donné de bons résultats.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une jeune femme de 21 ans, ayant fait, le 21 septembre 1901, une fausse couche de 2 mois. Déjà infectée à son entrée à l'hôpital et ayant encore de la rétention placentaire, on lui fait, le 26 septembre 1901, un curettage qui fait descendre la température pendant quelque temps et supprime les hémorrhagies. Mais bientôt les phénomènes d'infection se rallument (8 octobre), surtout sous la forme péritonitique (T. 39°,8). Concurremment aux injections vaginales et à l'emploi de la glace, on lui fait, dès le 3e jour de cette nouvelle poussée, des injections de sérum qui amènent peu à peu la chute de la température, comme le fait voir la courbe que je vous présente, et la guérison s'obtient d'une manière parfaite.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme de 42 ans, entrée dans le service de M. le professeur Demons, pour des métrorrhagies intenses datant de 2 mois. Elles étaient dues à une môle hydatiforme qui n'avait point été expulsée complètement.

Devant cet état, on pratiqua un curettage qui débarrassa l'utérus de tout ce qu'il contenait ; mais, dès le lendemain, la température s'élevait à 40° et l'infection septicémique s'établissait avec tous ses signes classiques. Malgré le traitement local et général de mise en pareil cas (quinine, injections intra-utérines, etc.), la situation restait très grave ; aussi, le 4e jour, on eut recours au sérum de Marmorek (20 centimètres cubes puis 10 centimètres cubes) pendant plusieurs jours et de suite on obtint une rémission de température assez marquée, mais beaucoup plus lente que dans le cas précédent. A un moment, il y eut une poussée inflammatoire du côté de la parotide gauche, et cette poussée céda aussi à de nouvelles injections de sérum.

M. Mongour considère qu'on doit n'être point absolu au sujet de la spécificité des sérums. Il a démontré que le sérum de Marmorek, en particulier, agissait également dans les infections à streptocoques, à staphylocoques ou à colibacilles. Le sé-

rum antidiphthéritique a fourni les mêmes résultats. Par le sérum de Marmorek, M. Mongour a obtenu la résolution de fausses membranes diphthéritiques. Par le sérum antidiphthéritique il a agi sur des pleurésies à streptocoques. Il y aurait donc à côté de l'action dite spécifique, une action bien plus puissante encore : c'est celle qui augmente les forces de réaction de l'organisme et qui, elle, est absolument indépendante de la spécificité d'un sérum.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 25 Novembre 1901.

Troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion basilaire.

M. Pauly présente un jeune homme atteint de mal de Pott sous-occipital, et porteur d'une minerve plâtrée, dont M. Gangolphe qui l'appliqua, se réserve de montrer plus tard l'heureuse influence dans l'évolution d'accidents qui auraient pu avoir des conséquences brusquement fatales.

Ce malade, porteur de sa minerve, était depuis quelque temps à l'hospice de Longchêne, lorsque, il y a 2 mois environ, il se plaignit de troubles de la mastication et de la déglutition. On constata alors une déviation très marquée de la langue à droite; il existait une paralysie de l'hypoglosse droit. Cette paralysie a rapidement rétrocédé, et aujourd'hui il n'existe plus qu'une légère déviation et une très faible atrophie de la moitié droite de la langue, avec quelques mouvements fibrillaires. En même temps les troubles de la déglutition s'atténuaient considérablement.

Il y a 15 jours, on constata une légère parésie faciale droite; recherchant alors s'il existait des troubles du goût dans la moitié correspondante de la langue, on vit qu'en effet ces troubles existaient manifestement. A plusieurs reprises et à plusieurs jours d'intervalle, on a constaté que du sucre déposé sur le côté droit de la langue était toujours pris pour du sel, alors que du côté gauche le malade accusait immédiatement la sensation, soit du sucre, soit du sel. La quinine elle-même n'éveillait pas à droite la sensation amère, très rapidement appréciée à gauche.

En somme, on peut affirmer l'existence de troubles très nets dans la moitié droite de la langue et dans sa partie antérieure. C'est donc bien dans le domaine de la corde du tympan droit que ces troubles gustatifs existent.

Donc, paralysie de l'hypoglosse, puis du facial du côté droit avec troubles du goût du même côté, telle est la série des symptômes observés chez ce malade. En outre il s'est plaint de temps à autre de faiblesse de la main gauche.

Comment faut-il interpréter ce fait? Au début, le malade dit avoir entendu un craquement dans la nuque peu avant l'apparition des troubles de la déglutition; il est donc permis de penser à une lésion osseuse qui, sans la minerve, eût produit un effondrement et peut-être un dénouement brusque. Mais il est certain que l'évolution lente et progressive des accidents indique un processus pachyméningitique, auquel est due la compression de l'hypoglosse et du facial près de leur origine apparente à la face antérieure du bulbe.

C'est le premier fait clinique d'une lésion basilaire s'accompagnant de troubles du goût. En outre, la persistance de ces troubles gustatifs, alors que la parésie faciale a presque totalement disparu, montre bien qu'il s'agit de la compression d'une branche nerveuse indépendante du facial, c'est-à-dire du nerf intermédiaire. On comprend de même que dans les compressions n'intéressant que le facial sans toucher à l'intermédiaire, il n'y ait pas de troubles gustatifs, et c'est là ce qui explique pourquoi ces troubles gustatifs n'accompagnent pas habituellement la paralysie faciale d'origine basilaire.

En somme, il faut retenir de ce fait qu'il peut exister des troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion de la base. Il n'est pas non plus inutile d'attirer l'attention sur la rareté de la paralysie de l'hypoglosse dans le mal de Pott sous-occipital. Pierre Marie en a rapporté des exemples en 1896.

M. Mouisset a observé un cas de paralysie de l'hypoglosse. La malade avait, à la suite d'un mal sous-occipital guéri, une hémiatrophie de la langue.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 26 Novembre 1901.

Nécrose graisseuse du péritoine par déchirure du pancréas.

M. Simmonds a communiqué l'observation d'un homme de 51 ans qui ayant été renversé par une voiture dont les roues ont passé sur son corps, a succombé au bout de 4 jours après avoir présenté des symptômes de péritonite.

A l'autopsie on trouva des fractures multiples des côtes, une déchirure superficielle du foie et des capsules surrénales, et une déchirure complète du pancréas qui était divisé en deux parties. Il existait la nécrose graisseuse du péritoine.

C'est la seconde fois que M. Simmonds observe la nécrose graisseuse du péritoine par lésions du pancréas. Dans le premier cas, il s'agissait d'une lésion du pancréas par balle de revolver. Ces deux observations montrent donc, comme M. Simmonds l'a toujours soutenu, que la nécrose granuleuse du péritoine n'est pas une maladie autonome, mais est produite par une lésion de pancréas.

Traitement du cancer haut-situé du rectum.

M. Wiesingit estime que dans le cancer haut-situé du rectum, surtout dans les cas graves et compliqués, il est préférable de recourir aux opérations radicales et de pratiquer d'emblée l'anus contre nature sur le côté gauche du côlon descendant, d'après le procédé de Witzel, qui donne une garantie de continence. Sur 11 cas opérés de cette façon, M. Wiesingit n'a perdu que 2 malades : un de bronchopneumonie survenue 15 jours après l'opération, l'autre d'épuisement 6 semaines après l'intervention.

Comme opération préliminaire, en vue d'une intervention radicale ultérieure, l'anus contre nature a encore l'avantage de régulariser d'avance les fonctions de l'intestin et de permettre de réaliser une antisepsie sérieuse de l'intestin qu'on se propose d'extirper.

SOCIÉTÉ MEDICALE DE LEIPZIG

Séance du 22 Octobre 1901.

Infection généralisée à bacilles pyocyaniques.

M. Soltman a communiqué l'observation d'un garçon de 13 ans qui a succombé en quelques jours à une pneumonie au cours de laquelle il a présenté des symptômes cérébraux, des hémorrhagies cutanées, une tuméfaction du foie et de la rate.

A l'autopsie on trouva des foyers verdâtres dans le parenchime hépatisé du poumon, des plaques de la même couleur à sa surface de la muqueuse gastro-intestinale. L'examen histologique et bactériologique de ces foyers de nécrose a montré la présence des bacilles pyocyaniques. Les mêmes bacilles furent trouvés dans le sang et dans la rate. Les cobayes inoculés avec les cultures pyocyaniques ou avec des parcelles de ces tissus gangrenés, ont succombé après avoir présenté une suppuration aux points d'inoculation. Ce pus renfermait aussi des bacilles pyocyaniques.

Cette observation montre le pouvoir pathogène du bacille

pyocyanique chez les enfants, et, d'après d'autres observations, chez le vieillard.

Quant à la porte d'entrée de l'infection, on peut supposer que chez le petit malade, fils d'un cocher, elle a été d'origine respiratoire. Très probablement, c'est dans l'écurie de son père qu'il a aspiré des bacilles pyocyaniques dont la pénétration dans les poumons a provoqué chez lui une pneumonie septique.

Tétanos guéri par le sérum.

M. Hohlfeld. Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui 15 jours après une petite blessure à la cuisse droite, entra à l'hôpital au huitième jour d'un tétanos des mieux caractérisés. On fit une injection de 25 centimètres cubes de sérum antitoxique de Behring, dont 20 sous la peau du thorax et 5 dans le canal vertébral.

Le soir de cette injection les symptômes s'aggravèrent, puis présentèrent un état stationnaire pour commencer à décliner à partir du quatrième jour. Aujourd'hui le malade est complètement guéri.

M. Hohlfeld pense que les injections de morphine qui ont été faites à l'enfant n'ont pas contribué à la guérison, mais que celle-ci a été favorisée par l'emploi des diurétiques.

M. Trendelenburg ne croit pas à l'efficacité du sérum antitétanique. Les cas légers guérissent sans sérum, les cas graves se terminent par la mort malgré le sérum. Par contre, il estime que les symptômes sont améliorés, passagèrement du moins, quand on provoque chez les malades une sudation par les bains ou la lumière.

M. Bahrdt a traité, sans succès, un tétanique par les injections de sérum.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 18 Octobre 1901.

Sarcome du rein.

M. Depage a opéré un enfant de 8 ans 1/2 qui portait dans le flanc gauche une tumeur qui s'était développée en 2 mois sans phénomènes douloureux. Une ponction exploratrice n'ayant ramené que du sang, le diagnostic de sarcome fut posé. La tumeur fut enlevée par la voie transpéritonéale; il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes. La position de la tumeur à la partie inférieure du rein et son enveloppement par la tunique fibreuse de l'organe démontrent qu'il s'agit d'une tumeur du rein plutôt que d'un sarcome dérivant de la capsule surrénale.

On ne constate pas encore de récidive chez cet enfant, opéré depuis 2 mois. Un autre enfant que l'auteur a opéré il y a 4 ans pour une tumeur semblable est encore indemne de récidive. Lorsque la métastase se produit, elle se localise souvent derrière le globe oculaire.

M. Gratia a observé une tumeur du même genre qui avait envahi tout le petit bassin et contracté des adhérences avec la prostate.

Tumeur de l'abdomen.

M. Depage rapporte l'histoire d'un homme de 42 ans qui, il y a 4 ans, eut une hématurie en Egypte et depuis lors présente de temps à autre des troubles vésicaux. Il y a 8 mois, se développa dans le ventre une tumeur dont l'apparition fut accompagnée de vives douleurs; cette tumeur disparut peu de temps après. Pendant un voyage que le malade fit alors au Turkestan, les douleurs reparurent avec une extrême violence et il se développa une volumineuse tumeur abdominale. Les selles étaient rubanées, glaireuses. A son retour en Belgique, le malade souffrait tellement qu'il exigea une intervention. La tumeur, complètement immobile, semblait sortir du fond du bassin. A l'ouverture du ventre, on trouva un conglomérat dans lequel les anses intestinales étaient véritablement maçonnées; la tumeur fut détachée avec les intestins qu'elle contenait; une double suture intestinale rétablit la continuité du tube digestif : 3 mètres d'intestin avaient été réséqués. Le patient survécut 3 jours à l'opération.

Le tissu qui réunissait les intestins était constitué par du sarcome globo-cellulaire qui semblait naître de la tunique sous-muqueuse de l'intestin. Sur certaines coupes de celui-ci, on voyait des vaisseaux bourrés de cellules sarcomateuses. La séreuse intestinale était saine, ce qui tend encore à prouver que les productions sarcomateuses de la sous-muqueuse ont été primitives.

M. Vandervelde croit qu'il s'agit plutôt ici d'une tumeur primitive des ganglions lymphatiques qui aurait progressé de dehors en dedans et englobé les anses intestinales. C'est là un phénomène fréquent qu'on observe au cours des autopsies. Si, en certains points de l'intestin, la séreuse est saine alors que la sous-muqueuse est entreprise, c'est que la néoplasie a envahi l'intestin à un autre endroit, a progressé dans la couche sous-muqueuse sans avoir encore entrepris la séreuse à l'endroit que M. Depage a examiné.

Perforations appendiculaires.

M. Vince a eu l'occasion d'opérer récemment plusieurs cas d'appendicite perforée. Dans l'un de ces cas, le grand épiploon formait une véritable gangue à l'appendice, dont l'extrémité cæcale était amputée et qui portait trois perforations nettes superposées.

Ces sortes de perforations à l'emporte-pièce n'ont aucune tendance à la guérison et occasionnent parfois une péritonite foudroyante. Dans ce cas, il y avait un plegmon pelvien complètement distinct du siège de l'appendice, que M. Vince ouvrit par le rectum.

M. Nicolas François a observé, dans le service de M. Van Engelen, un cas offrant certains points de ressemblance avec le cas de M. Vince. L'appendice, qui mesurait 15 centimètres, était amputé et englobé dans le tissu cellulaire péri-appendiculaire enflammé.

M. Hannecart a opéré aussi dernièrement un cas d'appendicite perforée. Il trouva dans l'abcès péri-appendiculaire un calcul stercoral du volume d'un noyau de cerise. Il s'agissait d'une rechute d'appendicite. La succession des symptômes semble faire supposer que cette concrétion s'échappant par la perforation de l'appendice lors d'une attaque antérieure, tomba dans le Douglas et provoqua la formation d'une poche suppurée isolée.

M. Depage fait remarquer que dans les cas d'appendicite perforée, la péritonite foudroyante éclate le plus souvent lors du premier accès. Si le patient échappe à ce premier accès, des adhérences protègent la cavité péritonéale contre l'infection, et les abcès subséquents deviennent moins graves et laissent le temps de juger de l'opportunité d'une intervention.

M. Vince attire l'attention sur ce fait que, dans son cas, l'adhérence était due à l'épiploon lui-même, ce qui rendait la situation d'autant plus grave que l'épiploon offre une barrière fragile à l'infection. Si les adhérences avaient été formées par des anses intestinales, la situation eût été beaucoup moins périlleuse.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 4 Octobre 1901.

Abcès cérébral d'origine otique.

M. Buys montre un garçon qu'il trouva atteint, lors du premier examen, d'une mastoïdite gauche compliquant une otite chronique ancienne. Le caractère s'était modifié depuis 1 mois; au moment de l'examen, il y avait de la somnolence alternant avec des accès d'excitation et même de délire; l'ophthalmoscopie montrait une stase papillaire double, plus marquée au début à droite, et plus tard à gauche au moment de la première intervention. Celle-ci fit découvrir un abcès périsinusien,

avec écoulement du pus lié. Quatre jours après, la nature des symptômes observés fit porter le diagnostic d'abcès cérébelleux et décida la trépanation du cervelet, au cours de laquelle 6 ponctions furent faites sans résultat. Au bout de quelques jours, l'enfant tomba dans un demi-coma et présenta de la parésie du facial inférieur droit. M. Buys trépana alors au-dessus de l'antre : après incision de la dure-mère, le cerveau fit aussitôt hernie, se souleva de plus en plus à chaque pulsation cérébrale, et finit par crever, donnant issue à un jet saccadé de pus séreux, verdâtre et fétide. Pansement ordinaire après lavage à l'eau oxygénée.

Les suites furent bonnes, sans pyrexie, l'enfant n'ayant d'ailleurs jamais eu plus de 37°,5 ou 37°,8; mais on nota depuis lors une paralysie de la 3e paire gauche, qui disparut ultérieurement. A remarquer que la sécrétion purulente gangreneuse s'arrêta pendant plusieurs jours à partir du 3e, pour reparaître avec des caractères différents, ceux de pus à leucocytes, et sans microbes transformation due sans doute à l'action de l'eau oxygénée. L'enfant ne fut cependant complètement guéri qu'après avoir présenté durant 2 mois, des phénomènes d'excitation, un besoin incessant de déplacement, qui nécessitèrent son internement. M. Buys a pu observer au cours du traitement opératoire que la compression du cerveau ralentissait considérablement le pouls, jusqu'à l'arrêter même complètement.

L'opération de Bottini.

M. Le Clerc-Dandoy a pratiqué l'opération de Bottini dans 7 cas, sans mortalité; les résultats, il est vrai, n'ont pas toujours été positifs, mais il a eu des succès réels, qui lui font considérer le Bottini comme une bonne opération, applicable à tous les cas et exempte de dangers, si l'on se met dans des conditions opératoires rationnelles.

Il y aurait tout avantage à pratiquer le Bottini à ciel ouvert, par la voie sus-pubienne; ce serait alors une opération excellente que M. Le Clerc-Dandoy a eu l'occasion d'exécuter avec plein succès dans le dernier cas qu'il a traité. Il s'agissait d'un prostatique, auquel il enleva par la taille sus-pubienne un gros calcul renfermant un fragment de sonde de Nélaton, révélé par la radiographie, et auquel il pratiqua dans le même temps l'opération de Bottini. Le malade se remit complètement et jouit actuellement d'une santé parfaite.

M. Dufour regarde la prostatectomie périnéale comme une opération difficile et dangereuse, et le Bottini comme un procédé excellent dont il met cependant l'efficacité en doute, dans les cas où la vessie a perdu sa contractilité.

M. Le Clerc-Dandoy démontre que cette contractilité revient avec une rapidité remarquable, et même si elle ne revient pas, l'opération agit toujours par les gouttières qu'elle creuse, et qui canalisent pour ainsi dire, l'urine en s'opposant à sa rétention le Bottini ayant moins pour effet un travail de rétraction qui ne se produit que difficilement.

M. d'Haenens est du même avis; aussi insiste-t-il sur la nécessité de faire l'incision prostatique médiane. Il partage absolument l'avis favorable émis sur le procédé de Bottini par son confrère M. Le Clerc-Dandoy; il va même plus loin, car pour lui, ce procédé doit avoir le pas sur toute autre opération. Dans les cas publiés et défavorables au Bottini, il y avait souvent de la cystite chronique; mais dans de bonnes conditions, il n'y a pas de complications à redouter; il a opéré ainsi 4 cas sans pyrexie, grâce aux soins voulus et à un drainage parfait. M. d'Haenens s'étend ensuite sur quelques détails de technique opératoire (ampérage, résistance de la lame-cautère, etc.).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 Octobre 1901.

La maladie du sommeil.

M. Kuborn fait un rapport sur un travail de **M. A. Broden** (de Léopoldville), relatif à la maladie du sommeil.

La léthargie d'Afrique ou maladie du sommeil affecte surtout les nègres des deux sexes; en ce qui concerne sa distribution géographique, on en a observé des cas sporadiques en divers points du Congo belge.

La durée de cette affection, qui serait presque toujours mortelle, varierait de quelques semaines à 1 an 1/2. Elle ne paraît pas contagieuse d'homme à homme, les léthargiques disséminés ne créant pas de nouveaux foyers.

Si l'on en juge d'après les résultats des autopsies, le *substratum* anatomique de la maladie serait une myélite chronique diffuse; on constate, en effet, que le liquide céphalo-rachidien est abondant, l'arachnoïde adhérente au tissu cérébral, le cerveau congestionné; la substance grise cérébrale a beaucoup diminué d'épaisseur; elle a même complètement disparu en certains points; il existe, dans la substance grise, des noyaux centraux, de véritables infarctus inflammatoires adhérents à la pie-mère. La moelle épinière présente des foyers de ramollissement et une destruction de la substance grise. Les ganglions lymphatiques corticaux paraissent normaux, quoique, pendant la maladie, ils augmentent de volume d'une manière variable.

L'examen bactériologique du sang et du liquide céphalo-rachidien a permis à M. Broden d'isoler un bacille droit assez long, qui a été vu en état de sporulation. Cultivé et inoculé à divers animaux (chien, singe), ce micro-organisme serait virulent et déterminerait les symptômes et les lésions de la maladie du sommeil. M. Broden a pu trouver le même bacille vivant dans l'eau.

VARIÉTÉS

Université de Paris. — Faculté de médecine.

THÈSES

I. — DÉCLARATION DE SOUTENANCE.

Le candidat à la thèse de doctorat en médecine est tenu de produire, en consignant pour le 4e examen, un certificat du professeur qu'il a choisi pour présider sa thèse.

Ce certificat indique :

1° Le professeur qui accepte la présidence de la thèse;

2° Le sujet de la thèse.

(*Décision du Conseil de l'Université du 24 juin 1901*).

MM. les étudiants ayant subi avec succès la 2e partie du 3e examen peuvent retirer, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures, la formule de certificat d'acceptation à établir par le président de la thèse.

II. — MISE EN SÉRIE.

MM. les élèves qui désirent être mis en série pour soutenir la thèse sont priés d'accomplir, au préalable, les formalités suivantes :

A. Consigner le lundi ou le mardi (de midi à 3 heures);

B. Déposer au secrétariat de la Facnlté, le mardi au plus tard avant 5 heures :

1° Le manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du professeur qui a accepté la présidence de la thèse;

2° L'engagement de l'imprimeur;

3° La quittance de la consignation.

La mise en série a lieu 3 semaines après le dépôt du manuscrit.

III. — DÉPÔT DES EXEMPLAIRES IMPRIMÉS.

Cinq jours francs avant la date de la soutenance, MM. les candidats doivent déposer à la Faculté cent quatre-vingt-cinq (185) exemplaires de la thèse. Ce dépôt a lieu tous les jours, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi.

Les fautes typographiques entraînent le refus de la thèse.

Il est interdit de consigner pour la thèse avant d'avoir subi avec succès la dernière épreuve du 5e examen probatoire.

Ce règlement sera mis en vigueur *à partir du 1er avril 1902*.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Le pour et le contre du sanatorium,

Par Fernand Bernheim,
Ancien interne des hôpitaux.

Si l'utilité du sanatorium dans la cure de la tuberculose pulmonaire est admise en principe, beaucoup de médecins se demandent si, dans la pratique, on ne peut pas s'en abstenir. A quoi bon, disent les sceptiques, cloîtrer pendant des mois des malades dans des établissements spéciaux qu'on décore du nom magique de sanatorium, et où s'agglomèrent et des individus en état de réceptivité et des bacilles plus ou moins virulents? La tuberculose était curable avant l'existence des sanatoria; elle le sera bien encore en dehors de ceux-ci! — Sans doute, répondent les partisans du sanatorium, mais de ce que quelques pneumonies guérissent spontanément, sans aucune intervention thérapeutique, vous n'en conclurez pas qu'il faille toujours traiter la pneumonie par l'expectation. Le sanatorium est indispensable au malade pour apprendre ce qu'il doit faire, comment il doit le faire, et ce qu'il doit ne pas faire; en outre, en sortant le malade de son milieu, on évite les contagions. D'autres acceptent bien le principe, la méthode du sanatorium, mais pensent qu'on peut tout aussi bien se soigner à domicile, ou du moins dans un home-sanatorium, où les dangers sanitaires et sociaux des grands sanatoria peuvent être éliminés, tout en permettant l'application stricte et régulière des principes d'hygiène en vigueur dans ces maisons de santé.

Enfin d'autres praticiens moins convaincus ne regardent le sanatorium que comme une cure actuellement en vogue : « Envoyons nos malades au sanatorium, disent-ils, pendant qu'on y guérit encore! »

Telle est à peu près la division des opinions médicales — les seules dont nous nous occupions — régnant actuellement sur la question si importante du sanatorium. C'est un véritable problème thérapeutique de la pratique quotidienne, sur la solution duquel l'accord est loin d'être parfait.

Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans utilité de peser dans la balance des faits et du raisonnement, le pour et le contre du sanatorium.

Jetons un coup d'œil tout d'abord sur ce que l'expérimentation nous a appris relativement à la contagion de la tuberculose, car nous aurons bientôt à examiner si les dangers de contagion sont bien réellement écartés dans un sanatorium. Nous emprunterons à l'ouvrage si richement documenté de Straus (1), quelques données concernant ce sujet.

Villemin, en 1869, s'assura que des crachats de phtisiques rapidement desséchés, comme cela se passe quand ils sont projetés sur le sol, ne subissent pas la putréfaction et conservent assez longtemps leur virulence. Des crachats ainsi desséchés et pulvérisés dans un mortier furent insufflés dans la trachée de lapins, par une petite ouverture faite à ce canal; les lapins devinrent tuberculeux. Ces crachats desséchés conservaient leur virulence pendant plusieurs jours. Tappeiner, Bertheau, Weichselbaum, confirmèrent par leurs expériences le résultat énoncé pour la première fois par Villemin.

Koch, après sa célèbre découverte du bacille de la tuberculose (1882), fit des expériences d'inhalations avec des cultures pures de ce bacille, et lui aussi n'hésite pas à déclarer l'inhalation comme étant le mode d'infection par excellence de l'homme : « Quand les bacilles de la tuberculose, dit-il, sont inhalés sous la forme pulvérulente, ils peuvent, comme cela s'observe pour d'autres poussières inhalées, s'arrêter dans les parties supérieures des voies respiratoires ou pénétrer dans les alvéoles pulmonaires. La profondeur à laquelle ils s'engagent dans les voies respiratoires dépend du mode de respiration... Quand les bacilles de la tuberculose ont réussi à gagner les bronches et les alvéoles, il faut encore un certain nombre de conditions pour qu'ils arrivent à y prendre pied et à s'y fixer. La croissance si lente de ces bacilles est un élément important dans la question. »

Celli et Guarnieri, Thaon, Cadéac et Malet, montrèrent l'influence favorable de la voie humide pour la pulvérisation des crachats tuberculeux.

Preyss fit voir qu'il suffit, pour provoquer la tuberculose par inhalation chez le cobaye d'un millième de milligramme de crachats tuberculeux contenant environ 40 bacilles de la tuberculose. L'inhalation de doses trois ou quatre fois plus fortes produit la tuberculose immanquablement.

Cornet appela l'attention sur ce fait que les locaux occupés par des malades qui expectoraient non pas seulement dans des crachoirs, mais sur le sol, sur leur mouchoir, leurs draps de lit, etc., étaient contaminés, et que les poussières, provenant de ces locaux, inoculées aux animaux, les rendaient tuberculeux.

Straus a réussi à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux à l'intérieur de la cavité nasale d'individus sains fréquentant des locaux habités par des phtisiques. Sur 29 individus sains, ou du moins absolument indemnes de tout soupçon de tuberculose, mais séjournant plus ou moins longtemps dans les salles d'hôpital, 9 hébergeaient le bacille de la tuberculose, pleinement virulent, dans les cavités nasales.

1. Straus, *La Tuberculose*, 1895.

Le fait de se moucher, l'éternuement, les mouvements des cils vibratiles de l'épithélium de la muqueuse sont autant d'actes tutélaires qui s'opposent à la pénétration plus avant des microbes. L'action bactéricide du mucus nasal (Wurtz et Lermoyez) est encore un facteur qui intervient dans cet ensemble de moyens de défense.

Par conséquent fréquence de la tuberculose par inhalation des crachats desséchés et des poussières qui recèlent les bacilles expectorés par les malades; possibilité de la pénétration dans les fosses nasales de bacilles virulents même chez les individus sains, sont des faits définitivement acquis.

Ce n'est pas tout. Villemin, qui avait le premier montré le rôle de l'inhalation des crachats desséchés comme cause de contagion, fut aussi le premier à admettre que l'air expiré des tuberculeux ne paraissait pas transmettre la maladie. Di Mattei et Surmont montrèrent qu'il en était de même de la sueur des phtisiques. D'après Straus et Dubreuilh, l'air expiré est complètement privé de germes : « L'air quitte les poumons optiquement pur comme l'a montré Tyndall, et aussi bactériologiquement pur. Il en faut conclure que les hommes ou les animaux réunis dans un espace confiné, loin de souiller l'air par leur respiration, tendent au contraire à le purifier, en ce qui concerne les microbes. Ce n'est pas par l'air qu'ils expirent par leur haleine que les hommes agglomérés chargent l'air ambiant de microbes; c'est par leurs vêtements, par les poussières que leurs mouvements soulèvent, par leur expectoration desséchée sur le plancher et disséminée plus tard sous forme pulvérulente que s'effectue la souillure de l'air par les microbes. »

Celli et Guarnieri, Fr. Muller, Sormani et Brugnatelli, Charrin et Karth, arrivèrent aux mêmes conclusions que Straus et Dubreuilh. Grancher déclara que les animaux auxquels il a fait inhaler l'air expiré par les phtisiques n'ont jamais présenté aucune lésion tuberculeuse.

Netter (*Revue d'hygiène*, 20 octobre 1901) résume les derniers travaux des médecins allemands Flügge, Heymann et Steinitr sur ce sujet. D'après Flügge, c'est surtout le malade qui est la cause directe de l'infection. Le tuberculeux, en toussant, en éternuant, et même en parlant, projette autour de lui des gouttelettes salivaires, infiniment légères, capables d'être véhiculées par des courants atmosphériques des plus insignifiants. Ces gouttelettes, qui tiennent en suspension des bacillee tuberculeux virulents, créent autour du malade une zone d'air contaminé des plus dangereuses pour celui qui s'y aventure. La dissémination ne se ferait habituellement qu'à une distance inférieure à un mètre. Heymann et Steinitz émettent des opinions à peu près analogues. Ces conclusions des auteurs allemands ne sont pas admises par la plupart des hygiénistes avec autant de certitude, et en tous cas elles n'enlèvent rien aux faits aujourd'hui définitivement acquis de la fréquence de la contagion par les crachats.

A côté de la contagion de la tuberculose, l'hérédité de cette affection doit tenir une place importante dans les préoccupations du médecin.

Mais ici les documents sont moins probants et le procès est encore litigieux, malgré les travaux accomplis dans ces derniers temps.

Peter formulait son opinion de la façon suivante : « On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable. C'est à peine si l'on peut citer quelques cas de fœtus ayant des tubercules, et l'enfant qui vient au monde n'en a ordinairement pas. Celui qui sera tuberculeux naît avec une faiblesse de constitution qui le prédispose au développement des tubercules. »

Si l'on considère, dit Straus, ce fait incontestable qu'un grand nombre d'individus sont sûrement soumis à des causes repétées d'infection tuberculeuse, sans être jamais atteints de la maladie; si l'on envisage cet autre fait, tout aussi commun, que la tuberculose évolue d'une façon toute différente selon les sujets, affectant chez les uns une marche rapidement envahissante et mortelle, se localisant pour ainsi dire indéfiniment chez les autres pour aboutir souvent à la guérison; si l'on tient compte de ces données d'observation quotidienne, il est impossible de ne pas admettre qu'il existe, selon les individus, des prédispositions variables, pour la tuberculose comme pour la plupart des autres maladies infectieuses.

D'autre part Baumgarten avait essayé de faire rentrer l'hérédité tuberculeuse dans le cadre des infections congénitales, le bacille infecterait l'ovule directement avant la conception, ou au moment de la fécondation, par le sperme du père; ou bien encore, et le plus souvent, il serait transmis de la mère au fœtus, par l'intermédiaire du sang maternel, à travers le placenta.

C'est la théorie de l'hérédité du germe lui-même, de l'hérédo-contagion. Mais la conception de Baumgarten n'a pas compté de nombreux partisans, et Cohnheim déclarait que le nombre des cas de tuberculose congénitale à l'abri de tout conteste est extrêmement restreint et peut se compter sur les doigts.

D'ailleurs la résistance particulière des éléments embryonnaires à l'action du bacille tuberculeux, comme le fait remarquer Firket, n'est nullement démontrée. Sanchez Toledo et Straus n'ont jamais observé chez les très jeunes cobayes une résistance plus grande à l'infection que chez les adultes. D'ailleurs la tuberculose des tout jeunes enfants peut fort bien être acquise; car de 6 mois à 2 ans les enfants ont eu largement le temps de s'infecter après leur naissance.

Les expériences, faites de divers côtés, pour établir expérimentalement la présence du bacille tuberculeux dans les organes, sains en apparence, des fœtus nés de mères tuberculeuses, ont généralement échoué, sauf celles de Landouzy et Martin.

Kuss (1), dans sa thèse, a longuement discuté cette question, et après un examen très consciencieux des faits publiés et des données expérimentales personnelles et autres, pose les conclusions suivantes, qui méritent d'être retenues. « Nous pensons que l'immense majorité des tuberculoses infantiles sont des tuberculoses acquises, que la contagion joue le rôle essentiel dans la propagation de la maladie dans le jeune âge, l'influence directe de l'hérédité étant secondaire. Or, la protection contre l'invasion bacillaire est réalisable, quoi qu'on en ait dit; elle s'impose comme un devoir, il faut mettre les fils de tuberculeux, dès leur naissance, dans un milieu exempt de tout bacille; on arrive ainsi à les préserver de la maladie d'une manière à peu près certaine. On ne peut espérer que l'apport bacillaire ne survienne pas dans la suite; mais à partir d'un certain âge, la contagion n'a plus la même gravité, d'abord parce que l'influence d'une hygiène bien comprise aura pu triompher des conditions de moindre résistance que le rejeton du phtisique apporte en venant au monde, ensuite et surtout, parce que la contagion tardive peut se borner à créer une tuberculose latente, peu redoutable, tandis que la contagion précoce

1. Kuss, Hérédité parasitaire de la tuberculose humaine (*Thèse*, Paris, 1898).

détermine presque toujours la formation d'une tuberculose larvée, grave dans le présent, redoutable pour l'avenir. »

Le tuberculeux est donc contagieux, non par l'air qu'il expire, mais par les crachats qu'il expectore et les particules salivaires qu'il projette autour de lui en crachant, parlant ou éternuant. Il semblerait qu'il suffise de prévenir le malade des dangers qu'il fait courir à son entourage et de lui demander d'expectorer constamment dans un crachoir dont il ne se déposséderait pas. Si certains malades accepteraient volontiers ces conditions, d'autres plus récalcitrants refuseraient catégoriquement de s'y soumettre, prétendant que le crachoir qu'ils devraient sortir de leur poche deviendrait un emblème révélateur de tuberculose qui les dénoncerait à la société. En outre la coquetterie des malades femmes ne se résignerait pas facilement à cette humiliation. Il faut aussi tenir compte de ce fait que, malgré la meilleure bonne volonté et en dépit de la surveillance la mieux intentionnée, des particules salivaires, des « postillons » suivant l'expression vulgaire, s'échappent cependant de la cavité buccale des malades au cours d'une conversation ou d'un effort d'expultion.

Mais, dira-t-on, obligez tous les individus, tuberculeux ou non, à ne cracher que dans un crachoir personnel, et de cette façon toute crainte du tuberculeux d'être trahi et dénoncé par son crachoir disparaîtra. Ce serait là une mesure draconienne que les mœurs françaises n'adopteraient pas aisément et qui, par conséquent, aurait chance de ne pas remplir le but cherché. Pourquoi, dans ce cas, ne pas recommander tout simplement aux malades d'expectorer dans le crachoir mis à leur disposition par « dame nature » : l'estomac? Nombre de tuberculeux se récrieraient, se révolteraient contre le dégoût soulevé par ce procédé, sans compter ceux qui soulèveraient l'hypothèse d'une tuberculose intestinale consécutive possible. Cracher dans son mouchoir n'est pas une meilleure solution, car les crachats s'y dessèchent et chaque fois que le mouchoir sort de la poche, il dissémine dans l'air ambiant quantité de bacilles, outre ceux qu'il laisse dans la poche et qui contamineront les autres objets qui peuvent y être placés.

Donc le tuberculeux reste chez lui, quoiqu'on fasse, un contagieux pour son entourage, et dans cet entourage se trouve plus particulièrement exposé, nous l'avons vu, son enfant. Le contact fréquent, les baisers répétés, etc., exposent ce dernier à recevoir des bacilles plus ou moins virulents et à exalter la prédisposition dont il peut être atteint. Dans combien de cas obtiendra-t-on la séparation du père ou de la mère et de l'enfant? Et quelle séparation relative, intermittente! Il faut parfois même reconnaître que cette séparation est impossible, soit à cause du manque de famille, soit à cause de la profession ou de la situation de fortune.

S'il s'agit d'une tuberculose fermée, si plusieurs analyses microscopiques et inoculations au cobaye ont démontré que le malade est bactériologiquement inoffensif, cette séparation n'est plus indispensable.

Puisqu'il est de toute nécessité, pour éviter la contagion et le séparer des siens, d'isoler le tuberculeux, autant l'envoyer à une école d'hygiène, car la tuberculose veut un traitement avant tout hygiénique. Or l'hygiène ne se devine pas; le tuberculeux doit l'apprendre et en voir l'application; autrement il ne fera rien de bon et quelquefois nuira à sa santé. Le sanatorium est bien, comme l'a si justement affirmé Landouzy, une école. C'est une école où l'on reçoit des leçons de choses, et où les modèles, l'entraînement, la stimulation et l'encouragement ne manquent pas au tuberculeux qui veut se bien traiter.

Lors du départ pour un sanatorium, le tuberculeux devrait se mettre en route seul, ou accompagné par un garde-malade, si son état ne lui permet pas de voyager seul. Certains conjoints, quoique prévenus des dangers de la contagion, ne veulent pas se séparer, et non seulement ils vont ensemble au sanatorium, mais encore ils y restent tous deux, bien que l'un d'eux soit seul atteint. Il est parfois très difficile pour le médecin d'empêcher une femme d'accompagner son mari, surtout s'il s'agit d'un jeune ménage. Dans ce cas, le médecin doit mettre les deux époux au courant des dangers actuels et futurs, et insister énergiquement pour obtenir l'isolement le plus absolu du tuberculeux.

Une fois au sanatorium, le malade se pliera aux habitudes prises par les autres; il crachera volontiers dans un crachoir, puisque tout le monde lui donne l'exemple; il se soumettra volontiers au repos prolongé sur la chaise longue, à l'aération continue dans les galeries le jour et, dans sa chambre, la fenêtre ouverte, la nuit; il apprendra aussi à ne tousser que pour expectorer et non « à vide »; il excitera son appétit et s'alimentera aussi bien que possible; mais il ne pourra chercher à faire une longue suralimentation, car l'estomac, comme le cerveau ou tout autre organe, ne s'adapte qu'à une suractivité fonctionnelle passagère, mais non prolongée; enfin il développera sa capacité thoracique en tous sens sous l'influence d'une gymnastique respiratoire qu'on aura à lui apprendre sans la moindre fatigue. Aidé de la surveillance constante et des conseils d'un médecin expérimenté, il ne tardera pas à récolter les bienfaits d'une discipline thérapeutique rigoureuse, pour le plus grand bien de l'évolution de sa tuberculose. Pendant ce temps, son enfant sera élevé à la campagne, loin de toute cause de contamination bacillaire; le rapprochement du tuberculeux et de son enfant ne sera autorisé que lorsque la crainte de transmission des germes pathogènes sera écartée.

Les choses se passent-elles toujours aussi heureusement que nous venons de le supposer? Certes, les plaidoyers en faveur des sanatoriums n'ont pas manqué et, à les croire, tout y serait pour le mieux. Il faut pourtant regarder d'un peu près et voir la réalité.

Leriche (1) dans un article très clairement exposé, répond aux accusations lancées contre les sanatoriums. Pour lui, au sanatorium, le tuberculeux trouve réunis le confort, l'hygiène, une direction médicale éclairée et un entraînement des plus favorables. Il s'y soigne à meilleur marché et avec moins de dérangement pour sa famille que partout ailleurs; il y est reçu quand son cas n'est pas désespéré et qu'il y a quelques chances d'amélioration ou de guérison; riche, il y trouve le repos absolu et n'a aucune tentation contraire à son régime de vie; pauvre, il y a le confort; il voit que la discipline est exclusivement basée sur l'application méthodique de l'hygiène et n'a rien de vexatoire ni d'humiliant; il apprend à s'y soigner et à prendre toutes les mesures que nécessite son état, et à ne pas être une cause de danger pour les autres; enfin, ajoute Leriche, il peut mettre son état sanitaire d'accord avec son patriotisme et celui de son médecin en choisissant un sanatorium français.

Si cet auteur a raison en principe, il est cependant quelques points sur lesquels le sanatorium est loin d'être

1. Leriche, Les sanatoriums pour tuberculeux et l'opinion médicale en France (*Gaz. des eaux*, 1901; *Journal des praticiens*, 9 et 16 mars 1901.

à l'abri de toutes critiques, et nous voulons justement appeler l'attention sur quelques desiderata qui nous paraissent pouvoir être comblés au grand bénéfice des malades.

Tout d'abord que dire de ces sanatoriums, où s'abritent 200 malades et quelquefois davantage? N'est-ce pas déjà là une mauvaise condition que cet encombrement, cette agglomération de bacillaires dans un espace plus ou moins limité? Le sanatorium ne doit pas être un grand hôtel de malades, où les lieux de réunion (galeries, table d'hôte, salons, jardin d'hiver, etc.), ne sont que prétextes à un échange mutuel de bacilles de virulence variable. Outre les inconvénients de l'accumulation des germes, la surveillance médicale y devient moins facile, et partant moins efficace. Si en effet la population bacillaire était moins dense, chaque malade aurait plus de confort, l'hygiène serait plus aisément praticable, et le médecin aurait mieux en mains ses malades; il pourrait les étudier d'une façon plus approfondie et s'assurer que chacun d'eux exécute ponctuellement les prescriptions qui lui ont été faites.

Pour chaque malade en particulier, le traitement devra nécessairement varier avec le degré des lésions, avec l'abondance de l'expectoration et le résultat de l'analyse bactériologique des crachats. Si en principe les bacillaires ne sont pas dangereux les uns pour les autres, puisqu'ils crachent chacun dans un crachoir personnel, et que l'air expiré, comme nous l'avons rappelé, ne contient pas de germes microbiens, il n'en résulte pas moins cependant qu'au cours de certains actes (expectoration, causerie, éternuement, etc.) quelques malades peuvent projeter dans l'air des bacilles virulents, et si un grand nombre de malades sont rassemblés, cet air peut se charger de bacilles. L'introduction de nouveaux bacilles chez un malade peut accroître la virulence de ceux qui existaient antérieurement et avoir un résultat fâcheux pour l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Dans ces vastes réfectoires appelés table d'hôte, où se pressent de nombreux bacillaires, dans ces galeries dites d'aération, où les chaises-longues sont parfois contiguës ou distantes d'un intervalle insignifiant, la dissémination des germes peut s'effectuer sans grande difficulté. Nous savons en outre que les bacilles, mêmes virulents, peuvent séjourner longtemps dans les cavités nasales des gens sains vivant avec des tuberculeux. Ces mêmes bacilles se rencontrent aussi dans les fosses nasales des malades qui séjournent dans le même sanatorium. Or en se mouchant, en éternuant, ces malades laissent échapper des germes plus ou moins pathogènes; en parlant, ils projettent des particules salivaires, véhicules des mêmes germes. Aussi le rapprochement et le contact permanents de nombreux tuberculeux, dans les divers lieux de réunion d'un sanatorium, ne sont-ils pas exempts de dangers. Dans les galeries d'aération, on voit parfois plusieurs malades causer longuement, chanter, jouer ensemble, leurs chaises-longues étant non seulement au contact, mais parfois plusieurs malades étant assis sur la même chaise longue. Sans doute ce sont là des désobéissances au règlement généralement en vigueur dans un sanatorium, mais quand il y a trop de malades, le médecin ne saurait suffire à tout et à tous.

Il faudrait donc pratiquer pour certains malades, les plus contagieux, un isolement, dans toute la rigueur du terme. Les malades, ayant des bacilles ou très virulents ou très nombreux, devraient être placés dans une galerie d'aération spéciale, divisée en boxes analogues à ceux qui existent dans les hôpitaux d'enfants pour les maladies contagieuses. Ces boxes seraient ouvertes du côté du midi, et séparées les unes des autres par une cloison vitrée n'atteignant pas le plafond, mais dépassant un peu en longueur la chaise longue du malade; l'espace réservé entre deux cloisons serait suffisant pour que le malade ne se sente nullement encaissé; la lumière et l'air doivent y pénétrer largement. La possibilité de se voir et de causer à travers la cloison vitrée rendrait cet isolement plus supportable pour chaque malade. La durée du séjour dans cette galerie d'isolement serait subordonnée à l'analyse des crachats. Dès que les bacilles auraient diminué suffisamment comme quantité et que leur virulence serait devenue insignifiante, le malade quitterait la galerie d'isolement pour une galerie commune, où les cloisons vitrées n'existeraient pas, et où son contact avec d'autres malades, aussi améliorés que lui, aurait moins d'impatience. La désinfection quotidienne ou au moins très fréquemment renouvelée de ces boxes serait facilement réalisable et exigée. La tendance toute naturelle du malade à sortir de cette galerie d'isolement le stimulerait puissamment dans la mise en activité d'une hygiène très rigoureuse; le médecin aurait ainsi plus de prise sur lui et l'affection y gagnerait vraisemblablement une durée moindre.

L'alimentation des malades, envoyés à la galerie d'isolement, se ferait, non plus à une grande table d'hôte, mais par petites tables séparées. En outre, des pulvérisations antiseptiques nasales, buccales et pharyngiennes précéderaient les repas. De cette façon les chances de contamination réitérée réciproque seraient notablement diminuées.

Lorsqu'après avoir fait plusieurs fois l'analyse des crachats, et même l'injection intrapéritonéale aux cobayes, le médecin le jugerait opportun, il autoriserait le malade à faire sa cure de repos dans les galeries ordinaires, et à prendre ses repas dans les salles à manger communes. Mais même dans ces galeries et dans ces salles à manger, il ne faut pas d'encombrement, et les malades doivent y être suffisamment éloignés les uns des autres.

La nourriture des malades devra être l'objet constant de la préoccupation du médecin, qui s'entourera des meilleurs maîtres d'hôtel, et assurera une variété suffisante des mets pour s'adapter aux diverses préférences de ses malades et pour rompre la monotonie d'une cuisine trop uniforme, capable d'entraîner le dégoût ou la satiété. On ne laissera pas les malades s'entraîner réciproquement pour tenir le record de la suralimentation; ce gavage forcé retentirait naturellement sur les fonctions gastro-intestinales, qu'il est de première nécessité de respecter chez tout tuberculeux, et des résultats éphémères seraient suivis de périodes plus ou moins longues d'asthénie gastrique et intestinale. Comme disait Molière : « Il faut manger pour vivre et non pas vivre pour manger ». L'alimentation sera donc régulière, soutenue au besoin par quelques stimulants. Chaque malade placera sa serviette dans une couverture spéciale, l'isolant des serviettes voisines. On pourra aussi demander à chaque malade d'avoir un verre et des couverts à ses initiales, tout au moins pour les plus contagieux.

La chambre occupée par chaque tuberculeux sera suffisamment large et haute, les fenêtres y seront doubles pour faciliter l'aération nocturne, le calorifère y permettra le chauffage pendant la mauvaise saison ; aucun meuble inutile ou décoratif n'encombrera la pièce. Nous ne voulons point d'ailleurs insister sur l'aménagement hygiénique de ces chambres; ce sont là détails trop connus de tous aujourd'hui.

Un point capital dans un sanatorium, c'est une bonne et constante désinfection.

Il importe en effet de désinfecter périodiquement chaque chambre de malades, et quotidiennement les galeries d'aération, où les tuberculeux passent la plus grande partie de leur temps. Les crachoirs individuels seront, bien entendu, désinfectés tous les jours. Aucun malade n'entrera dans une chambre sans que celle-ci n'ait été rigoureusement désinfectée depuis le départ du malade précédent.

En outre aucun malade ne sortira du sanatorium sans que ses effets n'aient été l'objet d'une désinfection soigneuse. Plus on évitera le séjour et la présence de germes pathogènes autour des malades, plus la sécurité de ceux-ci sera grande.

Un autre élément nous invite également à nous méfier de l'encombrement des malades dans un sanatorium, c'est la diffusion possible et rapide d'une maladie contagieuse, autre que la tuberculose, qu'on y voit sévir parfois épidémiquement. C'est ainsi qu'il n'est pas très rare de voir la grippe faire son entrée dans un sanatorium, et n'en sortir qu'après avoir atteint un grand nombre de malades, et parfois même après y avoir fait plusieurs victimes. Cette influence très dangereuse de la grippe sur l'évolution de la tuberculose est trop connue de tous les cliniciens pour qu'on n'y pare pas dans la mesure du possible, et pour qu'on ne pratique pas l'isolement des premiers cas de grippe qui feront leur apparition dans le sanatorium.

Nous serons plus brefs sur les dangers moraux et sociaux qu'entraînent parfois la promiscuité qui règne dans un grand sanatorium. Chaque année on y signale de véritables enlèvements. L'excitation génésique de certains tuberculeux s'y donne quelquefois trop facilement libre cours. Si le nombre des malades était moins grand, l'occasion ferait moins de larrons ; le médecin pourrait mettre un frein à certains flirts naissants et rappeler plus efficacement à ses malades qu'un sanatorium ne doit abriter que des malades destinés à se soigner et uniquement préoccupés de leur santé. Aussi la discipline du sanatorium devra-t-elle être ferme et sévère ; tout malade qui refusera de s'y soumettre ne pourra continuer à y être soigné, son mauvais exemple pouvant être aussi contagieux que sa maladie.

Le malade, mis au courant de son affection, pour qu'il comprenne la nécessité de se soigner très strictement, s'éclairera des avis du médecin ; celui-ci n'oubliera pas l'influence du moral sur le physique, et se tiendra toujours prêt à prodiguer à ses malades les encouragements et les bonnes paroles dont ils sont si avides. Une imprudence faite par ignorance ou par malentendu est parfois l'occasion d'une recrudescence du processus morbide ou d'une prolongation du séjour au sanatorium.

La thérapeutique suggestive trouvera chez les tuberculeux pulmonaires une de ses principales indications, et c'est en s'adressant à elle que le médecin du sanatorium fera réellement œuvre médicale ; l'influence du système nerveux sur les lésions organiques est peut-être trop oubliée par la majorité de nos confrères.

On ne manquera pas de nous objecter que toutes les conditions (petit nombre relatif de malades, isolement, désinfection fréquente et soigneuse, alimentation choisie) que nous demandons, sont incompatibles avec le budget dont disposent ces établissements. Nous répondrons que le sanatorium n'est pas un hôtel de rapport, ni pour le gérant ni pour le médecin. C'est une maison de confiance où les malades viennent, sur les conseils du médecin traitant ou consultant, chercher le confort et l'hygiène que nécessite leur état de santé. Quant à l'intérêt du gérant ou du médecin du sanatorium, il sera satisfait s'ils savent fonder un établissement où la réputation d'être dans les meilleures conditions d'hygiène sévère, d'alimentation et de confortable, leur attire une clientèle, pour laquelle la guérison a son prix.

En France, un sanatorium aura d'autant plus de chances de réussite que l'organisation y sera effectuée jusque dans ses moindres détails, que la nourriture y sera supérieure comme qualité à celle de la moyenne des hôtels français, et que la surveillance et la discipline médicales y seront moins relâchées.

Nous avons toujours peur d'être trop sévères pour nos malades, et le caractère français, croit-on, se plie mal à un règlement trop draconien ; nous avons soif d'indépendance et de liberté, et tout en étant surveillés par un médecin, nous voulons être un peu maîtres de nos faits et gestes. Il y a là, croyons-nous, une erreur en matière de sanatorium. Nos compatriotes, instruits sur l'état de la santé et la curabilité de leur affection, sur les dangers de la contagion et la nécessité d'un traitement rigoureux au moins pendant un temps donné, se prêteront merveilleusement, si l'on n'exagère pas inutilement, à la discipline ferme d'un sanatorium, tout comme ils se prêtent à celle qui existe dans d'autres établissements non médicaux. Si les résultats obtenus dans nos sanatoriums français ne sont pas toujours aussi brillants que nous le souhaiterions, c'est précisément parce que le médecin, qui a en général peu d'auxiliaires autour de lui, ne peut faire pénétrer assez avant dans l'esprit de chacun, la notion de subordination et de soumission absolue au traitement. On ne peut obtenir des malades qu'ils se soignent bien, que lorsqu'ils ont compris pourquoi ils se soignent et comment ils doivent se soigner.

Tout ce que nous avons dit s'applique aussi bien au sanatorium du pauvre qu'à celui du riche ; c'est affaire à ceux qui président à l'installation et à l'organisation du sanatorium de savoir répartir et la place et les fonds disponibles. Si l'accumulation de tuberculeux riches est dangereuse, celle de tuberculeux pauvres l'est encore davantage, étant donné le terrain en général plus mauvais chez ces derniers. Aussi les mêmes considérations générales conviennent-elles aux deux variétés de sanatoriums.

On s'est demandé s'il n'était pas préférable de faire individuellement la cure à domicile, et si la tuberculose ne guérirait pas tout aussi bien dans un home-sanatorium. Une fois que le malade a reçu de son médecin la direction et le programme de son traitement, pourquoi ne le ferait-il pas tout aussi bien chez lui qu'ailleurs ? C'est à cette manière de voir que se rendent certains praticiens et parmi eux Hérard de Bessé (*Journal des praticiens*, février 1901) : « Le sanatorium fermé, écrit ce dernier, placé dans un climat favorable est un bon traitement pour ceux n'ayant pas à redouter cette atmosphère de coquetterie qui règne souvent dans la plupart des sanatoriums. Il est la meilleure ressource de ceux pour qui la ville est trop coûteuse. Le home-sanatorium est le traitement de choix pour toute personne aisée, accompagnée et décidée à se soigner. Il s'impose particulièrement quand il s'agit de malades, de femmes surtout, pour qui le sanatorium est un danger moral. »

Le home-sanatorium, s'il permet au malade d'échapper à certains dangers du sanatorium, comme le fait remarquer Hérard de Bessé, n'est lui-même pas exempt de risques, et il faut se demander si en voulant fuir le sana-

torium pour le home-sanatorium, on ne tombe pas de Charybde en Scylla. Quelles difficultés pour un malade de s'imposer, sans stimulation constante, la monotonie aride d'une cure de repos et d'alimentation à domicile! Avec quelle rapidité ce malade se lassera de son traitement et y introduira certaines variantes plus ou moins risquées! Comment aurait-il la constance de se soumettre jusqu'à la fin à la sévérité des mesures hygiéniques et des précautions de la désinfection? Il sera en outre bien difficile d'empêcher les visites, et parfois une promenade ou une sortie, essayée inopportunément sera le motif d'une rechute ou d'une complication. Nous ne pouvons guère demander aux malades que ce qu'ils peuvent nous donner.

Il faut conclure. Le tuberculeux, devant apprendre à se soigner pour le faire efficacement, devant connaître ce qu'est l'hygiène avant de l'appliquer, devant éviter la contagion des siens, a besoin d'un enseignement pratique de la méthode curative à laquelle il lui faut s'adresser, en même temps qu'il doit être séparé de sa famille. Un sanatorium renfermant relativement peu de malades, soignés en commun ou isolés suivant le degré de leur infection bacillaire, dans un milieu atmosphérique convenable, où toutes les règles d'hygiène sont strictement observées, où la désinfection est rigoureusement et fréquemment appliquée, où l'alimentation est l'objet d'une attention particulière de la part de ceux qui dirigent l'établissement, et où un médecin consciencieux et expérimenté stimule, surveille et soigne sans relâche ses malades; ce sanatorium est, suivant nous, indiqué pour le traitement efficace du tuberculeux, dès que le diagnostic de sa maladie a été porté. Nous ne voulons pas dire par là que la tuberculose au début ne saurait guérir autrement — certaines tuberculoses pulmonaires guérissent malgré le mépris avec lequel on les traite; — mais nous pensons qu'il y a un réel avantage pour le malade d'aller au sanatorium. Quand le malade aura compris et retenu la leçon de choses qu'on lui a enseignée au sanatorium, comme la prolongation de son séjour dans celui-ci ne sera pas sans le préoccuper, il pourra, dès que le médecin, qui aura suivi l'évolution des signes physiques et généraux, et analysé l'expectoration, le lui permettra, appliquer à la campagne, dans une maison bien située, les préceptes reçus au sanatorium. On devra donc réduire au minimum nécessaire la durée du séjour au sanatorium, et éviter de la prolonger avec exagération, comme on le fait encore assez fréquemment. Si le malade, après sa sortie du sanatorium se relâche un peu de la sévérité de la discipline à laquelle il était astreint, les inconvénients en seront moindres à ce moment, puisqu'on ne l'aura laissé sortir que suffisamment amélioré, et partant moins dangereux pour la contagion des autres. En tous cas, la séparation du malade et de ses enfants, même à la campagne, devra être très rigoureusement prolongée, car nous avons vu que le danger de la tuberculose héréditaire était surtout de devenir acquise dans le plus jeune âge.

Ce qu'il importe, en résumé, c'est que le malade saisisse l'importance qu'il y a pour lui et les siens à se traiter très rigoureusement; cette notion ayant germé dans son cerveau au sanatorium, pourra ensuite éclore hors de celui-ci; mais pour beaucoup de malades, il faut passer par le sanatorium pour que les principes de l'hygiène soient compris et acceptés. Le sanatorium, comme bien d'autres méthodes thérapeutiques, a du pour et du contre; il faut donc savoir s'en servir dans une juste mesure.

Etant donné qu'il faut, avant tout, soigner le plus grand nombre de tuberculeux pulmonaires, tâchons que nos sanatoriums français les attirent, qu'ils y trouvent une bonne école d'hygiène pratique, et que le médecin, auquel nous le confions, s'adonne entièrement à leur cure, ne négligeant aucune mesure de préservation contre la contagion, surveillant particulièrement l'aération et l'alimentation, et soutenant énergiquement le moral de ses malades. A ce prix, le sanatorium mérite de garder une place importante dans la cure rationnelle de la tuberculose et même de la prétuberculose.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1901-1902

M. Thomin (Fernand). *Traitement prophylactique des ophthalmies purulentes des nouveau-nés par l'amniol.* N° 48. (A. Davy.)

M. Delor (Jean). *Des injections intra-trachéales vraies et directes dans le traitement des affections broncho-pulmonaires*, N° 46. (Jules Rousset).

M. Mainot (René). *Traitement des péritonites et des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses par les lavages d'eau stérilisée très chaude.* N° 76. (G. Steinheil.)

M. Croixmarie (G.). *Contribution à l'étude des phlébites, leur traitement par la mobilisation précoce.* (Ollier-Henry et Cie.)

M. Hervy (Pierre). *Contribution à l'étude des foyers inflammatoires juxta-articulaires du genou.* N° 34. (Morel) (Lille).

M. Guinement. *Étude sur la cure radicale des hernies crurales par la voie inguinale.* N° 74. (Boyer.)

M. Bonjour (Eugène). *Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite.* N° 88. (Boyer.)

M. Coulloc'h (Pierre). *De l'emploi du tannigène dans les diarrhées.* N° 21. (C. Naud.)

M. Davicion (Nissim). *Des nodosités rhumatismales chez les enfants.* N° 65. (Boyer.)

M. Durieux (Jean). *Traitement de la fièvre typhoïde infantile étude comparée des diverses médications.* N° 69. (L. Boyer.)

M. Thuillier. *Étude sur un ancien et nouveau traitement de la syphilis.* N° 82. (Vigot, frères.)

M. Toussaint (Jules). *Le lait de chèvre des races sélectionnées, son rôle dans l'allaitement.* N° 59. (C. Naud.)

M. Launay (Léon). *Les relations nosologiques de la chorée des femmes enceintes.* N° 39. (Jules Rousset.)

M. Eonnet (Maurice). *Un pavillon de chirurgie modèle.* N° 80. (Masson et Cie.)

M. Wagner (A.-F.). *Première pratique médicale de la loi sur les accidents du travail.* N° 30. (Vigot frères.)

M. Delaage. *Description et fonctionnement du service Civiale à l'hôpital Lariboisière.* N° 60. (Steinheil.)

M. Radafiné. *Étude sur l'alcoolisme à Madagascar avant la conquête française*, N° 28. (Vigot frères.)

M. Pied (Henri). *La Sicile. Études climatologiques et médicales.* N° 29. (Carré et Naud.)

L'ophthalmie des nouveau-nés est une affection de la plus haute gravité puisque près du tiers des aveugles doivent leur infirmité à cette cause. Aussi comme le fait remarquer M. Thomin, la prophylaxie et la thérapeutique précoce et énergique de l'ophthalmie purulente des nouveau-né doit-elle être la préoccupation constante de l'accoucheur. Après avoir rapidement retracé l'étiologie et la pathogénie de cette affection, d'origine gonococcique dans 58 p. 100 des cas, l'auteur montre que le traitement prophylactique idéal consisterait à placer les yeux de l'enfant à l'abri de tout agent infectieux, et cela depuis le

moment où l'œuf humain est ouvert jusqu'après le 20e jour au moins à partir de la naissance. Pratiquement, l'emploi des méthodes antiseptiques, visant à obtenir l'asepsie de l'appareil génital de la mère avant l'accouchement et de l'appareil oculaire fœtal pendant et après l'accouchement, réalise ce programme à condition que l'agent employé soit à la fois actif, facile à appliquer et inoffensif. La solution d'aniodol à 1 p. 4000 qui n'est autre qu'une solution de triméthanal (rendu soluble par un procédé spécial) répond à ces *desiderata*. Immédiatement après la naissance et avant la ligature du cordon, on procède à un rapide savonnage des deux régions oculaires et des parties voisines, on enlève l'excès de savon à l'eau distillée, on écarte les paupières de l'enfant et l'on exprime sur sa cornée quelques gouttes de la solution dont on a préalablement imbibé un tampon d'ouate hydrophile. Les mouvements des paupières étalent ensuite le liquide sur toute la surface conjonctivale. Sur 940 enfants ainsi traités, 7 seulement ont présenté de l'ophthalmie purulente qui a du reste rapidement cédé à des lavages à l'aniodol pratiqués toutes les deux heures.

M. Delor estime qu'il est rationnel d'utiliser la voie pulmonaire pour introduire des médicaments dans la circulation générale, et pour faire la thérapeutique locale des bronches et du poumon; il appuie cette opinion sur ce fait que le parenchyme pulmonaire est perméable aux liquides. Il recommande de pousser au delà de la glotte l'injection intra-trachéale.

L'auteur propose à cet effet de se servir d'une longue canule courbée à sa partie moyenne, rectiligne à ses deux extrémités et adaptée à une seringue de 10 centimètres cubes. Cette méthode doit être préférée à la méthode intra-trachéale directe dans les cas de larynx irritable; les médicaments employés doivent être dissous dans l'huile d'olive ou le sérum de Hayem stérilisés.

Les résnltats obtenus par ce procédé ont été principalement de diminuer la sécrétion pulmonaire, de limiter les infections secondaires et, par suite, d'amener l'augmentation du poids du corps et l'amélioration de l'état général.

De quelque façon qu'on conçoive le mode d'action des lavages à l'eau stérilisée très chaude dans les péritonites et les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses, on ne peut en nier les heureux résultats. M. René Mainot a vu employer ce mode de traitement dans une quinzaine de cas de pleurésies et de péritonites bacillaires, il l'expose en détail et conclut que les formes ascitiques de la péritonite tuberculose guérissent sans récidive par le lavage du péritoine à l'eau très chaude. Des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses avec épanchement très abondant et à tendence récidivante sont susceptibles de guérir aussi par ce moyen sans récidive et sans pachypleurite ultérieure. L'auteur, à la fin de son travail, interprète la pathogénie de cette thérapeutique.

Retraçant rapidement l'histoire anatomo-pathologique, clinique et diagnostique des phlébites, M. Croixmarie pense qu'il y a lieu d'opposer à la période inflammatoire du début de l'affection et à sa période terminale, où seuls la raideur et le gonflement persistent sur le trajet veineux lésé, deux traitements différents. Tout le monde s'accorde pour immobiliser les malades dans la première, mais peu de praticiens sont assez hardis pour organiser une mobilisation méthodique mais active dans la seconde. L'auteur estime au contraire que cette pratique est indispensable, il faut faire mouvoir les articulations, les fléchir et les étendre; dès que les symptômes inflammatoires locaux et généraux ont disparu, puis favoriser les contractions musculaires par le massage et enfin, permettre la marche après 4 semaines de ce traitement. Dans 4 cas ainsi traités, l'auteur a obtenu les plus heureux résultats.

Les foyers inflammatoires juxta-articulaires du genou se divisent en superficiels et profonds; les uns comme les autres peuvent revêtir l'aspect clinique d'une tumeur blanche, leur pronostic au point de vue fonctionnel est grave, aussi M. Hervy s'attache-il à les décrire en s'appuyant sur 13 observations et à poser les bases de leur traitement. Les foyers les plus superficiels sont des phlegmons circonscrits ou des angioleucytes suppurés et sont souvent le point de départ de rigidités tenaces, les profonds s'accompagnent presque toujours d'hydarthrose avec ankylose en demi-extension. L'étude de l'étendue des mouvements articulaires différenciera ces variétés de la tumeur blanche. Les ostéomyélites du tibia ou du fémur sont généralement accompagnées d'artrhopathie secondaire du genou avec ankylose en demi-extension.

Il faut leur opposer l'écouvillonnage et le curettage, lutter contre l'ankylose et l'atrophie musculaire par le massage et l'hydrothérapie avec pose d'un bandage compressif et temporairement immobilisateur après les premières séances.

M. Guinement a eu l'occasion de voir opérer par la voie inguinale une hernie crurale, il étudie dans son travail les indications et les avantages de ce procédé. D'une manière générale, l'intervention par la voie inguinale permet d'agir dans un champ opératoire plus large, et de poursuivre la dissection du péritoine beaucoup plus haut que par le procédé classique et de supprimer ainsi toute amorce à une récidive.

Or, cela est particulièrement nécessaire dans les cas de hernies crurales et inguinales du même côté, ou lorsqu'une hernie crurale s'accompagne de faiblesse et de dépressibilité de la région inguinale; enfin, lorsqu'on a affaire à une épiplocèle où une résection haute de l'épiploon s'impose.

D'autre part, en présence d'une hernie étranglée, la voie inguinale présente certains avantages incontestables en permettant l'examen facile de l'intestin et de l'épiploon au-dessus du point où siège l'obstacle, mais elle expose, par contre, à des accidents graves tels que la contamination de la grande cavité péritonéale et ce fait restreint singulièrement ses indications en pareil cas.

Quoi qu'il en soit de tous les procédés opératoires proposés, celui de Perlavecchio qui respecte les anneaux du trajet est le plus recommandable, l'auteur propose de le modifier légèrement en pratiquant une incision plus oblique en bas et en dedans, ce qui permettrait au besoin d'ouvrir la fosse de Scarpa pour y dissocier les adhérences étroites qui unissent parfois le sac et les fascias fémoraux.

Dans tous les cas il faut fermer l'anneau crural et reconstituer la paroi au niveau du trajet inguinal.

Il n'est pas rare, soit au cours d'une laparotomie pour appendicite, soit à l'autopsie, de constater la présence d'adénopathies péri-appendiculaires. M. Eugène Bonjour nous apprend qu'elles siègent le plus souvent dans le méso-appendice ou derrière l'angle iléo-cæcal; on les observe aussi fréquemment au-dessus de cet angle ou dans le mésentère autour du tronc de l'artère mésentérique supérieure. Elles sont exceptionnelles sur la face antérieure du cæcum. Le nombre des ganglions atteints est très variables, il en existe presque toujours une chaîne de trois, cinq, dix, quinze, etc., dépassant rarement le volume d'une noix, mais quelquefois réunis en masse, leur consistance est généralement dure et résistante, bien qu'ils soient susceptibles de suppurer.

Au point de vue clinique ces adénopathies sont surtout l'apanage d'une appendicite chronique ou subaiguë et se présentent sous trois types cliniques : adénopathie banale, on les constate le plus souvent seulement et au cours de l'intervention; forme néoplasique réalisée par l'agglomération en masse de plusieurs ganglions ce qui peut faire croire à un néoplasme ou à une tuberculose péritonéale; forme suppurée, enfin, constituée par l'abcès ganglionnaire, pouvant coexister avec un appendice relativement sain et susceptible d'être le point de départ d'une péritonite généralisée.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien doit modifier sa technique suivant les cas; extirper les ganglions tuméfiés, inciser ceux qui suppurent en protégeant le péritoine voisin et drainer largement; enfin, enlever en totalité, si cela est possible, les adénites néoplasiques.

M. Pierre Coulloc'h estime que le tannigène associé à la diète hydrique, constitue le médicament de choix dans la diarrhée infantile; facilement absorbé, ne provoquant pas de désordres gastriques il agit avec une grande rapidité; dans les diarrhées de l'adulte, il serait préférable aux antiseptiques, enfin, il aurait donné quelques succès dans celles des tuberculeux, en

outre, son mode de décomposition qui est très lent le rendrait utilisable dans les affections du gros intestin.

Fixant enfin son mode d'administration, l'auteur pense qu'il doit être donné quelque temps après le repas, continué comme tous les médicaments astringents pendant quelques jours après la cessation des troubles intestinaux, et administré à la dose de 40 à 60 centigrammes chez les enfants de moins d'un an, de 60 centigrammes à un gramme chez ceux qui ont dépassé cet âge, de 1 gramme à 1 gr. 50 chez l'adulte.

Les nodosités rhumatismales, surtout, fréquentes chez l'enfant sont constituées par de petites masses, de consistance ferme, élastique parfois dure et osseuse, sous-cutanées, tendineuses ou périostiques, ayant pour caractère d'apparaître toutes en même temps ou par poussées successives en laissant intacte la peau sus-jacente et en se résorbant sans suppurer.

M. Davicion fait ressortir le rapport de fréquence qu'elles présentent avec les complications cardiaques rhumatismales, la bactériologie l'anatomie pathologique, ni la clinique ne peuvent l'expliquer, mais il existe en fait d'une manière si étroite que la présence de ces nodosités au cours d'un rhumatisme infantile doit modifier le pronostic et éveiller l'attention du praticien.

La liqueur de Fowler employée à doses progressivement croissantes associées à l'iodure de potassium constitue en pareil cas le traitement de choix.

Dans une thèse très complète, accompagnée de courbes thermiques, M. Durieux pose en principe qu'il n'y a pas de traitement spécifique de la fièvre typhoïde infantile et qu'il faut lui opposer une thérapeutique éclectique. Malgré toutes les déceptions qu'elle nous a données l'antisepsie intestinale, si séduisante au point de vue théorique, peut néanmoins sous forme de purgatifs associés ou non au benzonaphtol lutter avec avantage contre la dothiénentérie infantile à forme légère.

La médication antithermique comprend deux ordres de moyens : la balnéothérapie, les agents médicamenteux. C'est surtout l'état du système nerveux du petit malade : torpeur, méningisme, arythmie cardiaque, bien plus que sa courbe thermique, qui réclamera ou non la balnéation froide, tiède ou chaude. Mais il est des cas légers et moyens, et ce sont eux qui constituent la grande majorité dans la dothiénentérie infantile, qui sont justiciables de la quinine à dose fractionnée ou massive, médicament qui constitue un sédatif nerveux, un antithermique puissant et peut-être même un spécifique du bacille d'Eberth.

M. Thuillier préconise l'emploi d'un produit nouveau dans le traitement de la syphilis, le mercuriol qui est un amalgame d'aluminium et de magnésium dans de la craie et qui contient du mercure à l'état d'extrême division. Ce produit est identique aux anciennes préparations connues sous le nom d'Ethiops calcaire ou Ethiops magnésien obtenues par un autre moyen. On peut l'employer en le plaçant dans un sachet en contact avec la peau du malade ; ses vapeurs sont ainsi absorbées par la voie pulmonaire. L'école de Stockholm a constaté son heureuse action.

L'allaitement artificiel doit être pratiqué au moyen d'un lait qui soit aussi identique que possible à celui de la femme.

M. Jules Toussaint estime que le lait de chèvre de races sélectionnées s'en rapproche beaucoup, comme le montrent les analyses chimiques et sa coagulation en flocons légers petits et facilement dissociables. On peut obtenir, par le mélange de plusieurs laits de chèvre d'origines différentes, des laits légers, demi-légers et riches, et graduer ainsi l'alimentation des enfants. Enfin, pour son emploi, on évite toute chance de contamination tuberculeuse, même sans l'avoir soumis préalablement à l'action de la chaleur. La possibilité de le faire absorber cru lui conserve toutes ses propriétés nutritives et constitue un réel avantage.

Après avoir été longtemps admises comme un dogme, l'existence et l'unité de la chorée gravidique ont été récemment remises en discussion. MM. Hocquet et Gilles de la Tourette surtout se sont efforcés de prouver qu'il n'y avait pas de chorées gravidiques, mais simplement des pseudo-chorées aiguës développées à l'occasion de la grossesse et relevant, soit de l'hystérie, soit de la maladie des tics, soit de la chorée chronique.

M. Léon Launay pense, que s'il existe des chorées hystériques dont la nature et le diagnostic sont évidents, il existe aussi, d'une manière non douteuse, des chorées complètement indépendantes de l'hystérie et comparables de tous points à la chorée de Sydenham.

La maladie des tics peut, dans quelques cas très rares, simuler la chorée gravidique. Il est possible qu'il en soit de même de la chorée chronique, toutefois le fait n'est pas encore prouvé, et l'on ne connaît actuellement que des chorées chroniques post-gravidiques.

Il est bien certain que la chorée de Sydenham, survenue à l'occasion de la grossesse ou de l'accouchement, ne doit être confondue ni avec la maladie des tics, ni avec la chorée hystérique, mais son existence clinique ne peut être niée.

M. Maurice Eonnet, après avoir insisté sur la nécessité de la collaboration du médecin et de l'architecte dans la construction d'un hôpital, décrit en détail l'installation du pavillon de chirurgie de l'asile clinique (Sainte-Anne). Nous renvoyons, pour plus ample information, à la communication faite sur le même sujet à la Société de chirurgie par M. Picqué.

Dans un travail analogue, M. Delaage fait la description et expose le fonctionnement du service Civiale à Lariboisière, nouvellement réorganisé par M. Hartmann.

M. Wagner considère la loi sur les accidents du travail comme une loi de prévoyance sociale. A ce titre, elle intéresse tout spécialement les médecins. La faculté pour la victime de réclamer les soins du médecin librement choisi par elle la rend supérieure aux lois analogues de nos voisins. La fonction sociale des médecins se trouve grandie de l'importance même de la clientèle à laquelle s'adresse cette fonction légale. Le médecin doit faire abstraction de toute appréciation de la situation plus ou moins précaire de la victime pour ne considérer que le degré d'incapacité de travail qui résulte pour elle de l'accident. Au point de vue du certificat médical, la triple expertise patronale, médicale et ouvrière éclairera mieux le médecin sur l'incapacité de travail et la réduction du salaire. Enfin, au point de vue des honoraires, il serait utile de créer un tarif ouvrier spécial, plus en rapport avec les exigences de la loi nouvelle. M. Wagner en terminant, combat le tarif de l'Assistance médicale gratuite parce qu'il ne répond pas à ces exigences, que cette assistance départementale n'existe pas partout, que ses tarifs sont variables et par suite manqueraient d'unité. Enfin il met en garde les médecins contre les propositions des Compagnies d'assurance sur les accidents, leurs conditions étant parfois tout à fait insuffisantes.

Un des premiers Malgaches reçu docteur en médecine, M. Radafiné, expose dans sa thèse la marche envahissante de l'alcoolisme à Madagascar depuis 1812 jusqu'à 1895, malgré des temps d'arrêts, de 1828 à 1861 et de 1868 à 1895. L'occupation française et les sages mesures anti-alcooliques qu'elle a établies dans l'île ont à l'heure actuelle donné de sérieux résultats.

M. Pied a profité d'un long séjour en Sicile pour en étudier la climatologie. Il conclut que le climat sicilien est doux, d'une égalité remarquable pendant les mois de printemps et d'automne; en général tonique, mais légèrement sédatif dans les régions basses et abritées comme Palerme, stimulant dans les stations d'altitude comme Aci Reale ou Taormine, intermédiaire, en un mot, aux climats de l'Europe et de l'Afrique. Aussi les tuberculeux au début, les convalescents, les chlorotiques, les anémiques, peuvent-ils tirer d'un séjour en Sicile un grand bénéfice, enfin, les malades qui vont en Afrique ou en reviennent auraient intérêt à s'y arrêter afin d'éviter un changement climatérique brusque.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Deux cas de suture transdiaphragmatique du foie et du rein (Zwei Fälle von durch Naht geheilten Stichwerletzungen der Zwerchfells), par Schlatter (*München. med. Wochenschr.*, 1901, n° 34, p. 1339). — Dans le premier, il s'agit d'un homme de 24 ans qui reçoit un coup de couteau dans l'hypochondre droit. Un médecin, appelé auprès du blessé, ferme provisoirement la plaie par quelques points de suture et envoie le malade à l'hôpital où il arrive environ 12 heures après l'accident.

La plaie, longue de 2 cent. 8, se trouve dans le 9e espace intercostal droit. Après avoir défait les sutures provisoires, on constate que la plèvre a été ouverte par le couteau. Le malade est alors endormi à l'éther et on résèque la 9e côte dans une étendue de 10 centimètres. Il est alors facile de constater l'existence d'une perforation du diaphragme, mesurant 3 centimètres. Celle-ci est agrandie et, avec le doigt introduit dans la cavité abdominale, on explore le foie qui présente deux plaies par lesquelles le sang sort en abondance. En exerçant alors une compression sur le foie à travers la paroi abdominale, on voit apparaître dans la plaie d'abord le foie, puis le rein, qui présente aussi une plaie dans laquelle le doigt s'enfonce sur une profondeur de 8 centimètres. Suture transdiaphragmatique des plaies du foie et du rein, nettoyage de la cavité abdominale, suture du diaphragme et de la plèvre, et enfin suture de la plaie thoracique. Pas de drainage.

Suites opératoires simples. La température la plus élevée qui ait été notée dans les premiers huit jours a été de 38°,2. Le malade a pu quitter l'hôpital 3 semaines après l'accident, complètement guéri.

La seconde observation que publie l'auteur a trait à un garçon de 17 ans qui avait reçu un coup de couteau dans le 7e espace intercostal gauche. L'examen de la plaie, après la résection de la 8e côte dans une étendue de 6 centimètres, montra que le diaphragme était perforé, mais que le péritoine n'était pas ouvert. Suture de la plaie diaphragmatique et de la plèvre. Guérison sans complications.

En publiant ces deux observations, l'auteur insiste sur la nécessité d'explorer le diaphragme dans les cas suspects, quand même cette exploration ne peut se faire qu'aux dépens de l'agrandissement de la plaie ou d'une résection costale. Cette conduite est justifiée par ce fait que les plaies du diaphragme, abandonnées à elles-mêmes, donnent une mortalité de 87,8 p. 100, tandis que dans les cas où ces plaies sont traitées chirurgicalement, la mortalité n'est que de 12 p. 100.

Les hernies ventrales latérales (Ueber den seitlichen Bauchbruch), par F. de Quervain (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, vol. LXV, p. 156). — L'étude de 6 observations, dont deux personnelles, amènent l'auteur à conclure que le complexus symptomatiques qu'on désigne sous le nom de hernie congénitale ventrale ou lombaire latérale, peut se manifester non seulement en cas d'une absence congénitale des muscles de la paroi abdominale, mais aussi en cas de paralysie ou d'atrophie limitée des muscles latéraux de la paroi abdominale.

L'étiologie de cette paralysie ou atrophie n'est pas encore élucidée, mais on peut supposer qu'elle réside dans une affection des nerfs correspondants ou de leur origine dans la moelle épinière.

Cystoscopie (Cystoskopische Erfahrungen), par Goldberg (*Centralb. f. Chir.*, 1901, n° 30, p. 753). — En s'appuyant sur des cas personnels, l'auteur montre les services que la cystoscopie rend dans le diagnostic des affections vésicales.

Sur 21 cas de tumeurs vésicales que l'auteur a observés, la cystoscopie lui a toujours permis de se rendre compte de la situation, des dimensions et des particularités du néoplasme, ce qui n'aurait jamais été possible sans ce mode d'exploration. Dans les calculs de la vessie, la cystoscopie est indispensable dans la moitié des cas, afin d'éviter la confusion avec les tumeurs incrustées. Sur 55 cas de tuberculose vésicale, la cystoscopie n'a été nécessaire que dans 7 cas.

Pour éviter la contracture de la vessie pendant l'examen, l'auteur conseille d'injecter sous la vessie 50 centimètres cubes d'une solution d'antipyrine à 5 p. 100 et de n'introduire le cystoscope que 10 à 20 minutes après cette injection.

Tumeur rénale chez un enfant de 6 mois (Nicrentumor bei einem 6 Monate alten Knaben), par Schönstadt (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 39, p. 999). — La tumeur que l'auteur a extirpé était un adéno-carcinome. L'enfant a bien supporté l'opération et vivait encore 7 mois après l'intervention.

Recherches expérimentales sur l'infection de la vessie (Experimentelle Untersuchungen uber die Infection der Harnblase), par Faltin (*Centralb. f. Harn-u. Sexualorg.* 1901, vol. XII, p. 401). — Dans une série d'expériences l'auteur a constaté qu'en cas de lésion du rectum à la hauteur de la prostate, quand même cette lésion serait étendue et profonde, on ne trouve jamais dans la vessie intacte et saine, des bactéries de l'intestin. Celles-ci ne pénètrent dans la vessie saine que si la lésion du rectum a déterminé une infection générale de l'organisme ou une péritonite. Dans ces conditions, on observe une élimination des bactéries par les reins et une bactériurie donnant lieu à une cystite.

Par contre, même à la suite des lésions insignifiantes de la muqueuse rectale, on peut trouver des bactéries dans le tissu, riche en lymphatiques, qui se trouve entre la vessie et le rectum et entoure, sous le péritoine, la prostate, les vésicules unirénales et la vessie.

Si on établit artificiellement une rétention de l'urine, une lésion du rectum suffit pour amener une bactériurie et une cystite.

Modification des reins à la suite des opérations sur l'abdomen (Veränderungen der Niere nach Bauchhöhlen operationen), par W. V. Brunn (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901. vol. LXV, p. 121). — D'après l'auteur, la nécrose de l'épithélium rénal qui survient après les opérations sur la cavité abdominale se rattache presque toujours à une péritonite concomitante. Toutefois, cette nécrose peut s'observer en dehors de toute péritonite et rappelle histologiquement celle qu'on observe dans les intoxications graves. En cas de péritonite concomitante elle est aussi grave que celle qui se manifeste dans les intoxications les plus graves que nous connaissions.

MÉDECINE

Écrasement grave du thorax terminé par guérison (Ein Fall von schwerez Zertrümmerung der Thorax mit Ausgang in Heilung), par Heinecke (*Münchener med. Woch.*, 1901, n° 27). — Homme de 39 ans, renversé par un tonneau de 180 livres qui lui passa sur le corps; à la suite, perte de connaissance; râles nombreux dans la poitrine, mais aucun signe d'épanchement pleural; diagnostic : fracture de plusieurs côtes et de la clavicule droite.

L'état du malade très mauvais dans les premiers jours s'améliore progressivement malgré l'apparition d'une pneumonie.

L'examen aux rayons X montre que le malade n'avait pas eu moins de 29 fractures de côtes; un nouvel examen quelques mois plus tard montre que ces fractures s'étaient consolidées.

Combien de temps peut vivre un diabétique atteint de tuberculose? (Wie lange kann ein Menschleben der zum Diabetes eine Lüngentuberkulose bekommen hat)? par Œder (*Deutsche med. Woch.*, 1901, n° 40). — L'auteur rapporte un cas qui est contraire à l'opinion admise de la gravité particulière de la tuberculose chez les diabétiques. Son malade, depuis 5 ans tuberculeux et diabétique, reste dans un état de santé relativement bon et ne s'aggrave pas sensiblement.

Des leucocytes du sang et de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse de Biermer (Ueber die weissen Bltkörperchen im Blut und Knorochenmark bei der

Biermer'schen progressiver Anaemie), par Bloch et Hirschfeld (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1901, n° 40, p. 1014). — Dans un cas d'anémie progressive pernicieuse avec diminution du nombre absolu de leucocytes, les auteurs ont trouvé dans le sang une augmentation relative de petits lymphocytes et une diminution relative des polynucléaires neutrophiles. La différenciation de divers leucocytes de la moelle osseuse a rencontré de grandes difficultés; toutefois, on a pu établir la prédominance de petits lymphocytes en face des leucocytes à granulations.

Pourquoi la gélatine est-elle hémostatique? (Warum wirkt die Gelatine hæmostatisch?) par Zibell (*Münchener med. Woch.*, 15 octobre 1901). — L'auteur expose les différenies théories émises sur l'action de la gélatine, puis rapporte les recherches qu'il a entreprises. Des analyses nombreuses des différentes sortes de gélatine lui ont montré que d'une façon générale, la gélatine contient une grande quantité de chaux. C'est à cette substance que la gélatine devrait surtout son action hémostatique.

Abcès typhique du muscle droit de l'abdomen (Rectusscheidenabszess beim Typhus abdominalis), par Bollack et Bruns (*Deut. med. Wochenschr.*, 1901, n° 35, p. 585). — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de 24 ans entré dans le service du professeur Naunyn avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde dont le diagnostic clinique a été confirmé par la séro-réaction.

Cette fièvre typhoïde évolua d'une façon normale; mais, au début de la convalescence, le malade fut pris, pendant un accès de toux, d'une douleur violente dans la moitié inférieure droite de l'abdomen. Le lendemain on constata, à l'endroit où le malade accusait sa douleur, l'existence d'une tumeur allongée, fluctuante, reproduisant les contours du muscle droit de l'abdomen. 4 jours plus tard, l'abcès fut ouvert, et, après incision de la peau et de la gaine du droit, il sortit environ 150 grammes de pus mélangé de sang. La cicatrisation se fit très rapidement, mais, 8 jours après l'ouverture de l'abcès, un autre abcès se forma dans le muscle droit du côté gauche. Cet abcès, qui était symétrique au premier, ne fut pas ouvert et se résorba lentement.

L'examen bactériologique du pus du premier abcès montra la présence exclusive des bacilles typhiques. Ceux-ci étaient très virulents et, à la dose de 0,5 à 3 centimètres cubes de culture, tuaient le cobaye dans l'espace de 36 à 48 heures.

Alkaptonurie (Ein Beitrag zur Kentniss der Alkaptonurie), par F. Mittelbach (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1901, vol. LXXI, p. 50). — L'auteur publie un cas d'alkaptonurie chez un homme de 44 ans. L'urine ne contenait que de l'acide homogentisinique et malgré sa réaction acide prenait une coloration brune au contact de l'air.

Une alimentation végétale et l'inanition diminuaient l'alkaptonurie qui, par contre, était exagéré quand on donnait de la tyrosine.

D'après l'auteur, l'alkaptonurie serait due moins à une augmentation de la production de l'acide homogentisinique qu'à une diminution de l'oxydation de cet acide par l'organisme.

De la présence de la peptone vraie dans l'urine (Ueber das Vorkommen von echtem Pepton im Harn), par Midori Ito (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1901, vol. LXXI, p. 29). — On sait qu'un grand nombre d'auteurs n'admettent pas l'existence d'une peptonurie vraie, c'est là à-dire la présence dans l'urine de la peptone vraie de Kuhne.

M. Ito publie dans son travail un certain nombre d'observations (pneumonie, empyème, phthisie, septicémie puerpérale), dans lesquelles il a pu constater la présence de la peptone vraie dans l'urine. Dans tous ces cas, la peptone, en petite quantité, se trouvait à côté des albumoses. Elle disparaissait de l'urine avec la disparition du processus morbide qui avait donné lieu à la peptonurie.

Paralysie ascendante aiguë de Landry consécutive à l'influenza, par Camille Vittorio Pick (*Riforma medica*, an XVII, vol. IV, n° 26, p. 310, 30 oct. 1901). — Il s'agit d'un cas de paralysie spinale ascendante aiguë de Landry, avec invasion subite, fièvre, etc., consécutif à l'influenza. Le malade qui avait été paralysé des deux jambes et parésié du bras droit se rétablit peu à peu.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'influence des injections de salicylate de mercure sur l'éléphantiasis ulcéreux des membres inférieurs,

D'après M. le Dr R. Duhot (1).

M. le Dr Duhot a employé dans 5 cas d'éléphantiasis ulcéreux le salicylate de mercure en injection sous-cutanée. Les résultats obtenus ont été excellents, aussi croit-il devoir préconiser tout spécialement ce traitement.

La technique des injections de salicylate de mercure est celle des injections mercurielles en général. Elle comprend :

1° La préparation du médicament;
2° Le choix des instruments;
3° Celui de la région;
4° La manière de procéder à l'injection.

1° *Préparation du médicament* : La solution injectée contient 10 grammes de salicylate de mercure pour 100 grammes de vaseline liquide. Le salicylate doit au préalable être porphyrisé, lavé à l'alcool, séché à l'étuve, et incorporé comme tel dans la vaseline. Le tout est ensuite stérilisé à l'autoclave. Cette préparation se conserve sans s'altérer et chaque injection d'un centimètre cube contient donc 10 centigrammes de salicylate de mercure.

2° *Choix des instruments* : La seringue de Pravaz ordinaire peut servir, mais comme elle est difficile à aseptiser, il vaut mieux se servir de la seringue à piston de verre, facile à stériliser par ébullition au moment de s'en servir. L'aiguille en platine iridié et longue de 5 à 6 centimètres doit être flambée au moment de l'injection. On s'assurera toujours que l'aiguille est perméable et que la seringue fonctionne bien.

Choix de la région : Les points les plus recommandés pour faire les piqûres sont les suivants :

1° *Les gouttières rachidiennes*, au niveau de la région dorso-lombaire;
2° *La fossette rétro-trochantérienne* (point de Smirnof);
3° *La région fessière* au niveau du point de Gaillot déterminé par l'intersection de deux lignes conventionnelles; l'une horizontale, passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter; l'autre, verticale, séparant le tiers interne de la fesse des deux tiers externes. C'est dans cette dernière région que les injections ont été pratiquées chez mes malades.

4° *Manière de faire l'injection* : La région doit être savonnée à la brosse, frottée à l'éther et au sublimé. Ensuite on charge la seringue, on l'arme de son aiguille, on chasse la bulle d'air, puis on enfonce franchement et d'un seul coup celle-ci toute entière en plein muscle. On presse lentement sur le piston pour faire pénétrer le salicylate dans les chairs et on retire l'aiguille d'un seul coup en pinçant les tissus autour d'elle. C'est la piqûre en un temps, celle que j'emploie généralement et que l'on peut considérer comme excempte de dangers. L'on peut si l'on veut, et pour plus de sûreté, pratiquer la piqûre en deux temps : Enfoncer d'abord l'aiguille avec la seringue à vide, aspirer pour voir s'il ne vient pas de sang et si l'aiguille n'est pas engagée dans un vaisseau; ensuite charger la seringue et faire l'injection. Plusieurs milliers d'injections en un temps ne m'ont jamais donné le moindre désagrément.

La gouttelette de sang qui s'écoule est vite arrêtée par un instant de compression. Il est inutile d'appliquer un pansement.

Les inconvénients que ces injections peuvent présenter sont la douleur et la réaction générale.

Douleur : Elle est le plus souvent bornée à une simple gêne

1. M. Duhot, *Annales de la Policlinique centrale de Bruxelles*, mai 1901.

dans la région fessière lorsque le malade s'asseoit. Il persiste quelquefois un nodule pendant quelques jours, mais qui n'empêche nullement le malade de vaquer à ses occupations.

Réaction générale : Chez certains malades une absorption trop rapide du médicament provoque de la courbature, de la céphalalgie et de la diarrhée. Pour prévenir cela, il faut faire prendre au malade 20 gouttes de laudanum au premier symptôme de colique. Si celle-ci persiste, il faut renouveler la même dose une ou deux fois à une demi-heure d'intervalle. Il est à remarquer que chez le malade, certaines piqûres sont douloureuses, alors que les autres ne le sont pas, de même que certaines injections provoquent de la réaction générale, alors que les autres ne troublent nullement l'organisme.

Soins à donner à la bouche : Les soins les plus minutieux de la bouche doivent être pris avant et après le traitement. Si la bouche n'est pas en parfait état, il faut avant de commencer le traitement, envoyer le malade chez un dentiste, faire enlever le tartre et les chicots. Pendant le traitement, la bouche devra être rincée toutes les heures avec une solution de chlorate de potasse.

Les dents devront être lavées 3 fois par jour, après le repas, avec une brosse ni trop douce, ni trop rude, et une pâte dentifrice chloratée. La pâte de Unna est très recommandable. Après le brossage, il est très utile de faire badigeonner les gencives avec un mélange à parties égales de teinture de myrrhe et de ratanhia.

Tâchons maintenant d'analyser cette action résolutive de mercure sur l'éléphantiasis des membres variqueux et son action tonique, cicatrisante sur les ulcères.

Quant au pouvoir résolutif du mercure, il est employé journellement, non pas seulement pour faire fondre des tumeurs syphilitiques, mais pour résoudre les engorgements inflammatoires, les indurations cicatricielles, pour amener en un mot une résorption des tissus.

Darier (1) a fait ressortir l'influence heureuse des injections de calomel sur la résorption des masses épithéliomateuses et sur la cicatrisation de leurs ulcères. Fournier (2) également a confirmé l'amélioration rapide des lésions épithéliomateuses, sous l'influence des sels mercuriels. Nous connaissons également les avantages que l'on peut retirer du calomel pour la résorption des nodules lupiques et de certaines tuberculides.

Gastou (3) a essayé quelques injections de calomel chez les malades atteints d'ulcères de jambes et a constaté des améliorations plus ou moins notables.

Une question qui se pose ici, est celle de savoir si cette méthode peut être appliquée à tous les ulcères variqueux indistinctement, comme dans les expériences de Gastou ou bien si elle doit être réservée à certains cas spéciaux.

Il semble que dans les cas d'ulcères variqueux sans pachydermie, les injections mercurielles ne peuvent pas être d'une bien grande utilité.

Au contraire dans les vieux ulcères calleux, sans tendance à la cicatrisation, avec pachydermie plus ou moins notable de tous les tissus de la jambe, je crois que cette méthode est la méthode de choix, supérieure à toutes les autres.

La mercure agit principalement par son action résolutive sur l'infiltration plasmatique des tissus. Par la résorption de ces tissus de néoformation qui sont venus entraver la circulation dans les veines, les artères, les capillaires, le mercure rend perméables les tissus dont la vitalité était atteinte par l'insuffisance d'éléments nutritifs.

Il agirait donc directement sur la résorption des infiltrats et indirectement sur la cicatrisation des ulcères en rendant les tissus perméables aux éléments vitaux.

Nous savons que les nerfs eux-mêmes sont envahis par l'infiltration plasmatique. En diminuant cette infiltration, en ramenant ces nerfs à leur intégrité anatomique, le mercure favorise sans aucun doute l'action des nerfs trophiques qui président à la nutrition des zones atteintes.

Une objection qu'on pourrait faire est celle que dans mes observations j'ai eu affaire à une série de vieux syphilitiques.

1. Darier, *Soc. de Derm. et Syphilig.*, Séance du 6 déc. 1900.
2. Fournier, (Idem).
3. Gastou (Idem).

L'investigation a été aussi minutieuse que possible sur ce point et chez aucun des malades il n'a été possible, ni par l'interrogatoire, ni par l'analyse des manifestations morbides antérieures, ni par l'examen attentif et approfondi du sujet, de découvrir aucune trace de syphilis.

Un ulcère syphilitique peut évidemment, en ouvrant une porte aux agents infectieux, être la cause d'un éléphantiasis et chez un pareil malade les injections mercurielles donneront probablement encore des résultats plus beaux. Mais le hasard ne m'a pas encore mis en présence d'un pareil cas.

Par une analyse minutieuse, il est quelquefois possible de voir quelle est l'origine de l'ulcère. Voici ce que dit Jeanselme (1) à ce sujet :

L'éléphantiasis ulcéreux étant dégagé du groupe des autres éléphantiasis, est-il possible de pousser plus loin l'analyse et de trouver la nature de l'ulcération qui a été l'origine de l'hypertrophie? Ce qui constitue la difficulté, c'est qu'en vieillissant la plupart des ulcérations qui siègent sur des membres variqueux perdent leur physionomie spéciale pour prendre celle de l'ulcère simple ; toutefois quand les lésions ne sont pas encore très anciennes, le diagnostic est encore possible. Les affections dont la localisation sur les membres inférieurs peut amener secondairement la production d'un éléphantiasis sont : l'ulcère simple, l'eczéma variqueux, les ulcérations syphilitiques et en particulier les gommes, les abcès tuberculeux, le lupus, enfin la lèpre.

On se rappellera que l'ulcère variqueux simple et ordinairement unique, siège, le plus souvent mais non pas toujours, à la partie inféro-interne du tibia, qu'il est ordinairement solitaire, assez grand et elliptique, que ses bords se continuent en pente avec le fond qui dépasse rarement le tissu cellulaire souscutané, que le liquide qu'il exhale ne se concrète pas en croûte.

Les ulcérations d'origine eczémateuse sont ordinairement multiples, disséminées, superficielles, arrondies, ou polycycliques par coalescence. Elles ne se groupent pas d'ordinaire en arc de cercle comme les éruptions spécifiques qui semblent obéir à une véritable discipline éruptive (Fournier). Elles n'ont pas non plus de siège d'élection. Mais il y a presque toujours un mélange d'ulcères eczémateux et d'ulcères variqueux.

Hebra et Kaposi essaient d'établir pour les ulcères syphilitiques un diagnostic différentiel : d'après eux, dans la syphilis, les nodosités gommeuses et la tuméfaction commencent au tiers moyen de la jambe, puis elles descendent et gagnent jusqu'au pied. Presque en même temps l'os est envahi et épaissi d'une manière uniforme ou inégale. Ce fait n'est pas constant. Les bords des ulcères sont taillés à pic, le fond est rougeâtre ou couvert de détritus jaunâtres. Lorsque les ulcères sont très vieux ce diagnostic devient impossible, et c'est l'anamnèse qui doit nous éclairer.

Quant au lupus, on le trouve généralement disséminé sur d'autres parties du corps, et quant à la lèpre elle est rare dans notre pays. En tous cas, l'éléphantiasis qui peut succéder à un ulcère syphilitique ne diffère que par des nuances de celui qui succède à un ulcère simple.

Si pour mes expériences je me suis arrêté au salicylate de mercure, c'est parce que ce sel, d'ailleurs en général fort bien toléré, m'a toujours donné de fort beaux résultats dans le traitement de la syphilis (2). L'on arriverait peut-être aux mêmes résultats par d'autres sels de mercure comme le sublimé, le benzoate de mercure qui n'est pas douloureux, mais à côté d'une énergie moindre, ces sels ont l'inconvénient de devoir être administrés journellement. Je n'ai jamais essayé l'administration interne du mercure dont l'emploi diminue de jour en jour.

Les sels mercuriels ont donc une action puissamment résolutive sur l'éléphantiasis variqueux des membres inférieurs et une action tonique et cicatrisante sur les ulcères dont ils sont porteurs.

Je serais heureux de voir cette méthode reprise par d'autres confrères qui voudraient bien l'expérimenter et en contrôler les heureux résultats. D. B.

1. Jeanselme, *Thèse* de Paris, 1888.
2. Les injections de calomel sont trop douloureuses pour être de dratique courante.

VARIÉTÉS

Association générale des médecins de France.

Séance du 27 Novembre 1901.

M. Lereboullet, secrétaire général, annonce que, conformément au vote émis dans la dernière séance, il a écrit à M. le président Lannelongue pour l'informer qu'il a été nommé président honoraire. Il donne lecture de la lettre qu'il a écrite.

Il rend compte ensuite des démarches faites près de M. le professeur Brouardel et donne lecture d'une circulaire qui sera adressée à toutes les Sociétés unies pour les inviter à élire un nouveau Président.

M. Brouardel remercie le Conseil général de ses démarches, mais il demande de différer sa réponse jusqu'à ce qu'il ait pu conférer avec M. Lannelongue. (L'acceptation définitive de M. Brouardel a été envoyée à M. Lereboullet, secrétaire général.)

M. le Secrétaire général annonce le décès de M. Villard, président de la Société des Bouches-du-Rhône et exprime les regrets du Conseil.

En réponse à une lettre de M. Maurat, président de l'Association amicale pour l'indemnité maladie, au sujet de l'application du don de 3000 francs fait par M. Lannelongue, il est décidé qu'on demandera encore l'avis du donateur avant de statuer.

La Société d'Alger qui s'était séparée de l'Association générale demande à lui être annexée de nouveau. (Avis favorable.)

A une lettre de M. le Président de la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, demandant dans quelles conditions les membres de l'Amicale devaient être admis comme membres de l'Association, M. le Secrétaire général a répondu que tous les membres *anciens* seraient exemptés du droit d'entrée et seraient admis sur la demande des membres du bureau de l'Amicale mais que les membres *nouveaux* seraient tenus à se faire recevoir, au préalable, membres de l'Association générale en se conformant aux exigences des statuts de celle-ci. (Approuvé.)

A une lettre de M. le Président de la Société d'Alais demandant dans quelles conditions une fusion pourrait être établie entre les membres du Syndicat de Nîmes et les membres de la Société d'Alais, il a été répondu que les membres du syndicat de Nîmes devaient adhérer aux statuts de l'Association, soit en s'inscrivant comme membres de la Société d'Alais, soit en fondant une Société nouvelle à Nîmes. (Approuvé.)

Une Société locale étant en voie de formation à Tunis, les statuts de l'Association lui ont été envoyés.

M. Muleur (de Cannes), remercie le Conseil de l'appui qui lui a été prêté et de la consultation juridique qui lui a été transmise par Me Deligand.

M. Lereboullet soumet au Conseil le texte d'une circulaire qui serait adressée à tous les membres de l'Association, pour les mettre au courant de la situation morale et matérielle résultant des derniers votes de l'Assemblée. Cette circulaire est approuvée par le Conseil. Elle sera adressée aux secrétaires des Sociétés unies, avec prière d'en adresser un exemplaire à chaque sociétaire.

M. le baron Cerise lit un rapport établissant quelle est à ce jour la situation matérielle de l'Association.

Des subventions s'élevant à la somme totale de 2350 francs sont votées à diverses Sociétés locales.

M. le Trésorier-Général Blache annonce que le notaire de l'Association a touché une somme de 115000 francs sur le legs Marjolin (vente de la ferme de Montsoutin).

M. Motet demande que le capital affecté à la Caisse des fonds généraux soit augmenté notablement en vue de faire face aux nouveaux besoins créés par l'annexion des caisses de prévoyance.

M. Blache fait observer que le capital de la caisse des pensions est intangible.

M. Lereboullet explique le fonctionnement des diverses caisses de l'Association et propose qu'un règlement intérieur, qui sera communiqué à tous les membres de l'Association, détermine dans quelles conditions et dans quelles proportions la Caisse des fonds généraux pourra accorder des subventions aux caisses annexes. Cette proposition est adoptée.

Une subvention de 6000 francs prise sur les fonds disponibles de la caisse des fonds généraux est votée à la caisse des veuves et orphelins.

Le Conseil décide que la prochaine réunion aura lieu le jeudi 19 décembre et que durant l'année 1902 les séances du Conseil général auront lieu régulièrement le troisième jeudi de chaque mois.

Mode de nomination du personnel médical de la santé.

Un décret règle comme il suit le mode de nomination du personnel médical de la santé :

ARTICLE PREMIER. — Les directeurs de la santé, les médecins de la santé ou de lazaret et les agents principaux ou ordinaires docteurs en médecine, sont nommés, en France, par le ministre de l'intérieur, sur l'avis d'un jury spécial, institué conformément à l'article 3 ci-dessous et qui a pour mission d'apprécier les titres des candidats.

ART. 2. — Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à l'une des fonctions ci-dessus énumérées, cette vacance est portée à la connaissance des intéressées par un avis publié au *Journal officiel* et affiché dans les principaux ports. Les candidats sont invités à produire dans le délai de 15 jours leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justification utiles.

Les candidats doivent faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant : l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services.

ART. 3. — Le jury chargé d'apprécier les titres des candidats est composé de 7 membres ainsi désignés :

Le président ou à son défaut le vice-président du comité consultatif d'hygiène publique de France qui remplit les fonctions de président du jury ;

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur ou à son défaut le chef du bureau de l'hygiène publique.

L'inspecteur général ou à son défaut l'inspecteur général adjoint des services sanitaires ;

Deux membres du comité consultatif d'hygiène publique désignés par le ministre ;

Deux inspecteurs généraux des services administratifs désignés par le ministre.

Le chef du bureau de l'hygiène ou, à son défaut, le sous-chef de bureau assistent aux séances avec voix consultative.

L'inspecteur des services de la santé dans les ports remplit les fonctions de secrétaire.

ART. 4. — Le jury se réunit sur la convocation du ministre.

L'inspecteur général des services sanitaires ou, à son défaut, l'inspecteur général adjoint, est chargé de présenter un rapport sur les diverses candidatures.

Le jury est appelé à donner son avis, au double point de vue de l'aptitude technique et administrative, sur chacun des candidats, ainsi que sur les titres et garanties spéciales qu'il peut présenter à l'obtention des fonctions sollicitées.

ART. 5. — Le jury peut être appelé à donner son avis sur les fautes professionnelles commises par les médecins en fonctions, sur leur mise en disponibilité ou leur remplacement.

Le Secrétaire : Dr PHILBERT.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Arthrotomie pour luxations primitivement irréductibles du coude en arrière (1).

Par A. Broca,
Chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants Malades),
Agrégé de la Faculté.

Lorsqu'on étudie dans leur ensemble les luxations traumatiques récentes, on constate qu'il n'y a, à vrai dire, qu'une seule cause d'irréductibilité immédiate : l'interposition de quelque chose — ligament ou fragment osseux — entre les surfaces articulaires déboîtées. Les cas sont assez fréquents, où, malgré des tentatives de réduction, le déplacement osseux persiste : mais la plupart de ces échecs sont dus à une connaissance insuffisante de l'anatomie pathologique, à l'ignorance des moyens par lesquels on triomphe, en s'en servant, de la résistance opposée par la partie respectée de la capsule, formant bande d'arrêt. L'histoire de la luxation de la hanche fourmille, jusqu'au mémoire de Bigelow, de ces malheurs qui sont, au total, de simples maladresses et non point des irréductibilités vraies. Il n'en est plus de même lorsque quelque chose vient se loger entre les extrémités osseuses luxées : alors il devient impossible de tourner la difficulté grâce à des manœuvres indirectes plus ou moins heureuses et raisonnées : de toute nécessité il faut, par l'arthrotomie, aller droit sur l'obstacle et le supprimer. Quand on lit certaines observations d'arthrotomie pour luxation récente, on reste persuadé que l'auteur, mieux instruit en anatomie et physiologie pathologiques, aurait probablement pu réussir sans prendre le bistouri ; mais dans bon nombre, par contre, on acquiert la preuve que l'incision était indispensable, et c'est bien certainement le cas pour l'enfant que je viens d'opérer devant vous.

I

Il y a trois jours, le 22 juillet, on m'a adressé à l'hôpital Trousseau un garçon de onze ans, pour une luxation du coude qu'il s'était faite en tombant d'un cerisier, le 17 juillet. A la campagne on avait échoué trois fois de suite, malgré l'emploi du chloroforme, dans les tentatives de réduction, et mon ami M. Okinczyk, de Luzarches, m'envoya l'enfant. En mon absence, les 23 et 24 juillet, mes internes essayèrent encore de réduire et ne purent y parvenir, en sorte qu'aujourd'hui, constatant une luxation en arrière et fortement en dehors, j'ai pratiqué l'arthrotomie sans nouvelles manœuvres.

Pourquoi n'ai-je pas commencé par essayer encore une fois la réduction non sanglante ? Je vous l'ai dit en quelques mots avant d'opérer. Parce que, d'abord, les tissus me paraissaient avoir subi une quantité plus que suffisante d'attrition, si bien qu'il y avait du gonflement dur, de la rougeur diffuse, et qu'en particulier, au niveau de l'épitrochlée, commençait à se former une eschare. Parce que, ensuite, je ne croyais pas, en principe, devoir être plus habile ou plus heureux que mes devanciers. Pour une luxation de l'épaule, de la hanche, du pouce, on peut espérer réussir là où un médecin, même instruit, a échoué, même si le sujet a déjà été anesthésié : un peu d'adresse permet parfois de tourner un obstacle qui, attaqué de front, avait opposé une résistance invincible. Mais au coude, l'anatomie pathologique nous enseigne qu'il n'en saurait être ainsi. Comme je vous le disais tout à l'heure, cet obstacle qu'il faut savoir tourner est toujours dû à la partie restante de la capsule ; or, dans la luxation du coude, — les autopsies sont sur ce point d'accord avec l'expérimentation, — la déchirure ligamenteuse est toujours totale, ou à peu près ; il n'y a pas de partie restante de la capsule, il n'y a pas de bande d'arrêt. Aussi la réduction a-t-elle coutume d'être ici très facile, souvent même sans qu'il soit besoin de recourir au chloroforme, et, pour réussir là où un autre médecin a échoué, il faut vraiment que cet autre soit d'une ignorance peu commune, ce qui n'était le cas ni pour mon ami Okinczyk, ni pour mes internes. Aussi, soupçonnant une interposition analogue à celle que j'ai constatée l'an dernier et dont je vous parlerai tout à l'heure, j'ai tout de suite pratiqué l'arthrotomie, et vous avez vu que mes prévisions se sont réalisées.

En effet, après être entré dans l'articulation par une incision externe et avoir vérifié l'existence d'une luxation en arrière et en dehors, avec radius déjeté un peu en

1. Extrait d'un volume de *Leçons cliniques*, qui paraîtra incessamment à la librairie Masson.

avant, j'accrochai de l'index gauche le bord interne de l'humérus et je pus faire basculer les os de l'avant-bras. Mais la réduction ainsi obtenue fut pénible et ne se maintint pas ; elle fut définitive, au contraire, après que j'eus fendu le ligament annulaire, situé entre le radius et le condyle. Il y avait là une interposition manifeste, et, de plus, je constatai que le ligament latéral interne pendait au bout du cubitus et se terminait par un nodule osseux, l'épitrochlée arrachée. On conçoit que, pendant les manœuvres de réduction, le nodule ait pu tomber dans la grande cavité sigmoïde et empêcher la remise en place du cubitus. Je n'ai pas saisi, cette fois, ce mécanisme sur le fait, mais vous allez voir que je l'ai noté dans un cas pour le ligament latéral externe ; et s'il n'y avait rien eu d'anormal du côté du cubitus, il est presque certain qu'on aurait obtenu la réduction isolée de cet os. Mais le radius fût sûrement resté luxé, de par l'interposition du ligament annulaire. C'est un point que je ne signalerai aujourd'hui qu'accessoirement.

Chez le malade que je viens d'opérer devant vous, cette interposition du ligament annulaire était évidente ; mais quel était l'obstacle à la réduction du cubitus ? D'après l'état de l'épitrochlée arrachée au bout du ligament latéral interne, j'ai émis une hypothèse dont vous allez pouvoir juger, par l'analyse de deux opérations que j'ai pratiquées déjà dans des circonstances analogues.

II

La première a deux ans et demi de date. Elle concerne un garçon de treize ans qui, le 16 décembre, fut blessé au bras droit par un arbre de transmission ; et, le 18 décembre, sous un gros épanchement sanguin, je reconnus une luxation du coude en dehors, avec saillie considérable au dedans de l'humérus, sur lequel se moulait la peau à moitié sphacélée. L'avant-bras était à peu près en extension et on pouvait lui imprimer, en dehors surtout, des mouvements de latéralité ; la flexion était possible. Quand on essayait la réduction par traction et refoulement en dedans, la main se plaçait en supination, toutes les autres manœuvres furent de même infructueuses ; on sentait la tête du radius en dehors et un peu en avant, et, quand l'avant-bras se mettait en supination, il semblait y avoir une amorce de cette bizarre luxation par renversement dans laquelle, au degré extrême, les os de l'avant-bras se placent face postérieure en avant et radius en dedans.

Le 21 décembre, après chloroformisation, je fis une incision sur ce qui était actuellement la ligne médiane postérieure, en dedans des points qui commençaient à se sphacéler. Après avoir traversé un hématome, j'entrai dans la jointure et je vis d'abord que l'épitrochlée arrachée formait un petit fragment senti en bas, en avant et en dedans ; l'olécrane, rugueux et dénudé, était bridé par un cordon fibreux, reste de la capsule, qui passait en dedans de lui et que je sectionnai. Je pus alors luxer dans la plaie l'extrémité humérale et y voir un arrachement de l'épicondyle. Tout à fait en dehors et en avant, je sentis la cupule radiale ; en dedans d'elle, et lui attenant par un ligament, était le fragment épicondylien. Faisant fléchir le coude, j'accrochai avec l'index le sommet de la coronoïde et j'obtins la réduction, l'incision postérieure devant être dès lors franchement interne.

Ici encore, vous le voyez, une saillie osseuse arrachée pendait au bout du ligament latéral correspondant, en dedans de la cupule radiale, et là sans doute était l'obstacle à cause duquel, dès qu'on voulait réduire par traction et refoulement direct, le radius glissait en avant en forçant l'avant-bras à se mettre en supination. Mais vous objecterez peut-être que je n'ai pas vu, au cours de l'opération, cette interposition qui, dès lors, reste hypothétique. Je l'ai vue, avec toute la netteté désirable, chez un garçon de onze ans que j'ai opéré le 30 juin 1894.

Cette fois, l'accident n'était pas tout à fait récent quand l'enfant entra à l'hôpital, le 26 juin. Il datait de trois semaines, et avait consisté en une chute sur le coude à la suite de laquelle on s'était borné à appliquer une écharpe. A l'admission, les signes étaient nettement ceux d'une luxation en arrière et en dehors, avec saillie visible sous la peau de l'épitrochlée et du bord interne de la trochlée. Rien de spécial dans les symptômes. L'enfant fut donc endormi, et après avoir fait des tractions et des mouvements communiqués pour rompre les adhérences, j'arrivai à obtenir l'extension et la flexion complètes. J'essayai alors de réduire par flexion latérale, puis, la main faisant levier dans le pli du coude, par pression directe ; cela ne donna rien. Par extension, je crus avoir réussi ; mais dès que je voulus fléchir l'avant-bras pour l'immobiliser à angle droit, un ressaut se produisit et le cubitus se déboîta. A plusieurs reprises cela se renouvela, et je conclus qu'il s'agissait d'une irréductibilité primitive, par interposition, exigeant l'arthrotomie.

J'opérai donc, le 30 juin, par incision interne, après avoir encore vérifié ce déboîtement brusque dès que je fléchissais l'avant-bras. Je découvris d'abord le ligament latéral interne, encore inséré au cubitus et terminé, à son extrémité supérieure devenue libre, par le noyau osseux que formait l'épitrochlée arrachée. Cela fait, et l'articulation étant béante, je fis exercer de l'extension et obtins la réduction : dès que je voulus fléchir, j'assistai à une luxation brusque du cubitus en arrière et en dehors. Aussi, pour tout explorer, je fis sortir entièrement par la plaie l'extrémité inférieure de l'humérus : trochlée et condyle étaient sains, mais de même que l'épitrochlée, l'épicondyle était arraché, et le fragment, gros comme un haricot, était appendu au bout du ligament latéral externe, intact par en bas. Ce fragment retombait sur la cupule radiale dès que je retirais mon doigt, avec lequel je le refoulais très facilement. Je le pris dans la cuiller d'une curette, je le fis basculer et l'amenai au dehors ; immédiatement, et sans que j'aie eu besoin de le réséquer, la réduction se fit, et se maintint.

Dans mes trois observations, outre l'interposition vue une fois du ligament annulaire, vous constatez par conséquent une lésion assez typique : à l'extrémité supérieure d'un seul ou des deux ligaments latéraux, dont les insertions sont conservées, la saillie humérale correspondante est arrachée et forme un petit noyau osseux qui, au bout d'une cordelette fibreuse, tombe sur la surface correspondante du radius — où je l'ai directement vu — et probablement du cubitus.

Est-ce le seul mode d'interposition qui puisse, dans une luxation du coude, entraîner l'irréductibilité primitive ? Il semble bien que non. M. Picqué a rapporté, devant la Société de chirurgie, il y a quelques semaines, une observation où Civel, de Brest, paraît avoir eu affaire à une interposition du ligament antérieur et du muscle brachial antérieur ; mais la description anatomique manque un peu de clarté. L'an dernier, à la même Société, Nélaton résumait un cas où Walther in-

criminait l'interposition d'un petit cartilage, haut de 5 à 6 millimètres sur 8 de large, provenant de la pointe fracturée de la coronoïde. Il est vrai que Nélaton a hésité à croire qu'une si petite lamelle ait pu suffire à former obstacle, car elle s'est brisée dès qu'a eu lieu la réduction; elle n'était donc pas bien résistante. Il se demande dès lors si la cause de l'irréductibilité n'était pas autre et n'a pas échappé au cours des manœuvres qui ont abouti à la réduction. Pour ma part, je crois qu'un fragment même très petit peut-être un obstacle absolu; et en tout cas, chez le malade de Walther il y avait interposition de quelque chose, car le cubitus pouvait être, par pression directe, refoulé sous la trochlée, mais pour se déboîter de nouveau dès qu'on cessait d'appuyer.

Ces luxations, et en particulier les trois que j'ai observées, étaient de celles qu'on ne pouvait songer à abandonner à elles-mêmes, pour demander ultérieurement au massage un retour convenable de fonction. On sait, sans doute, que chez l'enfant la luxation ancienne du coude en arrière peut permettre le retour de mouvements assez étendus dans une articulation assez solide. Mais, chez mes malades il y avait, en outre, un fort déjettement en dehors, si bien même que deux fois il s'agissait presque de la vraie luxation en dehors, avec saillie trochléenne suffisante pour menacer, par compression, la vitalité de la peau. Cela est si vrai qu'après réduction le sphacèle cutané eut lieu une fois, et entraîna un peu d'infection à la chute de l'eschare; de là un résultat final qui ne fut pas tout à fait parfait.

Chez le dernier malade dont je vous ai parlé, les téguments, 3 semaines après l'accident, étaient normaux; ils le restèrent après l'opération. L'apyrexie, avant et après l'arthrotomie, fut complète, j'obtins la réunion *per primam* parfaite, et le 26 juillet le malade sortait de l'hôpital, exécutait déjà de petits mouvements qui augmentaient par le massage et la mobilisation. Je ne l'ai pas revu, mais je suis à peu près certain que le coude est vite redevenu normal.

Mais chez mon autre opéré, il y avait déjà de la fièvre avant mon intervention. Du 18 au 22 décembre, la température avait oscillé entre 38° et 37°,5. Après l'arthrotomie, elle resta au même niveau jusqu'au 29 décembre; à partir de ce moment, elle resta entre 36°,5 et 37°,5. Naturellement, j'avais largement drainé. Bien m'en prit, car il y eut un peu de suppuration ayant eu pour point de départ les eschares internes, et lorsque l'enfant quitta l'hôpital, le 16 mars 1893, il portait encore deux fistulettes, suppurant il est vrai très peu. A la fin de juillet, il persistait une fistule, par laquelle le stylet arrivait sur l'os dénudé, en sorte que je dus évider la trochlée et le cubitus, tous deux atteints d'ostéite raréfiante avec quelques parcelles nécrosées. Le 15 septembre, la cicatrisation était achevée, l'indolence était parfaite; la flexion atteignait l'angle droit, et l'extention n'était pas tout à fait complète.

Chez notre malade d'aujourd'hui il faut nous préparer à quelque chose d'analogue, et c'est pour cela que j'ai drainé avec soin. En effet, depuis 3 jours que l'enfant est dans nos salles, la température oscille entre 38° et 39°, et dans la région épitrochléenne la peau présente déjà une eschare entourée de rougeur (1).

La dernière question qui se pose est de déterminer quelle incision convient le mieux pour pratiquer l'arthrotomie. Certains chirurgiens, en effet, conseillent d'inciser en arrière, en désinsérant le triceps. Je crois que, dans l'espèce, c'est un mauvais procédé et, pour ma part, j'ai toujours eu recours, comme aujourd'hui, à une incision latérale interne ou externe. Car si une fois je vous ai parlé d'incision postérieure, c'est qu'il s'agissait d'une luxation très fortement en dehors, et j'ai eu bien soin de vous dire que j'avais incisé sur ce qui était actuellement la ligne médiane postérieure, et le tracé devint, après réduction, franchement interne. Le procédé réellement postérieur, sur l'olécrane et le triceps est mauvais parce qu'il va à l'encontre des règles générales auxquelles doit obéir le chirurgien qui traite par l'arthrotomie une luxation ancienne ou récente.

Que ce soit à l'épaule ou à la hanche, les chirurgiens qui opéraient pour luxation ont employé pendant longtemps l'incision de l'arthrotomie ou de la résection classiques : incision antérieure pour l'épaule postérieure de la hanche.

Il y a quelques années, Ch. Nélaton a bien montré que c'était une erreur : c'est vers la cavité qu'il faut aller, pour la déblayer s'il en est encore temps, et on s'arrange justement pour tomber tout droit sur la tête luxée, qui empêche d'y pénétrer à l'aise. Car à l'épaule presque toutes les luxations anciennes sont antéro-internes; car à la hanche presque toutes sont postérieures. En réalité, il faut adapter le procédé à la variété de luxation en face de laquelle on se trouve, et ouvrir la jointure du côté opposé à la tête luxée, c'est-à-dire aussi directement que possible sur la cavité déshabitée.

Ce principe général me paraît aussi valable pour le coude, où, pour bien voir ce qui se passe dans la grande cavité sigmoïde et sous la trochlée, pour bien constater l'obstacle à la réduction et en venir à bout autrement qu'à l'aveuglette, il faut avoir une plaie que ne bouche pas l'olécrane, dans laquelle on puisse sans peine faire sortir toute l'extrémité inférieure de l'humérus. Dans l'observation de Civel, la description anatomique manque de précision, la manière exacte dont le ligament antérieur s'opposait à la réduction ne nous a pas été donnée; c'est que c'est bien difficile à voir par une incision rétro-olécranienne. Et cependant cette incision, bien vite reconnue insuffisante, avait dû être complétée par des incisions latérales, par la désinsertion partielle des ligaments latéraux. Si, au contraire, on fait l'arthrotomie latérale avec une incision de préférence portée vers la face antérieure du membre, on arrive tout droit vers l'extrémité inférieure de l'humérus, on voit la cavité sigmoïde, la cupule radiale, on y met le doigt et l'on a toute facilité pour lever l'obstacle vite et bien.

1. Du 24 juillet au 4 août, la température est restée la même. Le 4 août, j'appliquai un pansement humide parce qu'il y avait de la suppuration autour de l'eschare; mais le foyer articulaire ne suppura pas. L'enfant a été perdu de vue trop tôt pour qu'on puisse juger du résultat fonctionnel définitif.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIETE ANATOMIQUE

Séance du 6 Décembre 1901.

Tumeur du sein.

MM. Péraire et Lefas présentent une tumeur de la région mammaire survenue chez une femme de 27 ans.

Cette tumeur était d'aspect absolument papillomateux à la coupe. Or, il s'agissait d'un fibro-adénome bénin avec bour-

geons fibreux proéminant dans les alvéoles. Les présentateurs insistent sur la nécessité de faire toujours l'ablation de la capsule de ces tumeurs.

Fracture du bassin.

M. Morestin relate un cas de fractures multiples du bassin observé chez un homme écrasé par une charrette. Une double fracture verticale antérieure isole le pubis; la symphise iliaque gauche est disjointe; un trait de fracture, vertical, passe par les trous sacrés droits; un autre trait, transversal, se voit à la base du coccyx.

Absence de coalescence des culs-de-sac péritonéaux prévésicaux.

M. Ombrédanne présente une pièce qui provient d'un cadavre de l'école pratique. Ce sujet présente au-dessus de la vessie deux culs-de-sac péritonéaux triangulaires, limités en avant par le péritoine pariétal, en arrière par le méso de l'artère ombilicale. Cette disposition est la disposition normale chez le chien. Elle est constante chez l'embryon au cours du développement.

C'est la courbure de ce cul-de-sac qui explique le renforcement désigné d'ordinaire sous le nom d'aponévrose ombilico-prévésicale. Sur cette pièce on constate l'absence complète de tout renforcement limitant en arrière la cavité de Retzius, ce qui vient à l'appui de ce fait que l'aponévrose ombilico-vésicale est seulement le feuillet de coalescence du péritoine pariétal avec le feuillet antérieur du méso des artères ombilicales, l'allantoïde se développant entre les deux feuillets de ce méso. Dans le cas particulier, cette absence de coalescence semble liée à l'origine prématurée des artères ombilicales qui naissent très haut sur l'hypogastrique sous forme de rameaux vésicaux.

Epulis.

M. Bouglé présente un épulis du maxillaire inférieur; la tumeur, du volume d'une mandarine, a la structure d'un simple fibrome recouvert par la muqueuse: on y trouve des aiguilles osseuses; elle n'a pas récidivé depuis trois mois qu'elle a été enlevée.

Tumeurs du testicule.

M. Bouglé a pratiqué la castration pour une tumeur du testicule, dont M. Cornil a étudié la structure. Il s'agit d'un enchondrome kystique.

M. Cornil décrit l'aspect microscopique de la tumeur : on y voit de nombreuses cavités, délimitées par du tissu conjonctif et cartilagineux. Les cavités kystiques, régulières, sont tapissées par un épithélium cylindrique à une ou plusieurs assises; quelques-unes présentaient à leur intérieur des végétations recouvertes par le même épithélium.

Hématome surrénal.

M. Laignel-Lavastine montre un hématome de la capsule surrénale droite, accompagné d'une légère hémorrhagie de la capsule surrénale gauche. Le malade succomba dans le collapsus, en 18 heures, sans autre lésion apparente.

Sarcome du maxillaire chez le chien.

M. Petit présente une tête de chien dont le maxillaire supérieur est atteint de sarcome ossifiant; la tumeur, plus grosse que le poing, est unilatérale.

Cancer du cou chez le chien.

MM. Petit et Almy montrent un cancer très volumineux occupant la région cervicale supérieure chez le chien et ayant englobé les vaisseaux et nerfs de la région. Il s'agit d'un épithéliome corné, développé vraisemblablement aux dépens des vestiges branchiaux.

Tumeur du doigt.

MM. Gandy et Batigne montrent des coupes d'une petite tumeur enlevée au niveau de la face palmaire d'une phalange; il s'agit d'un angiome fibromyomateux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 Décembre 1901.

Du diabète par anhépatie dans les cirrhoses.

MM. Gilbert et P. Lereboullet montrent que, pour que le diabète par anhépatie se constitue, il faut non seulement qu'il y ait insuffisance hépatique, mais encore que l'appétit soit conservé et que l'alimentation sucrée excède ce que le foie est encore capable de fixer. Il faut en outre que le malade vive pour que les symptômes secondaires au diabète puissent s'établir.

Enfin ce diabète reste communément un petit diabète et on doit pour le constater, faire l'examen fractionné des urines et reconnaître la glycosurie digestive. Or, ces conditions sont rarement simultanément réalisées dans les cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques accompagnées d'insuffisance et ainsi s'explique que le diabète n'y soit qu'exceptionnellement reconnu. Dans les cirrhoses atrophiques alcooliques, il y a bien insuffisance hépatique, mais le malade ne mange pas, et meurt rapidement; de plus, il est au régime lacté, agent curateur du diabète par anhépatie, et qui en outre rend impossible à saisir une glycosurie digestive. Vient-on dans certains cas favorables, où l'alimentation est possible au moins temporairement où l'appétit est conservé, à pratiquer cet examen fractionné et l'on peut constater l'ébauche du diabète par anhépatie. Dans les cirrhoses hypertrophiques il n'y a le plus souvent pas d'insuffisance hépatique. Il est pourtant certains cas de cirrhose hypertrophique alcoolique ou biliaire où l'hyperhépathie fonctionnelle ne se superpose pas à l'hyperhépathie organique. Dans ces cas l'on peut observer si (comme dans les cirrhoses biliaires) le malade est boulimique, s'il vit, si l'on pratique l'examen fractionné, l'existence d'un véritable diabète par anhépathie, qui parfois comme MM. Gilbert et Lereboullet l'ont constaté, est assez notable, et peut s'accompagner de symptômes secondaires et notamment de gingivite expulsive.

Ces cas viennent donc à l'appui de la conception pathogénique du diabète par anhépathie chronique sans lésions du foie, et l'on ne saurait arguer de la rareté du diabète dans les cirrhoses pour nier le rôle de l'insuffisance hépatique.

Cette rareté s'explique aisément par l'absence des conditions nécessaires à la production du diabète. En regard du diabète par anhépatie dans les cirrhoses se place d'ailleurs le diabète par hyperhépatie dans certaines cirrhoses hyperthrophiques. MM. Gilbert et Lereboullet l'ont étudié dans les cirrhoses pigmentaires, et ce diabète est facile à distinguer par son rythme et les symptômes associés, du diabète par anhépathie.

Influence des infections et des intoxications sur les ferments sanguins.

M. Clerc. — Les infections subaiguës (tuberculeuse, staphylococcique), abaissent en général l'activité de la lipose et de l'amylose.

Le phosphore et l'arsenic l'élèvent, à dose hypertoxique, et l'abaissent si l'intoxication est subaiguë.

La toxine diphthérique exerce une action analogue.

Dégénérescence expérimentale spéciale du foie et des reins d'origine cytolytique.

MM. F. Ramond et J. Hulot. — L'injection répétée de substance hépatique de cobaye à des cobayes sains amène des lésions manifestes du foie, à l'exclusion de tout autre viscère, on observe une dégénérescence graisseuse avec infiltration surtout sus-hépatique, sans trace de réaction conjonctive, par suite de la production d'une cytolyse spéciale. L'expérience pratiquée

avec le rein donne des résultats analogues, quoique moins prononcés.

Action de la mucine sur le bacille diphthérique.

M. F. Arloing a constaté que la mucine de la limace exerce une action bactéricide sur le bacille de la diphtérie. La virulence de ce bacille mis en contact avec la mucine diminue d'abord et disparaît ensuite. Toutefois, le bacille pousse sur de la mucine additionnée de bouillon au tiers.

La mucine n'exerce par contre aucune action sur la toxine diphtérique.

Des toxines de la tuberculine.

MM. S. Arloing et **A. Descos**, s'inspirant de la distinction établie par Ehrlich parmi les produits directs du bacille de Lœffler, ont cherché si des corps analogues aux *toxones* ne pourraient pas être mis à découvert dans la tuberculine.

Par des mélanges convenables de tuberculine lente et de sérum antituberculineux, en prenant comme réactifs des cobayes tuberculeux, des cobayes et des lapins sains, ils sont parvenus à supprimer l'empoisonnement tuberculeux aigu, tout en laissant subsister une toxicité particulière qu'ils attribuent à des toxones.

Pour isoler les toxones, il faut ajouter à la tuberculine deux ou trois volumes de sérum antituberculineux. Cependant les proportions du mélange pourront varier suivant la toxicité de la tuberculine et la valeur du sérum antituberculineux.

La formule leucocytaire dans les abcès du foie.

MM. Mossé et **Sarda** (de Toulouse). — Une divergence d'opinions s'est manifestée au sujet de la valeur diagnostique de l'hyperleucocytose associée aux abcès du foie, et même sur l'existence d'une augmentation des globules blancs (communications de MM. Boinet, Maurel, Rispal). MM. Mossé et Sarda ayant eu l'occasion de pratiquer l'examen du sang chez 4 malades de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, atteints d'abcès du foie, ont soumis ces conclusions au contrôle de l'expérience.

D'après ces auteurs, l'hyperleucocytose qui accompagne les abcès du foie, tout en méritant d'être notée (19 000, 23 000, 26 000 chez 3 de leurs sujets) est insuffisante pour constituer un symptôme de valeur séméiologique bien confirmée, puisque MM. Mossé et Sarda ont trouvé une hyperleucocytose voisine de ces chiffres ou supérieure, dans d'autres affections du foie, en dehors de tout abcès.

Chez le 4e sujet, on a trouvé 40 000 globules blancs, mais il existait une phlébite ulcéreuse de la veine cave inférieure.

Chez les 4 malades, le pourcentage des diverses variétés de leucocytes a montré une proportion de polynucléaires supérieure à la normale (60 p. 100 Jolly, 70 p. 100 Hayem). On serait donc incité à attribuer à cette modification de la formule leucocytaire, la valeur séméiologique qui ne peut être accordée au chiffre global des leucocytes. Mais sur ce point encore, les auteurs font des réserves en raison de constatations qu'ils ont pu faire pendant leurs recherches actuellement en cours sur la leucocytose dans certaines affections hépatiques.

Infantilisme expérimental.

MM. Roger et **Garnier**. — L'infantilisme semble reconnaître pour cause principale, sinon unique, une dystrophie thyroïdienne. L'expérimentation nous semble confirmer cette conclusion. Nous avons déterminé chez des jeunes chiens des scléroses thyroïdiennes en injectant du naphtol dans les vaisseaux de la glande. Les artères thyroïdiennes étant trop petites pour qu'on puisse y introduire une canule, nous injectons le naphtol dans la carotide après avoir jeté une ligature temporaire au-dessus de l'origine des vaisseaux thyroïdiens, de cette façon on ne modifie nullement la circulation sanguine.

Les lésions ainsi provoquées dans la glande thyroïde sont suivies d'un arrêt très marqué du développement. C'est ainsi que 2 chiens d'une même portée pèsent l'un et l'autre à l'âge d'un mois 2 160 gr. L'un est gardé comme témoin et aujourd'hui, c'est-à-dire 15 jours plus tard, il pèse 3 300 gr. L'autre a été opéré : à partir de ce moment, son développement s'est arrêté, et son poids, au lieu de s'élever, est tombé à 2 100 gr. Cependant cet animal est l'objet des soins particuliers de la mère qui ne veut plus se laisser téter par ses autres petits et conserve son lait pour le malade. Celui-ci continue à téter et contrairement au témoin, paraît incapable de prendre une autre nourriture. Il est d'ailleurs beaucoup moins vif et marche difficilement; enfin, les poils sont restés courts, clairs, raides et cassants, tandis que chez le témoin ils sont devenus longs, abondants, ondulés et laineux. Comme on peut en juger par les animaux que nous présentons à la Société, nous avons réalisé ainsi un infantilisme expérimental d'origine thyroïdienne.

Action des alcools de fermentation sur les poissons.

M. Linossier. — Comme tous les expérimentateurs, j'ai constaté que la toxicité des alcools de fermentation pour les poissons croît avec leur poids moléculaire : une ablette peut vivre plus de 8 jours dans l'alcool éthylique à 0,5 p. 100; elle meurt en 4 à 7 heures dans l'alcool propylique au même titre, en quelques minutes dans les alcools butylique et amyélique. Les alcools inférieurs sont plutôt excitants, les supérieurs stupéfiants. On peut développer chez les poissons la résistance naturelle à l'action d'un alcool déterminé, soit par l'action ménagée du même alcool, soit par l'action prolongée d'un autre alcool moins actif.

Action des rayons rouges et des rayons violets sur le développement des batraciens.

MM. Leredde et **Pautrier**. — L'action de la lumière sur le développement des animaux a été peu étudiée, nous ne pouvons mentionner que les expériences de Béclard, Schnetzler, Yung, celles toutes récentes de Yakimowitch.

Les expériences des trois premiers auteurs montrent que d'une manière générale, la suppression des rayons de courte longueur d'onde du spectre (rayons chimiques, rayons violets et ultra-violets) amène un retard dans le développement des animaux.

Nous avons élevé des têtards de *rana temporaria* dans des aquariums en verre rouge, et en verre bleu de cobalt. Celui-ci laisse passer les rayons violets et ultra-violets. Les aquariums étaient soumis à un éclairage naturel intense. Au bout d'un mois, dans l'aquarium rouge, tous les têtards avaient encore une queue, un seul présentait des rudiments de pattes et respirait par le mode pulmonaire. Tous les têtards compris dans l'aquarium rouge avaient des pattes complètement développées, la queue réduite à un moignon informe et respiraient par le mode pulmonaire.

Nous avons élevé des larves de *trito cristatus* dans des aquariums identiques. Au bout de 3 semaines, nous avons pu constater que chez les tritons de l'aquarium bleu, le nombre des figures de karyokinèse dans la queue était plus de deux fois plus élevé que chez les tritons de l'aquarium rouge.

Les expériences de Yakimowitch sur les branchies de tritons ont donné des résultats identiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 Décembre 1901.

Varice thrombosée de la veine poplitée.

M. Quénu, à propos de la pièce présentée dans la précédente séance par M. Ricard, apporte une observation tout à fait analogue de varice thrombosée de la veine poplitée : la tumeur, adhérente au nerf poplité externe, occasionnait des douleurs très violentes, Extirpation facile et guérison rapide.

Ruptures de l'intestin par coup de pied de cheval; opération, guérison.

M. Cahier présente un cavalier qu'il a laparotomisé une heure après une contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. L'intestin grêle était déchiré en deux endroits voisins; il existait un épanchement stercoral limité. Suture des plaies intestinales, nettoyage à sec du péritoine, drainage abdominal double, médian et latéral (fosse iliaque droite), guérison.

Plaie de la moelle par coup de couteau.

M. Cahier présente un soldat qui, il y a 15 mois, à la suite d'un coup de couteau reçu entre la 6e et la 7e vertèbres dorsales, avait offert tous les signes d'une section incomplète de la moelle : paralysie du membre inférieur droit, anesthésie du membre inférieur gauche, paralysie passagère de la vessie (6 jours) et du rectum (50 jours). Pas d'intervention. Actuellement la paralysie et l'anesthésie des membres inférieurs s'est légèrement atténuée et le malade peut marcher en traînant la jambe droite qui est notablement atrophiée. Les réflexes sont très marqués à droite, c'est-à-dire là où les fonctions motrices sont abolies, et ils manquent complètement du côté où la sensibilité a disparu.

Calculs de la vésicule biliaire et du canal cholédoque.

M. Guinard présente une malade à laquelle il a fait la cholédocotomie, ainsi que les calculs extraits. La vésicule contenait 28 calculs, dont un gros, de 3 centimètres de diamètre, pesant 10 grammes. Dans le cholédoque était enclavé un calcul du volume d'une grosse noisette. Drainage des voies biliaires sans suture; fermeture de la fistule en quelques semaines. Aujourd'hui la guérison est complète.

Vaste suppuration rénale.

M. Loison présente un malade dont l'observation, tout à fait typique, montre la durée et la lenteur de la guérison de certaines suppurations rénales. Cet homme présentait une vaste suppuration du rein, qui fut ouverte en septembre 1899. En juillet 1900, la collection s'était réformée, atteignant le même volume que la première fois. Cette fois, après évacuation du pus, M. Loison fit la néphrectomie. Cette opération fut suivie de l'établissement d'une fistule qui persista jusqu'en août de cette année. La guérison a donc mis 2 ans à se faire. L'observation montre en outre l'inutilité de la néphrotomie en pareil cas.

Fracture de l'olécrane traitée par le cerclage.

M. Berger présente un malade atteint de fracture de l'olécrane qu'il a traitée par le cerclage. Cet homme présente en outre une luxation incomplète du semi-lunaire prise d'abord pour une simple entorse et diagnostiquée par la radiographie.

Kyste dermoïde du plancher buccal.

M. Berger présente un volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche, qui s'étendait de l'apophyse géni à l'os hyoïde et occupait l'interstice des muscles génio-glosses, sans la moindre adhérence avec le maxillaire. Ce kyste, entouré d'une capsule bien distincte, fut très facile à enlever par la voie buccale.

Grossesse extra-utérine.

M. Schwartz présente les pièces d'une grossesse extra-utérine enlevées 10 mois après le début de la grossesse. Le kyste fœtal, qui siégeait dans la trompe droite, s'était rompu probablement vers la moitié du 5e mois; puis il s'était regreffé et avait continué son évolution. M. Schwartz procéda à l'extirpation du kyste lorsqu'il fut évident que le fœtus était mort. Cette extirpation fut facile : le décollement du placenta ne donna pas de sang; seules les adhérences avec l'intestin étaient si étendues et si solides qu'il fallut abandonner des lambeaux de kyste dans le ventre. Aujourd'hui la malade est complètement guérie; il importe d'ajouter que depuis son opération elle n'a plus revu ses règles, bien que l'on ait laissé l'ovaire gauche.

Décollement épiphysaire consécutif à un traumatisme du genou.

M. Kirmisson présente l'extrémité inférieure du fémur d'un enfant qui subit l'amputation de la cuisse pour un traumatisme grave du genou. Les vaisseaux et nerfs poplités étaient sectionnés et il existait un décollement de l'épiphyse inférieure du fémur avec un petit trait de fracture à la partie interne de l'os; la portion antérieure de l'articulation était intacte.

Plaies de la moelle.

M. Nimier relate deux cas de plaies pénétrantes du rachis, l'une par arme à feu, l'autre par coup de sabre, observées au cours de la campagne du Tonkin. Dans les deux cas, les symptômes présentés par les blessés — abolition complète de la motricité et de la sensibilité dans les membres inférieurs, paralysie de la vessie et du rectum — faisaient croire à l'existence de lésions graves de la moelle, alors qu'en réalité il n'y avait que compression du cylindre médullaire par un hématome intra-rachidien. La gravité des symptômes cliniques ne permet donc pas toujours, en pareil cas, de conclure à la gravité des lésions anatomiques; c'est surtout la persistance de ces symptômes qui a une valeur pronostique.

M. Quénu apporte l'observation d'une fracture de la colonne cervicale par chute de cheval, chez un jockey. La fracture siégeait au niveau de la 5e vertèbre cervicale. Le blessé, entré à l'hôpital 28 heures après l'accident, présentait une paralysie et une anesthésie absolues des membres inférieurs, des avant-bras et des mains, la motricité et la sensibilité étaient conservés au niveau des bras. L'abolition des réflexes était complète, sauf le réflexe du dartos existant encore.

M. Walther clôt la discussion sur les plaies de la moelle en constatant qu'en somme :

1° Le diagnostic ferme de section de la moelle n'a pu être fait dans aucun cas, sauf dans celui de M. Tuffier; les symptômes cliniques sont insuffisants pour indiquer, au moins dans les cas de section complète, la nature exacte des lésions; l'abolition des réflexes, en particulier, n'a pas la valeur qu'on lui a attribuée;

2° L'intervention s'impose dans tous les cas, même en apparence les plus graves, puisque l'expérience nous apprend que, dans ces cas, il peut n'exister que des lésions bénignes auxquelles il est possible de remédier par l'opération.

Duodénostomie.

M. Routier, en revenant sur l'observation de duodénostomie communiquée dans la dernière séance par M. Hartmann, déclare qu'il a eu deux fois l'occasion, il y a déjà plusieurs années, de pratiquer une opération à peu près semblable.

Dans un cas, il s'agissait de gastrite ulcéreuse avec périgastrite (circonscrite à l'arrière-cavité des épiploons, ainsi que le montra l'autopsie) consécutive à l'ingestion d'acide sulfurique; il n'existait aucune lésion de l'œsophage, du cardia, ni même du pylore, mais l'estomac réagissait si violemment au contact du moindre aliment que le malheureux malade rejetait tout ce qu'il prenait et se mourait d'inanition. Le second cas concerne un homme atteint de cancer de l'estomac tellement étendu que ce réservoir était réduit à un étroit cylindre incapable de contenir les aliments. Dans les deux cas, M. Routier pratiqua, au niveau du pylore, ou mieux dans la région duodéno-pylorique, une étroite incision qu'il aboucha à la plaie abdominale, et à travers laquelle il fit passer une sonde dans le duodénum, sonde qui servit à alimenter les malades jusqu'à leur mort, survenue dans les deux cas, quelques jours après l'opération.

A ces deux observations, M. Routier en ajoute une troisième qui explique le mécanisme de ces lésions à distance con-

statées après les ingestions de liquides caustiques et leur localisation si fréquente au niveau du pylore. Dans cette observation d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, il existait, en effet, un rétrécissement cylindrique très serré de la région pylorique, mais, en outre, une longue bande cicatricielle s'étendant sur la petite courbure, et suivant ce que les anatomistes ont appelé la « cravate suisse »; l'œsophage, le cardia et le reste de l'estomac étaient intacts. Cette observation semble confirmer la théorie des anciens physiologistes sur la déglutition des liquides, théorie bien des fois contestée, et d'après laquelle les liquides glisseraient directement et rapidement du cardia vers le pylore, en suivant le bord droit ou petite courbure de l'estomac, pour gagner de suite l'orifice duodénal sans séjourner dans l'estomac.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 Décembre 1901.

Endocardite végétante et aortite ulcéreuse.

MM. Huchard et **Bergouignan** présentent les pièces anatomiques d'un cas d'endocardite mitrale végétante, avec aortite ulcéreuse et début d'anévrysme embolique de l'aorte abdominale.

L'observation de ce malade vient à l'appui des propositions suivantes :

1° Les maladies infectieuses peuvent produire rapidement, à une époque plus ou moins rapprochée de leur début, des artérites circonscrites de même nature, souvent avec le processus embolique, avec terminaison par un anévrysme à marche aiguë ;

2° D'autres fois, l'anévrysme encore à évolution rapide, évolue sur une aortite chronique, à la faveur de la maladie infectieuse ;

3° La maladie infectieuse, à une époque souvent éloignée de son début, produit des tumeurs anévrysmales à évolution subaiguë ou lente.

Dysenterie sporadique. Polyarthrite dysentérique.

M. H. Claude. — Les complications articulaires de la dysenterie se rencontrent dans la proportion d'environ 3,5 p. 100, mais elles constituent surtout un accident de la convalescence. Dans le cas que nous rapportons, ces arthropathies ont précédé, au contraire, les manifestations cliniques de la dysenterie.

Un homme de 52 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant de douleurs articulaires ayant débuté insidieusement quelques jours auparavant. On constate de la fièvre, un état général mauvais et des arthrites des deux genoux, des articulations tibio-tarsiennes et du coude. Ces arthrites s'amendèrent sous l'influence du salicylate de soude et pendant quelques jours la fièvre disparut. Le malade se plaignit alors de constipation, et raconta que depuis le début de la maladie les selles étaient rares, fragmentées et molles, de couleur verdâtre. A la constipation fit brusquement suite une diarrhée qui devint rapidement intense, formée de matières plus ou moins épaisses, brunâtres, très fétides, mêlées de quantité abondante de sang. La fièvre s'éleva de nouveau, des douleurs abdominales survinrent, l'état général s'aggrava rapidement et le malade succomba à une péritonite par perforation.

L'examen anatomique et histologique montre l'existence des lésions classiques de la dysenterie, localisées à l'S iliaque, au côlon descendant et à la moitié du côlon transverse.

Le diagnostic de la nature des accidents articulaires comme celui de la colite elle-même était dans ce cas particulièrement difficile, et seule l'étude anatomique permettait d'affirmer l'existence de la dysenterie. Nous n'avons pas pu découvrir d'amibes.

Syphilide pigmentaire exceptionnelle comme siège et comme étendue.

MM. Enriquez et **Bauer** publient l'observation d'un homme chez lequel la syphilide pigmentaire surtout nette à la région abdominale, s'étendait jusqu'à la face d'une part, jusqu'à la racine des cuisses d'autre part. La limite inférieure était à peu près linéaire et presque perpendiculaire à l'axe du membre. Peut-être y aurait-il lieu d'incriminer la disposition métamérique, comme dans le cas récent de MM. Brissaud et Souques.

Atrophie musculaire réflexe chez un tabétique.

MM. Enriquez et **Bauer** présentent un tabétique chez lequel on observe une atrophie très marquée des muscles sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, rhumboïde et grand dentelé, de la partie moyenne des muscles deltoïde et grand pectoral droits avec déplacement considérable de l'épaule correspondante. S'appuyant sur la marche raqide de l'atrophie, sur sa localisation, sur la nature des troubles électriques, sur l'existence indéniable de modifications osseuses, ils concluent à une atrophie musculaire d'ordre réflexe, secondaire à une double arthropathie tabétique encore peu accentuée.

Tétanos traité par les injections d'acide phénique. Disparition des contractures. Mort par pneumonie secondaire.

MM. Enriquez et **Bauer** rapportent l'observation d'un cas de tétanos aigu dans lequel les contractures qui avaient résisté au traitement chloralé et à la sérothérapie antitétanique furent favorablement influencées par l'injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum simple dans lequel on diluait 3 centimètres cubes de la solution phéniquée à 2 p. 100. Ces injections répétées matin et soir furent précédées les deux premiers jours de leur emploi d'une saignée de 200 grammes. En 8 jours les contractures disparurent, mais la malade mourut ultérieurement de pneumonie. Ces grandes injections de sérum faiblement phéniqué semblent donc pouvoir être substituées avec avantage aux simples injections phéniquées.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 18 Décembre 1901.

De l'emploi de l'aspirine chez les tuberculeux.

M. Rénon. — Je désirerais simplement rappeler que, contrairement aux conclusions absolues en faveur de l'emploi de l'aspirine chez les tuberculeux que m'a prêtées M. Hirtz dans la dernière séance, j'ai fait, à plusieurs reprises, à la Société médicale des hôpitaux, de grandes réserves sur la valeur de ce médicament. Il présente de nombreux inconvénients qu'a signalés M. Hirtz, et ne saurait en aucun cas suppléer à la cure d'air et à la suralimentation ; néanmoins j'en ai récemment encore obtenu de bons effets en le donnant à la dose de 25 à 30 centigrammes, deux fois par jour et tous les 4 jours seulement à des tuberculeux fébricitants.

M. Vogt. — A propos des agents médicamenteux qui peuvent être employés dans le traitement de la tuberculose, je signalerai le thiecol ou ortho-sulfogaïocolate de potasse qui, chez quatre de mes malades, pris à la dose quotidienne de 50 centigrammes, a diminué les sueurs profuses, relevé l'état général, atténué les signes physiques, modifié les échanges respiratoires dans leurs trois termes, en présentant le grand avantage de ne jamais provoquer de troubles digestifs.

Du mode d'action de l'ovarine et de son emploi dans le rhumatisme chronique déformant.

M. Dalché. — Avec la collaboration de M. Lépinois, j'ai cherché à fixer le mode d'action de l'ovarine et les modifications subies par l'organisme dans les cas où son emploi a été suivi de succès. Pour cela, j'ai administré à 6 malades pendant des laps de temps différents et à plusieurs reprises, 6 capsules par jour d'extrait d'ovaire soit 10 centigrammes de principe actif sec ou l'équivalent des deux ovaires de brebis. J'ai constaté d'une façon très nette de la polyurie, un accroissement

marqué de l'acide phosphorique total, de l'urée, du nombre de globules rouges et dans la moitié des cas le relèvement de la nutrition générale; aussi peut-on, à mon avis, classer l'ovarine parmi les médicaments oxydants. Au point de vue pratique, je crois qu'il faut l'employer longtemps et à petites doses.

D'autre part, sachant que Charcot et Béclère ont signalé les troubles de la menstruation et de la ménopause comme point de départ du rhumatisme chronique déformant, j'ai pensé qu'il n'y avait pas lieu de limiter l'emploi de l'ovarine aux seuls cas de dystrophie ovarienne et je l'ai expérimenté chez plusieurs malades atteints de rhumatisme chronique déformant à début récent. Deux d'entre elles ont accusé immédiatement une diminution notable de douleurs, et j'ai pu constater l'arrêt des déformations osseuses, d'autant plus rapide et plus complet que la date de la ménopause était plus rapprochée de la première poussée de rhumatisme. Enfin, chez un jeune homme j'ai, par le même traitement, obtenu d'excellents résultats. L'identité d'action dans les deux sexes s'expliquerait par la présence d'un élément commun dans les produits ovarien et testiculaire : la spermine. Je me garderai néanmoins de poser des conclusions formelles au sujet du mode d'action et de la valeur de l'ovarine dans le traitement du rhumatisme déformant.

Du benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis.

M. Désesquelles. — M. Gaucher a proposé d'employer en injections hypodermiques le benzoate de mercure formulé de la façon suivante :

Benzoate de mercure. . . . . 1 gr.
Chlorure de sodium. . . . . 0 gr. 75
Eau distillée. . . . . Q. S. p. 100 c. c.

Je crois qu'une telle formule constitue une hérésie chimique, et qu'il est préférable d'éviter la double décomposition des deux sels mis en présence, en formulant :

Benzoate de mercure. . . . . 1 gr.
Benzoate d'ammoniaque. . . . . 5 gr.
Eau distillée. . . . . Q. S. p. 100 c. c.

Au point de vue pratique, j'ai obtenu d'excellents résultats du benzoate de mercure ammoniacal, qui agit avec une grande rapidité, ne provoque jamais d'accidents hydrargyriqnes, et dont l'injection cause peu de douleur si l'on a soin d'ajouter une dose de 1 à 2 milligrammes de cocaïne à la formule que j'ai proposée.

M. Albert Robin. — Dans un cas d'iritis spécifique secondaire rebelle aux piqûres de calomel, j'ai vu les accidents s'amender au bout de 3 jours et disparaître en 11 jours grâce à des injections sous-cutanées de 5 centigrammes de benzoate de mercure, continuées après la guérison de l'accident par 30 injections de 3 centigrammes. Ces doses massives n'ont provoqué aucun symptôme d'intoxication.

M. Riche présente des photographies *d'appareils destinés à faire la rééducation des ataxiques*, et qui auraient l'avantage de lutter plus spécialement contre les troubles sensitifs et l'incoordination mentale que présentent ces malades. M. Riche ne peut encore se prononcer d'une façon définitive sur la valeur des résultats obtenus.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 Décembre 1901.

Myopathie primitive avec intégrité des contractilités faradique et galvanique des muscles.

MM. Brissaud et **Allard** présentent un enfant de 6 ans, atteint, à la suite d'une maladie fébrile indéterminée, d'une paralysie très accusée des quatre extrémités, que plusieurs médecins ont pris pour de la chorée molle. En réalité, il s'agit d'une myopathie primitive, généralisée. Au niveau des membres inférieurs, la lésion musculaire est plus accusée à leur périphérie qu'à leur racine, ce qui constitue une anomalie. Les réflexes tendineux sont abolis. Or, fait très remarquable et exceptionnel, l'excitabilité musculaire, galvanique et faradique, est normale; seule, l'amplitude des contractions est légèrement diminuée.

M. Huet a observé deux myopathiques, atteintes de déformations très prononcées, et ayant cependant conservé l'intégrité de leur contractilité électrique. Dans un autre cas de myopathie primitive, le vaste interne présentait la réaction de dégénérescence. On peut donc observer, dans des myopathies, toutes les modalités des réactions électriques des muscles atteints.

De la flexion du tronc dans le décubitus dorsal (acte de se mettre sur son séant.)

MM. Grasset et **Calmette** (de Montpellier) étudient la valeur séméiologique du signe décrit par M. Babinski sous le nom de flexion combinée de la cuisse et du tronc et ils arrivent aux conclusions suivantes :

L'action de se mettre sur son séant peut s'exécuter de quatre manières différentes :

1° Type normal, le sujet s'asseoit, les membres inférieurs restant absolument immobiles ou les jambes se fléchissant légèrement sur les cuisses, sans que les talons quittent le sol;

2° Type cérébelleux, indiquant la faiblesse de l'appareil neuro-musculaire de la hanche (extenseurs et surtout fléchisseurs de la cuisse) : le sujet s'asseoit ou essaie de s'asseoir en fléchissant les cuisses sur le bassin, en étendant complètement les jambes sur les cuisses et en détachant fortement les talons du sol;

3° Type hémiplégique, indiquant à la fois la faiblesse de l'appareil neuro-musculaire de la hanche et la faiblesse des extenseurs de la jambe sur la cuisse (fléchisseurs supplémentaires de la cuisse sur le bassin) : le sujet s'asseoit ou essaie de s'asseoir en fléchissant les cuisses sur le bassin et en fléchissant les jambes sur les cuisses.

Les types 2 et 3 peuvent être unilatéraux, c'est-à-dire qu'un membre inférieur étant en type 2 ou 3, l'autre peut être en type 1, 2 ou 3;

4° Type Kernig, indiquant les mêmes éléments que le type 3 et, en plus, la contracture des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse : le sujet s'asseoit comme dans le type 3, seulement on ne peut pas, avec la main, lui étendre artificiellement les jambes sur les cuisses.

M. J. Babinski constate que MM. Grasset et Calmette confirment en partie ce qu'il a écrit sur la flexion combinée de la cuisse et du tronc et n'infirment aucune des idées qu'il a émises.

Volumineuse tumeur cérébrale de nature tuberculeuse observée chez un enfant.

MM. Lenoble et **Aubineau** (de Brest) adressent l'observation d'un enfant, atteint d'abord d'hémiplégie cérébrale droite, avec névrite optique œdémateuse, et ensuite de méningite. A l'autopsie on a constaté la présence de deux tubercules, l'un, énorme, au niveau des noyaux optostriés droits; l'autre, plus petit, au niveau de la protubérance; de plus, on a trouvé une méningite tuberculeuse cérébro-spinale. Aucune autre lésion tuberculeuse dans le reste de l'économie, ce qui démontre que les deux tubercules du cerveau étaient primitifs.

Quatre cas d'hémianesthésie par hémorrhagie de la capsule externe.

M. Touche (de Brévannes) présente des coupes histologiques relatives à 4 cas d'hémianesthésie, dans lesquels l'autopsie a permis de constater une hémorrhagie de la capsule externe.

Cet examen macroscopique et microscopique permet de formuler les conclusions suivantes :

1° Les hémorrhagies de la capsule externe, qui s'accompagnent d'anesthésie, se rapportent à des lésions qui, sur une coupe horizontale, se prolongent en arrière de la pointe postérieure du noyau lenticulaire, à la face profonde de l'angle que a coupe de la circonvolution postérieure de l'insula fait avec a coupe soit de la temporale profonde, soit de la première tem-

porale. Cette région insulo-temporale semble jouer un rôle important dans l'hémianesthésie.

2° Dans 3 cas, l'hémianesthésie s'accompagnait de douleurs spontanées très vives (sensation de brûlure, de rongement), et dans ces 3 cas, la lame hémorrhagique se contournant autour de l'angle insulo-temporal, se continuait plus ou moins profondément dans l'intérieur de la temporale profonde, ou de la première temporale;

3° Dans 2 cas, l'anesthésie était transitoire. Elle a semblé être en rapport avec une compression de la région insulo-temporale, compression qui cesse quand le foyer hémorrhagique commence à se rétracter.

Hémiplégie consécutive à une hémorrhagie cérébrale chez un diabétique.

MM. Klippel et **Jarvis** rapportent l'observation d'un diabétique, tombé subitement dans le coma, suivi d'une hémiplégie gauche avec ptosis de la paupière du même côté. Dès le lendemain, le malade reprenait connaissance et l'hémiplégie disparaissait : on pensait à une paralysie diabétique par auto-intoxication, lorsque, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes moteurs, le malade mourut. A l'autopsie on trouva un gros foyer d'hémorrhagie cérébrale en pleine capsule externe du côté droit.

De l'épilepsie jacksonienne, en particulier frontale.

M. A. Chipault croit que l'épilepsie jacksonienne, à elle seule, ne suffit pas à indiquer une intervention cranienne, mais que cet isolement symptomatique ne se rencontre pour ainsi dire jamais en pratique, et que d'ordinaire l'épilepsie jacksonienne surgit au cours de l'évolution d'un syndrome devant lequel se posait le problème de la trépanation.

L'épilepsie partielle suffit à localiser cette dernière, à défaut d'un meilleur symptôme localisateur qu'on aurait tort d'attendre. Parmi ces symptômes meilleurs et quelquefois concomitants, il en est un qui consiste dans la perte de la motilité et de la sensibilité significatives; il indique que la lésion provocatrice de l'épilepsie jacksonienne est située à la région frontale ou simultanément sur cette dernière et la région rolandique.

M. Raymond fait observer que la perte de la motilité et de la sensibilité significatives, ou trouble du sens stéréognostique, se rencontre fréquemment dans l'hémiplégie motrice permanente, provoquée par une lésion de la zone motrice. Le sens stéréognostique ne saurait avoir un siège spécial; il dépend entièrement du territoire moteur correspondant. On avait cru infirmer la doctrine des localisations cérébrales à l'occasion de l'observation présentée par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine et relative à une gomme du lobe frontal avec épilepsie bravais-jacksonienne. Mais laissant de côté toute la partie chirurgicale du problème, il semble bien démontré aujourd'hui que c'est l'hémiplégie motrice permanente qui permet seule d'affirmer la localisation d'une lésion dans la zone rolandique.

Association d'hémiplégie hystérique et de diplégie cérébrale infantile.

M. Laigne-Lavastine présente une malade atteinte de cette association morbide : l'hystérie masquait la diplégie cérébrale infantile dont l'existence a pu être décelée par la constatation de l'exagération des réflexes tendineux, de l'épilepsie spinale et du signe de Babinski.

Localisations motrices médullaires dans la paralysie infantile et dans la syringomyélie.

MM. Huet et **Cestan** présentent un jeune enfant de 10 ans qui a été atteint, à l'âge de 5 ans, d'une paralysie infantile ayant intéressé le bras gauche; bientôt la paralysie a abandonné le groupe musculaire innervé par la partie radiculaire supérieure du plexus brachial; elle s'est localisée dans le groupe médullaire inférieur, dont elle a provoqué l'atrophie complète de la manière la plus typique. Ce fait montre qu'un foyer de myélite de la corne antérieure peut créer des troubles paralytiques et atrophiques affectant une disposition radiculaire.

Les auteurs présentent un deuxième cas qui concerne une femme atteinte de syringomyélie. De même que les troubles de la sensibilité occupent le territoire sensitif radiculaire supérieur, les troubles de la motilité siègent exclusivement dans ce même territoire. Ici aussi une lésion de la corne antérieure (gliomatose) a pu créer des troubles paralytiques et atrophiques affectant une disposition radiculaire.

Infantilisme myxœdémateux traité par la thyroïdine pendant cinq ans.

M. Hertoghe (d'Anvers) adresse l'observation d'une enfant de 8 ans présentant les caractères typiques de l'infantilisme myxœdémateux, et ayant, en outre, une hernie ombilicale et des déformations rachitiques des jambes. La mère, au cours de sa grossesse, eut de violents accès de fièvre paludéenne. Le traitement thyroïdien a été institué pendant 5 ans.

A 8 ans,	poids 15 k. 800,	taille 0 m. 864
A 9 —	— 17 k. 900,	— 1 m.
A 10 —	— 20 k.	— 1 m. 061
A 13 —	— 30 k.	— 1 m. 25

L'aspect myxœdémateux a totalement disparu, ainsi qu'en témoignent les photographies envoyées par l'auteur.

M. Henry Meige fait remarquer que les déformations des membres inférieurs comparables à celles de la petite malade de M. Hertoghe, ne sont pas un élément de diagnostic suffisant pour affirmer le rachitisme. Avec les progrès de la croissance les déformations de ce genre disparaissent plus ou moins vite sans le secours d'aucun traitement.

SOCIETÉ NATIONALE DE MEDECINE DE LYON

Séance du 2 Décembre 1901.

Paralysie asthénique bulbo-spinale.

M. Leclerc montre une malade qui présente le syndrome connu sous le nom de paralysie asthénique bulbo-spinale.

C'est une jeune fille de 24 ans, couturière, sans antécédents nerveux héréditaires ou personnels. Sans cause appréciable, elle a commencé il y a vingt mois à éprouver de la diplopie, de la difficulté à regarder latéralement et presque en même temps de la faiblesse dans les membres supérieurs. L'affaiblissement des membres inférieurs commença plus tard.

Actuellement, on constate : une ophtalmoplégie externe double totale, une ophtalmoplégie interne partielle (les pupilles réagissent à la lumière, mais nullement à l'accommodation). La papille est normale, ainsi que le champ visuel et la vision des couleurs.

Pas de ptosis complet, mais néanmoins un peu de parésie des releveurs de la paupière. Les muscles innervés par le facial supérieur ou inférieur ne sont pas sensiblement touchés. Les mouvements de la langue sont parfaitement conservés. De temps en temps parésie des muscles de la déglutition et rejet des aliments par les fosses nasales. Affaiblissement marqué des muscles masticateurs. Léger affaiblissement des muscles de la nuque. Parésie prononcée des muscles de la racine des membres supérieurs (deltoïde principalement), moins prononcée aux membres inférieurs; la malade marche lentement avec un peu d'hésitation. Quand elle monte des escaliers, il lui arrive après avoir gravi quelques marches de ne pas pouvoir monter plus haut et de tomber à genoux.

Réflexes tendineux et cutanés normaux, aucun trouble de la sensibilité. Pas de traces d'atrophie musculaire.

Aucun signe d'hystérie, variabilité dans la faiblesse musculaire. Le malade a ses bons et ses mauvais jours. L'asthénie musculaire s'accentue avec la répétition des mouvements qui produit l'épuisement musculaire.

Ce syndrome a été signalé en 1878 par Erb qui publia trois cas d'origine bulbaire. Les recherches ultérieures ont montré

qu'il ne repose sur aucune lésion anatomique. S'agit-il d'une entité morbide appartenant à la famille des paralysies bulbaires et spinales vraies, c'est-à-dire des polio-encéphalomyélites ? Dès lors, il faut admettre qu'il s'agit d'un simple trouble fonctionnel, c'est-à-dire d'altérations encore invisibles des cellules motrices abolissant leur fonction motrice et respectant leur fonction trophique, puisque contrairement à ce qui a lieu dans les polio-encéphalomyélites, l'atrophie musculaire fait défaut. Ou bien, ainsi que le disent Déjerine et Thomas, le complexus symptomatique en question serait-il moins une entité morbide qu'un syndrome abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes ? Dans l'état actuel de la science, il paraît imprudent de prendre parti pour l'une plutôt que pour l'autre de ces deux hypothèses.

M. L. Dor a observé, il y a une quinzaine de jours, un cas de paralysie asthénique. Il s'agissait d'une femme de 56 ans, exempte de maladies infectieuses et non hystérique, qui depuis trois ans était atteinte d'une ptose palpébrale intermittente survenant dans les conditions suivantes : le matin et dans la journée après un long repos les yeux sont ouverts, mais aussitôt que la malade a fait pendant une demi-heure des efforts d'attention visuelle, les yeux se ferment invinciblement par une ptose paralytique, et à ce moment la malade est obligée de soulever ses paupières avec les doigts, après avoir lutté pendant un moment au moyen de l'occipito-frontal.

M. Dor a fait le diagnostic de paralysie asthénique parce que la malade a en même temps d'autres troubles nerveux ; ainsi elle peut bien marcher, mais ne peut pas monter les escaliers. Les muscles de la racine du membre inférieur sont asthéniques, mais le cas se complique du fait que la malade a une luxation congénitale de la hanche d'un côté et du *genu valgum*. Cependant jusqu'à ces dernières années elle pouvait monter les escaliers.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 13 Décembre 1901.

Traitement du goitre exophtalmique par les injections d'éther iodoformé.

M. Pitres dépose sur le bureau une thèse de M. Collon faite dans son service. Sur 24 cas de goitre exophtalmique traités par cette méthode, il y a eu 12 cas de guérison, 9 d'amélioration par suite d'un traitement involontairement incomplet.

Une malade soumise au traitement étant morte de tuberculose pulmonaire, il a été possible de voir le mode d'action des injections. Celles-ci agissent en produisant une sclérose diffuse de l'organe, mais il persiste au milieu du tissu des cavités glandulaires. La glande ne disparaît pas complètement ; aussi n'a-t-on pas à craindre des troubles de myxœdème, comme on en rencontre après l'ablation complète de la glande.

M. Pitres ne croit pas que l'iode agisse comme spécifique. On pourrait probablement obtenir un résultat analogue avec une injection sclérosante modificatrice quelconque.

Cure radicale de hernie.

M. Pousson a employé la méthode des fils perdus en argent telle que l'a conseillée Phelps. Il présente un malade opéré par ce procédé. Dans le cas actuel, l'opération est récente ; mais M. Pousson en a opéré d'autres où la guérison se maintient après 9 ou 10 mois.

M. Loumeau demande quel avantage il y a de laisser les fils au lieu de faire une suture profonde avec ces mêmes fils qu'on peut enlever ensuite.

M. Hassler croit que si la récidive est fréquente après les sutures au catgut, cela tient à ce qu'on permet aux malades de se lever trop tôt ; si l'on laissait les malades un mois dans le décubitus dorsal, les récidives seraient moins nombreuses. M. Hassler a autrefois employé le procédé des fils perdus en soie ; malgré une réunion par première intention, deux de ses malades, après 6 mois et 8 mois de guérison, ont vu survenir un abcès local à l'occasion d'une infection générale et les fils de soie se sont éliminés. Avec les fils métalliques on aura moins à craindre l'infection tardive. Le procédé employé par M. Pousson pourra donc être employé avantageusement pour les malades qu'on ne peut immobiliser assez longtemps dans le décubitus dorsal, mais pour ceux-là seulement.

M. Pousson répond à M. Loumeau qu'il laisse à dessein les fils pour constituer un grillage protecteur. Dans la cure radicale on reconstruit en effet la paroi abdominale avec des tissus d'une minceur extrême. Avec le procédé de Bassini on a une paroi moins mince, mais les fils constituent une barrière excellente plus efficace.

M. Villar déclare le procédé intéressant, mais peut-être pas assez chirurgical. Les récidives, signalées en effet en grand nombre, tiennent peut-être pour beaucoup à ce que les interventions sont insuffisamment faites. Les procédés actuels basés sur les données de Bassini, lorsqu'ils sont régulièrement suivis, ne doivent pas donner d'échecs. Il faut, par exemple, ouvrir largement le canal inguinal, car il faut faire une paroi au point où il n'y a que le *fascia transversalis*, et c'est en faisant descendre le petit oblique et le transverse qu'on obtient cette paroi.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 Décembre 1901.

Anomalies thoraciques comme causes prédisposantes de la tuberculose et de l'emphysème.

M. W. A. Freund. — La capacité respiratoire des poumons étant fonction de l'expansion et de la contraction du thorax, on conçoit que les modifications du volume et de la dilatabilité thoraciques constituent des causes prédisposantes de diverses affections pulmonaires.

Une des plus fréquentes de ces modifications résulte du raccourcissement des cartilages costaux. D'après les mensurations effectuées par M. Freund, ces cartilages, qui ont d'ordinaire 2 centimètres de longueur à la naissance, atteignent 4 centimètres chez l'adulte ; mais que ce développement des cartilages ne se fasse pas, et l'on aura un thorax étroit, peu dilatable, correspondant à l'*habitus phtisicus*. L'hypertrophie des muscles inspirateurs constitue, en pareille occurrence, un phénomène de compensation.

Une autre altération qui agit dans le même sens, c'est la périchondrite costale avec ossification. M. Freund a souvent constaté cette lésion en cas de tuberculose des sommets. La compensation peut s'effectuer par le relâchement de la soudure entre le manubrium et le corps du sternum, ou même par la fracture du premier cartilage costal, avec formation consécutive d'une pseudarthrose. C'est ainsi que M. Freund a observé un cas de tuberculose pulmonaire ayant guéri de la sorte ; d'autre part, sur 30 cadavres présentant des foyers tuberculeux du sommet avec raccourcissement des côtes, il s'agissait dix-huit fois de lésions guéries, et cette guérison coïncidait avec la production de pseudarthroses.

Enfin, le cartilage costal peut s'hypertrophier, devenir poreux et immobiliser la côte en position d'inspiration ; la conséquence en est l'apparition d'un emphysème pulmonaire.

Il est facile de lutter contre ces troubles, au moyen d'une intervention opératoire fort simple et sans danger, qui, suivant les cas, consiste soit en la section, soit en la résection du cartilage costal.

Des « bains de lit » dans la fièvre typhoïde.

M. Krönig propose, pour faire bénéficier les typhoïdiques

de la balnéation froide sans leur faire subir les fatigues et les traumatismes inhérents au transport dans la baignoire, de baigner ces malades dans leur lit ; dans ce but, on glisse sous leur corps une toile cirée dont les côtés sont maintenus relevés et dont les deux extrémités sont fixées au lit ; ensuite, au moyen d'un arrosoir, on fait des affusions avec de l'eau d'abord à 27° ou 28°, puis, au bout de dix minutes, à 13° ou 14° seulement.

Cette méthode, que l'orateur emploie depuis dix-huit ans, donnerait des résultats aussi satisfaisants que les bains ordinaires ; elle abaisserait en général la température de 2° à 3°.

M. Cramer déclare que, sans connaître la pratique de M. Kronig, il procède d'une façon analogue ; le patient doit être recouvert d'un drap ; la durée de cette sorte de bain peut être portée jusqu'à deux ou trois heures.

Prophylaxie des calculs rénaux oxaliques.

M. G. Klemperer fait observer que, étant donné qu'il est très difficile d'éliminer du régime des oxaluriques tous les aliments susceptibles de produire de l'acide oxalique, — ce qui reviendrait à l'abstention de viande et de légumes, — il vaut mieux s'efforcer de donner à ces malades des médicaments capables de solubiliser ledit acide et, par suite, d'en empêcher la précipitation. Dans ce but, l'orateur préconise les sels de magnésie ; aussi proscrit-il le lait, riche en chaux mais pauvre en magnésie, ainsi que les œufs et les légumes contenant beaucoup d'acide oxalique ; par contre, il permet la viande, les substances grasses, les légumes secs, les mets à base de farine ; ce régime alimentaire est complété par l'administration d'une dose quotidienne de 2 grammes de sulfate de magnésie.

M. Senator croit la conception de M. Klemperer parfaitement légitime ; l'oxalurie des jeunes sujets lui paraît explicable par l'alimentation lactée prédominante au début de la vie.

Entérite gommeuse congénitale avec présence d'un champion pléomorphe.

M. Jürgens rappelle une communication qu'il a faite en 1884, relative à des animaux atteints d'entérite gommeuse congénitale offrant tous les caractères histologiques de l'entérite syphilitique congénitale et causée par un champignon particulier, le *Macrosporon minutissimum*.

Au cours de nouvelles recherches sur le plexus nerveux de l'intestin, M. Jürgens a pu constater l'existence, dans des cas de lésions hémorrhagiques intestinales avec sclérose des vaisseaux et dégénérescence graisseuse du parenchyme, d'un champignon possédant un pléomorphisme extrêmement accusé. En effet, il se présente tout d'abord sous la forme d'un mycélium long et large, dont les filaments deviennent, par la suite, de plus en plus ténus, au point de ne pouvoir être isolés même avec les objectifs les plus puissants ; ces filaments se segmentent bientôt en bâtonnets, puis en cocci extrêmement petits, de sorte que le champ du microscope finit par renfermer non seulement des streptocoques, mais aussi des staphylocoques.

Ce champignon fut constamment trouvé en cas d'entérite gommeuse ; il existait d'ordinaire aux points où les lésions se montraient le moins accentuées. M. Jürgens l'a recherché aussi dans des cas de syphilis congénitale ; il l'a rencontré dans des cellules cartilagineuses de la ligne épiphysaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 Décembre 1901.

Recherches expérimentales sur l'éclampsie.

M. Blumreich. — S'inspirant de ce fait que la crise éclamptique traduit un état d'irritation des centres moteurs, il a cherché à résoudre expérimentalement la question de savoir si la cause de cet accident est une augmentation d'irritabilité de l'écorce, ou l'intervention d'un excitant anormalement puissant. Dans ce but, il a mis à nu les centres corticaux chez des lapines, les unes pleines, les autres à l'état normal ; après avoir reconnu ces centres au moyen de l'excitation électrique, il y a répandu de la créatine, substance douée de propriétés convulsivantes. Il a pu s'assurer ainsi que des doses qui suffisaient à produire des convulsions chez les lapines pleines étaient sans action sur les animaux témoins. Les résultats ont été identiques quand, au lieu d'appliquer directement la créatine sur les centres psychomoteurs, on injectait cette substance sous la peau, en solution aqueuse.

Ces recherches, dont les conclusions paraissent applicables à l'espèce humaine, démontrent que la gravidité détermine une hyperexcitabilité de l'écorce, ce qui explique la tendance aux convulsions qu'on observe dans cet état physiologique.

Quant à la nature de l'excitant qui intervient pour produire l'éclampsie, il faut avouer qu'elle nous échappe encore ; il est clair qu'il ne s'agit pas purement et simplement d'urémie. M. Blumreich a pu constater, d'ailleurs, que la néphrectomie double n'a pas d'autre effet sur les lapines pleines que sur les témoins, On ne saurait davantage invoquer une intoxication ayant sa source dans les échanges organiques du fœtus ; la quantité de produits de désassimilation que celui-ci peut lancer dans la circulation maternelle est tellement faible, comparée à celle qui y est contenue normalement (1 gr. 4 : 35 gr.), que la légère augmentation qui en résulte ne sort pas des limites des variations physiologiques.

M. Gottschalk, ne croit pas, pour sa part, que l'éclampsie soit une entité morbide ; il n'y voit qu'un syndrome que des facteurs fort divers peuvent réaliser ; l'intoxication par le sublimé, par la nitrobenzine, l'empoisonnement cyanhydrique subaigu ont une physionomie clinique analogue. M. Gottschalk ne pense pas non plus qu'on puisse l'isoler complètement de l'urémie, et, à ce point de vue, il fait jouer un rôle important à la compression de l'uretère par l'utérus gravide ; il est vrai que cette compression est unilatérale, mais il peut y avoir anurie complète — par mécanisme réflexe — quand un seul uretère est obstrué, ainsi qu'on l'observe dans la lithiase rénale. Dans d'autres cas, alors que le fœtus est mort, il s'agit d'une intoxication cadavérique ; dans d'autres, d'une épilepsie se révélant pour la première fois à l'occasion de la grossesse ; dans d'autres encore, de crises déterminées, chez des femmes névropathes, par la crainte même de l'éclampsie.

Antilactosérum.

M. Schütze dit avoir pu faire apparaître dans le sang de chèvre des propriétés antitoxiques à l'égard du lactosérum de Bordet ; pour cela, il injecte à des lapins du lait de chèvre ; il prépare ainsi un sérum coagulant le lait, qu'il introduit sous la peau d'une chèvre ; le sérum de ce dernier animal, mélangé à volume égal de lactosérum, empêche ce lactosérum d'exercer son action coagulante.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 11 Novembre 1901.

Extirpation du ganglion de Gasser pour névralgie du trijumeau avec épilepsie.

M. Krause a communiqué l'observation d'un homme de 48 ans, dont la grand'mère est morte paralytique générale et qui en 1899, ayant fait une chute, se contusionna le bord orbitaire du côté gauche. Il y eut ecchymose de la moitié gauche de la face qui guérit sans complication. Mais, dans la suite, il est survenu des névralgies d'abord sus-orbitaires, puis sous-orbitaires, qui finalement revêtirent la forme typique de névralgies du trijumeau. Pour cette névralgie, M. Schede pratiqua nécessairement la section des trois branches du trijumeau. Ces opérations n'eurent aucun succès, si bien que le malade en proie à ces douleurs compliquées depuis quelques temps d'accès convulsifs, fit une tentative de suicide.

En septembre 1901, le malade entra à l'hôpital où l'on a pu constater et étudier ces accès épileptiformes qu'on provoquait du reste par la compression de la cicatice. On a d'abord pensé à exciser la cicatrice, qui était profonde, mais de crainte qu'une

nouvelle cicatrice ne se formât avec les mêmes inconvénients, on préféra faire l'excision du ganglion de Gasser. L'opération a réussi et aujourd'hui le malade est débarrassé de sa névralgie (qui très atténuée, persiste encore dans la région occipitale) et n'a plus d'accès.

Toutefois, M. Krause ne saurait affirmer que la guérison est définitive. Avant de se prononcer il faut attendre quelque temps.

Par contre une intervention d'une autre espèce a permis à M. Krause d'obtenir la guérison dans un autre cas.

Il s'agit d'une fille qui depuis l'âge de 4 ans présentait des accès d'épilepsie jaksonnienne, débutant par le bras gauche. L'origine de cette épilepsie n'a jamais pu être élucidée ; en tout cas il était certain qu'elle n'était pas d'origine traumatique.

L'opération a été faite quand la malade avait déjà 16 ans. A l'ouverture du crâne et après incision de la dure-mère, on trouva la pie-mère visqueuse et œdématisée. La ponction faite au niveau du centre moteur du bras, donna issue à 90 grammes de liquide contenu dans un kyste sous-cortical qui fut fendu. La plaie guérit sans complication.

Mais 48 heures après l'opération et dans les jours suivants la malade eut de nouveaux accès d'épilepsie. Ils cessèrent ensuite pour reparaître au bout de 6 semaines, Un dernier accès eut lieu en 1893. Depuis cette époque la malade n'a plus eu d'accès et peut être considérée comme définitivement guérie.

Paralysie arsenicale.

M. Kron. — Il s'agit d'une fille de 21 ans qui sujette à des accès de céphalalgie, était traitée par des pilules d'arsenic de 1 milligramme. Un jour, souffrant particulièrement de la tête, elle prit dans l'espace de 20 heures, 50 pilules d'arsenic.

Elle fut prise alors de coliques et de paresthésies et présenta le lendemain une paralysie des muscles du bras, du dos et de l'abdomen. Il n'y a pas, sur le moment, d'autres symptômes, et les vomissements ainsi que la diarrhée ont fait défaut. Mais dans la suite pendant plusieurs mois les nerfs et les muscles des membres inférieurs sont restés douloureux, et il existait une parésie excessive de la vessie et du rectum. On a enfin noté une chute des cheveux.

C'est dans cet état que la malade entra à la clinique de M. Mendel. L'examen de la malade montra qu'il existait une névrite périphérique avec lésions du pneumogastrique, des nerfs moteurs de la vessie et du splanchnique.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 6 Décembre 1901.

Effets expérimentaux des courants de haute fréquence sur les animaux.

M. Jellinek a rendu compte de ses expériences sur les effets des courants de haute fréquence. Trois lapins ont été soumis à un courant de 588 volts. Un de ces animaux a été immédiatement foudroyé, et son autopsie n'a permis de reconnaître aucune lésion, même aux points où avaient été appliquées les électrodes. Le second n'a présenté que de l'opisthotonos et des convulsions, et s'est rétabli au bout de quelques minutes. Quant au troisième, après avoir, comme le précédent, été contracturé en opisthotonos, il fut atteint d'une paralysie du membre inférieur gauche, puis du membre inférieur droit, avec abolition des réflexes, incontinence des matières fécales et des urines ; la sensibilité était conservée ; actuellement — au bout de 8 jours — ces accidents sont en voie de disparition ; d'après l'orateur, ils doivent être attribués à une lésion de la moelle dorsale (ischémie, hémorrhagie ou action spécifique du courant sur les cellules ganglionnaires).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE

Séance du 12 Décembre 1901.

Double paralysie des nerfs moteur oculaire commun et pathétique, avec hémiparésie du côté gauche.

M. Sorgo a présenté un homme de 28 ans, sans antécédents héréditaires, qui est atteint depuis le mois d'avril dernier d'une double paralysie des nerfs moteur oculaire commun et pathétique, accompagnée d'une parésie de tout le côté gauche, à marche lente et progressive. Il est affecté, en outre, depuis la fin du mois de novembre, de tremblement à l'occasion des mouvements volontaires dans le bras gauche. La sensibilité est intacte aussi bien au point de vue subjectif qu'au point de vue objectif. Il n'y a pas non plus de paralysie des sphincters. Bien que le malade n'ait jamais eu la syphilis, il a été soumis au traitement spécifique, mais sans résultat.

On peut supposer, en présence de ces accidents, qu'il s'agit d'une tumeur de la base du crâne, avec lésion de la région rolandique ; mais il serait également possible qu'on eût simplement affaire à une sclérose en plaques.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 Novembre 1901.

Larve d'anthomyies développées dans le corps de l'homme vivant.

M. Van Bambeke analyse une note de **M. Ch. Pottiez** (de Fontaine-l'Évêque) concernant l'évolution et l'action des larves d'anthomyies dans l'intestin de l'homme.

Les anthomyies sont des mouches rurales, allongées, fluettes, qui, attirées par l'odeur de certaines substances, les fromages gras notamment, vont y pondre des œufs ; ceux-ci éclosent rapidement. Ingérée avec les substances alimentaires qui la contiennent, la larve vit dans l'intestin où elle atteint son entier développement, occasionnant localement une irritation qui donne lieu à des troubles gastro-intestinaux ; aussi l'examen des selles permet-il d'y découvrir de nombreuses cellules cylindriques de l'épithélium intestinal, ainsi que des leucocytes perdus parmi ces éléments.

Les caractères particuliers de l'anthomyie observée par M. Pottiez semblent montrer qu'il s'agit d'une espèce nouvelle, à laquelle l'auteur donne le nom de *Anthomyia errabunda*.

Phénomènes histologiques de la régression musculaire.

M. Rommelaere fait un rapport sur une observation de MM. De Buck et Van Haelst (de Gand), consacrée à l'étude anatomique d'un kyste musculaire extirpé au niveau du bras, et qui, au point de vue histologique, était une myosite circonscrite enkystée sans trace de tuberculose. Le fait clinique est donc banal, mais il a donné l'occasion aux auteurs d'étudier la régression musculaire. Contrairement à l'idée généralement admise, le phénomène principal de cette régression ne serait pas la sclérose conjonctive étouffant les fibrilles musculaires, mais bien la *sarcolyse* ou *automyophagie* desdites fibrilles. Les noyaux musculaires s'entourent de protoplasma non différencié aux dépens de la substance striée, qui finit ainsi par disparaître sous l'influence de cette autophagocytose ; les sarcolytes ou sarcoclastes peuvent s'isoler, se métaplasier et contribuer à former la charpente conjonctive sclérotique.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La perforation intestinale typhique (diagnostic et traitement),

Par M. le Dr Noël Mauger (de Versailles),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La question des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde est à l'ordre du jour. Elle vient de donner lieu, à la Société de Chirurgie, comme à la Société médicale des hôpitaux, à un certain nombre de séances intéressantes, où le diagnostic et le traitement de cette grave complication ont été trai és et discutés longuement.

La relation de nouveaux cas opératoires suivis de résultats favorables a été le point de départ de ces récentes discussions. Médecins et chirurgiens, comprenant l'importance de cette question de la thérapeutique chirurgicale des perforations typhiques, se sont emparés de ces faits, les ont commentés, et les avis ont parfois différé. Si les chirurgiens ont montré un accord à peu près unanime sur l'opportunité de cette intervention, le traitement médical a conservé quelques adeptes. L'embarras du praticien peut donc rester grand. Et pourtant, en présence d'un cas semblable, sa responsabilité est vraiment considérable. Il a le droit et le devoir, nous semble-t-il, de s'éclairer, d'une façon complète, sur une question qui, du jour au lendemain, peut se présenter à lui brutalement, et réclamer une solution immédiate. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait peut-être utile de résumer ici l'état du sujet, de rapporter fidèlement les statistiques publiées, et après avoir démontré par des chiffres les avantages de l'intervention, d'exposer le mode opératoire préconisé par ceux des chirurgiens qui ont obtenu les meilleurs résultats.

Le diagnostic nous arrêtera chemin faisant : nous donnerons à sa recherche toute l'importance qu'elle mérite, puisque, d'un diagnostic précoce, doit dépendre souvent le pronostic opératoire.

Pour ce faire, nous utiliserons les comptes rendus des séances de nos sociétés scientifiques, l'article publié par M. Loison dans la *Revue de chirurgie* du 10 février, et aussi le travail personnel qui a fait l'objet de notre thèse inaugurale récente.

Certaines mesures et précautions ont été conseillées tout d'abord en vue d'éviter la perforation. Nul doute, assurément, que la balnéation froide, par son rôle anti-infectieux, ne soit un des meilleurs préservatifs ; M. le professeur Dieulafoy et le Dr Glénard ont insisté avec raison sur ce point. Le bain froid, dans la fièvre typhoïde est, du reste, presque universellement admis.

L'alimentation du typhique, pendant sa convalescence, doit être un sujet constant de préoccupations pour le praticien; le régime doit être très étroitement surveillé, et malgré l'avis de quelques-uns, l'alimentation doit être exclusivement liquide, pendant les 15 jours au moins qui suivent l'abaissement thermique absolu (Merklen).

Nul doute, en effet, que les écarts de régime ne soient une cause fréquente de perforation dans la dothiénentérie; de nombreux faits ont été signalés, et nous rapportons, dans notre thèse, l'histoire très récente de deux malades qui ont succombé, l'un à l'ingestion d'un morceau de pain, et l'autre d'un simple croissant.

Certains lavements maladroits, des purgatifs intempestifs (et il faut toujours en être sobre vers la 3e semaine) ont pu, par le péristaltisme qu'ils provoquent, causer des accidents; tous les efforts ont été incriminés, toux, éternuements, mouvements volontaires, efforts pour aller à la selle. Météorisme et constipation seront soigneusement évités, le météorisme par des applications répétées de compresses imbibées d'eau très chaude, et la constipation par des lavages intestinaux bien donnés.

Assurons enfin, dans notre pratique, un transport aussi parfait que possible, de notre malade dans sa baignoire, et évitons, quoi qu'on en ait dit, cette promenade du typhique vers son bain, qui nécessite toujours efforts et fatigue.

Malgré toutes ces précautions, et sans qu'on en puisse connaître la cause, la perforation survient. C'est alors que se pose le problème thérapeutique.

Quelles ressources le traitement médical est-il susceptible de nous fournir? — La cessation des bains froids s'impose, l'immobilité absolue sera conservée, la glace employée intus et extra, l'opium généreusement distribué. Et voilà tout; que peut vraiment cette thérapeutique contre l'orifice béant par où s'échappent, à jets continus, les gaz et les matières fécales?

Les résultats sont tels qu'on peut les attendre. En 48 heures d'ordinaire, parfois moins encore, 3 jours quelquefois, rarement davantage, la mort survient.

La guérison a pourtant été signalée, mais dans de telles proportions (95 p. 100 de mort, d'après Murchison), et avec un tel concours de circonstances heureuses que les cas rencontrés constituent bien plus des curiosités pathologiques que des faits concluants. Il s'agit presque toujours de péritonites circonscrites à point de départ dans l'appendice ou le gros intestin. L'abcès péritonéal s'ouvre au dehors, dans une autre anse intestinale ou dans un viscère voisin.

Nous avons rapporté dans notre thèse tous les cas que nous avons pu trouver dans la littérature médicale ; ils sont au nombre d'une vingtaine.

La péritonite enkystée est d'ailleurs, elle-même, une rareté dans la fièvre typhoïde, et la généralisation péritonéale est la règle.

Plus rares encore sont les péritonites généralisées terminées favorablement.

L'observation de Grïesinger (Th. Morin) n'est guère concluante; nous n'admettons pas sans réserve les cas de Reunert, dans lesquels, le malade, très constipé, recouvra la santé après une débâcle intestinale ; seuls, les cas de Bucquoy, de Trousseau (Th. Houzé) de Cruveilier (Th. Boudard, 1848) et de Bühl nous paraissent acceptables. Un fragment d'épiploon (cas de Bühl) une portion de mésentère, un accolement d'anses intestinales sont venues, par une circonstance vraiment heureuse, obstruer l'orifice. Dans une observation que nous communiqua M. le professeur Chantemesse, et où la perforation était double, il existait en un point une quasi-fermeture par une frange épiploïque. Ce sont là, n'est-il pas vrai, des solutions favorables sur lesquelles il ne faut pas compter, et le pronostic de la perforation traitée médicalement reste à coup sûr fatal.

Que peut donc le traitement chirurgical, qui se dresse, depuis quelques années, en face de cette thérapeutique impuissante?

C'est Leyden qui, le premier, en 1884, dans un rapport sur le traitement de la péritonite par perforation, a préconisé l'intervention chirurgicale. La même année, Mickulicz apporte au 57e Congrès des chirurgiens allemands un cas de perforation traitée et guérie par l'opération. Lücke, Bartleet, Bontecou, Morton, publient bientôt de nouveaux cas.

En 1890, Louis, dans un article du *Progrès médical*, peut réunir 11 cas, avec 2 guérisons. Tournier, dans la *Revue générale de clinique*, reproduit ces chiffres, et les commente.

M. le Dr Lejars, en 1896, apporte deux faits personnels, et établit à 25 cas, dont 6 guérisons, la statistique de l'intervention. Houzé, dans sa thèse (1896) sur l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse, fait une large part à la perforation typhique et rapporte 28 cas, avec 6 guérisons. La communication de M. Monod à l'Académie de médecine, et le mémoire de Monod et Vanverts dans la *Revue de chirurgie* de mars 1897 portent ce chiffre à 31 cas, dont 7 guérisons.

Guecelewitsch et Wanach publient, quelque temps après, une statistique de 65 cas, avec 12 guérisons.

Dans son ouvrage très consciencieux et très documenté sur les Suites et complications chirurgicales de la fièvre typhoïde, William Keen, de Philadelphie, arrive au total de 83 cas, dont 16 guérisons.

Platt en 1899, dans le *Lancet*, joint à cette liste 3 cas, écartés par Keen, 3 cas personnels et 14 cas plus récents.

Cette liste de 103 cas, dont 21 guérisons, est portée par Herbert et Watkins (*Lancet*, 1899) à 105 cas, dont 22 guérisons.

Nous livrant à une étude attentive de ces divers cas, et éliminant, sans tenir aucun compte du résultat, ceux de ces cas qui nous paraissaient incertains, nous avons conservé dans notre statistique 94 de ces cas antérieurs. A ceux-ci nous avons pu joindre 13 cas nouveaux, dont 7 inédits; nous avons atteint de la sorte le total de 107 cas, dont 25 guérisons, soit 23 p. 100 de guérison.

M. le Dr Loison publie enfin, dans la *Revue de chirurgie* du 10 février, une nouvelle statistique dans laquelle, ne tenant compte que « des péritonites suppurées typhoïdiques diffuses reconnaissant pour origine une perforation de l'intestin grêle constatée pendant la vie ou à l'autopsie », il ajoute aux 78 cas qu'il retient de notre statistique 12 cas récemment publiés, soit 90 cas dont 74 sont négatifs et 16 postifs. Le rapport numérique des cas positifs aux cas négatifs donne en conséquence, dans notre statistique, incomplète peut-être, mais qu'on ne saurait en aucun point contester, une proportion de 21,6 p. 100 de succès.

Tels sont les résultats des dernières statistiques qui présentent à leur appui des observations détaillées, prises en France par les opérateurs eux-mêmes. Si nous comparons ces résultats à ceux du traitement, il devient parfaitement évident que l'intervention est pleinement légitime.

Elle peut s'appuyer en outre sur les considérations suivantes, qui se dégagent très nettement des divers cas :

L'unicité habituelle des lésions, leur multiplicité très rare, puisque, dans 82,6 p. 100 des cas, on a chance de trouver une perforation unique, constituent certes un encouragememt. Dans 5 cas seulement, une perforation consécutive vint compromettre les résultats obtenus.

Le point perforé est facilement trouvé, puisque, 8 fois seulement, dans notre statistique, les opérateurs n'ont pu rencontrer la perforation, et encore dans 4 cas le résultat fut-il favorable. La connaissance du siège approximatif de la perforation vient en aide au résultat; c'est sur la dernière portion de l'iléon, quelquefois au niveau du cæcum, assez fréquemment aux dépens de l'appendice, que se produit la rupture, La main du chirurgien n'a donc pas à s'égarer dans la cavité abdominale; c'est dans la fosse iliaque droite, en une région bien localisée, que doivent porter les recherches.

L'accolement précoce des tissus, l'occlusion de l'orifice constatée bien souvent quelques heures seulement après l'intervention (11 heures dans un cas de M. Boinet), militent encore en faveur de l'acte chirurgical; dans 2 cas seulement, on constata, lors de l'autopsie, la nécrose des sutures.

Aux statistiques et aux faits, les adversaires de la laparotomie ne peuvent opposer que des impressions.

Le mauvais état général du patient serait certes un argument, s'il n'était démontré par l'événement que le typhique présente souvent une résistance qui déconcerte, et si certains cas de nos statistiques n'avaient trait à des sujets qui ont supporté deux ou trois interventions au cours de leur dothiénentérie.

Trois observations sont surtout frappantes à ce point de vue, celle de Herbert et Watkinsi où le malade guérit après avoir successivement présenté des abcès parotidiens, un phlegmon, une otite double, une arthrite purulente du genou; celle de M. le Dr Heurtaux (de Nantes), où nous lisons qu'un enfant de 10 ans fut opéré, en l'espace de quelques jours, d'une perforation, puis d'une occlusion, et guérit; enfin l'observation de Cushing, où le malade subit en 15 jours, et avec succès, 3 laparotomies : l'une pour une première perforation, l'autre pour une seconde, la troisième pour une occlusion. Ces divers résultats ne sont-il pas, au contraire, des plus encourageants?

Les difficultés de trouver la perforation n'existe vraiment pas, nous l'avons démontré.

Pas plus sérieuse est l'objection tirée de l'existence de perforations multiples, ou de l'éventualité de perforations consécutives, puisque ces accidents constituent vraiment une exception.

Plus grave est l'argument tiré de la difficulté d'un diagnostic précoce, puisque la statistique vient démontrer que l'intervention a d'autant plus de chances de réussite qu'elle est effectuée plus hâtivement. Dans les douze cas de guérison que rapporte Loison, 10 ont trait à des interventions pratiquées dans les premières 24 heures. Les deux autres malades guéris, furent opérés, l'un à la 26e heure, l'autre à la 60e. Il ne serait donc pas exact de prétendre que la guérison ne peut être obtenue que dans les premières heures; mais il serait non moins injuste de ne pas reconnaître qu'une intervention précoce donne au malade des chances bien plus sérieuses de guérison.

La conclusion est, ce nous semble, non pas que l'intervention doive être rejetée, mais que le diagnostic doit être établi aussitôt que possible.

Les Sociétés de médecine et de chirurgie ont compris toute l'importance de la question, puisqu'elles lui ont consacré des discussions importantes. Nous résumerons brièvement, nous aidant de ces discussions et de nos recherches personnelles, les éléments de ce diagnostic.

Pour éviter autant que possible l'erreur, il faut tout d'abord partir de ce principe qu'on se trouve, dans les perforations de ce genre, en présence d'une péritonite très spéciale. La moindre résistance des sujets, l'adynamie qu'ils présentent, impriment à l'évolution des phénomènes péritonéaux une allure fort atténuée. Les symptômes sont seulement esquissés le plus souvent, et, sans vouloir chercher un tableau péritonéal complet, il faut savoir se contenter de cette esquisse. Bien rares, quoiqu'elles existent, sont les observations où l'affection présente une symptomatologie complète, et, dans la plupart des cas, la perforation typhique ne se traduit que par quelques-uns des symptômes habituels, ou par un seul qui peut être suffisamment net et expressif.

Nous estimons que, suivant l'importance, les symptômes peuvent être ainsi classés : douleur, pouls, température, facies, tympanisme, disparition de la matité hépatique, défense musculaire, troubles vésicaux, constipation, frissons, vomissements, bruit hydroaérique.

La douleur est un bon signe. Elle ne manque presque jamais. Elle peut exister seule et localisée, mais elle existe. Son intensité est variable; quelquefois très accentuée, faisant perdre connaissance au malade, elle est, d'autres fois, légère, à l'état de coliques intestinales.

Le pouls est important à consulter. Quand le nombre des pulsations, relativement peu élevé dans la fièvre typhoïde, s'élève brusquement, et que la pulsation perd son ampleur, il faut surveiller le péritoine. Fréquence et dépression du pouls se retrouvent dans presque toutes les observations bien prises.

La température se modifie d'ordinaire au moment de la perforation. Cette modification thermique peut s'accomplir dans un sens ou dans l'autre.

L'hypothermie est certes plus fréquente, mais l'hyperthermie se rencontre également; dans quelques cas enfin, on ne note pas de modification. C'est donc un signe incertain, susceptible d'induire en erreur.

Le facies nous semble avoir une grande valeur pour le clinicien qui a suivi l'évolution de la maladie jour par jour, et qui surprend, à un moment donné, une modification du facies chez son malade; qu'il se joigne à ce signe une douleur, même légère, de l'abdomen, une accélération, même modérée du pouls, et le diagnostic sera possible.

Le tympanisme abdominal est un bon signe, il manque rarement, il est aisément constatable.

L'issue des matières et des gaz peut refouler le foie, et faire disparaître en partie la matité hépatique. Cette disposition est signalée dans plusieurs observations; nous l'avons constatée, nous-même, des plus nettes, chez un malade de M. le professeur Chantemesse. Il convient donc de rechercher ce signe, et de lui attribuer, quand on le rencontre, toute la valeur qu'il nous semble mériter. La défense musculaire est précoce, elle manque rarement, et constitue l'un des meilleurs signes. Localisée d'abord à la région où siège la perforation, elle se généralise de bonne heure à tous les muscles abdominaux.

Les troubles vésicaux sont fréquents, la miction est pénible et douloureuse. M. le Dr Ferrier, dans sa communication à la Société médicale, insiste beaucoup sur ce signe, ainsi que sur la disparition des selles, facilement constatable chez le typhique.

Les frissons peuvent manquer; les vomissements sont tardifs, plus tardifs même dans cette variété péritonéale, et leur apparition indique une réaction déjà vive.

Le bruit hydroaérique, signalé pour la première fois par Levaschoff (de Kazan), et constaté pendant les aspirations forcées, serait dû au passage des gaz dans le péritoine par la fistule intestinale. Nous ne rappelons ce symptôme que par l'intérêt de curiosité qu'il présente, car nous ne le trouvons nulle part ailleurs rapporté.

L'examen du sang pourrait, dans certains cas, apporter son appoint à l'établissement du diagnostic;

Le réticulum fibrineux, peu altéré, dans la fièvre typhoïde, sera retardé, épaissi, dans le cas de phlegmasie intercurrente; les piles de globules rouges constitueront de petits îlots, séparés par des lacs, les plaques phlegmasiques de M. Hayem apparaîtront;

La leucocytose, sensiblement au-dessous de la normale, dans le cours de la dothiénentérie, s'élèvera dans le cas de processus phlegmasique; de 5 ou 6 000, le nombre des globules blancs atteindra rapidement 10 000 et plus;

Enfin la moyenne des polynucléaires, très abaissée dans la typhoïde normale, augmente sensiblement dans toute suppuration.

Wiliam Keen, Finnez, qui ont étudié ces questions, pensent qu'un examen du sang pourrait, dans quelques cas, confirmer un diagnostic hésitant de péritonite typhique.

Tels sont les principaux éléments d'un diagnostic précoce : une lecture attentive d'un certain nombre d'observations détaillées, et l'examen direct de quelques malades nous ont démontré que bien rarement tous ces signes étaient absents, et que, si l'on veut bien tenir compte des considérations que nous rappelons plus haut, le diagnostic est rarement impossible. Notre conclusion qui est celle de MM. Loison et Ferrier, est la suivante : le diagnostic est quelquefois facile, souvent difficile, mais rarement impossible.

Une dernière objection des adversaires de la laparotomie est celle-ci : l'établissement d'un diagnostic précoce à tout prix ne sera-t-il pas cause d'erreurs préjudiciables au malade, par une opération intempestive?

Examinons donc rapidement les causes d'erreur :

S'il ne s'agit que d'une faute d'interprétation sur la nature de la péritonite, le mal ne sera pas grand, puisque le traitement chirurgical est ici le seul applicable. Les variations thermiques peuvent surtout occasionner l'erreur : sachons que l'hyperthermie apparaît, dans la fièvre typhoïde, à l'occasion de la rechute qui s'accompagne du retour des symptômes de l'infection (diarrhée, céphalalgie, taches rosées), — de l'appendicite paratyphoïde, qui survient en pleine convalescence, et présente son point de Mac-Burney, — des complications suppuratives diverses, que met facilement en évidence un examen tant soit peu sérieux. Sachons que l'hypothermie se rencontre dans l'hémorrhagie intestinale, mais avec une élévation thermique consécutive, et un pouls plutôt ralenti, — dans la défervescence brusque, si bien étudiée par M. le professeur Jaccoud, — dans le stade amphibole, où l'on peut noter des abaissements de température considérables, dans certaines hémorrhagies intercurrentes (épistaxis, infarctus pulmonaires, menstruation, avortement), dans la dégénérescence hépatique dont parle Roger, sous l'influence de certains médicaments (digitale, quinine), ou de complications pulmonaires (pneumonie, congestion pulmonaire).

Le pouls peut encore induire en erreur. L'état adynamique du sujet, la petitesse et la dépression du pouls, l'affaiblissement des bruits du cœur, ont pu faire méconnaître la perforation et attribuer cet ensemble de symptômes à la myocardite, dans un cas que nous avons rapporté.

N'attribuons pas enfin à un simple météorisme exagéré une valeur trop considérable, et évitons cette méprise, signalée, d'une laparotomie faite à tort pour un métérisme de ce genre.

D'ailleurs, et c'est là notre conclusion, l'erreur, si elle est toujours fâcheuse, n'a jamais été préjudiciable. Il y a bien actuellement une dizaine de cas publiés de laparotomies blanches (cas récents de Rochard et de Delorme), et jamais il n'y eut de résultat défavorable. Nous serions donc presque tenté de déclarer que le moribond doit bénéficier du doute, et qu'après un examen très sérieux, si le diagnostic reste en suspens, et l'état grave, il est légitime d'intervenir.

Quel sera le meilleur mode d'intervention?

Tout d'abord, le plus tôt sera le mieux. Si Platt, W. Keen, Loison, conseillent d'attendre la fin du choc qui suit la perforation, M. le Dr Lejars pense qu'il ne faut pas différer d'un instant l'opération. Du reste, dans la pratique, il s'écoulera toujours 8 à 12 heures au moins entre le début de la perforation et l'instant de l'intervention. Il faut profiter de ce temps pour injecter au malade éther et caféine, et surtout lui injecter abondamment du sérum intraveineux ou sous-cutané. Mais ce n'est là que traitement d'attente, et le chirurgien prépare l'opération.

La durée de l'intervention sera courte; c'est une des conditions du succès. Trente minutes nous paraissent une moyenne qu'il faudrait, autant que possible, ne pas dépasser. La connaissance approximative du siège de la lésion contribue à abréger cette durée, l'habileté du chirurgien fait le reste.

L'anesthésie sera prudente, très doucement conduite, à l'éther, ou mieux au chloroforme, dont quelques gouttes suffiront d'ordinaire. L'injection lombaire à la cocaine pourrait être utilisée (Loison).

L'incision sera latérale ou médiane. — Toutes deux ont leur avantage, l'incision latérale permet d'approcher davantage la région malade; l'incision médiane permet une exploration plus complète et plus facile des anses intestinales; la perforation peut siéger, en effet, en d'autres points que l'iléon.

Incisions, médiane et latérale, peuvent être d'ailleurs pratiquées simultanément; de larges contre-ouvertures assurent d'autant mieux l'écoulement et le drainage, et nombre d'opérateurs préconisent ces incisions multiples.

Les Drs Peyrot et Heurteaux sont redevables à ce procédé d'un beau succès opératoire. Il y a tout intérêt, croyons-nous, à les imiter et à pratiquer des incisions larges et multiples.

La recherche de la perforation doit se faire avec méthode. Il faudra courir droit au cæcum et à l'appendice, s'assurer de l'intégrité de ces deux organes, et, remontant du cæcum vers les parties terminales de l'intestin grêle, explorer délicatement les 50 derniers centimètres de l'iléon. C'est généralement en cette région que sera découvert facilement, vu sa béance habituelle et l'écoulement fécal qu'il présente, le point intestinal perforé. L'opérateur n'oubliera pas que certains diverticules intestinaux (diverticule de Meckel) peuvent être le siège de la perforation.

La perforation est trouvée, Quel sera son traitement?

S'il s'agit de l'appendice ou du diverticule de Meckel, la résection nous semble s'imposer. S'il s'agit de l'intestin, c'est la suture qui nous semble préférable. La fixation de la perforation aux parois abdominales ne saurait s'appliquer qu'à quelques cas très spéciaux. La résection intestinale est forcément longue, le choc est plus grave, et les résultats ne sont pas meilleurs; l'entérectomie doit être réservée aux pertes étendues de substance, et employée dans les cas où des ulcérations contiguës et profondes menacent de se perforer bientôt.

La suture est donc le procédé de choix. Elle sera précédée ou non de l'excision ou abrasion des parties périphériques, suivant l'état des tissus. La plupart du temps, on se contentera d'enfouir les parties malades et de suturer l'orifice par points séro-séreux à la Lembert, de préférence séparés, vu la friabilité des parois, qui pourrait détruire le surjet. Deux rangs de sutures au moins matelasseront la cavité, trois rangées même seront faites, au besoin, car le rétrécissement du tube intestinal n'est guère à craindre.

Les anses intestinales voisines seront alors explorées. Si des ulcérations menacent de se perforer, quelques points de suture seront placés, après enfouissement; à plus forte raison, les perforations du voisinage seront obturées. Mais le temps presse, cette exploration prolonge l'anesthésie, elle doit prendre fin de bonne heure.

Le lavage à l'eau bouillie ou à la solution de sérum à la température de 50 à 60° sera préféré au simple nettoyage avec les tampons. La péritonite est ici généralisée, il n'y a pas à craindre

d'envahissement de voisinage; le lavage doit être abondant. Le tamponnement reprendrait bien entendu ses droits, s'il s'agissait par hasard d'une péritonite circonscrite.

Le drainage est d'une grande importance; il sera établi à l'aide de compresses de gaze, ou mieux de gros tubes de drainage. Les incisions multiples permettent seules un drainage efficace. Les parois abdominales seront fermées par quelques points seulement, aux extrémités de l'incision, l'ouverture large de la plaie a donné les résultats les meilleurs. La plaie sera recoulverte de gaze stérilisée humide. Enfin, le malade sera surveillé très attentivement (pouls, température, facies), champagne et sérum (2 litres ou plus par jour) lui seront administrés. On combattra le météorisme et préviendra, autant que possible, l'occlusion signalée dans quelques cas (1).

1. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai 1901.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 24 Décembre 1901.

Transmissibilité de la tuberculose humaine aux animaux.

M. S. Arloing communique les résultats de trois séries d'expériences dans lesquelles des bacilles humains de provenance différente (crachats, liquides pleurétiques, etc.), ont déterminé par inoculation intraveineuse la tuberculisation du bœuf, du mouton et de la chèvre.

Les lésions constatées chez ces animaux se sont manifestées sous la forme de granulations confluentes ou discrètes dans le poumon, le foie, la rate, les ganglions, les reins, etc., et se sont toujours distinguées par une caséification hâtive.

Rapprochant ces résultats expérimentaux de ceux qu'il a déjà obtenus antérieurement, M. Arloing déclare avoir réussi jusqu'à présent à transmettre la tuberculose de l'homme à 23 animaux.

Si MM. Koch et Schütz ont échoué dans leurs inoculations, c'est, d'après M. Arloing, qu'ils se sont servi de cultures de bacilles à virulence affaiblie, d'une part, et, d'autre part, que les doses de ces cultures inoculées aux animaux ont été beaucoup trop faibles.

Il conclut :

1° Que la virulence du bacille de la tuberculose étant variable et capable de s'adapter à certains organismes, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine;

2° Que l'on peut entretenir en cultures pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le bœuf, le mouton, la chèvre, etc;

3° Que si l'on en trouvait qui ne fussent pas susceptibles de produire ce résultat — et il en existe certainement — il ne s'agirait pas pour cela d'une tuberculose absolument distincte;

4° Que l'unicité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacilles de Koch reste indiscutable;

5° Que MM. Koch et Schütz n'étaient pas autorisés, de par leurs expériences, à préconiser une distinction absolue entre la tuberculose humaine et celle des animaux;

6° Qu'il est utile de maintenir, dans une sage mesure, les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de receler le bacille de la tuberculose.

Sur l'assainissement de la Corse.

M. Laveran, après avoir montré l'étendue du paludisme en Corse, résume la prophylaxie moderne de cette maladie, et insiste sur les heureux résultats obtenus en Italie, notamment par la mise à la portée des populations misérables des sels de quinine. Aussi il demande qu'une loi spéciale permette de fournir aux habitants des régions palustres de la France, de la Corse et de nos colonies, des sels de quinine de bonne qualité et à bon marche.

M. Javal pense qu'il n'est pas besoin d'une loi pour cela, et que les Conseils généraux sont suffisamment armés.

M. Riche fait observer que du moment qu'il s'agit de toucher aux droits des pharmaciens, une loi est indispensable.

M. Javal demande qu'on ajoute à la proposition de M. Laveran, qu'en attendant le vote de la loi, le Conseil général de la Corse est engagé à prendre les mesures nécessaires.

L'Académie vote le texte ainsi amendé.

Déformations pathologiques du thorax.

M. Hamy étudie les déformations du thorax produites par le corset chez une femme du XVIII° siècle. La cage thoracique prend une forme qui rappelle celle d'un baril, suivant la comparaison de Cruveilhier.

Election d'un vice-président et d'un secrétaire annuel.

M. Lanceraux est élu vice-président de l'Académie de médecine pour l'année 1902; par 63 suffrages contre 1 à M. Duplay; 2 à M. Berthelot; 3 à M. Cornil, et 4 bulletins blancs.

M. Vallin est élu à l'unanimité secrétaire annuel de l'Académie.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE MEDECINE INTERNE DE VIENNE

Séance du 12 Décembre 1901.

Tumeur du cervelet.

M. R. Schmidt a montré un homme de 23 ans, qui, ayant fait, il y a un an, une chute sur la tête, suivie de perte de connaissance, éprouve depuis cette époque des vertiges, de la difficulté à marcher et une tendance à tomber en arrière; en outre, ce malade présente du nystagmus lorsqu'il regarde à droite, de l'amaurose, une congestion de la papille, une exagération des réflexes tendineux, etc., etc. Il est probable, étant données les allures progressives de cette affection, qu'il s'agit d'un gliome du cervelet.

M. Nothnagel estime que ces accidents peuvent aussi s'expliquer par une tumeur située au niveau des tubercules quadrijumeaux et comprimant la veine de Galien.

Hydrocéphalie chronique avec hernie double du cerveau.

M. Buxbaum a montré un enfant dont le crâne, à la suite de convulsions survenues à l'âge de 7 mois, a pris un développement anormal; sa circonférence atteint actuellement 46 centimètres. Ce petit malade présente en outre, un léger degré de rachitisme, une paralysie spasmodique des membres supérieurs, de la raideur de la nuque, etc. De plus, on remarque, au-dessus de chacun de ses globes oculaires, une tumeur molle pénétrant dans le crâne à travers les cavités orbitaires agrandies. Ces tumeurs paraissent constituées par des hernies de la substance cérébrale.

Le Gérant : Pierre Masson.

TABLE DES MATIÈRES

Année 1901. DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* **Année 1901.**

A

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

S

U

V

W

X

Y

Z

TABLE DES FIGURES

PARIS. — TYP. CHAMEROT ET RENOUARD, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 41693.